



**Expérience et conceptions de l'allaitement au sein ou au biberon : le rôle de
l'entourage**

Mémoire

Anne-Marie Harbec

Maîtrise en service social

Maître en service social (M. Serv. Soc.)

Québec, Canada

© Anne-Marie Harbec, 2017

Expérience et conceptions de l'allaitement au sein ou au biberon : le rôle de l'entourage

Mémoire

Anne-Marie Harbec

Sous la direction de :

Claudine Parent, directrice de recherche

Résumé

L'allaitement n'est pas simplement une tâche technique ou pratique mais fait partie de la transition vers la maternité, de la relation mère-nourrisson et de l'expérience quotidienne de vivre avec son nouveau-né. Les réflexions sur l'allaitement se doivent donc d'inclure le contexte personnel et social de la mère. Ce projet de mémoire visant à mieux comprendre l'expérience maternelle d'allaitement au sein ou au biberon est guidé par une question de recherche spécifique : Comment les conceptions sur les différents modes d'alimentation du nourrisson présentes dans l'entourage de la mère influencent son expérience d'allaitement au sein ou au biberon? Le cadre d'analyse choisi, soit le modèle bioécologique de Bronfenbrenner permet une analyse plus structurée et ainsi une meilleure compréhension des sources d'influences. L'analyse thématique de données qualitatives fondée sur les verbatims produits lors d'entrevues semi-structurées avec 11 mères a permis d'explorer, à partir de leur perception, ce qui caractérise leur expérience. Dans l'ensemble, les résultats ont révélé que l'expérience d'allaitement et le choix du type d'alimentation sont conditionnés par de multiples déterminants qui influencent la mère tant en prénatal qu'en postnatal. Tout en reconnaissant les limites de l'échantillon et l'approche analytique choisie, il est suggéré que les interventions périnatales et le soutien fourni devraient prendre en compte l'expérience d'allaitement propre à chaque mère.

Table des matières

Résumé.....	III
Table des matières.....	IV
Liste des abréviations.....	VIII
Remerciements.....	IX
INTRODUCTION.....	1
Chapitre 1 : Problématique.....	4
1.1 Objet d'étude.....	5
1.2 Prévalence.....	6
1.3 Présentation de la documentation.....	7
1.4 Recension des écrits.....	8
1.4.1 Mise en contexte.....	9
1.4.2 La promotion de l'allaitement maternel.....	12
1.4.3 Le soutien social et l'entourage de la mère.....	15
1.4.4 La promotion des produits d'alimentation pour nourrissons.....	21
1.4.5 L'Initiative des Hôpitaux Amis des bébés (IHAB).....	25
1.4.6 Enjeux.....	26
1.5 Constats et regard critique.....	30
1.6 Limites méthodologiques des études actuelles.....	32
1.7 Proposition de recherche.....	34
1.8 Pertinence scientifique et sociale.....	34
Chapitre 2 : Cadre théorique.....	36
2.1 Définition des concepts importants.....	37
2.2 Tableau d'opérationnalisation.....	39
2.3 Référence à une théorie explicative.....	39
Conclusion.....	44
Chapitre 3 : Méthodologie.....	45
3.1 Modèle de raisonnement et approche privilégiée.....	46

3.2 Type de recherche.....	47
3.3 Population à l'étude.....	47
3.4 Méthode et technique d'échantillonnage.....	48
3.5 Méthode de collecte de données.....	49
3.6 Instrument et grille d'entrevue.....	49
3.7 Étapes de traitement des données.....	50
3.8 Aspects et considérations éthiques.....	50
3.9 Limites.....	51
Chapitre 4 : Présentation des résultats.....	53
4.1 Portrait des mères ayant participé à l'étude.....	54
4.2 Facteurs influençant le type d'allaitement.....	59
4.2.1 L'entourage familial et social.....	59
4.2.2 L'entourage médical (médecins, sages-femmes et autres).....	63
4.2.3 Le contexte social.....	67
4.2.4 La mère.....	67
4.3 Allaitement : Attitude & Conception.....	72
Chapitre 5 : Interprétation et discussion.....	75
5.1 Allaitement : Attitude & Conception.....	76
5.2 Caractéristiques de l'expérience d'allaitement.....	77
5.2.1 La mère.....	77
5.2.2 L'entourage proximal.....	79
5.2.3 Le lieu de naissance.....	82
5.2.4 Le contexte social.....	84
5.2.5 En somme.....	85
5.3 Le soutien.....	86
5.4 Les forces et les limites de l'étude.....	87
CONCLUSION.....	88
Bibliographie.....	90
Annexes.....	95

Annexe 1 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel selon les provinces et territoires du Canada.....	96
Annexe 2 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel total pour différentes durées en fonction des régions administratives du Québec.....	97
Annexe 3 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel exclusif pour différentes durées en fonction des régions administratives du Québec.....	98
Annexe 4 : Énoncé des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	99
Annexe 5 : Tableau d'opérationnalisation.....	100
Annexe 6 : Documents utilisés pour recruter des participants.....	104
Annexe 7 : Questionnaire sur l'alimentation du nourrisson.....	105
Annexe 8 : Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) : Intégralité des questions.....	109
Annexe 9 : Formulaire de consentement.....	110
Annexe 10 : Liste de ressources disponibles au besoin.....	113

Liste des tableaux

Tableau 1: Mots décrivant les différents types d'allaitement.....	72
Tableau 2: Compilation des réponses aux énoncées inspirées du Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS).....	73

Liste des abréviations

ASPQ	Agence de la santé publique du Canada
Code (le)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
IAB	Initiative Amis des bébés
IBFAN	The International Baby Food Action Network
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
INFACT	Infant Feeding Action Coalition
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice, Mme Claudine Parent, pour son encadrement et le généreux transfert de connaissances dont elle a fait preuve.

Merci à toutes ces mères qui ont partagé avec moi leur expérience dans toute sa force, sa singularité et sa profondeur.

Merci à ma mère, Micheline Riopel, qui porte un intérêt tout spécial à ce que j'entreprends, m'encourage et m'a soutenu dans ce désir de poursuivre mes études. Nos discussions autour des différentes problématiques associées à l'allaitement et à la période périnatale ont eu pour effet d'alimenter mes réflexions et faire grandir mon intérêt envers ce sujet.

Enfin, un mot tout spécial pour mon conjoint, mon confident et si tendrement « my better haft ». Merci Cam d'avoir fait émerger en moi cette nouvelle passion, merci de croire autant en moi et d'être là. En somme, sans toi je n'aurais probablement pas terminé ma maîtrise avec autant d'enthousiasme et la joie de vivre, à mon tour, cette expérience de la maternité.

INTRODUCTION

Les connaissances scientifiques, validées et mises à jour en matière d'allaitement maternel ont permis une meilleure compréhension des conditions favorables à son démarrage, à son maintien et aux moyens visant à surmonter les difficultés. De nombreux efforts ont été faits pour identifier les facteurs qui déterminent la décision de nourrir ou non l'enfant avec du lait maternel et si la mère choisit d'allaiter au sein, combien de temps l'allaitement se poursuivra (Persad et Mensinger, 2007 ; Moreau, Tahon et Daigle, 2010 ; Callen et Penelli, 2004). La plupart des recherches ont mis l'accent sur l'association entre les taux d'allaitement maternel et le niveau socio-économique, les caractéristiques démographiques, les facteurs biomédicaux et, plus récemment, les pratiques en milieu hospitalier (Shaker, Scott et Reid, 2004). Des facteurs tels que l'attitude favorable ou non de la mère envers l'allaitement, celle de son entourage et les influences externes (ex. : les stratégies gouvernementales de promotions de l'allaitement maternel) ont été moins étudiés. Mieux comprendre l'interinfluence de ces différents facteurs pourrait permettre un meilleur soutien de la mère et de son entourage durant la période d'allaitement.

Le but principal dans cette présente recherche est d'identifier la conception de différents types d'allaitement chez les mères ainsi que celles présentes dans leur environnement, avec comme lunette d'analyse le modèle bioécologique de Bronfenbrenner. En ce sens, une question de recherche est formulée : Comment les conceptions sur les différents modes d'alimentation du nourrisson présentes dans l'entourage de la mère influencent son expérience d'allaitement au sein ou au biberon.

Dans un premier temps, ce document présente un portrait d'ensemble de la problématique. Les directives et les recommandations qui ont préséance en ce qui a trait aux différents types d'allaitement sont décrites, de même que les notes méthodologiques de la

démarche documentaire réalisée suivies par la recension des écrits et les limites des études. Les défis ainsi que les enjeux qui en découlent sont ensuite abordés. En conclusion de ce chapitre, la pertinence tant scientifique que sociale qui se rattache au thème de l'allaitement maternel est présentée.

La section suivante est consacrée à la description du modèle théorique utilisé dans ce projet, soit le modèle bioécologique de Bronfenbrenner, ainsi qu'à la définition des concepts clés se rapportant à la question de recherche (ex. : allaitement).

Le troisième chapitre porte sur les aspects méthodologiques de l'étude. La méthode de recherche choisie l'échantillonnage ainsi que la sélection d'outils visant à recueillir l'information souhaitée est présentée. Les différentes étapes du traitement des données sont ensuite précisées. Le chapitre se termine par une discussion portant sur les difficultés, les solutions envisagées pour les résoudre et les limites prévues à l'utilisation des données collectées dans ce mémoire. Enfin, les considérations éthiques concluent ce chapitre.

Le quatrième chapitre se voulant une suite logique du chapitre précédent présente les résultats consécutifs aux entrevues individuelles.

Le cinquième et dernier chapitre permet l'interprétation et la mise en perspective des résultats obtenus en fonction de la littérature sur le sujet.

Chapitre 1 : Problématique

L'important n'est pas de convaincre,
mais de donner à réfléchir.

Bernard Werber

Cette toute première partie propose de mettre en lumière certains aspects centraux relatifs à l'alimentation du nourrisson. Pour ce faire, l'objet d'étude spécifique à ce mémoire est, tout d'abord, présenté, suivi par les taux d'allaitement actuels et l'évolution des normes sociales en la matière. Ensuite, un bref survol des parutions gouvernementales et scientifiques, de même que des enjeux qui en découlent seront mis de l'avant. Le tout permettra de jeter un regard critique sur les écrits et d'élaborer sur la pertinence scientifique et sociale de s'attarder à cette problématique.

1.1 Objet d'étude

L'allaitement maternel fait l'objet de plusieurs parutions gouvernementales au Québec, dont le but premier est d'informer les mères des bienfaits de cette pratique. Plusieurs documents provinciaux traitent de l'allaitement maternel et adoptent une position qui lui est toute aussi favorable. Certaines associations et plusieurs organismes québécois ont clairement pris position en faveur de ce type d'allaitement comme « mode d'alimentation par excellence pour tous les nourrissons » (MSSS, 2001, p. 9). À titre d'exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec par le biais de la publication *Prise de position – Allaitement maternel (1998)*, va dans le même sens que l'Ordre professionnel des diététistes du Québec en « considérant que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation optimal du nouveau-né et du jeune enfant » (OPDQ, 2002, p. 4). Dans le domaine scientifique, nombre de recherches visent à identifier les bénéfices de l'allaitement maternel. Plusieurs études documentent les raisons mises de l'avant par les femmes expliquant son arrêt. Le tout dans l'optique d'élaborer des interventions visant l'augmentation du nombre de femmes allaitant au sein (Persad et Mensinger, 2007 ; OMS, 2008). Cependant, le discours promotionnel et la nature des études scientifiques, de par leur objectif, se veulent, pour plusieurs auteurs, une source de pression importante pour les nouvelles mères (Lee et Furedi, 2005). L'allaitement maternel est devenu une vérité incontestable qui met de la pression sur les mères puisque la capacité d'allaiter au sein est tenue pour acquise et comme quelque chose que toutes les femmes sont en mesure de faire d'emblée (Larsen, Hall, et Aagaard, 2008). Certaines mères se sentent « poussées » à amorcer l'allaitement maternel pour se conformer aux attentes de la société et à celles des

professionnels de la santé (Spencer, Greatrex-White et Fraser, 2015). Ce constat est également confirmé par Moreau et coll. (2010) soutenant que certaines mères se disent perçues comme une « mauvaise mère » en optant pour une alternative alimentaire et se sentent « contraintes » de privilégier l'allaitement maternel afin de répondre et de se « conformer aux attentes sociétales ». C'est en ce sens que l'expérience des femmes en lien avec le mode d'allaitement choisi mérite un intérêt particulier.

1.2 Prévalence

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, le taux d'allaitement à la naissance était pour cette période de 79 % pour l'ensemble du Canada (MSSS, 2001). Depuis, la proportion de femmes qui allaitent à la naissance est en augmentation. En 2003, 85 % des Canadiennes amorçaient l'allaitement (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006) et en 2011 et 2012, il s'est élevé respectivement à 88,4 % et 90,3 % (Statistique Canada, 2016). En ce qui concerne l'allaitement exclusif, c'est-à-dire un nourrisson recevant uniquement du lait maternel, il était en 2003 de 38 % à quatre mois et de 19 % à six mois (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). Bien que le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois ait augmenté à 27,8 % en 2011, une diminution en 2012 à 24,2 % est enregistrée (Statistique Canada, 2016). Si une hausse des taux d'allaitement est observée pour l'ensemble du Canada, des variations importantes selon les provinces sont notées. De manière générale, ils diminuent de l'ouest du pays vers l'Est. Ainsi, en 2003 le taux d'allaitement à la naissance dans les provinces de l'Atlantique était de 70 % alors que la Colombie-Britannique enregistrait un taux de 93 % (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). L'annexe 1 rend compte des détails relatifs aux distinctions notées entre les provinces. Afin d'expliquer cette diversité importante du taux d'allaitement entre les provinces, certains auteurs mentionnent des différences en matière de politiques sociales (Callen et Pinelli, 2004), une culture publique plus/moins favorable à l'allaitement (Beaudry, 2002), des moyens qu'adopte la province pour contrer la commercialisation et la promotion de produit substitut du lait maternel et certains facteurs d'ordre économique (Capponi et Roland, 2013).

Au Québec, les données provenant de la première phase de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) montrent qu'en 1998 près du trois quarts (72 %) des nourrissons québécois ont été nourris au sein à la naissance, que 47 % l'ont été pendant au moins trois mois et que 41 % l'ont été pendant au moins quatre mois (Dubois, Bédard, Girard et Beauchesne, 2000). Des données plus récentes (2005-2006), provenant de l'Institut de la statistique du Québec, révèlent pour l'ensemble du Québec un taux d'allaitement total pendant le séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance de 85,1 %, diminuant à 61,6 % à trois mois et à 46,7 % à six mois. En ce qui a trait au taux d'allaitement exclusif, il est respectivement à 52,1 % à la naissance, 28,3 % à trois mois et à 3 % à six mois (Neill, Beauvais et Plante, 2006, p. 18 – 20). Les annexes 2 et 3 illustrent les distinctions qui existent entre les régions administratives.

Après avoir présenté les taux d'allaitement et leur évolution dans le temps, il est maintenant nécessaire d'examiner comment les écrits gouvernementaux, scientifiques et populaires abordent ce sujet.

1.3 Présentation de la documentation

La démarche documentaire qui fut réalisée dans le cadre de ce mémoire s'articule autour de l'analyse des parutions gouvernementales, d'écrits scientifiques et populaires. Une telle manière de procéder permet d'examiner dans un premier temps la nature des discours dans les publications gouvernementales en ce qui a trait à l'allaitement, de même que les stratégies de promotion mise de l'avant. Dans un deuxième temps, l'examen d'études scientifiques a permis d'explorer les déterminants et les sources d'influence relatives à l'allaitement dans l'entourage de la mère. Finalement, afin de dresser un tableau plus représentatif des discours en matière d'allaitement, des écrits populaires, des livres et des documents clés sur le sujet ont été considérés. Pour ce faire, les moteurs de recherche francophones consultés furent Érudit, Cairn.Info, Réseau canadien pour la santé des femmes, Ariane et Repère. Par la suite les bases de données anglophones PsycInfo, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts et SocINDEX, Medline, HYPERLINK "<https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://www.uni-koeln.de/phil->

fak/englisch/datenbank/e_rech.htm" G HYPERLINK "https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://www.uni-koeln.de/phil-fak/englisch/datenbank/e_rech.htm" ender Inn, HYPERLINK "https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://www.iisg.nl/womhist/vivahome.php" ViVa Women's History et HYPERLINK "https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.asp?profile=ehost&defaultdb=fyh" Women's Studies Intern HYPERLINK "https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.asp?profile=ehost&defaultdb=fyh" ational ont été questionnées. Les mots et concepts utilisés furent « l'allaitement maternel », « lactation », « nourrissage », « biberon », « représentation sociale », « dimension sociale », « norme sociale », « influence sociale », « breastfeeding », « bottle feeding », « social attitude », « social representation », « moral imperative » ou « social norm », « choice behavior », « mother's choice » et « mother's lactation decision ».

1.4 Recension des écrits

Les taux d'allaitements maternels actuels résultent d'un long processus de promotion, de changement de mentalités et de normes sociales. De par cette recension des écrits, un portrait de différentes sources influençant la mère dans son expérience et sa pratique d'allaitement a pu être dressé. L'évolution des normes sociales relatives à l'allaitement sera tout d'abord abordée. S'en suivra le discours sur l'allaitement maternel véhiculé par les instances gouvernementales et les lignes directrices derrière les stratégies de promotion actuelles. La section suivante s'attarde aux écrits scientifiques en la matière afin d'identifier le rôle de l'entourage dans l'expérience d'allaitement de la mère. L'influence qu'exerce l'industrie par la commercialisation des produits pour nourrissons et celle relative à l'Initiative des Hôpitaux Amis des bébés (IHAB) seront discutées. Pour finir un certain nombre de notions en lien avec la décision de la mère, sa perception de pouvoir agir selon cette décision, ses conceptions de l'allaitement et sa vision du comportement à adopter seront exposées.

1.4.1 Mise en contexte

En matière d'allaitement, une brève mention historique s'impose afin de comprendre la dynamique actuelle entourant cette problématique.

La naissance d'un « choix »

Tout d'abord, le développement industriel des biberons et les conditions d'hygiène s'y rapportant, de même que l'amélioration de la qualité des laits pour nourrissons marquent un tournant important en matière d'alimentation infantile dans la première moitié du XXe siècle (Krtolitza et Rosenblum, 2015). Durant cette même période, des changements sur le plan des rôles de la femme dans la société sont observés, par exemple, les revendications issues du mouvement féministe tel que le droit de vote, la modification du statut juridique des femmes mariées ainsi que l'accès aux études supérieures. Ces deux dimensions ayant évolué conjointement sont désormais porteuses d'un nouveau dilemme pour les mères : sein ou biberon ? Certes, la possibilité de ce choix est pour certaines mères, synonyme d'évolution, alors que pour d'autres, il incarne la dénaturation du maternage¹ (Grède, 2014). Néanmoins, si cette décision semble appartenir à la mère et relever de la liberté individuelle, de multiples influences extérieures sont présentes (Krtolitza et Rosenblum, 2015). Cette dichotomie émergente entre l'allaitement maternel et l'utilisation de produits lactés est également dénotée par Molinari et Speltini (1995). Ces auteurs insistent sur le nombre élevé d'influence derrière ce « choix », telles que les sources d'information, la nature des connaissances (traditionnelles et modernes) de même que les relations sociales.

Favorisant l'une ou l'autre des modalités d'alimentation, des contradictions entre les nouveaux modèles de pensée et les savoirs dits « traditionnels » sont possibles. Deux théories comprenant à la fois l'adhésion à une conception moderne de l'alimentation (biberon par rapport au sein maternel) et la référence à une conception traditionnelle relative à la nature du lait (bon ou mauvais) émerge de l'étude de Molinari et Speltini (1995). Le premier noyau de connaissances, nommé par les auteurs de la théorie de

1 Ensemble de soins courant prodigués par une mère à son nourrisson (Larousse)

l'allaitement maternel, est caractérisé par une homogénéité interne élevée, puisque l'idée des avantages psycho-biologiques de l'allaitement au sein est liée à celle de la « bonne nature » du lait maternel et à l'idée que les mères devraient allaiter leurs bébés à la demande des nourrissons. Dans une telle conception, les références modernes, soit les théories psychologiques et les idées dites traditionnelles, telle la nature saine et naturelle du lait maternel, s'amalgament. Dans l'ensemble, les facteurs liés à la théorie de l'allaitement maternel montrent un accord unanime avec les conceptions modernes et traditionnelles au sujet de la qualité du lait maternel. Le second noyau de connaissances, la théorie de l'alimentation au biberon est, toujours selon Molinari et Speltini (1995), plus complexe. L'idée centrale est que le recours au biberon est considéré comme une pratique qui permet aux femmes d'être plus autonomes par rapport au nouveau-né et permettrait la préservation du couple parental. Alors que la théorie du biberon, plus « ambivalente », comprend à la fois l'accord moderne sur les avantages de l'allaitement au biberon et l'argument de la contamination possible du lait maternel. Cette conception du « mauvais » lait de la mère réfère aux principes formulés sur les liquides du corps (théorie des humeurs et fluides corporels), pouvant avoir conservé une certaine saillance dans la société moderne.

Normes sociales et allaitement

Déjà en 1986, Baranowski et coll. identifiaient des facteurs influençant les mères dans leur pratique d'allaitement, dont les bénéfiques pour l'enfant, l'influence sociale et les représentations personnelles. Ces éléments recueillis via un questionnaire administré à 358 mères ayant donné naissance en juillet 1981 à l'University of Texas Medical Branch (UTMB) aux États-Unis dressent le tableau de l'époque. Alors que Baranowski et coll. (1986) se concentraient sur les facteurs influençant les mères dans la poursuite de l'allaitement, Jelliffe et Jelliffe (1978) se sont attardés aux raisons poussant les mères à choisir l'allaitement au biberon. Ces auteurs identifient quatre éléments expliquant l'abandon ou la diminution du taux d'allaitement maternel exclusif et du taux d'allaitement maternel en général. Premièrement, les changements observés dans les structures familiales et dans le rôle des femmes affectent la manière d'alimenter le nourrisson. Dans les sociétés occidentalisées de l'époque, soit en 1975, la structure familiale « traditionnelle » et élargie

est de plus en plus remplacée par des familles nucléaires plus mobiles. Par mobile, Jelliffe et Jelliffe (1978) font référence ici au mouvement géographique, soit des déménagements fréquents ou le fait de s'établir loin des autres membres de la famille d'origine. De plus, une hausse de familles monoparentales est dénotée. Deuxièmement, une industrialisation et une urbanisation aussi importantes que rapides ont entraîné un changement marqué du statut social des femmes. Par exemple, les auteurs ont constaté une tendance croissante des femmes à travailler à l'extérieur du foyer. Ce nouveau rôle de « travailleuse » couplé avec un recours aux préparations lactées considérées comme un progrès scientifique pousse davantage de mères à avoir recours à des moyens d'alimentation substituant le lait maternel. En matière d'allaitement, ceci se traduit généralement par un allaitement maternel de plus courte durée, si allaitement maternel il y a. Troisièmement, les auteurs dénoncent une commercialisation « immodérée » des préparations laitées pour nourrissons, puisque cette manière de faire influence et ferait pression sur la nouvelle mère. Aux dires des auteurs, les compagnies produisent des publicités trompeuses à propos des propriétés de ces produits et effectuent des pressions auprès des médecins afin que ces derniers distribuent des échantillons dans les services de périnatalité. Le dernier élément identifié par Jelliffe et Jelliffe (1978) relève de la puériculture et du conservatisme des pratiques médicales. Un manque d'intérêt de la communauté médicale pour des questions relatives à l'alimentation du nourrisson et l'absence d'information sur l'allaitement au sein dans les services de maternité a joué un rôle majeur dans le déclin de l'allaitement maternel. En somme, ces auteurs suggèrent qu'une large gamme de facteurs et un nombre important de relations entre des variables écologiques, cliniques et sociologiques contribuent à l'arrêt de l'allaitement maternel au profit de produits pour nourrissons.

De nos jours, l'intention d'allaiter au sein à la suite de l'accouchement est associée avec une attitude positive face à l'allaitement maternel, au fait d'avoir un partenaire, une famille et des pairs qui le soutiennent, un statut socio-économique plus élevé, à l'obtention d'un diplôme d'étude supérieure, de même qu'avec la participation à des cours prénataux (Persad et Mensinger, 2007).

1.4.2 La promotion de l'allaitement maternel

Cette section, loin d'être une revue exhaustive de l'ensemble de la littérature en matière de politiques et de normes provinciales présente toutefois les éléments centraux qui leur sont relatives.

Soutenir et promouvoir l'allaitement maternel au Québec

Des campagnes de promotion ont fait valoir la pratique de l'allaitement maternel comme un processus « parfait », « naturel », « sain » (Moreau coll., 2010 ; Crossley, 2009 ; Persad et Mensinger, 2007) et « parfaitement adapté aux besoins du nourrisson » tout en étant « protecteur » sur le plan immunitaire (Bayard, 2011). Ce discours de promotion prend racine entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle où les médecins hygiénistes et les politiciens reconnaissent la nécessité d'intervenir afin de réduire les taux de mortalité infantile. L'allaitement maternel a donc été fortement encouragé pour contrer ce phénomène. Le taux de mortalité infantile entre 1921 et 1925 s'établissait à 9,9 % (99 nourrissons pour mille naissances) pour l'ensemble du Canada, alors qu'au Québec, il s'élevait à 12,7 % (Bayard et Chouinard, 2014, p. 25). Une baisse continue du taux de mortalité infantile au cours des années suivantes fortifie les médecins dans leur volonté « d'imposer » l'allaitement maternel (Bayard et Chouinard, 2014). Au Québec au début des années 1990, une deuxième vague de promotion de l'allaitement maternel a lieu, le tout en partie dû à l'affaiblissement du taux d'allaitement maternel des Québécoises. Selon les statistiques compilées en 1993, 47,7 % des Québécoises allaitaient leur nourrisson à la sortie de l'hôpital, alors que la moyenne canadienne était de 73 % (Bayard et Chouinard, 2014). Toujours dans cet esprit de promotion, au début des années 2000, une « culture » de l'allaitement maternel émerge au Québec, se traduisant principalement par la nomination d'une représentante ministérielle pour le dossier de l'allaitement maternel, la parution de lignes directrices en la manière et la mise en place de campagnes de sensibilisation. Le tout résultant en une promotion intensifiée de l'allaitement maternel auprès des nouvelles mères. Suivant l'évolution du temps, les raisons pour faire la promotion de l'allaitement maternel misent maintenant sur ses avantages, sur le développement optimal de l'enfant et sur le lien d'attachement créé avec la mère. La promotion de cette pratique demeure néanmoins « l'une

des stratégies privilégiées par les autorités de santé publique pour améliorer la santé des nourrissons » (Bayard et Chouinard, 2014, p.12).

