



Université de Sherbrooke

**Perception des mères sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte  
d'allaitement difficile ayant mené au sevrage**

Par  
Marie-Magdeleine Dubé  
Sciences cliniques, concentration sciences infirmières

Programmes de sciences cliniques  
Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences cliniques, concentration sciences infirmières

Sherbrooke, Québec, Canada  
Mars 2016

Membres du jury d'évaluation  
Linda Bell, Ph.D, Directrice, École des sciences infirmières  
Marie Lacombe, Ph.D, Co-directrice, Département des sciences infirmières, UQAR  
Christina St-Onge, Ph.D, évaluatrice interne, Département des sciences de la santé  
Marilyn Aita, Ph.D, évaluatrice externe, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Dubé Marie-Magdeleine, juin 2016

Université de Sherbrooke

Faculté de médecine et des sciences de la santé

**Perception des mères sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte  
d'allaitement difficile ayant mené au sevrage**

Par  
Marie-Magdeleine Dubé

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

_____	Présidente du jury
_____	Directrice de recherche
_____	Codirectrice
_____	Autre membre du jury
_____	Autre membre du jury

Mémoire accepté le \_\_\_\_\_

## RÉSUMÉ

### Perception des mères sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage

Par

Marie-Magdeleine Dubé

Sciences cliniques, concentration sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, concentration sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

**Problématique :** L'allaitement, encouragé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme mode d'alimentation idéal pour les mères et leurs enfants, devient de plus en plus populaire (Statistique Canada, 2012). Au Canada, son initiation dépasse 90 %, cependant 19 % des mères sèvrant dès le premier mois. Un des avantages attribué à l'allaitement est qu'il favorise la relation mère-bébé (Smith et Ellwood, 2011), mais qu'en est-il si l'expérience d'allaitement est difficile? Peu d'études explorent ce thème et surtout elles restent vagues sur les impacts d'une telle expérience sur la relation mère-bébé. **But :** L'étude vise à décrire l'établissement de la relation mère-bébé selon la perspective de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile. **Méthode :** Un devis mixte a été utilisé. Douze mères ont répondu à des questionnaires et participé à une entrevue individuelle portant sur l'expérience d'allaitement difficile menant au sevrage et sur la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile. Des analyses descriptives ont été faites pour les données quantitatives et de contenu pour les données qualitatives. **Résultats :** Les difficultés d'allaitement ont commencé dès l'initiation et ont perduré toute la durée de l'expérience d'allaitement. Dans ce contexte d'allaitement difficile, les participantes ont rapporté être moins prédisposées à connaître leur bébé, à communiquer avec lui et elles ont vécu des échanges affectifs positifs et négatifs avec lui. Suite au sevrage, elles ont dit découvrir et communiquer davantage avec leur bébé. Avec les difficultés d'allaitement et le choix de sevrer, elles sont appelées à redéfinir leur rôle de mère auprès de leur bébé et elles ont ressenti une culpabilité passagère. Face à aux défis d'être attentive à la relation avec leur bébé, d'évoluer dans le rôle de mère et de dépasser la culpabilité vécue, les mères ont besoin de soutien. **Retombées :** En contexte d'allaitement difficile, la relation mère-bébé pourrait bénéficier du soutien des infirmières qui ont une proximité avec les dyades mère-bébé pour les aider à surmonter les défis relationnels. Suite au sevrage, les mères ont besoin d'être soutenues particulièrement face à la culpabilité ressentie.

**Mots clés :** relation mère-bébé, allaitement maternel, difficultés, soutien, sevrage

## DÉDICACE

Je dédie cet ouvrage :

À mes parents Thérèse Tardieu et Feu Yves Dubé.