Publications gouvernementales

En 1993, une deuxième Politique québécoise de périnatalité est adoptée sous la mention *Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif* (MSSS, 2008). Cette politique d'envergure endosse le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS, 1981) « qui a pour but d'encourager et de protéger l'allaitement maternel en plus de contrôler les pratiques de commercialisation des produits d'alimentation artificielle du bébé » (ASPQ, 2000, p. 42). De plus, cette politique inclut la présentation des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (Annexe 4) et l'intention de leur application dans les centres hospitaliers offrant des soins en périnatalité. En 1997, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par l'entremise de la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, s'attarde davantage à l'allaitement maternel au Québec. Le MSSS met de l'avant l'objectif « que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 % et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant » (MSSS, 1997, p. 39). En 1999, la Coalition québécoise pour l'allaitement maternel est mise en place et a comme but premier de « contribuer au développement d'une culture d'allaitement » (ASPQ, 2000, p. 43). Tous ces documents mettent l'accent sur l'allaitement maternel et le bien-être du nouveau-né ainsi que sur les multiples avantages de cette pratique.

Plus récemment, en 2001, le MSSS élabore le document *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices* présentant des stratégies pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. Le MSSS par le biais de ce document met de l'avant un objectif révisé par rapport à celui fixé pour 2002. L'objectif général qui y est défini est le suivant : « Que d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et de 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an » (MSSS, 2001, p. 7). Ce

document se veut un guide d'action en matière d'allaitement maternel accentuant ses avantages, ses bénéfices, ses conséquences positives tant pour l'enfant que pour la mère de même que l'importance de son exclusivité et de sa durée. Il fait état de la situation québécoise en matière d'allaitement, soit le taux d'allaitement maternel et les conditions le favorisant. Il y est également exposé les objectifs visés, les différents principes guidant les actions et les stratégies susceptibles de le favoriser. Par le biais de ces lignes directrices, les actions gouvernementales et celles des établissements dispensateurs de services en périnatalité sont uniformément guidées et orientées dans un dessein commun : l'augmentation du taux d'allaitement maternel. N'étant pas destiné directement à la population générale, mais aux administrateurs et professionnels de la santé qui travaillent auprès des mères, ce document agit d'abord sur l'organisation des services et la dispensation des soins. Il vise le maintien de services de qualité et l'accessibilité pour la population québécoise à une quantité suffisante d'information concernant l'allaitement maternel. À plus grande échelle, ce document agit « sur les mentalités et habitudes des membres du personnel soignant pour que la population en profite, par la suite, de manière généralisée » (Boiteau, 2002, p. 15). L'application des lignes directrices dans les établissements de périnatalité est intimement liée avec la certification et l'implantation de l'Initiative des Amis des Bébé (IAB), s'agissant en fait de la première stratégie formulée par le MSSS afin d'atteindre son objectif général (MSSS, 2001).

Quelques années plus tard, en 2008, le MSSS publie une troisième politique de périnatalité donnant suite aux lignes directrices de 2001. Dans le volet traitant de l'allaitement maternel de la *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie* les auteurs se réjouissent que les mères soient « de plus en plus nombreuses à adopter l'allaitement maternel » à la naissance, par contre l'abandon rapide de ce mode d'alimentation les préoccupe (MSSS, 2008, p. 55). Le taux d'allaitement maternel diminuant grandement au cours des premières semaines et des premiers mois de vie du nourrisson pousse le MSSS à déclarer que l'initiation de l'allaitement maternel, son maintien et son exclusivité comme mode d'alimentation du nourrisson sont des « enjeux majeurs dans le domaine de la santé publique. » (MSSS, 2008, p. 58). Pour y remédier, le MSSS vise un

soutien accru à l'implantation de l'IAB dans de nouveaux établissements de santé et à assurer la pérennité de ceux déjà certifiés. Il est également visé une mise en place et la consolidation des groupes d'entraide en allaitement pour en faciliter leur accessibilité pour les nouvelles mères. De manière plus globale, l'objectif d'actualiser les lignes directrices en matière d'allaitement maternel adoptées en 2001 est formulé ainsi que celui d'assurer un rôle de « leadership en matière d'allaitement ». Les buts et objectifs de la politique ne concernent pas uniquement l'amélioration de la santé physique des mères et des jeunes enfants, des retombées psychosociales et sociales sont également visées. De plus, la politique reconnaît la dimension individuelle de la parentalité et met de l'avant la croyance dans le potentiel des parents. Elle souligne l'importance d'impliquer le père dans le processus préalable à la naissance et dans les soins à donner au nouveau-né. Cette politique explicite en matière de périnatalité dont s'est doté le Québec constitue une compétence provinciale au même titre que le reste du porte-folio de la santé et des services sociaux. Par conséquent, la majorité des programmes et services périnataux offerts au Québec relève du gouvernement provincial.

1.4.3 Le soutien social et l'entourage de la mère

Au-delà du consensus du *Breast is Best* se dégageant de la littérature scientifique et des publications gouvernementales, la provenance de soutien physique, social et informationnel en période périnatale, de même que l'envers de la médaille, soit les pressions perçues par la mère et les expériences négatives sont présentées ici. Finalement, dans un cadre plus global sont regroupés les déterminants sociétaux autour de cet objet social spécifique qu'est l'alimentation des nourrissons.

Entourage familial et relationnel (amis)

Les mères sont exposées à un ensemble diversifié de valeurs et d'influence à travers leur réseau social immédiat. Pour expliquer l'initiation ou la persistance dans l'allaitement maternel, la littérature mentionne l'importance du soutien social comme variable affectant l'intention, l'incidence et la durée (Göksen, 2002). Ce soutien physique et social en période périnatale (pendant la grossesse, lors de l'accouchement et en post-

partum) provient généralement de l'entourage immédiat et des professionnels de la santé. Un soutien postnatal adéquat est central pour aider la mère à développer sa capacité à résoudre ses problèmes d'allaitement au sein, augmentant ainsi la durée de l'allaitement maternel ou permettant d'atteindre l'objectif que la mère s'est fixé (Semenic et Groleau, 2012). À l'inverse, Göksen, (2002) fait valoir que le réseau social et les liens communautaires bien qu'augmentant le sentiment d'appartenance et d'attachement, créent un groupe de référence dans lequel s'exerce une pression poussant les membres à se conformer aux normes et rôles sociaux qui leur sont attribués. Les discours véhiculés par les proches et les professionnels de la santé sont très variés et peuvent être peu cohérents. Pouvant « entendre tout et son contraire » (Bayot, 2008, p. 82), la mère, confrontée à ces contradictions, se sent particulièrement vulnérable et son expérience d'allaitement est donc négociée au travers de celles-ci (Marshall, Godfrey, et Renfrew, 2007). Le doute rend les mères sensibles à l'influence de la famille et des amis qui « suggèrent volontiers » que la quantité et/ou la qualité du lait peuvent être déficientes. En revanche, un environnement supportant contribuera à renforcer la confiance personnelle de la mère (Boiteau, 2002). La littérature suggère que l'attitude du partenaire et son soutien sont importants dans l'expérience d'allaitement (Mitchell-Box, Braun, Hurwitz et Hayes, 2013). Le père joue un rôle important dans la décision de la mère d'initier l'allaitement au sein et influence sa durée par un soutien clé ou, inversement, par dissuasion. Ce qui trouve écho dans les écrits de Leeming, Williamson, Lyttle et Sally (2013) stipulant que le degré de soutien fourni par le père dépendra de son engagement et de ses attentes face à l'allaitement maternel. Par contre, certaines mères ne bénéficient pas de ce soutien. Lepage, Doré, et Carignan (2000) avancent que près d'une mère sur dix (9,6%) est demeurée sans encouragement ni soutien face à l'allaitement suite à l'accouchement. Alors que certaines mères ont dû, pour leur part, faire face à des regards désapprobateurs de membres de leur famille puisque l'allaitement au sein constituait un changement de pratique non négligeable dans leur famille (Semenic et Groleau, 2012).

Personnel de la santé (médecin, sage-femme, infirmières)

Publié en 1998, par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), une prise de position relative à l'allaitement maternel et la pratique de la profession, stipule que l'infirmière se doit de reconnaître l'allaitement maternel comme étant une priorité en matière de promotion, d'intervention, d'éducation et de soutien (OIIQ, 1998). C'est en ce sens que l'OIIQ « encourage ses membres à se servir de leur rôle privilégié pour faire avancer la situation de l'allaitement maternel et ce, tant dans les établissements de santé que dans les politiques et dans l'attitude générale de la société » (Grandmaison, 2013, p. 34). Le rôle, des plus importants, que joue l'infirmière en matière d'allaitement maternel se divise en deux aspects majeurs soit celui de soignante et celui d'enseignante (Hansten et Washburn, 1996). En raison de sa formation théorique et de l'expérience acquise en matière de lactation, l'infirmière, via son rôle de soignante, s'assure de positionner adéquatement la mère et le nourrisson pour l'allaitement au sein, d'observer les signes d'une bonne succion chez le nourrisson et d'effectuer les ajustements nécessaires, d'aider lors de la mise au sein et de faciliter tous autres comportements bénéfiques à l'allaitement maternel lors du séjour postnatal. C'est en concordance avec son rôle de soignante que l'infirmière se doit d'évaluer de façon continue l'état physique et mental de la mère afin de bien cerner ses besoins et d'établir la pertinence de certaines interventions (Lowermilk, Perry et Bobak, 2003). Le deuxième rôle identifié par Hansten et Washburn (1996) est celui d'enseignante. Étant régulièrement l'une des premières professionnelles de la santé que rencontre la mère, il lui revient souvent « le mandat de renseigner les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel, en plus d'effectuer un enseignement rigoureux concernant l'allaitement. L'infirmière doit s'assurer que les parents prennent une décision bien éclairée et ce, dans une ambiance respectueuse de leurs choix. Au moment d'initier l'allaitement, l'infirmière a pour responsabilité de connaître l'état des connaissances de la clientèle sur le sujet » (Grandmaison, 2013, p. 34). Informer les mères sur certaines anomalies causées par à l'allaitement maternel, les moyens pour les prévenir, les mesures pour les reconnaître et y remédier fait également partie du rôle d'enseignante joué par l'infirmière (Lowermilk, Perry et Bobak, 2003). De plus, l'information transmise aux mères devrait permettre leur autonomie à la sortie de l'établissement de périnatalité.

Le personnel de la santé a certes une influence dans l'expérience d'allaitement des mères. Pour certaines, il est synonyme de pression, de culpabilité alors que pour d'autres il est source d'informations précieuses et aidantes. Les expériences négatives se traduisent par une crainte de sanctions ou de critiques de la part des professionnels de la santé. Ce qui fait en sorte que les femmes hésitent ou se refusent à leur demander de l'aide (Spencer, Greatrex-White et Fraser, 2015). De plus, couplés avec les messages de santé publique vantant les vertus de l'allaitement maternel exclusif, les autres modes d'allaitement sont parfois perçus comme déviants, ce qui pousse certaines mères à ne pas être complètement honnêtes au sujet de l'alimentation de leur nourrisson (Spencer, Greatrex-White et Fraser, 2015). D'autres auteurs avancent, suite aux résultats de leur étude, un doute sur la compétence des professionnels à communiquer les connaissances nécessaires en matière d'allaitement (Larsen, Hall et Aagaard, 2008). Les mères obtiennent parfois des informations dépassées ou contradictoires de la part du personnel de la santé. Ces mères sont donc confuses quand les normes et les règles en matière d'allaitement exprimées par les professionnels s'appliquent difficilement à leur réalité. Inversement, les expériences positives et aidantes avec des professionnels de la santé permettent aux mères de surmonter leurs difficultés d'allaitement au sein. Une continuité et une grande accessibilité aux services de soutien provenant des professionnels de la santé jouent un rôle clé dans leur expérience (Semenic et Groleau, 2012). Lepage, Doré et Carignan (2000) rapportent que les mères identifient souvent l'infirmière comme étant la personne ressource les ayant aidées à résoudre leurs problèmes d'allaitement et de mise au sein. L'influence du personnel soignant fut centrale, voire cruciale pour certaines dans leur expérience d'allaitement, les identifiants comme facteur majeur dans leur « réussite » à allaitement au sein (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001). En effet, pour beaucoup de femmes, leur décision d'allaiter a été dépeinte comme allant à l'encontre de pratiques normatives au sein de leur famille immédiate. Elles ont cherché à se faire des « alliés » comme stratégie visant à accroître leur confiance en elle-même et afin de réduire l'incertitude. C'est donc auprès des professionnels de la santé et d'aidantes (marraine d'allaitement) que ces femmes ont trouvé du soutien et des conseils (Marshall, Godfrey, et Renfrew, 2007). En somme, Braimoh et Davies, (2014) suggèrent

qu'il est plus commun d'avoir différents types d'expériences et non des contacts entièrement négatifs ou positifs avec le personnel soignant.

Schmied, Sheehan et Barclay, (2001) ont exploré les aspects de l'expérience d'allaitement et soulignent les domaines de préoccupations qui ont surgi relativement à la pratique du professionnel soignant en périnatalité. Cette étude remet en question certaines des hypothèses sous-jacentes aux pratiques médicales liées à l'allaitement maternel. Les auteurs soulignent l'importance de commencer un dialogue pour susciter et aider à l'amélioration des soins fournis aux mères et aux bébés. Dans le contexte actuel, les professionnels de la santé, en particulier les sages-femmes et les consultantes en lactation, jouent un rôle important dans l'expérience d'allaitement. En ce sens, l'éducation et la formation continue de tous les professionnels de la santé sont considérées comme primordiales dans la préparation des professionnels pour soutenir les femmes dans leur décision d'allaiter. Malheureusement, les professionnels de la santé sont généralement formés dans un modèle de promotion de la santé qui ne reconnaît pas à juste titre la nature sociale, émotionnelle et individuelle de la décision de l'alimentation du nourrisson et l'expérience maternelle de l'allaitement. La majorité des chercheurs considèrent l'allaitement maternel comme un phénomène physiologique ou médical, cette pratique est donc prise en charge par un médecin ou un professionnel en soins infirmiers. La littérature sur l'allaitement maternel pour les professionnels met l'accent sur la production de lait maternel, soit la « qualité » du lait et la capacité des seins à fonctionner de manière « adéquate », plutôt que sur l'allaitement faisant partie d'une relation significative entre la mère et son nouveau-né. Schmied, Sheehan et Barclay, (2001) dénoncent, également, que de manière générale les publications à l'intention des professionnels de la santé focalisent sur la relation entre le lait maternel et le nourrisson en affirmant « human milk for human babies » (p. 50) ou sur l'anatomie du sein, la physiologie, la production de lait et la nature de l'allaitement. Ce n'est seulement que dans les derniers chapitres que les auteurs abordent de manière succincte le soutien à la mère pour initier et poursuivre l'allaitement maternel. Ce type de pratiques privilégiant la nutrition du nourrisson perd de vue certains aspects de la dyade mère-enfant. Le bien-être de la mère et la confiance en ses capacités sont aussi

vitaux pour le nourrisson. C'est en ce sens qu'au-delà de l'apport de connaissances scientifiques récentes et fiables, Landais (2003) avance l'importance de déborder d'un cadre strict face à l'allaitement maternel pour envisager ce comportement comme n'étant qu'une facette de la périnatalité.

Environnement médiatique

Ce canal d'influence peut prendre diverses formes tant audiovisuelles qu'écrites, il s'agit de la radio, de la télévision, d'Internet, de livres, de journaux, de magazines et même d'affiches promotionnelles ou publicitaires. Les discours médiatiques en matière d'allaitement influencent les normes sociales et par le fait même la mère dans son expérience d'allaitement. Desrochers (2012) par l'analyse du quotidien La Presse, a contribué à cerner la nature contradictoire des messages sur l'allaitement maternel présents dans ce média. L'auteure souligne le fait que « les avantages de cette pratique pour la santé de l'enfant sont davantage représentés que ceux pour la mère », voire même que « les désavantages de l'allaitement maternel pour la mère sont plus présents [...] que les avantages que celle-ci pourrait y trouver » (Desrochers, 2012, p. 82). En se référant aux écrits de Holder (2006), cette influence médiatique agit majoritairement selon deux principes centraux. Premièrement, elle exerce des « pressions positives » en faveur de l'adoption d'un comportement qui se veut en conformité à la norme, l'allaitement au sein. Deuxièmement, des « pressions négatives » sont aussi effectuées, ce qui décourage l'adoption de comportements qui contreviendraient à la norme sociale établie, l'allaitement au biberon. Ainsi, un « positionnement positif est basé sur l'acceptation sociale : la couverture médiatique exposant la prévalence d'un comportement entretient la perception que celui-ci est socialement acceptable et renforce l'attrait qu'il exerce auprès des individus. Par ailleurs, le positionnement négatif reflète la préoccupation d'une communauté à l'égard des conséquences négatives d'un comportement. En présentant les problèmes et les risques reliés à ce comportement, les médias amplifient la prise de conscience de la communauté à l'égard du comportement, diminuant ainsi son adoption » (Desrochers, 2012, p. 34). En contexte d'allaitement, la mère en vient à intérioriser cette « norme » et à fortement y adhérer.

1.4.4 La promotion des produits d'alimentation pour nourrissons

L'allaitement au sein est « encadré » par des critères mondiaux, des politiques et des pratiques qui existent afin d'assurer sa protection, sa promotion et son soutien, le tout indépendamment de la différence culturelle (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001). Dans cette section, l'aspect politique et économique, de même que l'allaitement d'un point de vue de la santé publique seront traités.

Plusieurs études et recherches endossées par l'UNICEF poussent cette organisation à déclarer qu'un produit en formule ne « constitue pas un substitut acceptable du lait maternel car, il remplace seulement la plupart des composantes nutritionnelles du lait maternel : c'est seulement de la nourriture, là où le lait maternel est un fluide nutritionnel complexe » (UNICEF, n.d.). C'est en ce sens qu'en mai 1981, lors d'une assemblée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un code de commercialisation de ces produits a vu le jour, soit le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (ci-après, le Code). Le Canada a donné son approbation à ce Code international dans le cadre d'un consensus quasi mondial. Ce Code est d'une grande importance au plan historique en matière de santé publique; ce fut la première fois qu'une ligne de conduite mondiale de marketing a été adoptée. Il comprend des mandats clairs pour l'industrie des aliments pour nourrissons, les gouvernements et le secteur des soins de santé. Adoptée comme norme minimale, ce Code a été rédigé en réponse à la nécessité de mettre fin à la baisse des taux d'allaitement maternel et subséquemment à l'augmentation de la mortalité et des maladies chez les nourrissons et les jeunes enfants (OMS, 1981). La commercialisation des préparations pour nourrissons, d'autres aliments et des boissons, les biberons et les tétines a été reconnue comme étant différente des autres produits sur le marché, puisque leur utilisation dit « inutile » ou inappropriée entraîne des conséquences majeures pour la mère et le nourrisson (Sterken, 2002). De ces conséquences, les plus couramment citées sont les infections respiratoires aiguës et des diarrhées sévères, deux causes majeures de mortalité infantile de même que plusieurs autres maladies infectieuses. L'impact potentiel des pratiques d'allaitement maternel optimal est particulièrement

important dans les pays en développement en raison du taux de mortalité infantile plus élevé et d'un faible accès à l'eau potable et à des installations permettant l'usage sécuritaire des biberons (stérilisation, entreposage et utilisation) (UNICEF, n.d.).

Bien que de nombreuses avancées soient observées en matière de promotion et de protection de l'allaitement maternel relatif à la mise en application du Code, une vigilance est encore de mise dans certaines situations. En 2001, *The International Baby Food Action Network* (IBFAN) via leur publication, *Breaking the Rules Stretching the Rules*, dénonce des comportements frauduleux de l'industrie des aliments pour nourrissons (Kean et Allain, 2001). L'industrie utilise une grande variété de moyens marketing pour cibler directement les mères, par exemple, des échantillons gratuits envoyés par la poste, distribués par le biais de bureaux médicaux et de cliniques de santé, lors d'événements ou d'expositions pour bébés, voire comme trousse de départ à la sortie de l'hôpital. Le Code interdit également la publicité directe dans les journaux, les circulaires de magasins et les revues pour parents. Par contre, des biberons, des tétines, des préparations pour nourrissons, des aliments complémentaires pour bébés et d'autres articles de ce type y sont tous directement annoncés (Kean et Allain, 2001). Beaucoup d'annonces offrent des rabais ou des remises postales pour séduire les parents, inciter l'achat supplémentaire et encourager ce mode d'alimentation. L'utilisation des allégations nutritionnelles et de santé sont un autre moyen par lequel les industries de produits alimentaires pour nourrissons favorisent leurs ventes. Ces revendications ne sont pas autorisées en vertu du Code et servent à embellir grandement les produits, tel que « Plus facile à digérer » ou « Bon départ » pourrait impliquer, ou laisser sous-entendre pour un consommateur non averti, que le produit est plus facile à digérer que le lait maternel ou qu'il s'agit « du » bon départ. En outre ces énoncés ne peuvent pas être étayés par des preuves scientifiques admises et sont généralement « prouvées » par des recherches que les compagnies ont elles-mêmes générées. Les revendications ne sont donc pas dignes de confiance et sont trompeuses pour les parents ou malheureusement frauduleuses dans certains cas (Kean et Allain, 2001). Plus concrètement, « *Nestlé baby Days* » est une émission de télévision sur les soins et l'alimentation infantile financée par Nestlé, qui fut diffusée à travers le Canada pendant la

journée afin de maximiser la visualisation par les nouvelles mères. Cette série utilisait des messages afin de promouvoir l'utilisation de produits Nestlé pour l'alimentation des nourrissons (Kean et Allain, 2001). Le Code interdit l'industrie d'avoir un contact direct avec les femmes enceintes et les nouvelles mères, ce qui rend non conforme ce type d'émission. Éduquer et informer les parents sur l'alimentation du nourrisson relève de la responsabilité des gouvernements par l'entremise de Santé Canada et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Cette tâche consiste à veiller à ce que les parents reçoivent de l'information indépendante et précise sur l'alimentation du nourrisson (Sterken, 2002). Un autre exemple de non-conformité au Code implique des hôpitaux pour enfants qui ont recours à une compagnie d'aliments et des boissons pour les nourrissons comme commanditaire d'un événement de financement. Les entreprises « donnent » des sommes financières considérables à l'hôpital et en échange ce dernier accepte de distribuer des échantillons de leurs produits. Un contrat d'exclusivité entre une compagnie et un hôpital assure des privilèges de commercialisation. Selon Sterken (2002) 93 % des mères se fidélisent à un produit et poursuivent son utilisation après la sortie de l'hôpital. Ces ententes, bien qu'endommageant sciemment l'allaitement maternel, sont justifiées aux dires des hôpitaux concernés, car cette aide financière est mise aux services de la santé, du bien être médical des enfants et assure le financement de la recherche (Sterken, 2002). Outre les normes d'éthique professionnelle compromises, la mère qui allaite reçoit des messages contradictoires des institutions médicales en autorité.

Ces propos font écho à une étude plus récente réalisée par Dodgson et coll. al, en 2014. L'un des objectifs est de présenter la nature des violations et des aspects non respectés du Code, via des observations terrains de salles d'attente de bureaux de pratique pédiatrique. Le choix d'une méthode d'observation directe des salles d'attente de pédiatrie met le chercheur dans une position lui assurant une vision similaire des lieux que la mère. Aucun bureau observé dans la recherche n'a été reconnu comme complètement conforme, principalement en raison de matériel promotionnel à l'alimentation artificielle facilement disponible. Les auteurs avancent que le manque de législation substantielle et de réglementation aux États-Unis peut être attribué à la puissance économique de l'industrie de

préparations pour nourrissons. Cependant, ces derniers nuancent que l'échec à mettre en œuvre le Code est non seulement le résultat des stratégies de marketing des fabricants, mais aussi l'échec systémique à tous les niveaux de sa mise en œuvre et des suivis de son application tant des agences gouvernementales que des praticiens. Les auteurs estiment qu'une intervention plus rigoureuse à tous ces niveaux est essentielle et nécessaire afin de s'attendre à une conformité au Code. En somme, le manque de conformité au Code n'est pas unique au bureau de pédiatrie, il est un phénomène courant dans la plupart des environnements où l'on trouve les nouvelles mères. Subséquemment, certains modèles liés à la pratique ont un impact sur les familles et peuvent potentiellement saper le succès de l'allaitement maternel de certaines mères. Ces résultats peuvent être interprétés par une résistance de l'industrie et un manque de volonté politique à réglementer cette dernière selon le Code international. Le tout résultant en une impasse (Sterken, 2002).

Selon *Infant Feeding Action Coalition* (INFACT) Canada, l'intérêt du gouvernement canadien pour la mise en application du Code, se traduit par l'adoption d'une approche « passive » où une invitation est lancée à l'industrie de produits pour nourrissons à une conformité volontaire (Sterken, 2002). D'autres actions plus concrètes ont néanmoins été mises de l'avant, telle que la distribution d'une trousse d'information et de documentation sur l'allaitement maternel, dont une copie du Code, à plusieurs groupes de professionnels œuvrant en périnatalité². Distribué massivement aux professionnels de la santé partout au Canada de même qu'aux administrateurs des hôpitaux, cela a créé à la fois une meilleure connaissance du code pour les différents acteurs impliqués et un intérêt accru pour les besoins de soutien à l'allaitement dans le secteur des soins de santé (Sterken, 2002). INFACT Canada a poursuivi ses efforts pour l'application du Code et en 1985, un document, intitulé *Le Code international protège les bébés* est produit et distribué à tous les administrateurs d'hôpitaux, aux associations professionnelles de la santé de même que dans les écoles de médecine et de soins infirmiers. Même si Sterken (2002) qualifie ces efforts d'insuffisants, le MSSS du Québec n'étant toujours pas « proactif » dans la réglementation de la commercialisation des produits d'alimentation artificielle, ces actions ont néanmoins

2 Association canadienne de pédiatrie, l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne de santé publique

eu un impact comme l'indiquent les pratiques hospitalières observées par la suite et les publications gouvernementales subséquentes.

1.4.5 L'Initiative des Hôpitaux Amis des bébés (IHAB)

En cohérence et en guise de suite logique au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* l'élaboration de L'Initiative des Hôpitaux Amis des bébés (IHAB) lancée en 1992, se veut un regroupement mondial qui vise à modifier les pratiques hospitalières afin d'offrir davantage de soutien à l'allaitement maternel et d'encadrement des centres hospitaliers œuvrant en périnatalité. Cette initiative a demandé un travail considérable afin d'établir les critères pour l'évaluation des hôpitaux, pour former le personnel soignant et pour mettre en œuvre les diverses exigences relatives aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* dans les services de maternité. Afin d'obtenir la certification « Amis des bébés » l'institution qui en fait la demande doit respecter les dispositions relatives au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et adhérer aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. Plus précisément, cette désignation est obtenue quand chacune des dix conditions est appliquée auprès d'au moins 80 % de l'ensemble des femmes et des bébés admis dans l'institution (OMS, 1999). Dans une optique d'évolution et d'amélioration constante l'appellation IHAB est devenue l'IAB au fil du temps. Ne se limitant plus qu'aux hôpitaux, cette initiative inclut maintenant les centres de périnatalité, les maisons de naissance, les installations de santé publique communautaires et toutes autres ressources offrant des soins de santé mère-enfant. Le Québec s'est voulu un chef de file en la matière, car c'est sur son territoire que furent accrédité le premier hôpital (Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, 1999), la première maison de naissance (Maison de naissance Mimosa, 2005) et le premier centre de santé communautaire (CLSC Argenteuil, 2004) certifié Ami des bébés au Canada (Semenic et Groleau, 2012).

Semenic et Groleau (2012) via une étude réalisée avec des mères québécoises (n = 52, groupes de discussion) ont exploré « les perceptions maternelles à l'égard de la promotion et du soutien à l'allaitement » (Semenic et Groleau, 2012, p. 56). Cette étude a permis de documenter l'influence de services prodigués par des établissements certifiés

IAB. Les mères ont mentionné que « les activités de promotion auxquelles elles avaient été exposées avaient joué un rôle clé dans leur décision d'allaiter au sein (Semenic et Groleau, 2012, p. 24). Pour les fins de l'étude, les auteurs font la distinction entre un niveau d'implantation faible ou élevé de l'IAB afin d'avoir un aperçu plus représentatif de l'influence. « Les mères ayant été exposées à des activités de promotion prodiguées par des établissements à faible niveau d'IAB, ont mentionné que les professionnels et les intervenants de ces établissements leur avaient présenté des messages de promotion qui manquaient d'homogénéité, en particulier en ce qui a trait à la durée optimale et à l'exclusivité de l'allaitement » (Semenic et Groleau, 2012, p. 24). De plus, peu de mères ayant été desservies par des établissements à faible niveau d'IAB ont « réussi à atteindre leurs objectifs, en termes de durée, à cause de difficultés ou de problèmes techniques non résolus » (Semenic et Groleau, 2012, p. 24). Ces difficultés comprennent la perception d'une production de lait insuffisante et l'apparition des gerçures. Par ailleurs, les mères ayant été desservies par des établissements à un niveau d'implantation d'IAB élevée « s'étaient fixées des objectifs de durée d'allaitement plus flexibles tout en étant mieux préparées, dès la période prénatale, pour faire face aux difficultés potentielles de l'allaitement. Plusieurs de ces mères ont par ailleurs mentionné avoir allaité plus longtemps que prévu, car leur expérience d'allaitement s'était bien passée et elles avaient résolu les difficultés ou les problèmes techniques, domestiques et émotifs rencontrés, grâce à l'aide de professionnels de la santé » (Semenic et Groleau, 2012, p. 24).

1.4.6 Enjeux

Alors que les éléments précédemment cités traitent des normes et conceptions en matière d'allaitement dans la société et des facteurs d'influence provenant de l'entourage, les propos qui suivent vont pour leur part aider à mieux comprendre comment l'allaitement se manifeste dans l'expérience de maternité du point de vue de la mère. Le tout dans l'optique de mieux saisir le processus de décision et les comportements adoptés en matière d'alimentation du nourrisson.

Déterminants maternels

Au-delà des normes sociales et de l'environnement, des attributs propres à la mère peuvent avoir une influence sur ses comportements d'allaitement. Une expérience préalable d'allaitement maternel influence la décision d'initier l'allaitement au sein. Autrement dit, parmi les femmes qui ont été elles-mêmes allaitées au sein, 74 % ont choisi ce type d'allaitement comparativement à 40 % qui ont fait ce choix quand elles-mêmes n'ont pas été allaitées au sein (Wagner, Wagner, et Hulsey, 2002, p.436). Une expérience de vie d'allaitement maternel est positivement associée à l'initiation de l'allaitement maternel dans les quatre premiers jours suivant l'accouchement (Wagner, Wagner, et Hulsey, 2002). Successivement à l'expérience passée, l'attitude positive ou négative de la mère face à l'allaitement maternel est également à considérer. Les résultats de recherche de Mora, Russell, Dungy, Losch et Dusdieker (1999) indiquent que les attitudes maternelles sont des prédicteurs importants du choix de la méthode d'alimentation du nourrisson. De plus, chez les femmes qui allaitent au sein, ces mêmes attitudes maternelles ont un rôle à jouer dans la durée de ce type d'allaitement (Mora, Russell, Dungy, Losch et Dusdieker, 1999). Finalement, certaines caractéristiques de la personnalité des mères ont été associées avec la décision du mode d'alimentation du nourrisson. Lorsque le statut socio-économique a été contrôlé, Wagner, Wagner et Hulsey (2002) ont constaté chez les mères qui allaitent au sein la dominance de certains traits de personnalité. Ces mères sont par exemple plus affectueuses, amicales, actives, optimistes, émotionnellement réceptives et davantage portées à essayer de nouvelles activités. Inversement, les mères optant pour une alimentation au biberon sont plus réservées, moins susceptibles d'essayer de nouvelles activités, moins exubérantes, moins susceptibles de reconnaître leur état émotionnel et plus sceptiques en général (Wagner, Wagner et Hulsey, 2002). Ces données mettent de l'avant l'aspect multifactoriel de l'allaitement maternel permettant de soutenir le fait qu'allaiter ne relève pas d'un « véritable » choix ou d'une décision « complètement » délibérée.

Les défis - vécu anticipé et vécu réel

La manière de présenter l'allaitement maternel dans de nombreuses campagnes de promotion amène les mères à se projeter dans un vécu anticipé idyllique qui peut différer

du vécu réel (Moreau et coll., 2010). Les risques et les coûts associés à l'allaitement maternel et les avantages de l'allaitement au biberon sont absents de ce discours, dressant ainsi un tableau trompeur de l'allaitement (Brimoh et Davies, 2014). Ainsi, lorsque l'allaitement au sein et la maternité sont expérimentés comme les deux faces d'une même médaille, des attentes concernant la maternité auront une incidence sur l'expérience d'allaitement (Larsen, Hall, et Aagaard, 2008). Plusieurs « épreuves » auxquelles les mères ne sont pas préparées ou mal préparées peuvent survenir. Parmi les difficultés les plus souvent citées il y a les malaises physiques et l'inconfort, l'aspect chronophage³ de l'allaitement au sein, la faible succion du bébé (Moreau et coll., 2010) et le manque de connaissances sur les techniques d'allaitement (Kang et coll., 2005). Acquérir des techniques et développer des habiletés pour allaiter au sein sont d'une importance primordiale pour certaines femmes, car nombre d'entre elles se sentent malhabiles ou vulnérables lors des premiers contacts avec le bébé (Marshall et coll., 2007). Puisqu'une corrélation significative fut démontrée entre les connaissances et une attitude positive face à l'allaitement maternel (Kang et coll., 2005), il est central que la mère et son entourage aient accès à de l'information juste et de manière suffisante. S'appuyant sur leur recherche, Scott et coll. (1997) identifient des déterminants sociétaux pouvant avoir un impact sur la durée de l'allaitement maternel. L'analyse des thèmes dominants qu'ils ont dégagés indique que lors des cours prénataux, la question de l'insuffisance de lait maternel (réelle et perçue) devrait y être abordée davantage pour apaiser les préoccupations communes des mères. L'insuffisance de lait maternel est souvent auto-diagnostiquée par les mères sur la base que l'enfant pleure plus souvent, ne dort pas toute sa nuit ou qu'il a changé ses comportements d'alimentation.

Certaines mères ont « lutté » pour maintenir leur « engagement » à l'allaitement maternel. Elles ont « persévéré » et démontré une résilience énorme dans leur tentative d'atteindre leur objectif de mère « allaitante » (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001). Cette persévérance s'explique par la croyance qu'un allaitement maternel naturel, est meilleur pour le bébé et crucial pour la relation mère-nourrisson (Schmied, Sheehan et Barclay,

³ Se dit de ce qui demande beaucoup de temps

2001). En outre, plus l'allaitement maternel représente un « bon maternage » pour la mère, plus elle est prête à « persévérer ». La mère vise par le biais de l'allaitement maternel la création d'une expérience intime, agréable et de connexion privilégiée avec son nouveau-né. Ces mères voient en l'allaitement maternel un accomplissement glorieux de la féminité, il est également source de bonheur, d'épanouissement et de moments privilégiés (Grède, 2014). Cette « persévérance » dans l'alimentation au sein dénotée par Schmied, Sheehan et Barclay (2001) trouve écho dans le concept de « persistance » développé par Bottorff (1990). Particulièrement intéressé à savoir pourquoi les femmes dans les sociétés occidentales continuent d'allaiter lorsque d'autres alternatives sont disponibles Bottorff (1990) a établi que l'allaitement maternel peut être vu comme un projet et un acte volontaire. Les femmes qui allaitent choisissent d'agir ou de se positionner dans le monde d'une façon particulière. Cette auteure note que pour certaines femmes, la « persistance » est une partie indispensable de l'expérience de l'allaitement maternel et qu'elles en sont venues à la voir tel un mode de vie. Cette persévérance et cet engagement envers l'allaitement maternel sont construits par le discours public actuel voulant que « le lait maternel soit le meilleur » (*Breast is Best*) et le lien parasite entre allaitement maternel et le fait d'être une « bonne » mère. De plus, Bottorff (1990) explique ce comportement par le désir de la mère d'obtenir une identité particulière en tant que mère « allaitante ». Certaines femmes ont fortement persisté à allaiter au sein, malgré d'énormes difficultés (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001). D'autres se sentent coupables de ne pas allaiter comme si elles avaient privilégié leur propre confort et commodité par rapport à ceux du bébé. Ces mères n'auraient pas été préparées à cet « inconfort » et à « souffrir assez », elles n'auraient pas essayé assez fort pour être une « bonne mère ». En ce sens, il n'est pas surprenant qu'il y ait une forte dimension morale à l'allaitement maternel et que sa pratique soit imprégnée d'émotions complexes comme la fierté/joie et la honte/culpabilité (Lee et Furedi, 2005). Desrochers (2012) explique l'apparition de sentiments négatifs par le « fait que la norme sociale de l'allaitement maternel a été si bien intériorisée par les mères par conséquent, la transgression de cette norme provoque chez elles un sentiment de culpabilité » (Desrochers 2012, p.84).

Crossley (2009) illustre comment l'acte de l'allaitement peut être lourd de tensions et de pressions pour les femmes. L'auteure base son étude sur une méthodologie composée d'un entretien semi-directif conçu comme un outil d'exploration, qui vise à initier le raisonnement, le débat et l'introspection réflexive d'un événement de vie, soit ici l'expérience de l'allaitement maternel. Cette dernière conclut que, loin d'être un « *empowering act* », l'allaitement peut davantage devenir un « impératif moral ». Cette conclusion est appuyée par l'étude de Lee et Furedi (2005) qui ont, également, examiné la manière dont cet « impératif moral » affecte les femmes lors du processus de sevrage. Ces auteurs, par l'entremise d'entrevues qualitatives et quantitatives, ont pu avoir un aperçu de l'expérience de femmes ayant eu recours, en tout ou en partie, à du lait en formule, ou dit lait artificiel ou de substitution, pour nourrir leur nourrisson lors des trois premiers mois post-partum. Beaucoup de ces femmes ont connu des sentiments de culpabilité, d'échec, d'incertitude et certaines ont mentionné un fort sentiment de « marginalisation » et de « désolation ». Conclusions, également soutenues par d'autres auteurs, à savoir que l'allaitement maternel a été si fortement encouragé que certaines femmes le perçoivent comme étant essentiel à leur identité en tant que mères (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001). En contre-partie, pour certaines mères l'allaitement maternel traduit un « esclavage », une « servitude épuisante » qui les enferme dans leur rôle de mère et ainsi « l'empêche d'être autre chose ». Le recours au biberon est donc considéré comme une solution « miracle et libératrice » (Grêde, 2014, p. 34). De plus, l'allaitement maternel peut être vu comme pénible et désagréable, en plus d'être exigeant, perturbateur et affectant le sentiment d'identité de la mère (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001).

1.5 Constats et regard critique

La recension des écrits permet de relever cinq grandes sources d'influences agissant sur les conceptions actuelles de l'allaitement. D'abord, d'un point de vue chronosystémique, les comportements proscrits, les pratiques valorisées, les normes sociales et les modes de pensée en matière d'alimentation du nourrisson ont grandement évolué à travers le temps en fonction d'aspects sociaux (rôle de la femme, proximité familiale, pratique médicale), historiques (amélioration des conditions d'hygiène des

biberons et des articles s'y rattachant) et politiques (parution de politiques sociales en périnatalité, de lignes directrices en matière d'allaitement maternel). S'inscrivant comme influence exosystémique et macrosystémique, la société d'appartenance de la mère québécoise, par le biais de programmes de santé publique, impose des normes explicites sous forme de lignes directrices et de campagnes de sensibilisation (MSSS, 2001). Dès 1990, une augmentation marquée de parutions gouvernementales valorisant l'allaitement maternel et énonçant les stratégies mises de l'avant pour en favoriser la pratique est observée. En raison de cette forte pression culturelle d'allaiter au sein, les femmes risquent l'exclusion si elles ne sont pas en mesure de le faire, ou ne le souhaitent tout simplement pas (Grêde, 2014). Dans cette même optique de protection et de promotion de l'allaitement maternel, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, bien qu'élaboré en 1981, est davantage mis de l'avant. Toutefois, ce Code n'est pas toujours respecté dans son intégralité par les compagnies et les établissements offrant des services de périnatalité. En ce sens, le discours « pro-allaitement maternel » d'un côté et de l'autre la promotion massive de produits lactés pour nourrissons exposent les femmes à un ensemble contradictoire de valeurs et d'influence. L'apparition de la certification « Amis des bébés » attribuable aux hôpitaux, aux maisons de naissance et aux centres de santé communautaire qui favorisent l'allaitement maternel et le respect du Code ont aussi leur rôle à jouer dans l'expérience d'allaitement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait, également, ses propres recommandations. Elle préconise un allaitement maternel exclusif, jusqu'à six mois, et une alimentation complémentaire adaptée par la suite (OMS, 2003). Ces directives et ces recommandations basées sur des connaissances scientifiques au sujet du développement de l'enfant, de la médecine néonatale et des mécanismes de lactation ont pour cible la population mondiale. Bien que des avantages soient reconnus tant pour la santé du bébé que pour celle de la mère et qu'il s'avère justifié que ces éléments soient relayés par des programmes et des services à la population, il ne faut pas perdre de vue la mère dans son unicité.

Se rapportant au microsystème, l'importance d'un entourage familial et relationnel soutenant tant physiquement qu'émotionnellement, de même qu'un accompagnement

positif pour la mère dans ses décisions émergent de la littérature. Le personnel soignant a inévitablement un rôle à jouer dans l'expérience d'allaitement de la mère vu leur proximité avec cette dernière lors des premières heures de vie du nourrisson. L'influence de ces professionnels est parfois négative, mais dans bien des cas elle s'avère positive. Il en va de même pour l'environnement médiatique, où les discours peuvent s'avérer contradictoires. Par contre, dans la plus grande majorité des cas, le discours est orienté de manière à favoriser l'allaitement maternel comme choix d'alimentation pour le nourrisson. L'émergence récente de réseaux sociaux et de plateformes de discussions en ligne fait en sorte que la portée de leur influence sur les mères reste à ce jour peu documentée par des études scientifiques. Tel que présenté, nombreuses sont les sources d'influences présentes dans l'entourage de la mère, mais il ne faut pas perdre de vue que certains facteurs ontosystémiques propres à cette dernière sont déterminants dans le choix du mode d'alimentation pour son nourrisson.

Dans la société occidentale actuelle, les exigences en matière d'allaitement comme d'autres comportements liés à la santé peuvent devenir interdépendantes avec la construction de l'identité, la création d'un sens de la moralité, et la conceptualisation de la notion de « bonne mère » (Crossley, 2009). Les sources de pression identifiées sont multiples et pour certaines mères elles sont associées à de la culpabilité, de l'intimidation et des contraintes (Battersby 2000, cité dans Moreau et coll., 2010). En se situant sur le plan individuel, soit la mère comme sujet, il y a matière à se questionner quant aux possibles enjeux sociétaux, puisque la décision de donner le sein ou le biberon est guidée par des éléments intrapsychiques et le vécu de la mère (Lutter, 2002), en plus de dépendre de considérations biologiques, physiologiques, médicales, sociales et culturelles (Krtolitz et Rosenblum, 2015).

1.6 Limites méthodologiques des études actuelles

Toutes les études mentionnées dans ce mémoire ont leur pertinence, leurs forces et permettent d'élargir les connaissances sur la problématique. Par contre, certaines limites peuvent également leur être adressées. Tout d'abord, il y a peu d'études effectuées au

Québec sur le sujet et dans l'ensemble, peu de distinctions sont faites entre les types d'allaitement ce qui parfois porte à confusion d'une étude à l'autre. De plus, deux limites principales furent constatées lors de l'analyse de ces études, soit premièrement, une faible possibilité de généralisation des résultats en raison de l'échantillon. Qu'il s'agisse de la taille de l'échantillon, comme une approche auto-ethnographique (Crossley, 2009), d'une trop grande homogénéité des participantes tel que, en couple (mariée) avec un homme et primipare⁴ (Moreau et coll., 2010 et Leeming, Williamson, Lyttle et Sally, 2013) ou en ne questionnant que des mères ayant fait le choix d'allaiter (Marshall et coll., 2007) ou des étudiants universitaires coréens (Kang et coll., 2005) ou des immigrantes primipares (Persad et Mensinger, 2007), ces échantillons sont non représentatifs de l'ensemble de la population. Deuxièmement, en raison des normes sociales favorisant l'allaitement maternel et le choix méthodologique de réaliser la collecte d'information par le biais d'entrevue en face à face (Moreau et coll., 2010 ; Crossley, 2009 ; Persad et Mensinger, 2007 ; Göksen, 2002 ; Marshall et coll., 2007 et Baranowsk, 1986), par questionnaire téléphonique (Lee et Furedi, 2005) ou à l'aide de groupes de discussion (Scoot et coll.,1997), il se peut que les résultats soient influencés par la désirabilité sociale des répondantes. D'autres limites, plus singulières cette fois, sont présentes dans certaines études recensées. Le choix d'un cadre théorique précis a plusieurs avantages, mais peut être par le fait même limitatif lorsque ce dernier influence ou oriente les auteurs dans la collecte de données et l'analyse des résultats (Göksen, 2002 et Crossley, 2009). Dans certaines situations, des variables ou facteurs extérieurs à l'étude doivent souvent être pris en compte pour s'assurer de la validité des résultats. Pour Persad et Mensinger (2007), dont l'étude vise à documenter l'intention d'allaiter et l'attitude face à l'allaitement maternel, il est central de tenir compte de l'impact de la participation simultanée à des cours prénataux au cours desquels l'allaitement maternel est présenté comme le « meilleur choix ». Finalement, bien qu'il soit pertinent de s'attarder aux représentations sociales de l'allaitement maternel qui prévalaient il y a quelques décennies, il ne faut pas perdre de vue leur dimension historique (Baranowsk et coll., 1986).

4 Se dit d'une femme qui accouche pour la première fois.

1.7 Proposition de recherche

Ces observations conduisent à remettre en question l'hypothèse formulée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans *L'allaitement maternel au Québec: lignes directrices* (2001), voulant que la grande majorité des mères soient motivées à allaiter. Autrement dit, il est « douteux » de penser que ces messages auraient toujours l'effet escompté sur les mères quelle que soit leur réalité sociale, économique, psychologique et culturelle (Göksen, 2002, p. 10). Les efforts de promotion de l'allaitement nécessitent d'aller au-delà d'une approche centrée sur « ce qui est mieux pour le bébé » vers une approche traitant de multiples aspects. Récemment des recherches ont commencé à examiner les effets psychologiques et émotionnels négatifs vécus par les femmes à la suite de leur « échec » en matière d'allaitement maternel (Desrochers, 2012). De plus, au-delà des résultats d'étude traitant des « causes » derrière l'arrêt de l'allaitement, les discours tenus par l'entourage de la mère sont peu traités pour expliquer l'expérience maternelle de nourrissage. En effet, à l'expérience, aux émotions et aux croyances personnelles de la mère se superposent des positions intellectuelles, éthiques et bio-médicales véhiculées par son entourage et une multitude d'accompagnants (Göksen, 2002). Cette lacune met en évidence la nécessité non seulement de se concentrer sur les conceptions relatives à l'allaitement maternel tant dans l'environnement, mais aussi, d'explorer l'influence de ces discours sur la décision d'allaiter au sein ou au biberon.

1.8 Pertinence scientifique et sociale

La forte influence socioculturelle affectant cette pratique, tant par son inscription dans l'histoire familiale que dans la mémoire collective, mérite d'être documentée afin de mieux cerner les enjeux relatifs à cet objet d'étude. De plus, la double provenance des connaissances à propos de l'allaitement maternel, soit le savoir scientifique et le savoir commun, bien que parfois intimement liés, est souvent pour la mère source d'incertitude (Speltini et Molinari, 1995). En plus de son caractère indispensable et central dans la période postnatale, l'acte d'alimenter le nourrisson suscite nombre de débats. D'autant plus que les articles de revues, les éditoriaux journalistiques, les parutions scientifiques, les livres à petit ou grand déploiement et les bulletins de recommandations internationales tous

sources d'informations sur l'allaitement maternel sont fortement dirigés en faveur d'un allaitement maternel exclusif (Wolf, 2010). Parfois aux dires de Turcotte (2006) l'allaitement maternel fait l'objet d'une promotion « appliquée de façon dogmatique, voire coercitive » (Turcotte, 2006, p. 191). La nouvelle mère est souvent désemparée, alors que l'arrivée d'un enfant, tout particulièrement pour les primipares⁵, devrait être synonyme « d'accomplissement ». Cette période est davantage l'hôte d'une « grande vulnérabilité » (Turcotte, 2006, p. 191). Cette vulnérabilité, dans ce contexte, peut se traduire par une plus grande sensibilité aux discours externes et une estime de soi plus faible (Bayot, 2008). J'avance la pertinence d'une recherche voulant 1) identifier la conception des différents types d'allaitements chez les mères et 2) identifier la conception des différents types d'allaitement présente dans l'environnement de ces nouvelles mères. Afin d'atteindre ces objectifs, je vise dans ce mémoire à documenter les différentes conceptions qui sont présentes dans l'entourage de la mère et distinguer les variations dans les propos tenus par les membres de l'entourage permettra d'identifier les principales conceptions véhiculées en matière d'allaitement. De plus, se pencher sur les divers discours en la matière afin d'analyser leur portée sous un angle plus individuel est gage d'une plus grande sensibilité aux émotions et aux réactions suscitées chez la mère. En ce sens, le bien-fondé de cette recherche réside dans l'intention d'explorer et de documenter la nature de ces discours, assurant ainsi une meilleure compréhension des sources d'influence. Approfondir les connaissances relativement aux interactions entre la mère et les conceptions de l'allaitement qui circulent dans son environnement assurera un soutien et un accompagnement plus adaptés à ses besoins. En somme, la réflexion et les questionnements soulevés dans le cadre de ce mémoire visent à mieux comprendre l'expérience générale de l'allaitement. Cela permettra, additionné à une compréhension plus exhaustive de l'individualité de l'allaitement, de bonifier les stratégies de promotions actuelles (Turcotte, 2006).

⁵ Se dit d'une femme qui accouche pour la première fois.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Au-delà de la culture, il y a la fonction biologique
et conséquemment l'allaitement est un phénomène naturel.

Au-delà de la fonction biologique, il y a la culture,
et conséquemment l'allaitement est un phénomène social.

Catherine Chouinard

Ce chapitre composé de trois parties, présente, avant toute chose, une définition des concepts centraux relatifs à la question de recherche. L'attention est ensuite portée sur l'opérationnalisation de ces concepts. Puisqu'il est important de comprendre les déterminants impliqués à travers une approche globale (Dunn, Kalich, Henning et Fedrizzi, 2015), la troisième partie présente le cadre conceptuel choisi, soit le modèle Bioécologique. Ce modèle fournit un cadre holistique des déterminants influençant la décision de la mère d'utiliser des préparations pour nourrissons ou d'initier et de poursuivre l'allaitement maternel.

2.1 Définition des concepts importants

Ce rappelant la question de recherche, comment les conceptions sur les différents modes d'alimentation du nourrisson présentes dans l'entourage de la mère influence son expérience d'allaitement au sein ou au biberon, trois concepts clés s'en dégagent, soit l'« allaitement », l'« entourage de la mère » et la notion d'« attitude maternelle ». Avant de définir plus largement ces trois concepts, quelques mots se rapportant à l'utilisation du terme « conception ». Dans le cadre de ce mémoire, il réfère à l'action d'élaborer quelque chose dans son esprit, de le concevoir (De Villers, 2009), autrement dit, il s'agit d'une manière particulière de comprendre quelque chose, de la saisir ou l'idée que l'on peut s'en faire.

Allaitement

Ce concept prédominant dans mon questionnement se caractérise par « l'action d'allaiter » ce qui se traduit par alimenter un nourrisson avec du lait (De Villers, 2009). L'expression « allaitement maternel » précise la nature du lait qui est donné au nourrisson, soit celui de sa mère. Moins fréquemment utilisés, les termes allaitement naturel et allaitement au sein sont synonymes et réfèrent tous deux à un allaitement maternel (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). En spécifiant « maternel », cela laisse prétendre qu'un allaitement non maternel est possible. Le nourrisson reçoit alors du lait soit d'une nourrice ou des substituts, telles que des préparations commerciales pour nourrissons ou d'origine animale. Ce dernier mode d'alimentation étant qualifié d'allaitement artificiel, au

biberon ou de substitution. Pour s'y retrouver, des indicateurs en matière d'allaitement ont été développés par l'OMS (1991) définissant l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel prédominant et l'alimentation au biberon. D'autres auteurs élargissent le concept en y introduisant également, l'allaitement à la demande, l'allaitement mixte et l'allaitement total (Beaudry, Chiasson, et Lauzière, 2006) (Annexe 5). Ces distinctions sont pertinentes afin de bien nuancer ce concept et comprendre sa portée.

Entourage

Ce deuxième concept prend son origine dans le cadre théorique qui guide ma réflexion sur le sujet. En référence au modèle Bioécologique, la notion d'entourage proximal désigne les personnes qui sont en contact direct avec la mère. Cet environnement « rapproché » comprend par exemple, le père de l'enfant, les grands-parents, les amis proches et le personnel soignant. Également nommé « réseaux primaires » par Bilodeau (2005), l'entourage proximal à la lumière des écrits de Van Poucke (1980) présente généralement des caractéristiques telles que des relations où les liens sont durables, sécurisants et propices à la solidarité, le tout créant des échanges réciproques. L'entourage distal réfère à un environnement dit plus éloigné, soit indirect (Drapeau, 2008) composé des « réseaux secondaires formels » (Bilodeau, 2005). Ces réseaux impliquent le cadre politique à savoir les campagnes de promotion mises de l'avant et les divers programmes mis en place telle que l'IAB. Il s'agit ici d'organisations, de ressources et de services dirigés et planifiés par le gouvernement.

Attitude maternelle

Le dernier concept réfère à la décision de la mère face à la manière de nourrir son nouveau-né. Il englobe le processus de réflexion, la notion d'influence dynamique, l'évaluation des options possibles et les comportements de nourrissage. De par l'opérationnalisation de ce concept, il est souhaité une meilleure compréhension du niveau individuel, soit les facteurs intrapersonnels tels que les connaissances, les attitudes et les comportements (Dunn, Kalich, Henning et Fedrizzi, 2015), qui influent la prise de décision autour de l'allaitement en relation avec les discours présents dans l'entourage.