Et aux trois amours de ma vie, Florie-Laure, Élyse et Philippe-Émmanuel. En souhaitant que mon travail acharné pour réussir servira d'exemple de persévérance quand leur tour viendra d'avoir à déplacer des montagnes.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
DÉDICACE .....	iv
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES FIGURES .....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	x
INTRODUCTION .....	1
PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE .....	2
DEUXIÈME CHAPITRE - RECENSION DES ÉCRITS .....	7
2.1 Relation mère-bébé .....	7
2.1.1 Établissement de la relation mère-bébé .....	7
2.1.2 Importance de la relation mère-bébé pour le développement de l'enfant .....	13
2.1.3 Sensibilité maternelle .....	16
2.1.4 Modèle d'établissement de la relation mère-bébé .....	18
2.2 Allaitement .....	21
2.2.1 Définitions .....	21
2.2.2 Prévalence de l'allaitement .....	22
2.2.3 Facteurs sociodémographiques et cliniques qui influencent l'allaitement .....	25
2.2.4 Avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère, la famille et la société .....	26
2.2.5 Difficultés d'allaitement menant au sevrage .....	31
2.2.6 Soutien à l'allaitement .....	33
2.3 État de la recherche sur l'allaitement et la relation mère-enfant .....	37
2.3.1 Allaitement et interactions et contact physique dans les dyades mère-enfant .....	39
2.3.2 Allaitement et attachement mère-bébé .....	45
2.3.3 Allaitement et sensibilité maternelle .....	51
2.3.4 Contexte d'allaitement difficile et relation mère-bébé .....	56
2.3.5 Conclusion sur l'état actuel des connaissances émergeant de la recherche .....	68
2.4 But et objectifs .....	72
TROISIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE .....	73
3.1 Devis de recherche .....	73
3.2 Participantes .....	76
3.2.1 Population et échantillon .....	76
3.2.2 Taille de l'échantillon .....	76
3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion .....	77
3.3 Recrutement .....	78
3.4 Collecte des données .....	79
3.4.1 Description des outils utilisés .....	80
3.5 Analyse des données .....	84
3.6 Considérations éthiques .....	85

QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS.....	88
4.1 Description de l'échantillon.....	88
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères.....	88
4.1.2 Symptômes de dépression post-partum.....	91
4.1.3 Sensibilité maternelle.....	91
4.1.4 Caractéristiques des bébés.....	92
4.2 Expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.....	93
4.2.1 Expérience d'allaitement difficile.....	93
4.2.2 Ressources disponibles pour composer avec l'expérience d'allaitement difficile.....	97
4.2.3 Passage au biberon.....	103
4.2.4 Synthèse des résultats concernant l'expérience d'allaitement difficile.....	106
4.3 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.....	109
4.3.1 Perception générale des mères de la relation avec leur bébé.....	109
4.3.2 Composante 1 - Découverte.....	112
4.3.3 Composante 2 - Contact affectif.....	115
4.3.4 Composante 3 - Proximité physique.....	118
4.3.5 Composante 4 - Communication.....	121
4.3.6 Composante 5 - Engagement.....	124
4.3.7 Synthèse des résultats sur l'établissement de la relation mère-enfant en fonction des cinq composantes de la relation.....	128
CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION.....	133
5.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques.....	133
5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	133
5.1.2 Caractéristiques cliniques.....	134
5.2 Expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.....	136
5.2.1 Expérience d'allaitement difficile à l'hôpital.....	137
5.2.2 Expérience d'allaitement difficile au retour au domicile.....	139
5.2.3 Expérience d'allaitement difficile dans le quotidien.....	141
5.2.4 Passage au biberon.....	144
5.2.5 Soutien.....	145
5.3 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.....	148
5.3.1 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile.....	148
5.3.2 Établissement de la relation mère-bébé suite au passage au biberon.....	152
5.3.3 Établissement de la relation mère-bébé sans égard au contexte d'alimentation.....	155
5.4 Forces et limites.....	158
5.4.3 Forces.....	158
5.4.1 Limites.....	160
5.5 Contributions à la clinique.....	162
5.6 Contributions à la formation.....	163
5.6.1 Formation des mères.....	163
5.6.2 Formation des infirmières.....	164
5.7 Contributions à la gestion.....	164

5.8 Contributions à la recherche.....	165
CONCLUSION.....	166
REMERCIEMENTS.....	168
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	170
ANNEXE A Conditions pour l'obtention de la désignation IHAB.....	187
ANNEXE B Dépliant d'information de l'étude .....	189
ANNEXE C Protocole lors des appels de recrutement.....	192
ANNEXE D Guide d'entrevue .....	195
ANNEXE E Livret des quatre questionnaires .....	197
ANNEXE F Guide d'entrevue avec les questions pour le groupe DELPHI .....	206
ANNEXE G Certificat de participation à l'étude .....	223
ANNEXE H Grille de codage.....	225
ANNEXE I Approbation du comité d'éthique .....	229
ANNEXE J Formulaire de consentement.....	233