2.2 Tableau d'opérationnalisation

En lien avec la question de recherche examinée, les trois concepts précédemment mentionnés sont mis de l'avant. Chacun d'eux est composé de dimensions desquelles découlent des indicateurs permettant leur opérationnalisation (Annexe 5). Dans l'optique d'une compréhension optimale, plusieurs indicateurs par concepts permettent de rendre compte davantage « de toutes les facettes du phénomène étudié » (Alain et Dessureault, 2009, p.188). Tant l'allaitement, l'entourage proximal et distal que l'attitude sont subdivisés en dimensions et ont été évalués par le biais des questions qualitatives. Seule l'attitude maternelle a été évalué avec des questions à réponse courtes et un outil spécifique. Quelques questions inspirées du IIFAS traduites en français, pour faciliter leur compréhension, ont été utilisées. Ne sélectionnant pas l'outil dans son ensemble, mais seulement quelques questions, ma démarche conserve sa nature qualitative.

2.3 Référence à une théorie explicative

Le modèle Bioécologique tel que conceptualisé à ce jour, soit l'apport initial de Bronfenbrenner et les bonifications ultérieures permettent de documenter les interactions entre les individus et leur environnement. Bien qu'originellement conceptualisé pour le développement de l'enfant, ce modèle se prête également à l'analyse des sources d'influence face à l'allaitement. S'inscrivant dans un cadre théorique socio-constructiviste, ce modèle accorde une place centrale aux interactions sociales dans les apprentissages de l'individu (Absil et coll, 2009). Le choix de ce cadre théorique est basé sur la capacité, de ce dernier, à cerner les relations entre la mère et son environnement par une analyse bioécologique des facteurs d'influence. Le tout permettant de documenter les obstacles et les « contributeurs » à l'initiation et au maintien de différents types d'allaitement (au sein, au biberon ou les deux (sein+biberon)) chez les mères et la contribution de l'entourage de ces dernières dans leur expérience (Dunn, Kalich, Henning et Fedrizzi, 2015).

Voici à présent, un bref aperçu de la problématique sous l'angle de la taxonomie des systèmes composés de six niveaux concentriques en interrelation. Ce découpage en

fonction des systèmes permet de constater que les interactions entre la mère et son environnement proviennent des différents niveaux.

Chronosystème

Le chronosystème permet l'analyse de l'impact de changements (transitions écologiques) ou de continuités de l'ensemble des niveaux systémiques composant l'environnement de l'individu. Cet environnement vu « comme un ensemble de structures [s'emboîtant] les unes dans les autres et [s'influençant] réciproquement » (Damant, Poirier et Moreau, 2001, p. 322) a un impact sur le développement de l'individu. Ainsi, l'évolution de l'ensemble de ces systèmes se veut dynamique et en constante interaction. De plus, les expériences personnelles passées affectent l'individu en orientant sa façon de comprendre, d'interpréter et de vivre des événements nouveaux et futurs. Plus concrètement, en matière d'allaitement, les aspects historiques et les nombreux mouvements sociaux tant féministes, médicaux, que communautaires sont en partie les assises des conceptions actuelles.

Macrosystème

Le macrosystème, réfère particulièrement aux systèmes de croyances/valeurs, aux modes de vie, aux opinions et aux modèles d'échange social. Ce niveau de système traduit également les attentes sociétales et les normes véhiculées (Drapeau, 2008). Dans cette logique macrosystémique, certains aspects de l'allaitement font partie de la culture et sont ancrés dans le collectif social. Pour certains auteurs, l'allaitement maternel est vu comme un geste d'usage, « un processus naturel et facile » (Moreau et coll., 2010, p. 63). Pour d'autres, l'alimentation au sein comme l'idéologie dominante est présentée comme partie intégrante de la maternité (Crossley, 2009) et comme un choix optimal ou de préférence (the preferred feeding choice, Persad et Mensinger, 2007, p. 59). Cela fait contraste avec le pourcentage de mères qui n'allaitent pas, créant ainsi une rupture, qui se transforme en pression (Moreau, Tahon et Daigle, 2010).

Exosystème

L'exosystème réfère à un niveau systémique qui n'implique pas la personne comme participant actif, mais l'affecte sans nul doute. Cela inclut par exemple, les décisions gouvernementales, environnementales et sociales qui ont une incidence sur l'individu, et pour lesquelles ce dernier n'a pas participé au processus de prise de décision. Le tout se traduisant en politiques sociales (MSSS, 2008), en lignes directrices (MSSS, 2001), en programmes d'action communautaire (ASPC, 2014), et en campagne de sensibilisation (Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM)), voire en recommandations mondiales (OMS, 2003). En matière de promotion, de protection et de soutien à l'allaitement maternel, il est observé un nombre croissant de publications et de politiques dans les dernières décennies. En regard de ces parutions élevées, les choix maternels sont grandement orientés. Dans cette même idée écosystémique, des facteurs structurels, tels que des changements en lien avec le marché du travail, contribuent à l'évolution des normes autour de la maternité et de l'allaitement (Marshall et coll., 2007). L'expansion des prestations de maternité est un pas en avant (Sterken, 2002), au Québec, des congés de maternité sont prévus par la Loi sur les normes du travail. D'une durée maximale de 18 semaines continues (4,5 mois), la mère reçoit 70 % de son salaire régulier via le Régime québécois d'assurance parentale. La nouvelle mère peut également se prévaloir d'un congé parental, qui comme son nom l'indique s'applique aux deux parents. Ce congé de 52 semaines est divisible à la discrétion des parents (CNT, n.d.). Puisque le retour au travail est fréquemment cité comme raison expliquant le sevrage précoce du nourrisson (Lepage, Doré et Carignan, 2000), un congé parental plus long devrait avoir un impact positif sur la poursuite de l'allaitement maternel. Cependant, un certain nombre de préoccupations demeurent, telles que l'accessibilité pour toutes et le fait d'avoir un revenu réduit durant cette période. Le programme de prévention mis en place par la CSST, Pour une maternité sans danger, qui a pour objectif « le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allaite, permet un retour au travail compatible avec la poursuite de l'allaitement maternel (CSSTQ, 2015). En contrepartie, la mère québécoise qui retourne au travail ne bénéficie pas de « pauses allaitement », disposition qui accorde aux travailleuses le droit de se prévaloir de courtes pauses pour allaiter ou tirer leur lait. Ces

« pauses » rémunérées ou non selon les pays accordent à la travailleuse le droit de suspendre son travail afin de donner le sein à son enfant ou de tirer son lait dans son milieu d'emploi. En Belgique, par exemple, la mère a droit à deux pauses d'une durée de 30 minutes par journée de travail de plus de 7 heures et 30 minutes. Cette dernière dispose de cet avantage jusqu'à 9 mois après la naissance de l'enfant (SPF de la Belgique, n.d.). Cette pratique fait en sorte qu'un pourcentage plus élevé de mères allaitent de manière exclusive dans les pays où des lois garantissent des « pauses allaitement » au travail sont adoptées (OMS, 2013).

Mésosystème

Le mésosystème comprend les interactions entre les différentes parties du microsystème de l'individu. Ainsi, le mésosystème n'est pas à proprement dit un « niveau intermédiaire » de système, il est davantage présenté comme un espace pour observer les liens entre des sources d'influence affectant l'individu (Damant, Poirier et Moreau, 2001). Ce qui en aucun cas le soustrait en importance, bien au contraire, il permet l'analyse des interconnexions entre les différents milieux de vie de l'individu. Sous un angle d'analyse mésosystémique, ces interrelations, lorsqu'elles s'avèrent incohérentes ou contradictoires peuvent être sources de tensions et lourdes en pression pour la mère (Crossley, 2009). Afin d'illustrer les interrelations entre le microsystème familial et celui du marché du travail pouvant être incohérents dans le désir de la mère d'allaiter, pensons aux travailleuses autonomes. Certaines peuvent être contraintes de retourner au travail hâtivement ce qui peut affecter la durée de l'allaitement maternel et précipiter le sevrage.

Microsystème

Le microsystème se traduit par le milieu de vie de l'individu et celui dans lequel ce dernier est en contact direct (Damant, Poirier et Moreau, 2001). Les relations dans ce niveau de système sont les plus immédiates et proximales de la théorie des systèmes écologiques. Elles sont également les plus influentes (Drapeau, 2008). Ce niveau comprend généralement la famille, les pairs et, dans le présent contexte, les aidants au sens large. Cette influence a un impact considérable sur l'intention, l'initiation, la durée et l'expérience

de l'allaitement (Moreau, Tahon et Daigle, 2010). Persad et Mensinger (2007) avancent, suite aux résultats de leur étude, une association plus forte entre le soutien et l'influence du partenaire et de la famille avec la pratique de l'allaitement maternel qu'avec les attitudes et les croyances personnelles de la mère face à l'allaitement. Dans une moindre mesure, mais tout de même prédominante en regard des autres niveaux systémiques, les professionnels de la santé exercent une influence en matière d'allaitement. Certaines mères expriment le sentiment d'avoir « subi une pression » pour allaiter au sein (Moreau et coll., 2010, p. 61), alors que d'autres articulent le sentiment d'obligation à donner leur lait afin de s'assurer un bébé en bonne santé (Marshall et coll., 2007). La nature de cette influence, ci-haut mentionnée, semble davantage avoir une connotation négative, en contrepartie, les participantes d'une autre étude ont indiqué que les infirmières étaient les contributrices les plus importantes face à leur décision d'allaiter au sein et la source la plus influente en matière d'éducation à l'allaitement maternel (Forrester, Wheelock et Warren, 1997). Dans ce même niveau systémique, Bilodeau (2005) identifie les groupes d'entraide et les médias sociaux comme sources d'influence, notion qui est davantage développée dans le chapitre portant sur la recension des écrits. En somme, ce niveau systémique semble être le plus influent mais aussi le plus soutenant pour la mère (Bayot, 2008).

Ontosystème

Dans une conception ontosystémique les caractéristiques propres à la mère sont prises en compte. La nature des relations entre les niveaux de système et l'ontosystème n'étant pas équivalente en forme et en force, certaines sources d'influence dites proximales, tel le conjoint, alors que d'autres dites distales seront moins significatives pour la mère (Damant, Poirier et Moreau, 2001). L'intention maternelle d'allaiter au sein ou au biberon (Persad et Mensinger, 2007), l'intériorisation de l'allaitement maternel comme naturel et synonyme de « bonne mère » (Marshall et coll., 2007), la honte du biberon (Crossley, 2009) et le sentiment de culpabilité découlant de son utilisation (Moreau, Tahon et Daigle, 2010) en sont quelques exemples.

Conclusion

La taxonomie des niveaux systémiques tout juste présentée permet de concevoir de manière plus articulée et détaillée la problématique, dans l'optique de saisir de manière optimale les dynamiques sociales en matière d'allaitement. Ce modèle théorique fait face, par contre, à une limite principale exprimée par Absil et coll. (2009) en lien avec un manque d'appuis scientifiques. Cette lacune serait due à l'insuffisance de données empiriques, puisqu'il s'avère ardu de procéder à l'évaluation systématique de toutes les composantes du modèle de manière empirique et qu'il n'existe pas de méthode éprouvée pour les mesurer. De plus, il est formulé à son égard, en guise de critique qu'il est difficile à appliquer en raison du caractère abstrait des concepts qui le composent (Absil et coll., 2009). M'y référant dans mon mémoire comme un outil pour explorer les sources d'influence et comme guide d'analyse, les critiques formulées à son égard n'affectent en rien sa pertinence pour ma recherche. D'autre part, la nature plus large des concepts propres à ce modèle me permet de l'adapter à mon sujet d'intérêt tout en conservant l'essence de ce dernier. Finalement, le recours au modèle Bioécologique comme cadre théorique renforce la compréhension de l'influence de l'environnement sur les comportements selon chaque niveau systémique.

Chapitre 3 : Méthodologie

L'allaitement est un apprentissage et comme tout apprentissage, il faut se fixer des objectifs, accepter les erreurs et se donner du temps.

Bottofff, 1990

De façon à mieux comprendre comment les conceptions de l'allaitement affectent la mère dans l'alimentation du nourrisson, il sera question dans ce chapitre de la méthodologie adoptée afin de trouver réponse aux interrogations soulevées. Il est décrit, ici, l'approche privilégiée et les caractéristiques relatives au type de recherche effectuée. Les lignes directrices ayant servi à la constitution de l'échantillon seront abordées. La grille d'entrevue qui a servi à recueillir les données sera ensuite présentée. Enfin, la description des différentes étapes de traitement des données, soit la transcription des verbatim et la recherche de sens qui mènent à l'obtention des résultats de cette recherche seront présentés.

3.1 Modèle de raisonnement et approche privilégiée

Le modèle de raisonnement privilégié pour la réalisation de mon projet de recherche se veut enraciné dans une démarche déductive qui est fondée sur une réflexion documentaire articulée par une recension des écrits et une expérience terrain (entrevues). Je vise par la réalisation de mon mémoire une compréhension plus approfondie d'un phénomène (Chevier, 2009). En d'autres termes, je cherche à identifier les conceptions entourant les différents types d'allaitement et leur influence sur la nouvelle mère.

Essentiellement qualitative, cette recherche met à profit une collecte de données auprès d'informatrices clés, soit les mères, afin de recueillir des éléments spécifiques au thème d'intérêt. Dans l'intention d'assurer une meilleure distinction des variables relatives au sujet de recherche, l'aspect qualitatif permet la documentation d'aspects centraux de la problématique et la cueillette d'informations personnalisées. Parmi les forces des approches qualitatives, certaines sont davantage mises de l'avant par le processus méthodologique utilisé. En effet, la « richesse » et la profondeur des données recueillies, vu le recours à des questions ouvertes et la possibilité de réponses élaborées ont permis une compréhension plus nuancée de l'expérience des mères. De plus, ce processus de collecte d'informations a donné lieu à l'identification d'éléments ou de variables n'ayant pas été prévus au départ et ainsi bonifie ma recherche et ma compréhension (Alain et Dessureault, 2009).

3.2 Type de recherche

L'influence en matière d'allaitement est abordée sous l'angle d'une recherche exploratoire afin de produire une définition plus élaborée de la problématique et par le fait même de bonifier une analyse future. Se rapportant à l'objectif de recherche, il est visé une conceptualisation plus exhaustive par le biais d'une meilleure connaissance des formes et des variables associées au problème. L'intérêt de ce mémoire est de permettre le développement de nouvelles connaissances sur le sujet, d'offrir une circonscription plus détaillée des conceptions des différents types d'allaitement dans l'entourage de la mère afin de pouvoir décrire davantage cette réalité.

3.3 Population à l'étude

Dans le cadre de ce mémoire, la base de l'échantillon à l'étude sont les femmes, âgées de 18 ans et plus, ayant un bébé de 3 ans et moins, allaitant au sein ou non. Le choix de solliciter les mères d'enfants de trois ans et moins est basé sur la littérature. L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aux mères de donner à leur nourrisson du lait maternel jusqu'à deux ans et au-delà si souhaité par la mère et le nourrisson (OMS, 2003). Suivant ces recommandations, certaines mères peuvent allaiter au sein pour une période dépassant deux ans, d'où l'intérêt d'établir l'âge de l'enfant à trois ans comme critère de sélection afin d'inclure ces dernières dans la population cible. Dans le même ordre d'idée, pour ce qui est d'une alimentation avec des préparations pour nourrissons, il est conseillé d'offrir du lait « deuxième âge » ou du « lait de croissance »⁶ et ce jusqu'à l'âge de trois ans (Archives de pédiatrie, 2013), justifiant donc les critères de sélection.

Le but étant d'amorcer l'exploration des opinions, des discours et des différentes conceptions sur le sujet. Un échantillon effectif de 11 répondantes fut atteint, ce qui semble approprié dans le présent contexte afin d'étendre et de faire progresser les connaissances. Il y a deux considérations clés qui ont guidé ma méthode d'échantillonnage, soit la pertinence

⁶ Type de préparations pour nourrissons couvrant l'essentiel des besoins de l'enfant, de plus de un an, en fer et en acides gras essentiels et contenant des quantités de sodium et de protéines plus adaptées que le lait de vache (Source: <http://www.nestle-baby.ca>, consulté le 2 novembre 2016)

et l'adéquation (Morse and Field, 1995). Cette première notion s'articule dans ma recherche par la sélection appropriée et justifiée de ma population à l'étude. En recrutant des mères d'âges différents, je limite les risques d'un effet de cohorte et d'un biais d'homogénéité des répondantes. Pareillement, avoir recours à des mères dont le bébé a 3 ans et moins m'assure que ces mères ont en mémoire les événements ou situations à l'étude et que l'effet du passage du temps n'a pas encore altéré leurs perceptions et leur expérience (Alain et Dessureault, 2009). En lien avec l'adéquation, l'échantillon n'est donc pas déterminé uniquement sur la base du nombre de participantes, mais principalement sur la pertinence des données possibles de recueillir et la diversification de l'échantillon (O'Reilly et Parker, 2012). En ce sens, il est raisonnable de prétendre que la taille de l'échantillon est appropriée et adaptée à la nature de ma démarche de maîtrise.

3.4 Méthode et technique d'échantillonnage

L'échantillon est construit en fonction de caractéristiques précises relatives à mes intérêts de recherche, ce qui l'ancre dans une méthode d'échantillonnage non probabiliste (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000). Selon Sandelowski et coll. (1992), ce type d'échantillonnage dit « sélectif » réfère à la décision du chercheur, moi en l'occurrence, d'établir initialement un ensemble de répondantes potentielles en fonction de critères préétablis. En ce sens, j'ai eu, dans un premier temps, recours à des participantes de type « volontaire » en recrutant par la transmission d'un message via le bottin de contact du personnel universitaire Uval (Annexe 6). Par la suite, selon l'intérêt porté à ma recherche de même que par souci de diversifier le profil des répondantes et pour avoir un échantillon des plus diversifié possible de la population visée, j'ai recruté des participantes présentant des profils variés en matière d'alimentation du nourrisson. En procédant par un échantillonnage par quotas, l'échantillon fut divisé en deux sous-populations soit, les mères qui ont majoritairement allaité au sein ($n = 5$) et les mères qui ont favorisé le biberon ou une combinaison des deux (sein + biberon) ($n = 5$).

3.5 Méthode de collecte de données

Afin de recueillir l'information souhaitée, j'ai procédé avec chacune des participantes à une entrevue semi-structurée à l'aide d'un guide d'entrevue de type qualitatif. Ce guide est composé de questions ouvertes divisé en thèmes et sous-thèmes cernant les différentes dimensions à l'étude. L'usage de cette méthode de collecte de données a permis de rassembler l'interprétation, la perception et la signification des mères interrogées de leur expérience, de même que la définition qu'elle s'en fait (Opdenakker, 2006). Caractérisé par une communication synchrone de lieu, un entretien en face à face a permis de bénéficier des indicateurs non verbaux, soit le langage corporel, les expressions faciales et l'attitude générale de la répondante. Également, caractérisée par une communication synchrone de temps, cette technique fut appropriée afin de m'imprégner du ton de voix, du débit, des intonations, etc. En raison de cette communication synchrone, il est possible de sous questionner une réponse plus évasive en demandant des précisions ou des exemples illustrant les propos (Opdenakker, 2006). Le tout me donnant beaucoup d'information supplémentaires qui a peut être ajoutée aux réponses orales.

3.6 Instrument et grille d'entrevue

Par le biais d'entrevues semi-structurées je maximise l'équilibre entre le degré de liberté possible lors de la rencontre et le niveau de profondeur des termes abordés. Le tout a permis une collecte de données qui circonscrit les perceptions qu'ont les répondantes de l'objet étudié, les comportements qu'elles ont adoptés et leurs attitudes manifestes (Mayer, 2000, p. 120).

Plus précisément, les questions ont été conçues pour documenter l'expérience des différents type d'allaitement (au sein, au biberon ou mixte (sein + biberon)) chez ces mères de la région de Québec et d'explorer la contribution de l'entourage de ces dernières dans leur expérience (Annexe 7). La collecte de données s'est concentrée sur quatre thèmes principaux, soit 1) facteurs influençant le type d'allaitement choisi au départ et celui qui a été adopté par la suite, 2) l'interprétation par la mère des attitudes et des conceptions des différents type d'allaitement présentes dans son entourage, 3) le portait alimentaire du

nourrisson au cours des 6 premiers mois et 4) l'attitude de même que les conceptions de la mère face au type d'allaitement. Pour clore l'entrevue, des questions inspirées du Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) (Annexe 8), à savoir, un questionnaire de type Likert (17 items), ont été utilisées. Ce questionnaire est utilisé pour évaluer les attitudes de la mère face à l'alimentation du nourrisson de manière générale. Lorsqu'utilisé dans son intégralité, ce questionnaire permet de prédire le choix du type d'allaitement ainsi que la durée et l'exclusivité d'un allaitement au sein s'il s'agit de la méthode d'alimentation envisagée (Shaker, Scott et Reid, 2004). L'usage de certains items seulement de cet outil a permis de sonder de manière plus directe et spécifique l'attitude des mères à l'égard de l'allaitement au sein ou au biberon.

3.7 Étapes de traitement des données

Une analyse thématique de contenu des transcriptions fut réalisée (Paillé et Mucchielli, 2016). Le recours au cadre théorique fut nécessaire afin d'interpréter les similitudes et les différences dans le discours des mères et pour finalement produire une synthèse des sources d'influence dénotées.

3.8 Aspects et considérations éthiques

Plusieurs éléments guident la réalisation d'études et de projets de recherche, j'ai donc eu recours au *Guide pratique à l'intention des étudiants des sciences humaines et sociales* afin de respecter les normes relatives à l'éthique de la recherche en service social dans la réalisation de mon mémoire et pour mettre en application les principes s'y rattachant. À titre d'exemple, je me suis attardée aux quatre principes qui sont présentés dans ce guide comme étant directeurs dans un projet de recherche. Premièrement, de par la nature du mon sujet, l'allaitement, « la dignité humaine » se traduit tout au long de mon mémoire par le respect du choix maternel de recourir au sein ou au biberon pour alimenter son nourrisson. Mon mémoire est exempt de jugement ou de prise de position sur le comportement à adopter, il vise plutôt à documenter l'expérience de la mère. Deuxièmement, par le biais d'un formulaire de consentement accessible à la participante (niveau de langage convenable, en français et détaillé) et signé sans contrainte,

« l'autonomie des participants et l'obtention de leur consentement libre et éclairé » sont respectées (Annexe 9). Troisièmement, dans l'intention de respecter l'équilibre « entre les avantages et les inconvénients encourus par la participation à la recherche », la grille d'entrevue a été montée de telle sorte que la nature des questions et leur formulation limitent les risques d'émotions négatives et d'inconforts possibles chez la participante. De plus, si tel est le cas, une liste de ressources et des services disponibles a été remise à toutes les participantes (Annexe 10). Et finalement, afin de veiller à respecter « la vie privée et [les] renseignements personnels » des participantes, certaines mesures de gestion des données ont été appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis, à savoir : les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport, les divers documents de la recherche ont été codifiés et seulement moi (à titre de chercheur) a accès à la liste des noms et des codes, les résultats individuels des participantes ne seront jamais communiqués et enfin, les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, sont conservés sur un ordinateur protégé par un mot de passe et détruits en décembre 2019.

3.9 Limites

Le nombre restreint de participantes à l'étude est une limite en soi. Par contre, pour y pallier j'ai misé sur la représentativité de l'échantillon. Ainsi, il fut visé de réunir des personnes présentant des caractéristiques susceptibles d'engendrer des différences au sein de la population étudiée en s'assurant que tous les points de vue, dans la mesure du possible, soient exprimés. De plus, le recours à un échantillon de volontaires peut être perçu comme une limite. En effet, comme le souligne Beaud (2009), « les volontaires ont généralement des caractéristiques psychologiques particulières (volonté de plaire, désir de connaître, besoin de régler des problèmes, etc.) et que, par conséquent, toute généralisation est hasardeuse » (p.264). C'est justement dans cette optique de remédier à cette limite que la grille d'entrevue a été construite afin d'identifier des indicateurs précis et qu'elle est organisée de manière à les rendre le plus concret possible pour maximiser la justesse de l'information recueillie. Cette recherche exploratoire effectuée selon le modèle Bioécologique amène un regard particulier sur l'attitude des mères qui constituaient l'échantillon de base. Les résultats de cette recherche, sans pouvoir les transférer ou les

généraliser, ne sont pas sans intérêt puisqu'ils amènent de nouvelles connaissances à ce qui est connu sur le sujet.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

On ne se dit pas qu'on allaitera un mois, trois mois, un
an ou deux, on allaite juste un jour à la fois,
un être qui grandit lentement

Une accompagnatrice périnatale et familiale

Ce mémoire vise à documenter les discours relatifs à l'allaitement et l'influence du contexte social dans lequel gravite la nouvelle mère. Selon le statut prodigué à l'allaitement maternel dans les dernières années et en raison de nombreuses études démontrant les bénéfices qu'en retire le nourrisson, la perspective des femmes à débiter et à poursuivre l'allaitement semble jonchée d'obstacles créés par la même société qui l'encourage. Tout au long de ce chapitre, les résultats obtenus sont présentés de manière à mieux comprendre l'expérience des mères et ultimement de trouver réponses aux questionnements soulevés dans ce mémoire.

4.1 Portrait des mères ayant participé à l'étude

Chacune des mères ayant sa propre histoire d'allaitement, un portrait sommaire de leur expérience est présenté. Dresser le profil des répondantes permet également d'avoir un aperçu de l'ensemble de l'échantillon. Les noms des participantes ont été changés par des noms fictifs afin de préserver leur anonymat. L'emploi du genre masculin pour se référer au nourrisson des répondantes s'explique par un souci additionnel de confidentialité, l'échantillon étant composé tant de bébés filles que de garçons (F = 6, G = 5).

Participante 1 : Gaëlle

La première participante rencontrée a un bébé qui était âgé de 10 mois lors de l'entrevue. Gaëlle et son conjoint étaient ambivalents entre un accouchement en maison de naissances ou en centre hospitalier. Ils ont finalement opté pour la deuxième option suite au lien positif créé avec le médecin lors des premières rencontres prénatales. Gaëlle décrit son expérience d'allaitement avec des hauts et des bas. C'est selon ses dires, le fait que « les bas sont pas si pires et qu'ils sont courts », elle a allaité exclusivement au sein son bébé, et elle allaite toujours. Elle accorde une grande importance au support lui provenant de son entourage et particulièrement de son conjoint.

Participante 2 : Gabriella

Le dernier enfant de Gabriella est âgé de 5 mois lors de l'entrevue. L'accouchement et le suivi médical de grossesse se sont déroulés en centre hospitalier. Un

suivi serré en gynécologie fut nécessaire puisque la participante présentait une grossesse à risque. L'enfant, né prématurément, a reçu du lait maternel via un biberon pour favoriser la prise de poids. L'allaitement directement au sein étant trop fatiguant pour le bébé, Gabriella a tiré son lait pour le lui donner. Par contre, sa production lactée n'étant pas assez importante pour répondre au besoin nutritionnel de l'enfant, cette dernière a dû compléter avec des préparations pour nourrissons. La combinaison lait maternel et préparations a duré deux semaines. Par la suite, il fut alimenté exclusivement avec des biberons de préparations pour nourrissons. L'alimentation lors des trois grossesses précédentes observe sensiblement le même processus, soit initiation au lait maternel suite à la naissance et poursuite avec des préparations pour nourrissons. Le premier fut allaité exclusivement au sein durant trois mois, le deuxième durant une semaine et le troisième durant deux jours.

Participante 3 : Sarah

Sarah est mère de trois enfants, dont le dernier est âgé de 11 mois au moment de l'entrevue. Son accouchement par césarienne a eu lieu en centre hospitalier. Dès l'accouchement, encore en salle de chirurgie, une mise au sein rapide a pu être possible en raison d'une demande préalable de la mère. Sarah a poursuivi avec des mises au sein de manière régulière et des contacts peau à peau fréquents avec son bébé. Suite à la montée laiteuse, les boires ont commencé à être davantage réguliers et importants en quantité. Sarah qualifie ce troisième allaitement au sein de « facile » en lien avec l'expérience qu'elle a su développer lors des deux grossesses précédentes. Son premier fut allaité jusqu'à deux mois et demi en alternance avec des biberons de préparations pour nourrissons et son deuxième a été allaité exclusivement au sein jusqu'à 14 mois. Lors de l'entrevue Sarah poursuivait l'allaitement au sein du troisième.

Participante 4 : Mia

Mère de trois enfants nés en centre hospitalier, Mia a allaité au sein exclusivement les deux premiers jusqu'à 13 mois et le troisième jusqu'à 10 mois. Avant même d'être enceinte du premier, Mia avait pris la décision d'allaiter au sein. Pour elle, c'était une « évidence ». Bien qu'une période d'adaptation fût nécessaire pour chacun, se familiariser

avec l'allaitement pour le premier, parfaire les techniques et résoudre de nouvelles difficultés pour le deuxième et jongler avec la dynamique d'une famille qui s'agrandit pour le troisième. N'ayant pas rencontré de problème majeur ou décourageant, Mia a poursuivi l'allaitement au sein.

Participante 5 : Rosy

Tout comme son premier, le deuxième enfant de Rosy, âgé de 2 ans et 5 mois au moment de l'entrevue, est né en maison de naissances auprès d'une sage-femme. Dès la première grossesse, sa décision d'allaiter au sein était prise. Rosy a poursuivi l'allaitement au sein de son enfant jusque pendant la grossesse de son deuxième. Bien que l'option d'un allaitement en tandem fût envisagée, l'enfant s'est lui-même sevré (sevrage naturel) à 28 mois. En ce sens, il allait de soi pour Rosy de poursuivre l'allaitement maternel avec son deuxième enfant. Une mise au sein rapide et efficace a favorisé l'établissement de l'allaitement, ce qui contraste avec la grossesse précédente où l'amorce de l'allaitement a été plus difficile. Au moment de l'entrevue, le deuxième enfant reçoit du lait maternel en complément d'une alimentation solide. Rosy est maintenant bénévole dans une ressource d'entraide à l'allaitement maternel.

Participante 6 : Béatrice

Béatrice est mère de deux enfants dont le plus jeune est âgé de 8 mois au moment de l'entrevue. Les deux grossesses présentent un parcours similaire en matière d'allaitement, soit un allaitement maternel exclusif durant environ 5 mois, pour poursuivre avec un allaitement mixte. L'allaitement mixte pour le premier enfant a duré approximativement un mois alors que ce type d'allaitement se poursuit pour le deuxième. De plus, les deux accouchements ont eu lieu en centre hospitalier. Pour le premier, Béatrice s'était entouré d'une accompagnatrice de naissance afin de l'accompagner tout au long de sa grossesse.

Participante 7 : Laurie

Pour Laurie l'expérience d'allaitement du premier enfant a grandement influencé celle du deuxième. En effet, suite à un rendez-vous pour vérifier la croissance du premier,

le médecin en constatant une prise de poids faible, voire nulle, lui a suggéré de poursuivre l'alimentation de manière mixte. Ce type d'allaitement combinant le lait maternel et les préparations pour nourrissons a duré deux mois. Il a pris fin puisque Laurie n'avait plus suffisamment de lait, qu'elle était fatiguée et éprouvait beaucoup de douleur due à des gerçures. Pour ce qui est du deuxième, Laurie avait le désir de réessayer l'allaitement au sein. Par contre, dès les premiers jours, la peur que le nourrisson ne prenne pas de poids était très présente, ce qui a affecté la mise au sein et l'allaitement. À cela s'est additionné des gerçures importantes faisant en sorte que Laurie a commencé à tirer son lait pour le donner au biberon. Après quelque temps, Laurie a introduit des préparations pour nourrissons quand elle n'avait pas pu tirer suffisamment de lait et a poursuivi avec un allaitement mixte durant trois mois. Laurie a accouché en centre hospitalier.

Participante 8 :Hélène

Hélène a accouché de son premier enfant dans un centre hospitalier. Étant donné un faible poids à la naissance, le nourrisson a reçu des préparations pour nourrissons en plus du lait maternel afin de répondre à ses besoins nutritionnels. Lors du retour à la maison, Hélène alternait entre la mise au sein, des biberons de lait maternel et des biberons de préparations pour nourrissons. Ce type d'allaitement mixte s'est poursuivi durant les trois premières semaines de vie du nourrisson. Hélène a eu recours aux services d'une consultante en lactation ce qui l'a aidée et outillée. S'en suivi un allaitement majoritairement au sein, Hélène ne donnant des préparations pour nourrissons que dans de rares occasions. Vers 6 mois et demi, en raison d'un retour au travail imminent, Hélène a progressivement remplacé le lait maternel au profit de préparations pour nourrissons. Enceinte de 32 semaines, Hélène souhaite allaiter au sein l'enfant à venir.

Participante 9 :Bianca

Bianca est mère de deux enfants, tous deux nés en maison de naissances dont le dernier est âgé de 22 mois au moment de l'entrevue. Les deux premiers mois de sa première expérience d'allaitement maternel furent très pénibles dû à des gerçures et une condition médicale spécifique entraînant une douleur intense lors de la mise au sein. Suite à ce début

difficile, l'allaitement au sein s'est poursuivi jusqu'à 10 mois et demi. La deuxième expérience d'allaitement maternel de Bianca se caractérise par une apparition rapide d'importants symptômes de reflux chez son nouveau-né. Pour remédier à ce problème et soulager les douleurs occasionnées chez le nourrisson, Bianca a observé durant un certain temps un régime particulier dans l'optique de poursuivre l'allaitement au sein, type d'allaitement qui se poursuit à ce jour.

Participante 10 : Chloé

Chloé est mère de deux enfants, tous deux nés en centre hospitalier. La première expérience de Bianca fût marquée par l'absence d'une montée laiteuse suffisante. La faible quantité de lait maternel produite ne suffisant pas pour les besoins nutritionnels du nouveau-né, des préparations pour nourrissons furent utilisées. Bianca a eu recours à plusieurs moyens afin de stimuler ses glandes mammaires : tirer davantage son lait, acupuncture, consultation en allaitement maternel, tisanes. Tous ces moyens ne donnant pas de résultats concrets et la fatigue s'accumulant, Bianca a décidé d'arrêter d'allaiter au sein. À la deuxième grossesse, Bianca a rapidement eu en tête l'expérience précédente qui fut très difficile, alors suite au colostrum, elle a directement introduit les préparations pour nourrissons.

Participante 11 : Tara

C'est en centre hospitalier que Tara a donné naissance lors de ses deux grossesses. Un contact peau à peau rapide de même qu'une mise au sein furent possibles lors des deux accouchements. La première expérience d'allaitement s'est déroulée sans difficulté majeure, l'aîné fût donc allaité au sein de manière exclusive durant 6 mois. La deuxième expérience d'allaitement de Tara fût par contre plus compliquée. Le réflexe de succion étant moins bon pour le deuxième, Tara a eu recours à de l'aide extérieure (infirmières) afin d'avoir des techniques et de nouvelles positions pour aider et faciliter l'allaitement. De plus, tout au long des six mois qu'a duré l'allaitement maternel exclusif, objectif qu'elle s'était fixé, Tara a rencontré plus de difficultés.

4.2 Facteurs influençant le type d'allaitement

Cette deuxième section est consacrée aux éléments émergeant des entrevues individuelles ayant affecté les mères dans leur expérience d'allaitement. Cette dernière est divisée de manière à présenter les résultats en fonction de leur contexte d'émergence de manière à les situer dans les différents systèmes du modèle bioécologique de Bronfenbrenner. Dans un premier temps les sources d'influences provenant de l'entourage familial et relationnel seront abordées. Ensuite, il sera question de celles émanant du cadre plus formel se rapportant au contexte du suivi de grossesse et de l'accouchement ou prenant racine au sein même du contexte social relatif à la société québécoise. Pour finir, différents aspects spécifiquement reliés à l'expérience des mères seront présentés.

4.2.1 L'entourage familial et social

Le partenaire, la famille nucléaire ou élargie, les amis et l'entourage relationnel, de même que le milieu et les collègues de travail sont tous des aspects qui jouent un rôle plus ou moins direct dans l'expérience d'une nouvelle mère face au type d'allaitement choisi. Dans une logique microsystemique, les paragraphes suivants, à la lumière des propos tenus par les participantes, présentent chacun de ces déterminants de manière détaillée.

Le partenaire

Pour l'ensemble des participantes la présence du partenaire est perçue comme une source de soutien positif qui respecte le mode d'alimentation choisi. Une analyse plus pointue du discours des participantes permet néanmoins de situer les propos tenus par le père sur un continuum. Certaines mères rapportent que leur partenaire les encourageait fortement à poursuivre l'allaitement au sein, d'autres mentionnent des discours favorisant l'allaitement au biberon. Une neutralité du partenaire est également rapportée par certaines participantes.

Béatrice : « *Il voulait beaucoup que j'allait. Il m'encourageait quand j'avais plus envie de continuer. Quand, justement, j'étais tannée et que je voulais passer à la bouteille. Je pense que lui, il est quasiment plus pro-allaitement que moi.* »

Laurie : « *Il voyait que je souffrais beaucoup avec l'allaitement et avec le tire-lait.* »

C'est lui qui m'a un peu poussée là-dedans, à arrêter l'allaitement [au sein]. »

Les parents ou les membres de la famille

Dans l'entourage familial, les conceptions sur les types d'allaitement sont très variés. Au sein d'une même famille, la mère fut exposée à une multitude de propos, de commentaires, de réactions et de comportements en lien avec son choix. Certaines mères rapportent que la famille de leur conjoint tenait un discours plutôt désapprobateur de leur choix d'allaiter au sein, voir des jugements. Elles sentaient le besoin d'expliquer leur choix et de se justifier. Elles se voyaient confrontées à de l'incompréhension, à des idées préconçues et erronées en matière d'allaitement maternel. Ne passant pas nécessairement par des commentaires verbaux, l'attitude générale face au mode d'alimentation influence également la mère dans son expérience. Les propos d'Hélène l'illustrent bien.

Hélène : « Dans ma belle-famille, il n'y a personne qui a allaité. Ils n'étaient pas nécessairement pour ça. [...] Je pense qu'ils n'étaient pas nécessairement à l'aise avec l'idée que c'est un sein qui nourrit un enfant. Ou je sais pas. Je pense que c'est l'idée du corps plutôt. Mais je n'ai pas eu beaucoup de mauvais commentaires. Mais il y avait du jugement. Ils ne peuvent pas t'empêcher de nourrir ton enfant. [...] Je sais qu'ils n'étaient pas à l'aise. »

À l'opposé des jugements et commentaires désobligeants rapportés ci-haut, l'expérience d'un entourage positif et soutenant fut également mentionnée. L'environnement familial peut également être source d'encouragement, de soutien, de réconfort, de même qu'un milieu reconnaissant les efforts et l'engagement maternel face à son enfant.

Chloé : « J'avais un super réseau de soutien. J'ai un super réseau autour de moi. [...] Tout le monde autour de moi était réconfortant. [...] Sûrement que j'aurais encore pu m'acharner, mais c'était ma santé mentale qui prenait le bord. »

Pour Hélène, l'entourage familial se qualifie par une présence relativement neutre et un soutien indirect.

Hélène : « Donc j'ai pas eu... Dans le cas de mes parents c'était vraiment aucun

conseil, aucun, rien. On te fait confiance, puis tu fais ce que tu veux. Parce que de tout façon dans trois ans on va dire autre chose. Donc j'ai pas eu d'encouragement, mais j'ai pas eu de mauvais commentaire non plus. C'était juste naturel. Toutes les options s'offraient à moi et je pouvais les prendre. [...] Je dirais pas que je n'ai pas eu de soutien, j'ai eu du soutien différemment. »

Amis et entourage relationnel

Dans le réseau social de la mère, les perceptions et réactions en matière du choix d'alimentation du nourrisson sont partagées. Plusieurs éléments ressortent de l'analyse des verbatims. Certaines participantes sont unanimes sur un accueil positif de leur choix par leur réseau social. Par exemple, les propos présents dans l'entourage de certaines participantes se sont avérés encourageant et renforçant leur choix. C'est dans cet ordre d'idée que Bianca qualifie une personne de son entourage relationnel comme une source très présente de soutien.

Bianca : « J'ai eu une bonne amie, qui au début quand c'était difficile, dans les deux premiers mois. J'ai eu beaucoup de contacts téléphoniques avec elle quasiment au quotidien. »

D'autres mères dénotent des perceptions et réactions différentes selon des cercles d'amis spécifiques. Une participante en particulier a exprimé comment l'accueil de son choix d'allaiter au sein s'est déroulé en fonction de trois groupes d'amis distincts. Dans un premier groupe, l'allaitement maternel étant plutôt bien vu et valorisé, elle se sentait encouragée à choisir ce mode d'alimentation. Les mères faisant partie du deuxième groupe d'amis ont de manière générale priorisé l'allaitement au biberon pour poursuivre ou reprendre rapidement leurs activités. La participante mentionne en regard de ce groupe d'amis ne pas avoir senti de « reproches » bien que l'allaitement au sein a limité en quelque sorte sa capacité à poursuivre son engagement envers ces dernières et les activités propres à ce cercle d'amis. Finalement, dans le dernier groupe d'amis, étant un des rares couples à avoir un enfant, la mère mentionne une certaine « absence d'opinion ». Comme si par le fait de ne pas avoir d'enfant, les membres de ce cercle d'amis n'avaient pas réfléchi ou ne

s'étaient pas attardés à la question alors, ils soutenaient d'emblée son choix. Les propos de Sarah montrent que les discours présents dans l'entourage peuvent aussi se balancer entre admiration et incompréhension.

Sarah : « *Que je suis vaillante, que je me donne beaucoup de peine, de misère, quand il y a la solution simple qui serait de donner le biberon. Ils admirent ça, mais d'un autre côté, ils ne feraient jamais ça.* »

Il n'est pas surprenant que pour certaines participantes, il s'agisse d'un sujet délicat, pouvant être source de discorde et de divergence d'opinion. Dans le discours d'une même participante, il est possible d'y soulever cette ambivalence et opposition.

Béatrice : « *Je pense qu'ils en pensent du bien de l'allaitement. J'ai l'impression que c'est plus si je n'allaiterais pas... qu'il y aurait des problèmes.* »

Béatrice : « *Ma mère, la mère de mon conjoint n'ont pas allaité. Ma sœur a eu des jumeaux, elle n'a pas allaité. Ma meilleure amie n'a pas allaité, elle a eu des jumeaux aussi. Donc finalement les gens proches n'ont pas allaité.* »

Ce qui pousse également certaines participantes à ne pas parler ouvertement de leur choix et à être réticentes à aborder un tel sujet avec leurs amies.

Béatrice : « *Je fais attention à comment je parle de ce choix, car ça reste un sujet encore très controversé l'allaitement.* »

Entourage professionnel

Pour certaines participantes le contexte et milieu de travail a été une source d'influence considérable.

Gaëlle : « *Dans mon milieu de travail, un centre famille, je voyais beaucoup de mères. Et ce milieu était très pro-allaitement. Pour eux c'est clair que s'ils avaient l'option de ne pas donner du lait en formule, ils ne le faisaient pas. Ils prônaient l'allaitement plus plus.* »

4.2.2 L'entourage médical (médecins, sages-femmes et autres)

Aux émotions et croyances personnelles de la mère se superposent des positions intellectuelles, éthiques et bio-médicales véhiculées par une multitude d'accompagnants (médecins, sages-femmes, infirmières, bénévoles de groupes d'entraide). S'inscrivant dans l'exosystème maternel, il est question ici de l'influence sur l'expérience d'allaitement qu'ont eu les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que le type d'établissement de soins périnataux où se sont déroulés le suivi médical de grossesse et l'accouchement.

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Dans l'ensemble de l'échantillon, cinq mères ont pris part à des cours prénataux. De ces mères certaines y ont perçu une ouverture et une aisance de la part des animatrices à donner de l'information tant sur l'allaitement au sein que sur les préparations pour nourrissons. Une mère a exprimé que l'information donnée lors des rencontres prénatales était complète permettant ainsi d'arriver à l'hôpital avec le plus de connaissance possible. Il a été question durant les séances de l'allaitement maternel au sein, au biberon et de techniques pour tirer du lait afin de le donner à un bébé qui aurait une moins bonne prise au sein. Alors que pour d'autres mères, l'animatrice s'est adaptée aux besoins et demandes du groupe, parlant ainsi majoritairement de biberons, de stérilisation et de préparations commerciales pour nourrissons. D'autres mères rapportent que l'information présentée sur l'alimentation du nourrisson était orientée et non objective.

Sarah : *« Les informations ont été présentées avec beaucoup beaucoup de subjectivité. « Il faut allaiter au sein. C'est mieux, il ne faut pas faire le reste. La formule c'est mauvais ». C'est vraiment comme ça que c'était présenté. Il y avait les intervenantes [d'un groupe d'entraide en allaitement maternel] qui étaient là aussi, donc elles poussaient vraiment plus l'allaitement au sein, comme à l'hôpital. »*

Lieu et contexte du suivi médical de grossesse et de l'accouchement

Des femmes rencontrées, deux ont donné naissance en maison de naissance et neuf ont donné naissance en centre hospitalier. Les deux mères, ayant eu un suivi auprès d'une sage-femme, font état d'une expérience positive. Le personnel de la maison de naissances, soit les sages-femmes et les aides natales, étaient respectueuses et soutenaient le choix des mères d'allaiter au sein. En ce qui a trait à l'expérience en centre hospitalier, une multitude d'éléments ressort de l'analyse des verbatims. Premièrement, pour certaines mères le personnel du centre hospitalier insistait et orientait fortement leur choix afin qu'elles allaitent au sein.

Tara : *« J'aurais trouvé ça beaucoup plus difficile de ne pas allaiter. Moi, c'était mon premier choix. Et étant donné qu'à l'hôpital, je voulais allaiter, elles m'ont accompagnée. Mais si je n'aurais pas voulu allaiter, je pense qu'elles auraient essayé de me convaincre que c'est le meilleur choix pour l'enfant. Parce que même quand on est en salle d'attente durant la grossesse, il y a des affiches partout. Il y a des publicités partout expliquant en quoi ça devrait être le premier choix. C'est quand même beaucoup orienté dans cette direction-là. »*

Malheureusement, certaines mères soulèvent une certaine incongruence dans les pratiques hospitalières. Elles sentent que l'allaitement maternel est prôné, mais elles ne perçoivent pas de soutien de la part des infirmières pour les aider et les assister adéquatement. Selon les circonstances et les conditions médicales certaines mères ont pour leur part été fortement encouragées par les infirmières à donner des préparations commerciales au nouveau-né.

Hélène : *« Moi qui ne voulais pas en donner, très rapidement, en dedans de 24 heures, il en avait eu. C'était vraiment... ça venait de l'hôpital, qui offrait ça parce qu'il avait des soins en périnatalité. »*

Gabriella, ayant accouché dans plus d'un centre hospitalier, est en mesure de comparer les façons de faire et l'approche des infirmières.

Gabriella : *« L'infirmière était là pour nous aider. Mais il y a des hôpitaux qui « poussent » plus que d'autres. [Un centre hospitalier en particulier] était très*

fort sur l'allaitement, les infirmières ne se gênaient pas pour t'aider et te positionner, si tu coches « oui ». Car elles te le demandent si tu veux allaiter. Donc si tu coches « oui » ou « peut-être », elles sont là et sont en arrière de toi. À mon premier, je ne savais pas trop comment m'installer et l'infirmière me l'a vite montré. Puis elles viennent voir si ça va bien. Tandis que [dans l'autre centre hospitalier], je n'ai pas eu cette aide-là. Puis j'en aurais peut-être eu besoin. »

Il ne faut tout de même pas faire de généralisation ou catégoriser un centre hospitalier selon l'expérience d'une seule mère car comme le nuance Gaëlle, pour un même centre plusieurs discours sont entendus.

Gaëlle : *« De ce que j'ai entendu, de [ce centre hospitalier], ils sont très pro-allaitement. Je l'ai entendu dans le positif et je l'ai entendu dans le négatif. »*

Bien que le personnel hospitalier se doit de respecter le type d'allaitement choisi par la mère, la Certification Amis des Bébé s semble avoir une influence sur l'expérience.

Béatrice : *« Je pense que [ce centre hospitalier] est assez libre, ce n'est pas un hôpital Amis des bébés. [Ailleurs], ils sont Amis des bébés, donc ils ne fournissent pas de lait. Si vraiment tu as choisi de ne pas allaiter, tu dois amener ton lait et tes articles. [Au centre hospitalier où j'ai accouché], je sentais que c'était plus ouvert. À chaque fois qu'il y avait une infirmière qui m'en parlait, elle voulait juste savoir mon choix. Elle ne prenait pas d'emblée pour acquis que j'allais allaiter. Et à partir du moment où elles savent que tu allaites, elles t'aident. Mais pas plus qu'il ne faut. Peut-être parce que je n'en étais pas à mon premier. Elles nous laissaient plutôt libre. Je n'ai pas senti de pression d'aucune part. »*

Les propos d'une participante traduisent ce contexte particulier propre au lieu de naissance qu'il s'agisse de la maison de naissance ou du centre hospitalier. Elle mentionne qu'en maison de naissances l'allaitement est encouragé de façon beaucoup plus douce, que les sages-femmes sont plus à l'aise avec les différentes problématiques que le bébé ou la mère peuvent vivre. Alors qu'en centre hospitalier, cette même difficulté aurait généré un

climat de « stress » alimenté par les infirmières les poussant parfois malgré elles à formuler des commentaires décourageants face au type d'allaitement choisi par la mère. Elle conclut en verbalisant un certain manque « d'écoute » de la mère de la part du personnel en centre hospitalier puisque certaines mères ont senti de la pression, soit pour allaiter au sein, soit pour utiliser des préparations pour nourrissons.

Les membres du personnel soignant

Les mères rencontrées font une distinction entre l'aide reçue de la part des infirmières du centre hospitalier où elles ont accouché et celles du CLCS effectuant les suivis à domicile. Une mère dénonçait que toutes les infirmières de l'unité de périnatalité avaient leur propre méthode de mise au sein et enseignaient des techniques d'allaitement différentes. À l'inverse, les mères décrivent de manière générale leurs rencontres avec l'infirmière du CLSC comme aidantes et en des termes positifs. Cette infirmière a assuré un soutien plus personnalisé, fourni de meilleures techniques de mise au sein et prodigué des conseils plus adaptés à la réalité de la mère. Chloé pour sa part, ne tient pas le même discours.

Chloé : *« L'infirmière du CLSC à mon premier était un peu décourageante. Ça faisait cinq jours que j'avais accouché, elle m'avait dit « avec ta condition, oublie ça l'allaitement exclusif, c'est sûr que tu vas avoir à faire du mixte. »*

Service de consultantes en lactation et entraide à l'allaitement maternel

Plusieurs mères ont eu recours à une aide extérieure pour les assister quand elles ont rencontré des difficultés à allaiter au sein. Cette aide de bénévoles de groupe d'entraide à l'allaitement maternel et de conseillères en lactation fut positive pour un grand nombre de mères. Cependant, ce n'est pas toutes les mères qui ont eu une expérience positive avec ce type de service. Lors de sa première grossesse, une participante a contacté un tel service pour l'accompagner dans son allaitement au sein et résoudre des problèmes occasionnant beaucoup de douleur. Elle a senti que la bénévole imposait de manière dogmatique ses croyances et ne démontrait pas d'ouverture à sa réalité, à son contexte et à sa façon de

penser à elle. Résultant ainsi au fait que lors de sa deuxième grossesse, cette mère ne voulait plus contacter ce service en raison de l'expérience négative vécue.

4.2.3 Le contexte social

Au-delà de l'entourage familial, social et du personnel médical une influence s'apparentant au macrosystème venant des normes sociales et culturelles est aussi présente. Ces normes peuvent avoir pour effet une plus forte volonté de la mère d'initier et de poursuivre l'allaitement maternel. À titre d'exemple, les propos de plusieurs mères témoignent de la valorisation de l'allaitement maternel et du fait qu'il est encouragé, valorisé et socialement plus accepté. Tara, pour sa part, parle davantage d'une pression. Elle rapporte avoir senti une certaine « obligation » de poursuivre l'allaitement au sein durant six mois afin de donner le meilleur à l'enfant.

Tara : « On dit toujours que les 6 premiers mois sont importants. C'est un peu pour cela que j'ai tenu jusqu'à 6 mois pour le petit. [...] Même si, je le sais, c'est plus une pression qu'on se met, qu'autre chose. »

Cette notion de durée de l'allaitement maternel trouve écho dans les propos de Rosy et Bianca. Elles soutiennent que cette valorisation de l'allaitement au sein ne dure qu'un temps. Il y aurait un moment critique, comme un point de cassure un peu flou, où la valorisation laisserait la place au jugement.

Bianca : « Plus le temps passe, plus les gens me disent « tu es bonne d'allaiter, tu allaites encore, c'est la surprise, c'est quand tu penses arrêter,... ». Ça tourne autour de cette interrogation-là. Mais les gens sont surpris. [...] Je sens un certain jugement quand même dans la façon de le nommer. « Je ne sais pas comment tu fais. » « Ah, moi, mes seins,... » « Je peux pas croire qu'un bébé de cet âge-là peut boire, ... »

4.2.4 La mère

La nature des recherches et les personnes ressources vers lesquelles les mères se sont tournées pour avoir de l'information sur l'alimentation du nourrisson sont ici présentées. De plus, la présence d'événements ou de discours ayant renforcé ou remis en

question le type d'allaitement choisi est abordé avant de conclure sur une note ontosystémique avec le processus accompagnant le choix du mode d'alimentation.