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Définitions et caractéristiques de la relation mère-bébé .....	8
Tableau 2 Indices d'un attachement sécurisant .....	12
Tableau 3 Définitions en lien avec les modes d'alimentation du bébé.....	22
Tableau 4 Principales difficultés rapportées par les mères menant au sevrage .....	31
Tableau 5 Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation à l'étude .....	77
Tableau 6 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères.....	90
Tableau 7 Résultats à l'Échelle d'Édimbourg sur les symptômes de dépression post-partum.....	91
Tableau 8 Résultats à l'Échelle de sensibilité maternelle.....	92
Tableau 9 Caractéristiques des bébés .....	92
Tableau 10 Dimensions de l'expérience d'allaitement difficile (EAD) .....	96
Tableau 11 Ressources disponibles pour composer avec l'expérience d'allaitement difficile.....	102
Tableau 12 Passage au biberon.....	105
Tableau 13 Perception générale des mères de la relation avec leur bébé .....	111
Tableau 14 Résultats pour la composante 1 - Découverte.....	114
Tableau 15 Résultats pour la composante 2 - Contact affectif .....	117
Tableau 16 Résultats pour la composante 3 - Proximité physique .....	121
Tableau 17 Résultats pour la composante 4 - Communication .....	123
Tableau 18 Résultats pour la composante 5 - Engagement .....	127

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle d'établissement de la relation mère-bébé.....	20
Figure 2. Taux d'initiation et d'allaitement à 6 mois à travers le Canada pour 2012. ....	23
Figure 3. Résultats de la recherche documentaire pour l'allaitement et la relation mère-bébé.....	38
Figure 4. Résultats de la recherche documentaire sur l'impact d'un contexte d'allaitement difficile sur la relation mère-bébé. ....	57
Figure 5. Exemples de questions tirées du guide d'entrevue semi-dirigée.....	80
Figure 6. Synthèse de l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. ....	108
Figure 7. Relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile. ....	130
Figure 8. Relation mère-bébé suite au passage au biberon.....	130
Figure 9. Indicateurs de la relation mère-bébé sans égard au contexte d'alimentation. ....	132

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAP:	American Academy of Pediatrics
AWHONN:	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CCA:	Comité canadien pour l'allaitement
CDCP:	Centers for disease control and prevention
CLSC :	Centre local services sociaux
CMFC :	Collège des médecins de famille du Canada
CPhA :	l'Association des pharmaciens du Canada
CSSS-IUGS :	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
EFJ :	Enfance-Famille-Jeunesse
EPTC :	Énoncé politique des trois conseils
ESCC :	Enquête sur les sociétés et les collectivités canadiennes
HAS :	Hautes autorités de santé
IHAB :	Initiative hôpitaux amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé des Services sociaux
NHMRC:	National health and medical research council
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USDHHS:	The U.S. Department of Health and Human Services

## INTRODUCTION

La naissance d'un bébé est un événement majeur pour la mère, le père et la famille qui l'accueillent. La naissance et la période du post-partum sont des moments particulièrement riches pour l'établissement de la relation mère-bébé. D'ailleurs, satisfaire aux besoins physiologiques, au confort et au bien-être du bébé, place la mère et celui-ci dans un contexte relationnel intime qui favorise leur relation. La mère se préoccupe grandement des choix qu'elle fait pour son nouveau-né, désirant lui offrir le meilleur aux niveaux physique et relationnel. L'allaitement fait partie des choix qu'elle fait pour offrir le meilleur apport nutritionnel, mais également pour entretenir une relation plus proche avec son bébé. Toutefois, certaines mères rencontrent des défis majeurs pour initier et persister à allaiter. Le contexte de l'allaitement devient alors difficile, ce qui provoque des répercussions sur les membres de la famille et tout particulièrement sur la dyade mère-bébé qui peut alors connaître des défis pour l'établissement de la relation. Le sevrage surgit comme solution pour beaucoup de mères qui vivent avec leur bébé une expérience d'allaitement difficile. La présente étude s'intéresse donc à l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

Le premier chapitre présente la problématique centrale de ce projet. Le deuxième chapitre se consacre à la recension des écrits qui met en lumière l'importance de la relation mère-bébé, l'état des connaissances sur l'allaitement, les liens connus entre l'allaitement et la relation mère-bébé et l'impact d'une expérience d'allaitement difficile sur cette relation. Ce chapitre se termine par l'énoncé du but et des objectifs de l'étude. Le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour la présente étude. Le quatrième chapitre fait état des résultats obtenus tandis que le cinquième chapitre discute de ces résultats et expose les forces et limites de l'étude. Des contributions possibles de cette étude pour l'intervention auprès des dyades mère-bébé connaissant des difficultés d'allaitement, pour la formation et la gestion de même que pour la poursuite des travaux de recherche sur l'impact d'un contexte d'allaitement difficile sur la relation mère-bébé sont proposées.

## PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE

La relation mère-bébé qui se développe graduellement au cours des premiers mois de la vie de l'enfant est très importante pour l'enfant et sa famille. Depuis la fin des années 60, les travaux de Bowlby (1982) ont démontré que l'établissement de la relation mère-enfant est au cœur du développement de l'enfant. Selon Ainsworth, Blehar, Waters, et Wall (1978), une relation saine entre la mère et son bébé joue à long terme en faveur du bien-être de l'enfant. La relation mère-bébé se développe favorablement lorsque la mère est présente pour protéger, reconforter et encourager son bébé à satisfaire ses besoins (Bowlby, 1982).

La sensibilité maternelle est une composante essentielle au développement de cette relation puisqu'elle consiste à reconnaître et à répondre de manière appropriée aux besoins de l'enfant, notamment au besoin d'être nourri fréquemment dans les premiers mois de vie (Beebe et al., 2010). Ces chercheurs se sont intéressés à l'allaitement en lien avec la relation mère-bébé, permettant de croire qu'il favoriserait cette relation. Les lignes directrices sur l'allaitement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2001) déclarent que : « Sur le plan psychologique, l'allaitement maternel profite autant à la mère qu'à l'enfant. Moment privilégié d'interaction entre la mère et l'enfant, il semble faciliter et renforcer l'attachement. » (p. 16). Pour certains auteurs, l'allaitement invite au regard, au toucher et au sourire (Beebe et al., 2010). Pour d'autres, il favorise la proximité physique entre la mère et son bébé (Smith et Ellwood, 2011; Ferland, 2011). Les occasions et la durée des communications entre la mère et l'enfant allaité semblent plus longues que dans les dyades ayant recours au biberon (Smith et Ellwood, 2011). Finalement, les mères qui allaitent semblent mieux connaître leur bébé (Ferland, 2011). Il émane de ces études que l'allaitement maternel favorise plusieurs aspects du développement de la relation mère-bébé. Par contre, une lacune de ces recherches est qu'elles ne distinguent pas les expériences d'allaitement comportant des défis faciles à résoudre pour la relation mère-bébé de celles présentant des défis plus complexes pour l'établissement de leur relation.

Le problème est justement qu'en tant que contexte interactionnel, l'allaitement est parfois complexe pour les dyades mère-bébé et lorsqu'il s'accompagne de trop de difficultés, les mères préfèrent sevrer précocement leur bébé. La recommandation en matière d'allaitement de l'OMS est d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois et de poursuivre jusqu'à deux ans ou plus, selon le désir de la mère et de l'enfant. Cette recommandation est appuyée notamment par la Société canadienne de pédiatrie (2013), si bien qu'au Canada et au Québec, les taux d'initiation de l'allaitement se situent présentement à respectivement 90,3 % et 89,9 % (Statistique Canada, 2014). Cependant, les taux d'allaitement, décroissent après la naissance : au Canada, à un mois, plus que 71,2 % des mères allaitent encore (Statistique Canada, 2012) et au Québec, à un mois, 61,2 % le font (ISQ, 2011). Dès le premier mois de vie du bébé, les taux d'allaitement chutent donc rapidement. En ce qui concerne la recommandation d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois, elle est très peu suivie puisqu'au Canada 26 % des mères le font et au Québec c'est encore moins avec 19 % (Statistique Canada, 2014). Pour sa part, l'allaitement non exclusif à six mois se chiffre à 55,7 % pour le Canada et à 50,7 % pour le Québec (ISQ, 2011).

Les causes d'arrêt de l'allaitement sont multiples. Les mères cessent parce qu'elles ressentent ne pas avoir suffisamment de lait pour nourrir leur bébé et qu'elles sont fatiguées et incommodées par l'allaitement (ISQ, 2011; Odom, Li, Scanlon, Perrine, et Grummer-Strawn, 2013). De plus, elles vivent des difficultés auxquelles elles n'étaient pas préparées (ISQ, 2011; Guyer, Millward, et Berger, 2012). L'expérience d'allaitement pour ces mères ne se passe pas comme imaginée (Koerber, Brice, et Tombs, 2012). Donc, une certaine proportion de mères vit une expérience d'allaitement difficile pour des raisons multiples et elles choisissent le sevrage comme solution. Si la relation mère-bébé semble favorisée par le contexte de l'allaitement, la recherche ne semble pas se prononcer au sujet de ce qu'il advient de cette relation en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Pourtant, pour une proportion de dyades mère-bébé, les débuts de leur relation voient le jour dans ce contexte complexe où l'allaitement mène au sevrage.

Au long des études portant sur l'expérience d'allaitement difficile, il est parfois question de la relation mère-bébé dans les témoignages des mères (Mozingo, Davis, Droppleman, et Merideth, 2000; Shakespeare, Blake, et Garcia, 2004; Hoddinott, Craig,

Britten, et McInnes, 2012; Larsen et Kronborg, 2013). Les écrits, mais aussi l'expérience clinique sur le terrain de l'étudiante chercheuse en post-partum à l'hôpital, soulèvent le constat selon lequel certaines mères révèlent qu'en cessant d'allaiter, elles ont protégé la relation avec leur bébé (Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). Des mères racontent par exemple qu'en allaitant (avec des difficultés), elles ne pouvaient pas se concentrer sur la relation avec leur bébé (Larsen et Kronborg, 2013). Parmi les quelques études qui existent ayant comme but de décrire l'expérience d'allaitement difficile, aucune n'explore en profondeur cette expérience et du sevrage qui la suit dans la perspective de documenter l'impact sur la relation mère-bébé. Lorsqu'elles touchent à la relation mère-bébé, les études restent vagues et imprécises. Les mères mentionnent par exemple qu'en allaitant, le *bonding* avec le bébé n'était pas ce qu'elles espéraient (Hoddinott et al., 2012; Guyer et al., 2012). Une étude qualitative sur la recommandation de l'OMS d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois a permis de dégager l'opinion des mères et des pères à ce propos (Hoddinott et al., 2012). Nombre d'entre eux trouvent que l'allaitement exclusif jusqu'à six mois est une position philosophique irréaliste et inatteignable et que le fait de le promouvoir place les familles en position de vivre un échec. Allaiter leur bébé était important pour ces familles, mais la satiété du nouveau-né et la disponibilité de la mère pour le reste de sa famille sont des éléments qui s'opposent quand un allaitement difficile fait en sorte que le bébé est toujours au sein. Des conflits entre les idéaux de santé et les valeurs des parents apparaissent, ce qui crée des tensions et mène certaines mères à sevrer pour restaurer leurs propres attentes du bien-être avec leur bébé et leur famille.

En résumé, même s'il est véhiculé que l'allaitement peut procurer un profond sentiment de satisfaction chez la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie (déclaration D'Innocenti, 1990) et qu'il comporte des éléments favorisant la relation mère-enfant (Laveli et Poli, 1998; McKee, Zayas, et Jankowski, 2004; Smith et Ellwood, 2011; Ferland, 2011; Bell, St-Cyr Tribble, et Paul, 2001; Else-Quest, Hyde, et Clark, 2003; Wilkinson et Scherl, 2006; Tharner et al., 2012), les études ne semblent pas tenir compte du fait que l'expérience relationnelle avec leur bébé peut être différente pour des mères ayant vécu un allaitement difficile, avec par exemple, la perception de ne pas produire assez de lait, des douleurs et leur bébé qui n'arrive pas à s'accrocher au sein ou à téter. Selon l'étude menée par Hoddinott et al. (2012), des mères ayant vécu un tel allaitement difficile estiment que

l'allaitement exclusif n'a pas été profitable pour elles et leur bébé et que c'est en sevrant qu'elles ont commencé à vivre du *bonding* avec lui. Des auteurs concluent que des recherches plus rigoureuses sont nécessaires pour réellement comprendre le lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé (Jansen, De Weerth, et Riksen-Walraven, 2008; Schulze et Carlisle, 2010). Mais, il faudrait également étudier la relation mère-bébé dans un contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

Suite à ces constats, deux questions se posent : comment se vit, pour la dyade mère-bébé, une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage? Et comment s'établit la relation mère-bébé dans le contexte d'un allaitement difficile ayant mené au sevrage?

La réponse aux questions précédentes permettrait d'ajuster l'accompagnement aux mères et leur bébé lors d'un allaitement difficile afin de soutenir l'établissement de leur relation. Actuellement, il n'existe pas de consensus à savoir quelle forme doit prendre l'accompagnement dans des circonstances où l'allaitement représente un défi pour la dyade mère-bébé. Pour adapter le soutien, il est nécessaire de mieux comprendre le vécu des mères quand l'allaitement devient difficile dans le but de soutenir la relation mère-bébé puisque l'allaitement représente un contexte interactionnel significatif pour la mère et son bébé.