Recherche et demande d'information

Lorsque les mères sont directement questionnées sur la provenance de leurs connaissances et de leurs sources d'information relatives à l'alimentation de leur enfant, certaines réponses sont unanimes. Les deux principales sources d'information en matière d'allaitement identifiées par les participantes sont des lectures traitant de l'allaitement maternel et la consultation de sites internet. Des livres et ouvrages de référence que les participantes mentionnent avoir lus, le Guide *Mieux-Vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans* et *L'Allaitement : Comprendre et Réussir*, du Dr Jack Newman, sont ceux qui se démarquent. Toutes les mères mentionnent avoir eu recours à internet pour trouver de l'information. Par contre, ce média pouvant prendre diverses formes, les sites consultés et la nature des recherches diffèrent d'une participante à l'autre : forums, médias sociaux (FaceBook), site de vulgarisation d'information en périnatalité et petite enfance (Ex. Naître et grandir ou Babycentre), site de groupes d'entraide en allaitement (Ex. Ligue La Leche ou Entraide Naturo-lait) ainsi que des banques de données scientifiques. C'est en navigant sur des sites traitant de maternité lors de la grossesse et au cours des premiers mois, que nombre de mères s'inscrivent pour recevoir une multitude d'articles promotionnels et publicitaires qui souvent comprennent des échantillons gratuits de produits lactés pour nourrissons. Les rencontres prénatales avec le médecin (n = 2) ou la sage-femme (n = 2) ont permis à certaines mères d'avoir davantage d'information sur l'allaitement au sein. De manière plus isolée, deux mères identifient les cours prénataux comme source d'information importante. Finalement, seulement une participante a d'emblée identifié sa famille et ses amies.

Lors des premiers contacts avec le nourrisson et au cours des mois suivant sa naissance, la provenance de l'information relativement à son alimentation se diversifie. Bien que les mères aient encore recours aux sources d'information nommées pour le prépartum, soit les livres, les ouvrages de référence et les sites internet, de nouvelles

sources s'ajoutent. En cas de problèmes ou de questions à propos de l'alimentation de leur bébé les mères se tournaient davantage vers une aide « humaine » pour avoir réponses à leurs interrogations. Pour celles dont l'accouchement s'est déroulé en centre hospitalier, les infirmières sur place et surtout les infirmières qui ont fait le suivi post-natal à la maison se sont avérées très aidantes en cas de problèmes ou de questions à propos de l'alimentation de leur bébé. Pour celles ayant accouché en maison de naissance, la sage-femme fut une source importante pour trouver réponses à leurs questionnements et les aider à résoudre les problèmes d'allaitement. Les groupes d'entraide en allaitement maternel et les services de consultantes en lactation se sont également avérés aidant pour certaines mères. Moins formel mais quand même très présent, les mères font appel à leur réseau familial (mère, sœur et belle-sœur) de même qu'à leur réseau social (amies). L'une des participantes a fait partie d'un projet appelé Coucou-Maman créé par Caméléon. Ce service gratuit de visite à domicile pour les mères en post-partum a permis à cette participante d'avoir la visite d'une autre mère et d'échanger avec elle sur l'allaitement. Les médias sociaux via l'échange d'informations sur un problème spécifique et peu répandu se sont révélés pour une participante une source d'informations précieuses.

Que l'information dont dispose la mère sur l'alimentation de son nourrisson soit le résultat de ses propres recherches, d'échanges avec des professionnels ou avec des membres de son entourage, voire via de promotions gouvernementales, il s'avère important d'être bien informé et outillé. Pour certaines mères, être davantage informées sur l'alimentation du nourrisson est plus rassurant, permet de croire davantage en ses capacités personnelles et procure des techniques pour que le type d'allaitement choisi fonctionne adéquatement.

Laurie : *« Parce que si on le sait avant, on est préparé. On est plus préparé, on sait plus quoi faire. Mais quand on ne le sait pas, on ne sait pas quoi faire! C'est plus de stress, déjà avec l'arrivée du bébé, on est stressé. »*

Par contre, cette information se doit d'être complète, nuancée et adéquate. Elle doit également être disponible rapidement et mise à la disposition des futures mères.

Béatrice : *« J'ai l'impression qu'ils veulent nous convaincre d'essayer et de nous*

persuader, donc ils ne veulent pas dire toutes les choses négatives liées à [l'allaitement maternel]. [...] L'accent est mis sur l'aspect santé. [...] Le discours public est orienté. Alors dans ce temps-là, ils vont taire des choses. Il faut juste être bien informé pour pouvoir prendre une décision éclairée. »

Événements ou discours renforçant ou remettant en question le choix du type d'allaitement

Selon la perception des répondantes, plusieurs raisons ont mené au choix du type d'allaitement. Les bienfaits de l'allaitement maternel sont mentionnés par certaines participantes comme le facteur les ayant influencées à choisir ce type d'allaitement. De voir présenter tous les bienfaits de ce type d'allaitement a amené certaines mères à ce choix ou l'a renforcé. Pour certaines, il s'agit d'une absence de complications majeures. Pour d'autres, comme Rosy, le sentiment d'appartenance et de réseautage ont agi comme un élément renforçant son choix d'un allaitement au sein.

Rosy : « Le réseautage avec d'autres femmes qui allaitaient a été certainement important pour moi. C'est sûr que ça me valorisait dans la façon de m'occuper de mon enfant. »

Pour d'autres, c'est l'expérience positive d'un membre de la famille ou de l'entourage qui a grandement influencé son choix.

Bianca : « Deux personnes significatives dans mon entourage favorisaient l'allaitement. [...] Ces deux personnes là, ma sœur et ma très bonne amie, ont les deux dit « un jour tu n'auras plus mal. À un moment donné ça va arrêter. » Comme pour garder l'aspect positif. Ça m'a vraiment permis de continuer l'allaitement au sein. »

À l'inverse, une expérience négative vécue par un membre de la famille ou de l'entourage influence également la mère dans ses choix pour l'alimentation de son nouveau-né. À titre d'exemple, Chloé se rapporte aux propos d'une amie décrivant son expérience d'allaitement au sein.

Chloé : « Elle m'avait dit, l'allaitement c'est de la « merde », pendant un an, à me réveiller vraiment souvent, à me tuer à faire ça, où ce n'était même plus le

« fun », je le faisais parce qu'il fallait le faire, puis tirer mon lait... Je suis sortie de là complètement épuisée, après un an. Si tu me dirais quoi faire maintenant, je ne le referais pas! »

En somme, la présence d'expériences d'allaitement au sein positives de même que négatives dans l'entourage d'une mère participante l'a laissée dans une certaine ambivalence.

Le fait d'être une multipare influence la mère dans son choix du type d'allaitement. Pour certaines, cela consolide leur choix d'un allaitement au biberon et pour d'autres, leur choix d'un allaitement maternel.

Laurie : « J'ai eu la totale des problèmes. C'est pour ça qu'au deuxième, les préparations ont été plus rapidement introduites. »

Sarah : « Pour ce troisième enfant, ma confiance était grande. Je ne pense pas qu'il y a quelque chose qui aurait pu faire que je n'allaiter pas. Il n'y a rien dans le discours des autres, pour cet allaitement-là, qui aurait pu me faire choisir une autre méthode. Le premier oui mais pas le troisième. »

Certains éléments ont néanmoins remis en question ce choix du type d'allaitement ou du moins ont semé le doute, tel que d'importantes complications, la perte de poids du nourrisson ou d'importantes douleurs.

Chloé : « Puis là, ce n'était plus agréable avec mon enfant. Je l'avais avec moi, mais ce n'était plus plaisant. Tout ça fait en sorte que ça t'amène beaucoup de frustration et de questionnement : « Est-ce cela que je veux avec mon enfant. » Puis finalement, perdre des beaux moments avec mon enfant, j'étais dans une fatigue, dans une tristesse... [...] Je veux profiter de chaque moment... et que ce soit plaisant. Ça aussi, ça a joué en faveur de changer. »

Certaines mères sont pour leur part « inébranlables » et persévérantes. Leur choix d'initier et de poursuivre un allaitement au sein est maintenu peu importe les événements ou discours présents dans leur entourage. Lorsqu'elles furent directement questionnées sur cet aspect de leur expérience d'allaitement, certaines mères ont sans hésiter répondu que

« Non! » ou « Non, jamais, jamais! » rien n'avait remis en question leur choix. Les propos d'une autre participante, se rapportant à ses deux expériences d'allaitement au sein, illustrent également cet aspect de détermination.

Bianca : « Puis finalement, on a déduit que j'avais du vasospasme. C'est extrêmement douloureux. L'allaitement dure une heure, tu as mal durant une heure de temps. Je tapais du pied, c'était l'enfer. [Je voulais et j'ai] continué d'allaitement malgré ça. »

Bianca : « J'ai fait un an de régime sans produit laitier, sans protéine bovine, sans soya, sans œuf. Pendant au moins un an, parce que [mon bébé] avait du reflux, du sang dans les selles, occasionnés par les protéines. [Mon bébé] a commencé à bien aller après quelques semaines du régime. Ça m'a encore plus « renforcée », parce que j'étais déjà convaincue. C'est sûr que j'allais encore moins passer à un lait hypoallergénique. »

Processus accompagnant le choix du moyen d'alimentation

Dans l'ensemble, le choix d'allaiter au sein a été pris durant la grossesse voire avant la conception. Nombre de participantes n'étant pas à leur première grossesse (n = 9) plusieurs expliquent leur choix en fonction des expériences précédentes, tant pour initier l'allaitement maternel, avoir recours à l'allaitement mixte ou choisir un allaitement au biberon de préparations pour nourrissons. Certaines participantes affirment que le choix du mode d'alimentation relève d'une décision personnelle et lui appartenant exclusivement. Certaines parlent de conviction personnelle puisqu'il n'y avait personne autour d'elles qui avait choisi d'allaiter au sein.

4.3 Allaitement : Attitude & Conception

Pour compléter les réponses obtenues aux questions descriptives des questions à réponse courte et spontanée furent utilisées dans l'optique d'avoir une idée plus concrète de l'attitude des mères et de la conception que se font ces dernières sur les différents types d'alimentation du nourrisson. Les mères étaient invitées à dire les trois premiers mots qui leur venaient à l'esprit pour chacun des modes d'alimentation, soit l'allaitement maternel et

l'allaitement au biberon. L'analyse des mots mentionnés par les participantes permet des groupements sémantiques et une classification de sens. Le tableau suivant expose l'ensemble des mots se rapportant à l'allaitement maternel et ceux mentionnés pour l'allaitement au biberon. Certains mots tels que « facile – facilité – rapide » sont employés par les mères afin de décrire les deux types d'alimentation. De plus, deux mères n'ont pas été en mesure de nommer trois mots, faisant en sorte qu'il manque un mot pour l'allaitement au sein et deux pour l'allaitement au biberon.

Allaitement maternel	Alimentation au biberon
Santé (3)	Facile (3) – rapidité – efficacité
Contact (2) – proximité (2) – lien	Facilité (2) – lâche
Facilité (4) – pratique – pas compliqué	Cher (2)
Pratique (2) – rapide – disponible	Compliqué – difficile
Exigeant (2) – défis – difficile – fatigue	Organisation – lavage
Amour – apaisant – agréable – douceur – bonheur – tendre – chaleur	Papa – conjoint – famille – convivialité
	Mixte – option – dépannage
	Risque – poison – problème – inconnu – manque d'information
	Tristesse – culpabilité

Tableau 1: Mots décrivant les différents types d'allaitement

Les réponses aux énoncés inspirés du *Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)* sont plutôt partagées. Les mères devaient se positionner à savoir si elles étaient d'accord ou non avec chaque énoncé mentionné. Lorsqu'elles ont été questionnées sur leur niveau « d'accord » avec le fait qu'alimenter un nourrisson au biberon est plus pratique que de l'allaiter au sein, une forte majorité fut en désaccord. Le deuxième énoncé, pour sa part, ne fait pas consensus puisque toutes les réponses possibles furent mentionnées. Par contre, le plus fort pourcentage de mères sont en accord avec le fait que d'alimenter un nourrisson par le biais du biberon est le meilleur choix si la mère souhaite un retour au travail. Cet énoncé fut source d'argumentation puisque certaines mères ont nuancé leur réponse en spécifiant la

nature du lait (maternel ou industriel) se retrouvant dans le biberon. La perception des mères relative à l'implication du père face au nourrisson est également partagée. Cinq mères sont tout à fait en désaccord avec le fait que les pères se sentent exclus si la mère nourrit au sein, alors que trois sont en désaccord, une en accord et deux mères sont demeurées neutre.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
Alimenter un nourrisson au biberon est plus pratique que l'allaitement maternel	4	4	2	1	-
Alimenter un nourrisson au biberon est le meilleur choix si la mère souhaite un retour au travail.	1	3	1	5	1
Les pères se sentent exclus si la mère nourrit au sein.	5	3	2	1	-

Tableau 2: Compilation des réponses aux énoncées inspirées du Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)

Les sources d'influences communément signalées comme déterminantes dans le choix du type d'allaitement et les facteurs contribuant, ou non, à sa poursuite présentés ici à titre de résultats, seront au chapitre suivant interprétés. Les résultats obtenus seront par le fait même mis en relation avec les informations tirées de la recension des écrits afin de produire une analyse plus juste et complète.

Chapitre 5 : Interprétation et discussion

Le nourrisson n'avale pas que de la nourriture lorsqu'il s'alimente,
il intègre aussi les regards, les gestes et les paroles de sa mère.

J. Bergès (1999)

L'alimentation du nourrisson devient soudainement pour les femmes un objet de préoccupations, de questionnements et parfois de doutes lorsque la naissance d'un enfant approche (Molinari et Speltini, 1995). Par ce chapitre, les informations accumulées via la recension des écrits et celles recueillies lors des entrevues individuelles seront analysées et interprétées pour en dégager les sources d'influences afin de répondre à la question centrale de recherche : Comment les conceptions sur les différents modes d'alimentation du nourrisson présentes dans l'entourage de la mère influencent son expérience d'allaitement au sein ou au biberon? Premièrement, un bref exposé de l'attitude générale des mères face au mode d'alimentation possible et de l'image qu'elles se font de l'allaitement au sein et au biberon est fait. Se rapportant à l'aspect systémique du modèle bioécologique la deuxième section de ce chapitre permet l'analyse des sources d'influences en fonction de chaque niveau de système, soit le chronosystème, l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Deuxièmement, certains éléments se rapportant à la notion de soutien face à la mère et à son choix du type d'alimentation pour son nourrisson seront abordés en raison de leur apparition répétée dans les propos des mères rencontrées. Pour finir, les forces et les limites de l'étude, de même que des pistes pour de futures recherches seront discutées.

5.1 Allaitement : Attitude & Conception

Lors de l'entrevue individuelle de recherche les mères ont dû mentionner les trois premiers mots qui leur venaient à l'esprit pour qualifier l'allaitement maternel et l'allaitement au biberon. Cet exercice avait pour but de dresser un portrait traduisant l'attitude de la mère face aux deux types d'alimentation mentionnés. Les deux types d'allaitement semblent difficiles ou facile par moment et présentent des défis. Ils sont également tous deux sources de fatigue. Par contre, les mères ont de manière générale, une attitude plus positive et favorable envers l'allaitement maternel. Pour illustrer ces propos, se rapportant à l'allaitement maternel les mots *amour – apaisant – agréable – douceur – bonheur – tendre – chaleur* contraste avec *risque – poison – problème – inconnu – manque d'information – tristesse – culpabilité*, qui eux se rapportent à l'allaitement au biberon.

Les mères ont également été invitées à se positionner par rapport à trois énoncés relatifs à l'alimentation du nourrisson, 1) alimenter un nourrisson au biberon est plus pratique que l'allaitement maternel, 2) alimenter un nourrisson au biberon est le meilleur choix si la mère souhaite un retour au travail et 3) les pères se sentent exclus si la mère nourrit au sein. Les mères de l'échantillon se montraient majoritairement en désaccord avec la première et la troisième affirmation ce qui contraste avec les propos de Desrochers (2012) voulant que les mères qui optent pour un mode d'alimentation au biberon le fassent avant tout pour des raisons d'ordre pratique et pour favoriser la participation du conjoint. Le choix du « meilleur » mode d'alimentation lors d'un retour au travail ne fait pas non plus consensus. Certaines mères sont en accord avec l'affirmation, d'autres la nuance en spécifiant la nature du lait que contient le biberon (lait maternel ou lait en formule) alors que d'autres sont d'emblée en désaccord. En raison de la disparité des réponses aux énoncés, il y a difficile d'émettre une conclusion définitive. Pour les mères rencontrées dans le cadre de ce mémoire, il semble donc y avoir d'autres raisons susceptibles de mieux expliquer leurs choix quant à l'alimentation de leur nourrisson.

5.2 Caractéristiques de l'expérience d'allaitement

Prenant directement racine dans le cadre théorique qui articule ce projet de mémoire, cette deuxième section permet une compréhension plus approfondie des sources d'influences.

5.2.1 La mère

L'ontosystème et le chronosystème sont présentés, ici, de manière conjointe, car les éléments d'ordre temporel identifiés lors des entrevues individuelles se réfèrent principalement au vécu et au processus évolutif propre à la mère. En effet, pour l'ensemble des mères multipares de ce projet de recherche, leur décision d'allaiter au sein ou au biberon a été influencée par leur expérience lors de grossesses antérieures. Lorsqu'il s'agit de la première grossesse, les mères ont tendance à prendre leur décision relative au mode d'alimentation du nourrisson avant la naissance et de manière générale, c'est l'allaitement maternel qui est le premier choix.

Molinari et Speltini (1995) de par leur recherche sur les conceptions sociales de l'allaitement maternel ont identifié que les connaissances sur l'alimentation du nourrisson proviennent de deux sources différentes. L'une formelle est constituée d'articles scientifiques, de publications gouvernementales et de guides internationaux. L'autre source est informelle, soit les connaissances transmises oralement de mère en fille et les échanges lors d'interactions sociales avec d'autres femmes. L'analyse des verbatims permet d'avancer une différence notable entre ces deux types de sources d'information, soit un recours beaucoup plus important à des sources qualifiées de formelle par Molinari et Speltini (1995) durant la grossesse et à des sources informelles lors de la période d'allaitement afin d'avoir réponse à des questions plus spécifiques. En prépartum, les participantes mentionnaient se référer à des sources d'information « passives » comme des livres ou des articles sur le sujet. En post-partum, bien qu'un recours à internet comme sources d'informations reste particulièrement présent, les sources d'informations étaient néanmoins qualifiées de plus « actives ». Les mères se tournaient davantage vers des membres de sa famille, des amies ou des spécialistes en lactation. Les mères faisaient appel à leurs proches et à des personnes de confiance dans les moments plus difficiles ou préoccupants plutôt que vers des ressources plus anonymes. Ceci laisse penser que les mères vont chercher auprès de ces personnes, non seulement de l'information, mais de l'aide, du soutien et du réconfort afin de pallier les difficultés et les préoccupations en lien avec leur choix d'alimentation. Les mères étant elles-mêmes allées chercher de l'information auprès de ces sources de connaissances, il est légitime de penser que ces sources influencent plus directement et fortement le choix de la mère, car elle semble lui accorder de l'importance. Les résultats de la présente étude montrent que les sources d'influence durant la grossesse semblent provenir de textes ou de renseignements qui s'adressent à toutes les femmes. Dans ce sens, internet apparaît une source particulièrement importante de connaissances et d'information. Par contre, lorsque leur expérience d'allaitement comporte des difficultés ou que des préoccupations apparaissent elles se tournent plus facilement vers leurs proches pour avoir réponse à leurs questions.

5.2.2 L'entourage proximal

Le microsystème, dont il est question ici, regroupe la sphère familiale, relationnelle, professionnelle et celle relative au personnel de la santé que la mère a côtoyé lors du suivi de grossesse et de l'accouchement.

Sphère familiale

Le partenaire (Mitchell-Box, Braun, Hurwitz et Hayes, 2013), la grand-mère maternelle et parfois la famille nucléaire ou élargie (Semenic et Groleau, 2012) sont présentés dans la littérature comme une source importante de soutien émotionnel pour la nouvelle-mère. Quel que soit l'évolution du mode d'alimentation du nourrisson lors de ses premiers mois de vie, qu'il s'agisse d'un allaitement maternel exclusif, d'une utilisation prédominante de produits commerciaux ou d'une introduction partielle de ces produits, il est bénéfique pour la mère de pouvoir compter sur un réseau familial encourageant et respectueux de ses choix. Ceci malheureusement n'est pas la réalité pour l'ensemble des mères composant l'échantillon de ce projet de recherche. De l'analyse des verbatims, il se dégage une tendance voulant que la famille maternelle soit plus soutenante face au type d'allaitement alors que dans la famille paternelle il y a davantage de commentaires désapprobateurs et de l'incompréhension. En mettant de l'avant cette différence dans les discours et sa complexité, Leeming, Williamson, Lyttle et Sally (2013) suggèrent qu'il serait utile de préparer davantage les femmes enceintes et leur entourage aux « défis » relatifs à l'alimentation du nourrisson, notamment celui relié au soutien de la famille du conjoint.

Sphère relationnelle

Les amis et les membres de l'entourage relationnel s'avèrent pour plusieurs mères être une source d'influences particulière. Se rapportant aux résultats, l'influence provenant de cette sphère de vie se traduit de deux manières distinctes. En un premier temps, les mères s'imprègnent des expériences d'allaitement de leurs consœurs présentes dans leur entourage. Elles sont témoins d'expériences de tous genres et de commentaires tantôt favorables à un allaitement maternel exclusif et prolongé et ensuite aux défis, complications, douleurs que ce même allaitement maternel occasionne. Elles sont

également exposées à des mères qui ont choisi d'alimenter leur nourrisson avec des préparations commerciales. Pouvant être particulièrement sensibles à de telles influences durant la grossesse, lorsque le bébé est né, les discours et les comportements adoptés par les amies et les membres de l'entourage n'ont plus le même impact sur la mère. En post-partum, les mères semblent s'entourer de personnes qui pensent et ont choisi le même mode d'alimentation qu'elles, ce qui évite de gérer les tensions entre les discours présents dans leur entourage, leur propre perception et le mode d'alimentation choisi. Il peut donc s'ensuivre une redéfinition et un réaménagement dans les cercles d'amis de certaines mères de l'échantillon.

Sphère professionnelle et médiatique

Le milieu et les collègues de travail ne semblent pas avoir une influence significative dans l'expérience des mères de l'échantillon. Seulement une participante a fait mention d'une influence en faveur de l'allaitement maternel qu'elle attribue à la nature de son lieu de travail, soit un centre famille. Aucune participante n'a nommé la présence d'installation ou l'instauration de mesures favorisant l'allaitement au sein, par exemple des pauses d'allaitement, ce qui aurait pu influencer leur choix de poursuivre ce type d'allaitement. Des recherches supplémentaires seraient tout de même nécessaires avant de pouvoir conclure sur la nature et le degré d'influence qu'exerce le milieu de travail sur la décision des femmes de poursuivre ou non un allaitement au sein.

Lorsque l'on s'attarde au rôle qu'ont joué les médias dans le choix des mères de l'échantillon face à l'alimentation de leur nourrisson, un discours fortement orienté vers l'allaitement maternel et le présentant comme la norme sociale est observé. Il est à noter que les mères sont plus susceptibles de mettre l'accent sur les bienfaits et les avantages de l'allaitement maternel puisqu'aux dires de certaines participantes, l'envers de la médaille n'est pas présenté. L'ensemble des sources médiatiques présentent dans l'environnement de la mère semble avoir un discours commun par lequel la norme de l'allaitement maternel comme premier choix est transmise, qu'il s'agisse de la radio, de la télévision, de journaux, de magazines ou d'affiches informationnelles. Certaines mères se mettent alors beaucoup

de pression pour poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à six mois ou au-delà afin de respecter les recommandations gouvernementales et celles de l'OMS. Ces discours médiatiques prônant l'allaitement maternel se traduisent chez certaines mères de l'échantillon qui ont eu recours aux préparations pour nourrissons en de la culpabilité, de l'incertitude et des doutes en leur capacité d'être une « bonne mère ». Ces impacts sont corroborés par l'étude de Lee et Furedi (2005), qui pour leur part, avancent également que les mères peuvent vivre un fort sentiment de « marginalisation » en lien avec ce choix d'alimenter leur nourrisson au biberon.

Les réseaux sociaux via les groupes de discussions et l'échange d'informations spécifiques se sont révélés cruciaux et déterminants pour aider une mère à poursuivre l'alimentation de son nourrisson selon le mode d'allaitement choisi. N'ayant pas pu obtenir les informations nécessaires auprès de professionnels qualifiés, le soutien et l'aide reçus via cette plateforme d'échange a grandement influencé son expérience en trouvant réponse à ses questions. Ceci montre l'importance que peut prendre les informations et le soutien disponible via internet pour des expériences aussi intimes que l'allaitement et il peut aussi devenir une source d'aide par l'entremise de groupes de soutien.

Sphère des soins et services

Les éléments influençant l'expérience d'allaitement identifiés dans ce projet de mémoire sont conformes avec ceux identifiés dans la littérature en ce qui a trait à l'approche du personnel soignant, et principalement les infirmières de périnatalité. Les infirmières doivent s'assurer que les parents prennent une décision éclairée en ce qui concerne l'alimentation de leur nouveau-né. Elles se doivent également d'offrir aux parents une ambiance respectueuse de leurs choix (Hansten et Washburn, 1996). Cependant, les femmes de l'étude de Spencer, Greatrex-White et Fraser (2015) ont décrit comment elles se sont senties poussées à amorcer l'allaitement maternel pour se conformer aux attentes de la société et à ceux des professionnels de la santé. Certaines mères du présent projet de recherche ont également fait mention de cette même impression d'une pression pour allaiter au sein. Sur la base des expériences rapportées, Lepage, Doré, et Carignan (2000)

identifient dans leur étude que trois femmes sur quatre ont jugé les services reçus à l'hôpital comme « aidants » pour la pratique de l'allaitement, ce qui laisse sous-entendre que 25 % des mères ont une perception négative des services reçus. Un partage des discours qualifiant la nature des services reçus par les infirmières comme « aidant » est également observé dans les expériences d'allaitement des participantes de ce projet de recherche. Par contre, les mères rencontrées ont surtout dénoncé un manque de soutien à l'allaitement et d'aide pour une mise au sein adéquate. Les participantes ont mentionné qu'il serait souhaitable que les infirmières communiquent des informations plus précises et cohérentes en matière d'allaitement maternel. Les mères préfèrent des conseils pratiques basés sur la connaissance d'un vécu, d'une réalité individualisée par rapport à des généralités applicables à chaque enfant, acquises à partir de livres (Larsen, Hall, et Aagaard, 2008). De plus, elles souhaitent que les infirmières assurent davantage de disponibilité pour pouvoir outiller les mères lors de leur séjour à la maternité en prévision du retour à domicile a aussi été mentionné.