Dans le cadre de la présente étude, l'établissement de la relation mère-bébé sera abordé suivant un modèle d'établissement de la relation qui place la sensibilité maternelle au cœur de cette relation. Selon ce modèle, la relation mère-bébé se compose de cinq composantes : 1) la découverte, 2) le contact affectif, 3) la proximité physique, 4) la communication et 5) l'engagement. Ainsi, une mère sensible découvre son bébé en apprenant à le connaître et à identifier ses besoins; offre un contact affectif en échangeant des émotions avec lui; s'engage dans une recherche mutuelle du contact physique avec son bébé; initie, maintient la communication avec lui et s'engage dans la relation afin d'accorder une place centrale à son bébé (Bell, 2002, 2008). Dans le cadre de cette étude, l'établissement de la relation mère-bébé réfère aux interactions dans chacune des composantes de ce modèle.

En somme, la présente étude porte sur l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage et traite de l'établissement de la relation mère-bébé dans ce contexte précis. Dans cette perspective, l'étude s'attardera au vécu des mères dans cette situation. Il est anticipé



d'obtenir un portrait plus étendu et plus juste du vécu des mères face à l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage et de mieux comprendre comment s'établit la relation avec leur bébé dans ces circonstances. Avec une meilleure compréhension, l'aide offerte par les infirmières en post-partum et en visite à domicile pourrait être adaptée. Des infirmières instruites de l'établissement de la relation mère-bébé, en fonction des contextes de l'allaitement, seraient mieux outillées afin d'offrir un accompagnement sensible au soutien du lien affectif entre la mère et l'enfant.

## DEUXIÈME CHAPITRE - RECENSION DES ÉCRITS

Il a été vu dans la problématique que la présente étude s'intéresse à l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Il importe à présent de définir plus précisément les concepts visés soit : la relation mère-bébé, l'allaitement et l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement. La recension des écrits se divise en quatre sections. La première porte sur la relation mère-enfant et la deuxième sur l'allaitement. La troisième rapporte les études qui mettent en relation l'allaitement et la relation mère-bébé et expose l'état des connaissances sur l'établissement de la relation mère-bébé dans le contexte d'allaitement difficile. Le but et les objectifs de l'étude sont présentés en dernière section.

### **2.1 Relation mère-bébé**

Afin de cerner adéquatement les concepts clés de cette étude, la démarche consistera tout d'abord par définir la relation mère-bébé. Afin d'y arriver, le développement de la relation mère-bébé sera examiné ainsi que son importance pour le développement de l'enfant. De plus, le concept de sensibilité maternelle sera expliqué. Cette sous-section se terminera avec la présentation du modèle d'établissement de la relation mère-enfant choisi pour la présente étude.

#### ***2.1.1 Établissement de la relation mère-bébé***

Cette partie traite de plusieurs notions permettant de comprendre l'établissement de la relation mère-bébé. Premièrement, une définition de la relation mère-bébé est proposée, pour ensuite voir comment se développe la relation mère-bébé. Pour finir, la théorie de l'attachement est résumée.

### 2.1.1.1 Définitions de la relation mère-bébé

Cette section s'emploie à définir la relation mère-bébé. La consultation des écrits permet de dégager qu'il n'existe pas de définition unique du concept de relation et encore moins celui de la relation mère-bébé. En général, pour définir ce concept, les auteurs retiennent des caractéristiques qu'ils jugent nécessaires. Par exemple, Berscheid et Ammazalorso disent : « le concept de relation réfère à deux personnes dont les comportements sont interdépendants; un changement dans le comportement de l'un est très susceptible d'occasionner un changement dans le comportement de l'autre » (2004, p. 48). Les notions d'interdépendance et de réciprocité retrouvées dans cette définition apparaissent lorsqu'on tente de définir la relation mère-bébé. Le Tableau 1 présente quelques définitions et caractéristiques afin de cibler ce concept pour la présente étude.

Tableau 1

#### *Définitions et caractéristiques de la relation mère-bébé*

Auteurs	Définitions (traduction libre)	Caractéristiques
Bowlby (1982)	Lien recherché par l'enfant pour maintenir la proximité avec sa mère (pp. 194 et 200). Relation unique qui unit le bébé à sa mère (p. 198). Se développe avec le temps.	Unicité Processus Proximité
Ainsworth et al. (1978)	Relation affective graduelle et réciproque qui se développe selon les patrons d'interactions entre la mère et l'enfant (p. 17). Cette relation persiste malgré des périodes de séparation et perdure dans le temps (p. 22).	Processus Affection Réciprocité/interaction Durabilité
Kennell et Klaus (1998)	Relation unique et spécifique entre un parent et son enfant qui perdure dans le temps et résiste aux séparations. Une cascade d'interactions lie la mère et l'enfant dès la naissance assurant le développement de l'attachement (p.4).	Durabilité Unicité Processus précoce Interaction
Mercer et Ferketich (1990)	Processus interactif, incluant une recherche et le maintien de la proximité entre le parent et son enfant qui les mène vers des expériences satisfaisantes et un lien émotif qui motive les parents à s'engager envers l'enfant (p.268).	Processus Affection Proximité Plaisir Engagement Échange

Ces définitions illustrent que lorsque les auteurs décrivent la relation parent-enfant, ils réfèrent à une relation dyadique, c'est-à-dire du lien que l'enfant développe individuellement avec chacun de ses parents. Ce processus se construit dans le cadre d'interactions mutuelles. Ce lien marqué d'affection et de proximité est réciproque et durable à long terme. Finalement, le caractère unique de cette relation mentionné par Bowlby (1982) est repris par Maccoby (1999) qui décrit la relation parent-enfant comme une relation différente de toutes les autres. Pour elle, il n'existe pas de définition précise de cette relation unique, toutefois marquée par la proximité, la durabilité et la réciprocité. Ces caractéristiques se retrouvent dans les définitions présentées. En se référant à l'ensemble de ces caractéristiques présentées, il se dégage que la relation parent-enfant est une relation affective, unique et durable qui unit l'enfant à un parent à travers le temps. Les interactions vécues permettent des échanges réciproques et suscitent l'engagement du parent. La proximité est essentielle pour le développement de cette relation. Dans le cadre de la présente étude, il sera question précisément de la relation mère-bébé durant la première année de vie de l'enfant.

#### *2.1.1.2 Développement de la relation mère-bébé*

Une série d'études menées dans les années 70-80 ont été marquantes à propos des comportements maternels favorisant la relation suite à la naissance du bébé (De Château et Wiberg, 1977a, 1977b, 1984). Ces études insistent sur l'importance de la période périnatale pour le développement de la relation mère-bébé qui se construit à travers leurs interactions (Ainsworth et Bell, 1972; Stern, 1977). Selon les précédentes définitions, cette relation est réciproque puisque la mère autant que son bébé participent aux interactions qui créent leur lien (Taraboulsy, Larose, Pederson, et Moran, 2000). Ces derniers auteurs exposent que dans l'histoire, le bébé n'a pas toujours été perçu comme agent actif pour le développement du lien. Il était considéré que la maturation du cerveau était requise pour que le bébé y participe. Les travaux de Bowlby ont révolutionné cette idée reconnaissant le nourrisson comme un acteur interactif dès le début de la relation. Au cours de la période postnatale, ce sont la somme et la qualité des interactions qui permettent à la relation de se construire (Cooper et al., 2009; Beebe et al., 2010). Durant cette période, les contextes interactionnels principaux sont le jeu, les soins et les périodes d'alimentation (Ainsworth et Bell, 1972; Stern, 1977).

Une caractéristique fondamentale de la relation mère-bébé est la grande proximité physique nécessaire à la construction du lien (MSSS, 2005). Cette notion de proximité représente une dimension importante pour Maccoby (1999) ainsi que Klaus et Kennell (1976). La proximité physique a une telle importance dans l'établissement du lien mère-bébé qu'il a déjà été suggéré que cette proximité représente tout ce dont la mère et son bébé ont besoin pour établir leur relation (*bonding* ou lien émotionnel) dans les tous premiers moments de vie du bébé suite à sa naissance (Klaus et Kennell, 1976). La proximité physique à la naissance demeure une pratique favorable à la connaissance entre la mère et son bébé, mais la considération d'une période critique pour établir le lien mère-bébé dans les minutes qui suivent la naissance est révolue (Johnson, 2013). Par contre, encourager de longues périodes de peau à peau ainsi que l'allaitement fréquent en post-partum contribuent significativement à la construction du lien mère-bébé (Klaus, 1998; Crenshaw, 2004; Johnson, 2013).