5.2.3 Le lieu de naissance

Les propos de mères décrivant leurs expériences infructueuses de mise au sein révèlent que le discours prônant l'allaitement maternel se transforme souvent en discours favorisant l'introduction de produits lactés pour nourrisson sous prétexte d'atteindre une santé optimale pour le nouveau-né. En d'autres termes, dans les centres hospitaliers le *Breast is Best* semble vrai seulement quand le sein « fonctionne correctement », que le bébé a une bonne succion et que sa condition médicale le permet, sinon les mères sont orientées vers des produits pour nourrissons (Brimoh et Davies, 2014). Paradoxalement, alors que la formule semble être « obligatoire » dans ces moments-là, elle n'est pas automatiquement comprise par la mère comme une « bonne ou meilleure » alimentation pour le nourrisson. Pour les mères dans cette situation, le passage du sein à des produits commerciaux pour nourrisson est vécu comme un échec ou la preuve de capacité insuffisante dans leur rôle de mère. Cette façon de faire révèle comment les pratiques hospitalières perturbent la compréhension et la perception qu'ont les mères de leur corps. Elles se remettent alors en question et se demandent si elles sont en mesure de prendre de bonnes décisions pour leur

nouveau-né. Écrasée par le doute et l'incertitude, la mère a par la suite moins confiance en ses capacités personnelles et ressent davantage le besoin de réassurance, par exemple lorsqu'elles se font fortement et rapidement suggérer d'avoir recours à des préparations pour nourrissons par le personnel du centre hospitalier dans les premiers 24 heures de vie du nouveau-né, alors qu'elles souhaitaient allaiter au sein de manière exclusive. Ces pratiques hospitalières contradictoires peuvent être à l'origine d'une incompréhension ou une confusion du rôle maternel dans le choix de la « meilleure » forme d'alimentation pour leur nourrisson qu'il s'agisse des mères de l'échantillon qui avaient choisi de donner le sein mais également pour celle qui avait choisi une alimentation au biberon dès la naissance.

La certification comme établissements répondant à l'Initiative des Amis des Bébé (IAB) a également un rôle à jouer dans l'expérience des mères lors de leur séjour au centre hospitalier. « En inscrivant les activités d'implantation de l'IAB dans un modèle plus large de soins de qualité, favorisant ainsi la collaboration interdisciplinaire et l'humanisation des soins » (Semenic et Groleau, 2012, p, 21), les mères rencontrées parleraient peut-être moins en des termes négatifs de cette certification. Cette certification est davantage décrite comme synonyme de pression, d'un manque d'ouverture face au choix de la mère ou d'une absence de liberté maternelle. D'autres études ont identifié le niveau d'implantation de l'IAB comme une barrière à une expérience positive, voulant que les centres hospitaliers où le niveau d'implantation est « élevé » assurent davantage de soutien en matière d'allaitement au sein, de cohérence dans leurs services et visent davantage sur l'*empowerment* des mères (Semenic et Groleau, 2012). Alors que dans les centres hospitaliers à « faible » niveau d'implantation, les membres du personnel présentaient davantage la crainte de culpabiliser les mères lors des activités de promotion de l'allaitement maternel, ce qui sur le terrain se traduit par un soutien informationnel et technique déficient ou inadapté. Une telle nuance entre le niveau d'implantation de l'IAB n'est pas ressortie dans la présente étude. Néanmoins, un parallèle peut être établi entre les propos des répondantes voulant qu'en maison de naissances, lieu où l'implantation de l'IAB est de manière générale élevée, les sage-femmes aient une plus grande aisance et connaissance de l'allaitement maternel, de ses difficultés ou complications et des solutions envisageables. Ceci pour ces mères s'est

traduit par une expérience d'allaitement au sein plus positive et de plus longue durée que les autres mères de l'échantillon.

5.2.4 Le contexte social

Les résultats de ce projet de mémoire basés sur l'expérience directe de l'allaitement montrent la présence importante du contexte social comme source d'influences. Le macrosystème qui inclut les normes sociales régissant cette pratique, les attentes et les croyances de la mère face à l'allaitement proviennent des nombreuses publications gouvernementales et des campagnes promotionnelles présentant le lait maternel et l'allaitement au sein comme « parfait », « naturel » et « sain » (Moreau coll., 2010 ; Crossley, 2009 ; Persad et Mensinger, 2007). Beaudry (2002) dénonce, au même titre que certaines participantes, que beaucoup d'effort, voire tous les efforts, sont mis de l'avant dans des campagnes de promotion pour valoriser et encourager la pratique de l'allaitement maternel par contre, très peu sont investis pour soutenir les femmes et les outiller via de l'information concrète et pratique. De plus, il semble que les échantillons gratuits de produits pour nourrissons provenant des hôpitaux ou d'envois postaux à domicile sont facilement accessibles pour les nouvelles mères. Selon les mères de l'étude, l'accès facile à ces échantillons les incite à avoir recours à un biberon quand des complications avec l'allaitement maternel se présentent. Les mères sont soumises à un double discours, puisque d'un côté l'allaitement maternel est prôné et de l'autre des échantillons de préparations pour nourrisson sont distribués parfois au sein d'une même institution gouvernementale. Ce discours contradictoire amène certaines mères à douter du bien-fondé de l'allaitement au sein. Il en résulte une déculpabilisation ou une normalisation à utiliser ces produits puisque, pouvant provenir directement des centres hospitaliers, les mères en viennent à penser qu'il s'agit de l'alimentation à privilégier en fonction du contexte. De cette façon, les mères sont souvent orientées dans une direction ou l'autre, soit le sein ou le biberon, sans égard de leurs croyances, de leurs choix ou de leur contexte (Landais, 2003).

5.1.5 En somme

L'application du modèle bioécologique a ainsi montré que l'influence s'étend à travers chaque niveau de systèmes et peut également être identifiée comme s'entrelaçant entre eux. Par exemple, il est possible d'observer que de concert avec les normes sociales divers facteurs sociaux, affectifs et pratiques (Marshall, Godfrey, et Renfrew, 2007) facilitent ou entravent le comportement.

Ainsi, bien que les discours gouvernementaux mettent l'accent sur les bienfaits de l'allaitement maternel, les femmes sont exposées à un ensemble beaucoup plus diversifié de valeurs et de croyances dans leurs réseaux sociaux. Les connaissances sur l'allaitement ont été communiquées par la famille, les amis, le personnel de santé, les médias, Internet, les livres et l'ensemble de ces sources influencent la conception de la mère et par conséquent ses attentes. Ceci se présentant sous forme de conseils parfois aidants, mais dans bien des cas divergents et inappropriés devenant ainsi sources de confusion pour la mère (Larsen, Hall, et Aagaard, 2008). Bien souvent, après l'accouchement, l'allaitement maternel est vécu comme plus complexe, difficile et douloureux qu'anticipé. L'analyse montre que les sources d'influences sont multiples et variées et qu'une seule ne peut caractériser l'ensemble de l'expérience d'allaitement. Les femmes doivent faire face à l'incertitude de l'expérience de l'allaitement et elles se doivent d'y être préparées, comme elles le sont pour la naissance. Schmied, Sheehan et Barclay (2001) ajoutent que l'expérience de l'alimentation du nourrisson est plus satisfaisante lorsque les mères sont positionnées comme agentes de décision et quand elles sont socialement soutenues dans leur préférence pour le type d'alimentation choisi. Une minorité de femmes rencontrées dans le cadre de ce mémoire peut dire que le rôle « décisionnel » leur revenait pleinement pour l'ensemble de leur expérience d'allaitement. De manière générale, les mères mentionnent ne pas avoir senti qu'elles étaient positionnées comme agente de décision durant la totalité de leur expérience d'allaitement. De par les propos analysés, les mères semblent plutôt exposées à des informations discordantes, telles qu'une promotion importante de l'allaitement au sein et simultanément la distribution d'échantillons gratuits de produits lactés. Des gestes contradictoires sont également observables, par exemple, le souhait d'allaiter au sein suite à

l'accouchement et finalement se voir donner des produits commerciaux pour nourrissons dans les premières 24 heures. Ces éléments font en sorte de contribuer à créer de la confusion et parfois de la culpabilité chez la nouvelle mère.

5.3 Le soutien

L'allaitement maternel est largement considéré comme la responsabilité individuelle de la femme et comme un devoir social. Les problèmes liés à l'allaitement maternel sont ainsi souvent devenus le problème de la mère (Larsen, Hall, et Aagaard, 2008). Les résultats de recherche de Göksen (2002) montrent cependant l'importance de l'appui et du soutien social pour les mères tant en période prénatale que postnatale. Le soutien est également identifié dans ce projet de mémoire comme un déterminant favorable à une expérience positive peu importe le type d'allaitement choisi par la mère. Puisque l'alimentation du nourrisson exige du temps, des efforts et un engagement important de la part de la mère, il est important de considérer l'ensemble du soutien reçu.

Au-delà du soutien reçu par l'entourage proximal, un processus d'influence sociale a également lieu. En ce sens, le milieu social a une profonde importance dans la transmission des normes subjectives. C'est à travers ces personnes significatives que l'individu est influencé et peut, ou pas, obtenir un soutien pour ses comportements (Göksen, 2002). Un réseau diversifié et de qualité est associé à une plus grande perception de soutien disponible. Il est donc notable de souligner que l'OMS affirme qu'outre le mode d'alimentation à privilégier pour les nourrissons, les femmes ont besoin de « soutien pratique qualifié » et qu'une reconnaissance des défis sociétaux qu'elles vivent est importante. Davantage de promotion devrait être fait en ce sens, afin d'informer et de sensibiliser le conjoint, les parents et les amis ainsi que la communauté dans le rôle de soutien qu'ils jouent face à la nouvelle mère en matière d'allaitement. En accord avec Semenic et Groleau (2012), les résultats de la présente étude suggèrent qu'« [...] encourager l'allaitement sans garantir l'accès au soutien adéquat en période postnatal équivaut à mettre en scène un scénario où des mères se retrouvent trop souvent en situation

d'échec, avec un sentiment d'incompétence maternelle et des séquelles psychologiques délétères qui l'accompagnent » (p. 67).

5.4 Les forces et les limites de l'étude

Cette recherche a une force spécifique dans la mesure où elle vise une meilleure compréhension des sources d'influences de l'entourage dans l'expérience d'allaitement avec comme cadre théorique le modèle bioécologique de Bronfenbrenner. L'allaitement n'étant pas toujours facile et harmonieux ou vécu comme une expérience enrichissante (Schmied, Sheehan et Barclay, 2001), mieux comprendre l'impact des normes sociales et du contexte social a comme avantage potentiel de pouvoir outiller la mère de même que son entourage pour faire face aux défis de l'allaitement. De plus, à titre de recommandation, il serait aidant de ne plus considérer la nouvelle mère comme un acteur solitaire dans l'alimentation du nourrisson, mais de prendre en compte l'ensemble des interactions avec son milieu et son environnement. L'élément qui se veut l'essence même d'une pratique en service social optimale en ne focalisant non pas uniquement sur l'individu ou l'environnement mais bien sur l'interaction dynamique entre les deux (Deslauriers, 2015). À cause de la composition de l'échantillon et du type de recherche effectuée, ces résultats ne prétendent pas décrire la réalité de l'ensemble des femmes, ils permettent toutefois d'engager une réflexion sur l'expérience d'allaitement.

5.5 Des pistes pour les futures recherches

D'autres recherches sont nécessaires afin d'approfondir de multiples facettes à la question, il serait intéressant de questionner seulement des primipares afin de voir d'où l'influence provient pour ces dernières car nombre de participantes de la présente recherche mentionnent l'importance de leur expérience de grossesses précédentes. Dans un autre ordre d'idée, explorer l'expérience paternelle permettrait un autre angle d'approche pour une meilleure compréhension du contexte d'alimentation du nourrisson puisqu'ils sont identifiés comme les acteurs de soutien principaux.

CONCLUSION

Les données recueillies et les résultats de ce projet de mémoire amènent un nouveau regard sur cette pratique socialement encouragée, reconnue et plus répandue aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a quelques décennies. Cette évolution fait en sorte que ce sujet est constamment d'actualité, ce qui amène l'allaitement au cœur des cours prénataux, des discours du personnel de la santé et entre les mères, encourageant même l'apparition de salles d'allaitement dans les centres commerciaux et autres endroits publics. L'intention de présenter l'allaitement dans une approche globale et respectueuse du contexte unique à chaque mère, prend racine dans un questionnement central : Comment les conceptions sur les différents modes d'alimentation du nourrisson présentes dans l'entourage de la mère influencent son expérience d'allaitement au sein ou au biberon?

Adhérant au paradigme scientifique constructiviste et utilisant le modèle bioécologique qui met l'accent sur l'influence individuelle, interpersonnelle, sociale, culturelle de même que celle relative aux politiques publiques, ce projet de mémoire permet une compréhension plus complète du sujet d'étude. Ce modèle fournit une approche holistique permettant d'identifier les sources d'influences se reportant à la décision maternelle du mode d'alimentation du nourrisson. De plus, les résultats qualitatifs de onze entrevues de recherche ont été analysés pour fournir une compréhension plus large du phénomène.

Ce projet de mémoire offre l'opportunité de réfléchir sur les pratiques et les services actuels en matière d'allaitement. Les mères et leur entourage pourraient tirer profit d'un soutien plus adapté et personnalisé en matière d'allaitement afin de maximiser le positif de cette expérience. Il ne faut également pas perdre de vue l'importance de l'information disponible via internet pour les femmes rencontrées et comment ce médium pourrait devenir un outil prometteur notamment dans le domaine de la prévention durant la période périnatale. De plus, il serait souhaitable de considérer « le taux de satisfaction

retirée du fait d'allaiter son enfant [comme constituant] l'unité de mesure à privilégier et non [uniquement] les taux d'allaitement » (Niquette, 2014, p. 95).

Finalement, le choix de l'alimentation du nourrisson provient d'un ensemble complexe d'intentions, d'attitudes, de croyances et de facteurs sociaux. Une tentative d'expliquer l'allaitement uniquement par des normes sociales fait injustice aux multiples influences propres à ce comportement. De cette façon, la mère devrait être mise dans une position centrale en lui offrant toute l'information nécessaire pour prendre sa décision et par la suite en lui procurant tout le soutien dont elle aura besoin.

Bibliographie

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2009). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain*. Réflexion et action pour la promotion de la santé. Liège: Université de Liège, École de santé publique.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Comité canadien pour l'allaitement. (2014). *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : un guide pratique pour les programmes communautaires* - 2e édition
- Alain, M. et Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Puq.
- Archives de pédiatrie. (2013). *Nutri-Bébé SFAE* : <http://nutri-bebe-sfae.com>, consulté le 2 novembre 2016
- Baranowski, T., Rassin, D. k., Richardson, J., Bee, D. E., et Brown, J. P. (1986). Attitudes toward breastfeeding. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 7(6), 367-372.
- Bayard, C. (2011). La promotion de l'allaitement – Ce qu'en dise les mères, *Le Périscope*, 16 (2), p. 12-14.
- Bayard, C. et Chouinard, C. (2014). *La promotion de l'allaitement maternel au Québec: regards critiques*. Remue-ménage.
- Bayot, I. (2008). Allaiter est une façon de vivre, dans Grégoire, L. et Poussart, M.-A., *Près du coeur : témoignages et réflexions sur l'allaitement*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 79-96.
- Beaud, J. P. (2009). L'échantillonnage, Dans Gauthier, B. (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Puq, 251-288.
- Beaudry, M. (2002). Créer une culture d'allaitement maternel: le rôle potentiel des politiques publiques, *Le Périscope*, Bulletin d'information en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec, 6(1), 7-9.
- Beaudry, M., Chiasson, S. et Lauzière, J. (2006). *Biologie de L'Allaitement: Le Sein-le Lait-le Geste*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Boiteau, M. F. (2002). *Analyse des dimensions sociales et psychologiques de l'allaitement du nouveau-né*, (thèse de maîtrise, Université Laval, Canada). Récupéré d'Ariane 2.0, l'archive de publication électroniques de l'Université Laval: HYPERLINK "http://www.bibl.ulaval.ca/"http://www.bibl.ulaval.ca/
- Bottorf, J. L. (1990). Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 201-209.
- Callen, J. et Pinelli, J. (2004). Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. *Birth*, 31(4), 285-292.
- Capponi, I. et Roland, F. (2013). Allaitement maternel: liberté individuelle sous influences. *Devenir*, 25(2), 117-136.
- Chevrier, J. (2009). La spécification de la problématique. Dans Gauthier, B., *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. (p. 53-87). Québec, Presses de l'Université du Québec.

- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of advanced nursing*, 26(3), 623-630.
- Crossley, M. L. (2009). Breastfeeding as a moral imperative: An autoethnographic study. *Feminism & psychology*, 19(1), 71-87.
- Deslauriers, J. P. (2015). *Introduction au travail social*. D. Turcotte (Ed.). Presses de l'Université Laval.
- Damant, D., Poirier, M. A. et Moreau, J. (2001). Ça prend tout un village pour élever un enfant : Une approche écologique visant le développement des enfants. Dans Dorvil, H., & Mayer, R. (dir.), *Problèmes Sociaux-Tome II: Études de Cas et Interventions Sociales* (Vol. 2, p. 319-336). Presses de l'Université du Québec.
- De Montigny, F., St-Arneault, K. et Béland-Aubé, C. (2011). Allaitement : Analyse des dépliants offerts aux parents du Québec, *Le Périscop*, 16 (2), p. 15-18.
- Desrochers, S. (2012). *Normes sociales et allaitement maternel : évolution du Discours d'un quotidien francophone au Québec* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Canada). Récupéré : https://grms.uqam.ca/upload/files/memoire-de-recherche/Memoire_Allaitement_Normes_Sociales_Desrochers.pdf
- De Villers, M. É. (2009). *Multi dictionnaire de la langue française: orthographe, grammaire, difficultés, conjugaison, syntaxe, anglicismes, typographie, québécismes, abréviations, correspondance*. Québec Amérique.
- Dodgson, J. E., Watkins, A. L., Bond, A. B., Kintaro-Tagalao, C., Arellano, A. et Allred, P. A. (2014). Compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: An observational study of pediatricians' waiting rooms. *Breastfeeding Medicine*, 9(3), 135-141.
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. Dans G. Tarabulsky, M. A. Provost, S. Drapeau et E. Rochette (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (p. 11-31). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Dubois, L., Bédard, B., Girard, M. et Beauchesne, É. (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*. Les nourrissons de 5 mois. L'alimentation du nourrisson.
- Dunn, R. L., Kalich, K. A., Henning, M. J. et Fedrizzi, R. (2015). Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Maternal and child health journal*, 19(1), 6-16.
- Forrester, I.T., Wheelock, G. et Warren, A.P., (1997). Assessment of students' attitudes toward breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 13 (1), 33-37.
- Göksen, F. (2002). Normative vs. attitudinal considerations in breastfeeding behavior: multifaceted social influences in a developing country context. *Social science & Medicine*, 54(12), 1743-1753.
- Grède, J. (2014). *Sein ou Biberon? : Choisis ton camp!*, France, Éditions La Boîte à Pandore.
- Haiek, L. N. (2011). *Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Hamelin-Brabant, L., De Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une recension des écrits*. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de "relevailles" offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec.
- Hansten, R. et Washburn, M. (1996). Why don't nurses delegate?, *The Journal of nursing administration*, 26(12), 24-28.
- Holder, H. D. (2006). *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge University Press.
- Jelliffe, D. B. et Jelliffe E.F.P (1978). *Human milk in the modern world: Psychosocial, nutritionnal and economic signifiante*. Oxford University Press
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales: un domaine en expansion. *Sociologie d'aujourd'hui*, 7, 45-78.
- Kang, N. M., Song, Y. et Im, E. O. (2005). Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 42(8), 863-870.
- Kean, Y. J. et Allain, A. (Eds.). (2001). *Breaking the Rules, Stretching the Rules*, The International Baby Food Action Network (IBFAN).
- Krtolitz, E. et Rosenblum, O. (2015). Allaiter ou non: une simple question de choix ?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(1), 17-22.
- Landais, M. (2003). La formation, levier de changement?. *Spirale*, (3), 35-43.
- Larsen, J. S., Hall, E. O. et Aagaard, H. (2008). Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined—a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 653-661.
- Lee, E. et Furedi, F. (2005). Mothers' experience of, and attitudes to, using infant formula in the early months. School of Social Policy, *Sociology and Social Research*, University of Kent. 1-93.
- Leeming, D., Williamson, I., Lyttle, S. et Sally J. (2013). Socially sensitive lactation : Exploring the social context of breastfeeding. *Psychology & Health*, 28(4), 450-468.
- Lepage, M. C., Doré, N., et Carignan, G. (2000). *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement maternel en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Direction de santé publique, Québec.
- Lépine, R., Saint-Jacques, M.C. et Morin, M.C. (2009). *Guide pratique à l'intention des étudiants des sciences humaines et sociales*, Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR).
- Lowermilk, D. L., Perry, S. et Bobak, I. M. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité*. Laval Groupe Beauchemin
- Lutter, C. K. (2002). Breastfeeding Promotion: Is Its Effectiveness Supported By Scientific Evidence And Global Changes In Breastfeeding Behaviors, dans Kozlko, B. Fleischer Michaelsen, K. et Hernell, O., *Short and Long Term Effects of Breast Feeding on Child Health* (pp. 355-368). Springer US.
- Marshall, J. L., Godfrey, M. et Renfrew, M. J. (2007). Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities, *Social Science & Medicine*, 65, 2147–2159
- Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Gaëtan Morin.

- Molinari, L. et Speltini, G. (1995). Social Representations of infant feeding: The crossroads of modern and traditional conceptions. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 8, 39-58.
- Mora, A. D. L., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M. et Dusdieker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362-2380.
- Moreau, D., Tahon, M. B. et Daigle, J. (2010). Du lait et des épines. *Recherches féministes*, 23(2), 45-69.
- Morse, J. et Field, P. (1995). *Qualitative Methods for Health Professionals (2nd Edition)*. Thousand Oaks, Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec: Santé et services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2001). *L'allaitement maternel au Québec: lignes directrices*. Québec: Santé et services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: synthèse: un projet porteur de vie*. Santé et services sociaux Québec.
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives*, 1, 7-40.
- Neill, G., Beauvais, B. et Plante, N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*. Institut de la statistique du Québec.
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum, Qualitative Social Research*, 7(4), Art. 11.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (1998). *Allaitement maternel [Prise de position]*. Consulté le 21 juillet 2016 sur www.oiig.org/
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). (2002). *Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel*. Montréal
- O'Reilly, M. et Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190-197.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Assemblée mondiale de la santé, Genève, Suisse.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1991). *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel*, Genève, Suisse.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1999). *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*, Genève, Suisse.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Suisse.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Learning from large-scale community-based programmes to improve breastfeeding practices*, Genève, Suisse.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales- 4e éd.* Armand Colin.

- Persad, M. D. et Mensinger, J. L. (2008). Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of community health*, 33(2), 53-60.
- Sandelowski, M., Holditch-Davis, D. et Harris, B. G. (1992). Using qualitative and quantitative methods: The transition to parenthood of infertile couples. *Qualitative methods in family research*, 301-322.
- Schmied, V., Sheehan, A. et Barclay, L. (2001). Contemporary breast-feeding policy and practice: implications for midwives. *Midwifery*, 17(1), 44-54.
- Scott, J. A., Binns, C. W. et Arnold, R. V. (1997). Attitudes toward breastfeeding in Perth, Australia: qualitative analysis. *Journal of Nutrition Education*, 29(5), 244-249.
- Shaker, I., Scott, J. A. et Reid, M. (2004). Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *Journal of advanced nursing*, 45(3), 260-268.
- Spencer, R. L., Greatrex-White, S. et Fraser, D. M. (2015). "I thought it would keep them all quiet". Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: an interpretive phenomenological study. *Journal of advanced nursing*, 71(5), 1076-1086.
- Statistique Canada. (2016). *Grossesse et naissance*. Repéré à [HYPERLINK "http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health92b-fra.htm"](http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health92b-fra.htm) <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health92b-fra.htm>, le 23 mars 2016.
- Sterken, E. (2002). *Out of the Mouths of Babes: How Canada's Infant Foods Industry Defies World Health Organization Rules and Puts Infant Health at Risk*. Infant Feeding Action Coalition (Infact) Canada.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)(n.d.). *Nutrition : Allaitement*. Récupéré le 23 mai 2016 du site officiel : [HYPERLINK "http://www2.unicef.org:60090/french/nutrition/index_24824.html"](http://www2.unicef.org:60090/french/nutrition/index_24824.html) http://www2.unicef.org:60090/french/nutrition/index_24824.html
- Van Poucke, W. (1980). Network constraints on social action: preliminaries for a network theory. *Social Networks*, 2(2), 181-190.
- Wagner, C. L., Wagner, M. T. et Hulsey, T. C. (2002). Factors influencing a mother's decision to breastfeed, dans Kolezko, B. Fleischer Michaelsen, K. et Hernell, O., *Short and Long Term Effects of Breast Feeding on Child Health* (pp. 435-436). Springer US.
- Wolf, J. B. (2010). *Is breast best?: Taking on the breastfeeding experts and the new high stakes of motherhood*. NYU Press.

Annexes

Annexe 1 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel selon les provinces et territoires du Canada

	2011	2012	2013	2014
	%			
A commencé à allaiter				
Canada	88,4	90,3	..	..
Terre-Neuve-et-Labrador	54,3	59,3	..	..
Île-du-Prince-Édouard	91,8	59,4 ^E	..	..
Nouvelle-Écosse	80,2	86,7	83,9	88,6
Nouveau-Brunswick	69,5	78,5	79,6	75,0
Québec	88,7	89,9	89,9	87,3
Ontario	87,1	90,4	91,8	89,8
Manitoba	94,4	91,1	..	..
Saskatchewan	85,3	86,0	..	..
Alberta	93,3	91,3	95,1	95,1
Colombie-Britannique	94,2	97,2	..	..
Yukon	93,0	99,2	..	..
Territoires du Nord-Ouest	97,7	92,5	87,0	90,1
Nunavut	73,0	85,4	70,9	78,3
Allaitement exclusif				
Canada	27,8	24,2	..	..
Terre-Neuve-et-Labrador	F	17,1 ^E	..	..
Île-du-Prince-Édouard	F	F	..	..
Nouvelle-Écosse	26,5 ^E	20,1 ^E	34,5 ^E	30,7 ^E
Nouveau-Brunswick	20,9 ^E	27,3 ^E	21,5 ^E	15,8 ^E
Québec	22,6	16,1	23,4	23,5
Ontario	27,3	22,4	33,3	27,5
Manitoba	37,0	21,9 ^E	..	..
Saskatchewan	25,8	36,6	..	..
Alberta	27,1	27,8	33,0	30,5
Colombie-Britannique	41,4	40,3	..	..
Yukon	F	46,0 ^E	..	..
Territoires du Nord-Ouest	F	F	34,8 ^E	41,1 ^E
Nunavut	28,5 ^E	F	28,7 ^E	F

^E : à utiliser avec prudence.

F : trop peu fiable pour être publié.

.. : indisponible pour une période de référence précise.

Notes : Fondé sur les renseignements fournis par les femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années. Par mères qui ont commencé à allaiter, on entend les mères qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant, même pour une brève période. Par allaitement exclusif, on entend un nourrisson

Source : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health92b-fra.htm>, consulté le 3 mars 2016

Annexe 2 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel total pour différentes durées en fonction des régions administratives du Québec

	Pendant le séjour au CH / MN ³		1 semaine (7 jours ou plus)		1 mois (30 jours ou plus)		2 mois (61 jours ou plus)	
	Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Bas-Saint-Laurent	83,4	78,3 ; 87,7	75,0	69,8 ; 80,1	66,6	60,9 ; 72,2	61,4	55,5 ; 67,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	72,0	66,6 ; 77,3	63,1	57,3 ; 68,9	56,4	50,4 ; 62,5	51,2	45,0 ; 57,4
Capitale-Nationale	82,0	76,6 ; 86,5	75,8	70,6 ; 81,0	68,4	62,7 ; 74,0	62,4	56,5 ; 68,2
Mauricie-Centre-du-Québec	78,1	73,0 ; 83,2	70,1	64,5 ; 75,7	63,2	57,4 ; 69,0	54,1	48,0 ; 60,2
Estrie	87,2	82,4 ; 91,0	79,7	74,9 ; 84,5	73,8	68,6 ; 79,0	66,5	61,0 ; 72,0
Montréal	88,3	84,3 ; 91,6	88,2	84,2 ; 91,5	83,5	79,0 ; 87,3	79,2	74,9 ; 83,4
Ouataouais	84,8	80,3 ; 88,7	79,8	75,2 ; 84,4	72,6	67,5 ; 77,7	66,3	60,9 ; 71,6
Abitibi-Témiscamingue	82,4	76,6 ; 87,3	73,4	67,5 ; 79,4	64,2	57,9 ; 70,4	57,5	51,1 ; 63,8
Côte-Nord	61,2	54,6 ; 67,8	53,5	46,9 ; 60,1	43,8	37,4 ; 50,3	35,0	29,0 ; 41,1
Nord-du-Québec	74,7	61,9 ; 85,0	72,2	59,1 ; 82,9	62,8	49,8 ; 74,5	49,6	36,9 ; 62,3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	71,1	65,0 ; 77,2	64,9	58,3 ; 71,5	53,9	47,1 ; 60,7	48,0	41,2 ; 54,8
Chaudière-Appalaches	80,2	75,1 ; 84,7	73,4	68,2 ; 78,6	65,5	59,8 ; 71,2	57,5	51,7 ; 63,4
Laval	86,1	80,7 ; 90,4	81,8	76,1 ; 86,6	71,0	65,6 ; 76,4	61,7	56,0 ; 67,4
Lanaudière	78,8	73,6 ; 83,9	72,2	66,6 ; 77,7	62,7	56,7 ; 68,6	53,8	47,7 ; 59,8
Laurentides	86,9	81,8 ; 91,0	77,4	72,1 ; 82,6	73,0	67,5 ; 78,5	67,1	61,3 ; 72,8
Montérégie	89,9	85,5 ; 93,4	83,8	78,8 ; 88,0	77,4	72,4 ; 82,4	70,3	64,9 ; 75,8
Ensemble du Québec	85,1	83,5 ; 86,4	79,9	78,4 ; 81,5	73,1	71,7 ; 75,1	66,7	65,1 ; 68,8

	3 mois (91 jours ou plus)		4 mois (122 jours ou plus)		5 mois (152 jours ou plus)		6 mois (182 jours ou plus)	
	Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)		Intervalle de confiance (95 %)	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Bas-Saint-Laurent	58,3	52,4 ; 64,2	55,7	49,8 ; 61,7	51,5	45,5 ; 57,5	45,7	39,8 ; 51,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	47,0	40,8 ; 53,3	40,9	34,9 ; 46,9	37,9	31,9 ; 43,9	29,8	24,1 ; 35,5
Capitale-Nationale	58,5	52,4 ; 64,5	54,5	48,3 ; 60,6	47,7	41,7 ; 53,7	45,1	39,1 ; 51,0
Mauricie-Centre-du-Québec	49,6	43,4 ; 55,7	46,1	39,9 ; 52,3	43,0	36,9 ; 49,1	39,1	33,1 ; 45,0
Estrie	61,4	55,7 ; 67,0	56,8	50,9 ; 62,6	51,3	45,3 ; 57,2	47,4	41,5 ; 53,3
Montréal	74,4	69,8 ; 78,9	68,4	63,5 ; 73,3	63,4	58,3 ; 68,5	60,8	55,6 ; 66,0
Ouataouais	62,9	57,4 ; 68,4	59,0	53,4 ; 64,7	53,7	47,9 ; 59,5	49,1	43,3 ; 55,0
Abitibi-Témiscamingue	53,2	46,8 ; 59,6	46,4	40,0 ; 52,8	41,3	35,0 ; 47,6	36,5	30,4 ; 42,7
Côte-Nord	31,9	25,9 ; 37,8	28,7	22,9 ; 34,5	25,6	19,9 ; 31,3	22,4	16,9 ; 28,0
Nord-du-Québec	47,7	35,0 ; 60,5	40,3	27,9 ; 52,8	36,6	24,6 ; 49,9	30,7	19,7 ; 43,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	42,7	36,0 ; 49,4	38,7	32,0 ; 45,3	36,9	30,3 ; 43,5	34,8	28,3 ; 41,2
Chaudière-Appalaches	51,5	45,6 ; 57,3	48,6	42,7 ; 54,5	42,3	36,5 ; 48,1	36,4	30,6 ; 42,1
Laval	55,3	49,5 ; 61,0	52,6	46,8 ; 58,3	49,3	43,4 ; 55,2	44,2	38,4 ; 50,0
Lanaudière	49,1	43,0 ; 55,2	43,2	37,1 ; 49,4	40,1	34,2 ; 46,1	36,1	30,3 ; 42,0
Laurentides	61,2	55,3 ; 67,1	54,0	48,1 ; 59,8	50,7	44,8 ; 56,5	45,1	39,2 ; 50,9
Montérégie	64,4	58,6 ; 70,2	56,6	50,7 ; 62,5	51,0	45,0 ; 56,9	43,4	37,5 ; 49,2
Ensemble du Québec	61,6	60,0 ; 63,9	56,1	54,4 ; 58,5	51,3	49,6 ; 53,7	46,7	45,0 ; 49,1

Source : Neil, Beauvais et Plante, 2006, p. 18-19.

Annexe 3 : Tableau comparant les taux (%) d'allaitement maternel exclusif pour différentes durées en fonction des régions administratives du Québec

	Pendant le séjour au CH / MN ³		1 semaine (7 jours ou plus)		1 mois (30 jours ou plus)		2 mois (61 jours ou plus)	
	Intervalle de confiance		Intervalle de confiance		Intervalle de confiance		Intervalle de confiance	
	%	(95 %)	%	(95 %)	%	(95 %)	%	(95 %)
Bas-Saint-Laurent	56,8	50,9 ; 62,8	53,5	47,5 ; 59,4	47,2	41,2 ; 53,2	40,2	34,3 ; 46,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	44,2	37,9 ; 50,5	42,6	36,3 ; 48,8	35,3	29,2 ; 41,4	30,9	25,1 ; 36,8
Capitale-Nationale	38,9	33,2 ; 44,6	38,7	33,0 ; 44,4	33,9	28,3 ; 39,6	29,3	23,9 ; 34,7
Mauricie-Centre-du-Québec	58,4	52,4 ; 64,5	58,5	52,5 ; 64,5	48,1	42,0 ; 54,2	37,9	32,1 ; 43,8
Estrie	57,6	51,8 ; 63,3	54,4	48,7 ; 60,0	48,5	42,8 ; 54,2	37,5	31,8 ; 43,3
Montréal	48,1	42,9 ; 53,3	46,8	41,7 ; 52,0	39,3	34,3 ; 44,3	32,1	27,3 ; 36,9
Outaouais	53,5	47,6 ; 59,4	51,9	46,0 ; 57,8	44,1	38,2 ; 49,9	39,0	33,2 ; 44,8
Abitibi-Témiscamingue	36,5	30,4 ; 42,6	35,3	29,2 ; 41,4	31,3	25,3 ; 37,2	23,3	17,9 ; 28,8
Côte-Nord	36,4	30,2 ; 42,6	35,5	29,3 ; 41,7	29,3	23,5 ; 35,2	21,4	16,0 ; 26,7
Nord-du-Québec	55,5	42,7 ; 68,3	54,8	42,0 ; 67,7	47,4	34,5 ; 60,4	27,8	17,3 ; 40,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	46,8	40,0 ; 53,7	47,1	40,4 ; 53,8	36,8	30,2 ; 43,4	29,4	23,3 ; 35,6
Chaudière-Appalaches	43,8	38,0 ; 49,7	43,6	37,7 ; 49,4	35,9	30,3 ; 41,6	25,4	20,2 ; 30,5
Laval	54,0	47,6 ; 60,5	50,3	43,9 ; 56,6	42,3	36,3 ; 48,4	33,4	27,9 ; 38,9
Lanaudière	52,3	46,1 ; 58,6	48,8	42,4 ; 55,1	40,5	34,3 ; 46,8	31,4	25,6 ; 37,1
Laurentides	62,8	57,0 ; 68,7	60,5	54,6 ; 66,4	53,6	47,6 ; 59,5	46,1	40,2 ; 52,0
Montérégie	62,7	57,2 ; 68,2	61,5	55,9 ; 67,2	54,9	49,1 ; 60,7	43,6	37,7 ; 49,5
Ensemble du Québec	52,1	50,2 ; 54,3	50,7	48,7 ; 52,8	43,5	41,6 ; 45,6	35,1	33,3 ; 37,2

3 mois (91 jours ou plus)		4 mois (122 jours ou plus)		5 mois (152 jours ou plus)		6 mois (182 jours ou plus)		
Intervalle de confiance		Intervalle de confiance		Intervalle de confiance		Intervalle de confiance		
%	(95 %)	%	(95 %)	%	(95 %)	%	(95 %)	
34,0	28,3 ; 39,7	24,4	19,3 ; 29,5	12,4	8,8 ; 16,8	2,6	1,0 ; 5,5	Bas-Saint-Laurent
25,3	19,7 ; 30,8	16,7	12,1 ; 22,0	7,9	4,6 ; 12,6	2,2	0,7 ; 5,3	Saguenay-Lac-Saint-Jean
24,9	19,7 ; 30,1	16,2	11,9 ; 21,1	8,5	5,3 ; 12,7	1,1	0,1 ; 4,1	Capitale-Nationale
30,1	24,5 ; 35,7	19,2	14,6 ; 24,4	8,9	5,7 ; 13,1	3,1	1,2 ; 6,3	Mauricie-Centre-du-Québec
30,8	25,2 ; 36,3	23,0	17,9 ; 28,0	9,5	6,3 ; 13,6	2,0	0,7 ; 4,4	Estrie
26,8	22,3 ; 31,3	17,1	13,5 ; 21,2	10,6	7,8 ; 14,0	4,5	2,6 ; 7,1	Montréal
30,6	25,0 ; 36,1	23,8	18,7 ; 28,9	11,5	7,9 ; 15,9	3,2	1,4 ; 6,2	Outaouais
18,3	13,6 ; 23,9	11,9	8,1 ; 16,5	6,1	3,4 ; 10,2	1,1	0,2 ; 3,5	Abitibi-Témiscamingue
14,2	9,9 ; 19,5	10,2	6,5 ; 15,1	3,6	1,4 ; 7,5	0,4	0,0 ; 2,0	Côte-Nord
19,5	11,2 ; 30,5	18,2	9,6 ; 30,1	12,5	5,2 ; 24,0	1,3	0,0 ; 7,0	Nord-du-Québec
23,9	18,1 ; 29,6	16,6	11,7 ; 22,4	8,9	5,3 ; 13,9	2,7	0,9 ; 6,4	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
18,1	13,7 ; 23,2	13,0	9,1 ; 17,7	6,7	4,0 ; 10,4	1,8	0,5 ; 4,8	Chaudière-Appalaches
26,3	21,3 ; 31,3	21,0	16,3 ; 25,7	9,5	6,5 ; 13,2	2,1	0,8 ; 4,4	Laval
26,0	20,5 ; 31,4	17,4	12,8 ; 22,9	6,9	4,1 ; 10,9	2,5	0,8 ; 5,7	Lanaudière
36,5	30,9 ; 42,1	25,9	20,9 ; 30,8	12,2	8,7 ; 16,5	4,9	2,7 ; 8,0	Laurentides
35,0	29,3 ; 40,7	26,4	21,2 ; 31,7	11,9	8,2 ; 16,4	2,9	1,2 ; 5,7	Montérégie
28,3	26,7 ; 30,4	19,7	18,3 ; 21,5	9,9	8,7 ; 11,2	3,0	2,4 ; 4,0	Ensemble du Québec

Source : Neil, Beauvais et Plante, 2006, p. 20-21.

Annexe 4 : Énoncé des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

* Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante : Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide, au besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Source : Haiek, L. N. (2011). Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Annexe 5 : Tableau d'opérationnalisation

Tableau d'opérationnalisation

Concept	Dimension	Indicateurs
Allaitement	<p>Allaitement à la demande « Façon d'allaiter selon laquelle l'enfant est mis au sein fréquemment et chaque fois qu'il démontre des signes de faim, par opposition à un allaitement avec horaire. »</p> <p>Allaitement exclusif « Mode d'alimentation où le nourrisson allaité ne reçoit aucun autre aliment ni boisson (y compris de l'eau), à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux lorsqu'ils sont nécessaires. Le lait maternel exprimé (de la mère ou d'une banque de lait) ou celui d'une nourrice est également accepté. »</p> <p>Allaitement mixte « Mode d'alimentation où l'enfant est tantôt allaité, tantôt alimenté avec des substituts du lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments. »</p> <p>Allaitement maternel prédominant « Mode d'alimentation où le lait maternel, y compris exprimé ou celui d'une nourrice, est la principale source de nourriture. Il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits de même que les médicaments et gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais exclut les préparations</p>	<p>Comment se sont déroulés les premiers contacts avec votre nourrisson, en matière d'allaitement, suite à l'accouchement?</p> <p>Comment s'est déroulé le retour à domicile, en matière d'allaitement, suite à l'accouchement ? - Et les jours / semaines / mois qui ont suivi ?</p> <p>Pouvez-vous me faire le portrait de l'alimentation de votre bébé, lorsque celui-ci avait environ trois mois ?</p> <p>Pouvez-vous me faire le portrait de l'alimentation de votre bébé, lorsque celui-ci avait environ six mois ?</p>

	<p>commerciales pour nourrissons (laits industriels), les autres laits animaux ou les liquides à base d'aliments (céréales, purées,...). »</p> <p>Allaitement total « Expression désignant tout type d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain. » (Beaudry, Chiasson, et Lauzière, 2006, p. XLI - XLII)</p>	
Entourage	<p>Proximal</p> <p>Environnement immédiat de la mère, soit sa famille, ses amis, les personnes qui lui sont proches.</p>	<p>Que pense votre partenaire de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?</p> <p>Que pensent vos parents ou autres membres de la famille de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?</p> <p>Que pensent vos amis et votre entourage de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?</p>
	<p>Distal</p> <p>Environnement éloigné de la mère, soit les institutions, les politiques sociales, de même que les valeurs et croyances de la société.</p>	<p>Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse ?</p> <p>- Comment avez-vous reçu l'information donnée sur l'allaitement maternel lors de ces rencontres ?</p> <p>- Comment avez-vous reçu l'information donnée sur l'alimentation au biberon lors de ces rencontres ?</p> <p>Dans quel type d'établissement de soins périnataux c'est déroulé le suivi médical de grossesse et l'accouchement?</p> <p>Selon vous, le lieu et le contexte de votre suivi médical de grossesse a-t-il eu un impact sur votre expérience d'allaitement ?</p> <p>- Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage</p>

<p>Attitude maternelle</p>	<p>Décision en matière d'allaitement du nourrisson</p> <p>Processus de réflexion</p>	<p>Pouvez-vous me parler du processus accompagnant le choix du moyen d'alimentation de votre enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment/Quand la décision d'allaiter ou non a-t-elle été prise ? - Quelles ont été vos sources d'information en la matière ? - Certains événements ou discours vous ont-ils amené à remettre en question ce choix ? - Certains événements ou discours vous ont-ils amené à renforcer ce choix ? <p>Vers qui vous vous tourniez ou vous tournez vous en cas de problèmes ou de questions à propos de l'alimentation de votre bébé ?</p> <p>Combien de temps avez-vous l'intention d'utiliser le type d'allaitement choisi ?</p>
	<p>Conceptions</p>	<p>Si vous deviez décrire l'allaitement maternel, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?</p> <p>Si vous deviez décrire l'allaitement au biberon, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?</p> <p>Questions inspirées du Iowa Infant Feeding Attitude Scale</p>

Annexe 6 : Documents utilisés pour recruter des participants

Participant^{es} recherch^{ées} : Mère d'un enfant de 3 ans ou moins.

Je suis présentement à la recherche de femmes pour participer à un projet de recherche ayant comme objectif de documenter l'expérience de différents type d'allaitement (au sein, au biberon ou les deux (sein+biberon)) chez les mères de la région de Québec et d'explorer la contribution de l'entourage de ces dernières dans leur expérience.

Critères d'admissibilité:

- Avoir au moins 18 ans
- Avoir un enfant de 3 ans ou moins
- Avoir allaité au sein, au biberon ou les deux (sein+biberon)

Participation :

Ce projet implique une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes

Merci de votre collaboration et n'hésitez pas à diriger ce courriel à d'autres familles!

Ce projet de recherche est supervisé par Mme Claudine Parent, professeure titulaire à l'École de service social de l'Université Laval et Directrice scientifique du partenariat de recherche *Jeunes et familles à risque* (JEFAR). Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Laval – No d'approbation 2016-262 / 07-11-2016.

Pour participer ou pour avoir de plus amples renseignements, contactez Mme Anne-Marie Harbec (étudiante à la maîtrise en service social).

Anne-Marie Harbec
Étudiante à la maîtrise en service social,
Université Laval

Annexe 7 : Questionnaire sur l'alimentation du nourrisson

Date de la rencontre :

QUESTIONNAIRE

Mot d'introduction

Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer pour cette entrevue. Cette démarche est très importante pour moi, non seulement parce qu'elle me permet une collecte d'information essentielle, mais aussi parce qu'elle m'offre l'opportunité de pouvoir échanger avec vous sur l'alimentation du nourrisson. J'espère, en ce sens que vous pourrez aussi tirer profit de cet échange.

Avant de débiter, j'aimerais vous fournir quelques précisions sur la nature de cette recherche et sur les conditions de votre participation.

FAIRE LIRE ET SIGNER LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom de la répondante :

I. Renseignements généraux

Date de l'accouchement :

Rang de naissance de l'enfant qui vient de naître :

- 1
- 2
- 3

Quel a été le type d'allaitement de votre/vos autre(s) enfant(s)?

- Commentaire sur votre (vos) allaitement(s) antérieur(s)

II. Facteurs influençant l'initiation et/ou la poursuite de l'allaitement maternel ?

Influence positive - Influence négative - Aucune influence

Ontosystème

Pouvez-vous me parler du processus accompagnant le choix du moyen d'alimentation de votre enfant ?

- Comment/Quand la décision d'allaiter ou non a-t-elle été prise ?
- Quelles ont été vos sources d'information en la matière ?
- Certains événements ou discours vous ont-ils amenés à remettre en question ce choix ?
- Certains événements ou discours vous ont-ils amenés à renforcer ce choix ?

Microsystème

Que pense votre partenaire de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?

Que pensent vos parents ou autres membres de la famille de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?

Que pensent vos amis et votre entourage de ce choix ? Et pouvez-vous me donner un exemple l'illustrant ?

Exosystème

Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse ?

- Comment avez-vous reçu l'information donnée sur l'allaitement maternel lors de ces rencontres ?

- Comment avez-vous reçu l'information donnée sur l'alimentation au biberon lors de ces rencontres ?

Dans quel type d'établissement de soins périnataux s'est déroulé le suivi médical de grossesse et de l'accouchement ?

Selon vous, le lieu et le contexte de votre suivi médical de grossesse a-t-il eu un impact sur votre expérience d'allaitement ?

- Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage ?

III. Portait de l'alimentation du nourrisson

Comment se sont déroulés les premiers contacts avec votre nourrisson, en matière d'allaitement, suite à l'accouchement ?

Comment s'est déroulé le retour à domicile, en matière d'allaitement, suite en l'accouchement ?

- Et les jours / semaines / mois qui ont suivi ?

Pouvez-vous me faire le portrait de l'alimentation de votre bébé, lorsque celui-ci avait environ trois mois ?

Pouvez-vous me faire le portrait de l'alimentation de votre bébé, lorsque celui-ci avait environ six mois ?

Vers qui vous vous tourniez ou vous tournez vous en cas de problèmes ou de questions à propos de l'alimentation de votre bébé ?

Combien de temps avez-vous l'intention d'utiliser le type d'allaitement choisi ?

IV. Attitude – Conception de/sur l'allaitement

Si vous deviez décrire l'allaitement maternel, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

1.
2.
3.

Si vous deviez décrire l'alimentation au biberon, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

1.
2.
3.

V. Questions inspirées du « Iowa Infant Feeding Attitude Scale »

Formula feeding is more convenient than breastfeeding*

- Alimenter un nourrisson au biberon est plus pratique que l'allaitement maternel*

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
--------------------------	--------------	--------	-----------	-----------------------

Formula feeding is the better choice if the mother plans to go out to work

- Alimenter un nourrisson au biberon est le meilleur choix si la mère souhaite un retour au travail *

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
--------------------------	--------------	--------	-----------	-----------------------

Fathers feel left out if a mother breasts feeds*

- Les pères se sentent exclus si la mère nourrit au sein *

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
--------------------------	--------------	--------	-----------	-----------------------

Sur la base de notre discussion, y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez partager en lien avec le sujet?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 8 : Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) : Intégralité des questions

Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)

1. The benefits of breast milk last only as long as the baby is breast fed*
2. Formula feeding is more convenient than breastfeeding*
3. Breastfeeding increases mother infant bonding
4. Breast milk is lacking in iron*
5. Formula fed babies are more likely to be overfed than breast fed babies
6. Formula feeding is the better choice if the mother plans to go out to work*
7. Mothers who formula feed miss one of the great joys of motherhood
8. Women should not breastfeed in public places such as restaurants*
9. Breastfed babies are healthier than formula fed babies
10. Breast fed babies are more likely to be overfed than formula fed babies*
11. Fathers feel left out if a mother breasts feeds*
12. Breast milk is the ideal food for babies
13. Breast milk is more easily digested than formula
14. Formula is as healthy for an infant as breast milk*
15. Breastfeeding is more convenient than formula
16. Breast milk is cheaper than formula
17. A mother who occasionally drinks alcohol should not breastfeed her baby*

*Variables reverse scored to calculate total infant feeding attitude score.

Source : Shaker, I., Scott, J. A. et Reid, M. (2004). Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *Journal of advanced nursing*, 45(3), 260-268.

Formulaire de consentement

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise d'Anne-Marie Harbec, dirigé par Mme Claudine Parent, du École de Service Social à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

Le but principal dans cette présente recherche est d'identifier la conception de différents types d'allaitement chez les mères ainsi que celles présentes dans leur environnement.

Déroulement de la participation

Votre implication dans cette recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée d'environ une heure, qui portera sur les éléments suivants:

- les facteurs influençant le type d'allaitement ;
- l'alimentation du nourrisson depuis sa naissance ;
- les attitudes et les conceptions face à l'allaitement de la mère et celles de son entourage.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre propre expérience de lactation.

Il est possible que le fait de parler de votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Celle-ci pourra vous mentionner le nom de ressources en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participantes:

- les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport;

- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participantes ne seront jamais communiqués;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en décembre 2019;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse où elles aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

Clause de divulgation

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par les lois québécoises et canadiennes.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Expérience et conceptions de l'allaitement au sein ou au biberon : le rôle de l'entourage ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse où elles aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant novembre 2017. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invitée à informer la responsable de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Signature du chercheur Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Anne-Marie Harbec.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Annexe 10 : Liste de ressources disponibles au besoin

Liste de ressources disponibles au besoin

1) CLSC-Centre de santé et de services sociaux

Services disponibles

- soutien aux nouveaux parent
- soins infirmiers
- orientation vers des services répondant aux besoins des parents et à ceux de l'enfant

CLSC de Québec-Nord
11999 Rue de l'Hôpital,
Ville de Québec, QC G2A 2T7
Téléphone [418-843-2572](tel:418-843-2572)

CLSC de la Basse-Ville
50 Rue Saint-Joseph Est,
Ville de Québec, QC G1K 3A5
Téléphone [418-529-2572](tel:418-529-2572)

CLSC de la Haute-Ville
55 Ch Ste-Foy,
Ville de Québec, QC G1R 1S9
Téléphone 418-641-2572

CLSC de Sainte-Foy-Sillery
3108 Ch Ste-Foy,
Ville de Québec, QC G1X 1P8
Téléphone [418-651-2572](tel:418-651-2572)

Pour trouver un service ou un CLSC dans votre arrondissement :
<http://santecapitalnationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service>

2) Le Petit Répit

325, rue des Oblats
Québec, QC G1K 1R9
Téléphone 418-525-0858
Courriel lepetitrepit@bellnet.ca
Site Internet www.lepetitrepit.ca

Mission : Permettre un répit-dépannage et soutenir les familles via la garde des enfants dans leur milieu naturel.

Services disponibles

- garde-répit à domicile

- aide naturelle
- référence
- accompagnement-conseil aux parents, aide pour l'acquisition de compétences parentales
- activités éducatives
- aide domestique

3) **Mamie-lait**

14, rue Saint-Amand

Québec, QC G2A 2K9

Téléphone 418-847-1957

Courriel info@mamielait.com

Site Internet www.mamielait.com

Mission : Procurer de l'information, de même que soutenir les futurs et nouveaux parents au sujet de l'allaitement maternel.

Services disponibles

- écoute téléphonique
- programme de « marrainage »
- cliniques d'allaitement individuelles avec rendez-vous
- vente et location de matériel
- rencontres d'information sur l'allaitement, volet I et II
- Café-au-lait : rencontres d'échange et de discussion sur l'allaitement

4) **Entraide parent**

1450, boulevard Père-Lelièvre, local H

Québec, QC G1M 1N9

Téléphone 418-684-0050

Courriel info@entraideparents.com

Site Internet www.entraideparents.com

Mission : Soutenir les parents de diverses structures familiales, en suscitant la compréhension, le regroupement et l'entraide pour une expérience parentale positive, tout en accroissant la confiance et l'accompagnement.

Services disponibles

- écoute téléphonique
- groupes d'entraide
- conférences sur la familiale et le rôle de parent
- cafés-rencontres

5) **Maison de la Famille**

Services disponibles

- écoute téléphonique
- groupes d'entraide
- consultations individuelles, conjugales et familiales
- conférences et ateliers
- cafés-rencontres, Cuisine collective

La Maison de la famille de Québec

573, 1er Avenue

Québec (Québec) G1L 3J6

Téléphone 418 529-0263

Courriel mf-quebec@videotron.ca

Maison de la famille de Charlesbourg

5560 1re Avenue

Québec (Québec) G1H 2V7

Téléphone 418 623-5705

Courriel maison.famille.dac@videotron.ca

Maison De La Famille Louis Hébert (Ste-foy)

2120 RueBoivin

Québec (Québec) G1V 1N7

Téléphone 418 681-0141

Courriel info@maisonfamilielouishebert.com

6) Allaitement Québec

177, 71e Rue Est, 2e étage

Québec, QC G1H 1L4

Aide et soutien téléphonique : 1-877-623-0971

Courriel info@allaitementquebec.org

Site Internet www.allaitementquebec.org

Mission : Offrir de l'information et du soutien aux mères qui allaitent ou désirent le faire.

Services disponibles

- soutien téléphonique
- réunions d'information pré et postnatales
- aide, soutien et information aux femmes enceintes ou qui allaitent
- vente et location de tire-lait manuels et électriques
- clinique communautaire