Dans la littérature, l'idée du *bonding* comme occasion d'établissement d'un lien précoce demeure. Figueiredo, Costa, Pacheco, et Pais (2009) ont rédigé une revue de littérature sur le sujet mettant en lumière que le *bonding* requiert de la mère une préoccupation pour la sécurité et le bien-être de son bébé, ainsi que de l'affection et le besoin de l'intégrer dans sa vie. Ils ajoutent que le besoin de contact et d'interaction entre la mère et son bébé s'accroît avec le temps et la pratique. Les comportements du bébé, tels que ses pleurs, sa recherche de contact visuel et ses expressions, favorisent une implication émotionnelle mutuelle avec sa mère dans la relation. On peut retenir des travaux sur le thème du *bonding* que maintenir la proximité est une stratégie privilégiée pour établir le lien mère-bébé.

### 2.1.1.3 Attachement mère-bébé

La théorie la plus étudiée et étayée avec le temps sur l'établissement de la relation mère-bébé est celle de l'attachement de Bowlby (1982). Selon Bowlby, l'attachement est le lien recherché par l'enfant pour maintenir la proximité avec sa mère. Les comportements d'attachement ont trait à tout comportement du bébé pour obtenir ou maintenir cette proximité désirée. Dès quatre mois, un bébé affiche des comportements différents avec sa mère et trouve donc des stratégies pour maintenir la proximité avec elle. Toujours selon

Bowlby, l'attachement répond à une fonction de survie puisque le bébé apprend par imitation de sa mère comment survivre, évoluer et s'adapter.

Le MSSS (2005), dans son guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an, en résume bien le développement. Tout comme la relation, l'attachement mère-bébé se développe dans les interactions au quotidien. Continuellement et progressivement, l'enfant apprend par les réponses qu'il reçoit qu'il peut ou non compter sur son parent et ainsi explorer son environnement avec la confiance que ce dernier sera présent. Il se fait graduellement une représentation de la disponibilité de sa mère en cas de besoin et de son efficacité à l'aider à maîtriser ses émotions. C'est ce que décrit le modèle opérant interne où le bébé se fait une représentation mentale de sa mère, de soi et de son environnement. Dans ce modèle, le bébé manifeste son besoin par un comportement spécifique. Ensuite, il a une attente par rapport à la réponse de sa mère et apprend à organiser ses comportements en fonction des réponses anticipées de celle-ci. La réponse maternelle respecte ou non l'attente du bébé. Au fil du temps selon les résultats qu'il obtient, le bébé se construit une représentation cognitive du monde externe. Cette représentation constitue la base de l'attachement qui est en train de s'instaurer (Bell, Fontaine, Puentes-Neuman, et Lajoie, formation offerte en 2015).

Il a été vu que le bébé s'attache à sa mère, mais un élément important de cet attachement demeure la réponse maternelle. Du Verger (2005) a effectué une revue de littérature de l'impact des interactions mère-enfant sur l'attachement mettant en évidence le rôle central joué par la mère en offrant une réponse adéquate aux besoins du bébé. Ainsi, la qualité de l'attachement de l'enfant à son parent est modulée par l'assurance que ce dernier va le protéger, le réconforter et l'encourager afin de satisfaire ses besoins (MSSS, 2005). En effet, pour favoriser l'attachement, la mère doit offrir des soins de qualité au bébé (Weinfield, Sroufe, Egeland, et Carlson, 1999). Le MSSS (2005) explique en quoi consistent des soins de qualité. La mère doit avoir la capacité de répondre aux besoins de sécurité et d'exploration de son bébé. Les quatre dimensions essentielles de la qualité des soins sont : la proximité, l'engagement, la réciprocité et la sensibilité. La proximité suppose que la mère offre des contacts physiques chaleureux, avec le souci de soulager la détresse de son bébé au besoin. L'engagement se rapporte au sens des responsabilités que la mère acquiert pour le bon

développement de son enfant. Finalement, la réciprocité fait état que le bébé n'est pas le seul à initier les interactions, mais que la mère aussi en initie et s'ajuste adéquatement aux réponses de son bébé. La sensibilité est la variable ayant le plus d'influence sur le développement de l'attachement (Van IJzendoorn et al., 2007). Cette variable est aussi au cœur du modèle d'établissement de la relation utilisé dans la présente étude. La sous-section 2.1.3 y sera dédiée.

Jusqu'à présent le développement de l'attachement et ses caractéristiques essentielles ont été abordés. Il reste important d'ajouter que plusieurs types d'attachement sont possibles. Les observations d'Ainsworth et al. de dyades mère-bébé en interaction ont mis en évidence l'existence des types d'attachement (Ainsworth et al., 1978) : le bébé peut développer un attachement sécurisant ou insécurisant (celui-ci pouvant être évitant, ambivalent ou désorganisé). Cette auteure soutient que l'attachement sert de base pour l'exploration et l'apprentissage. Effectivement, il avait été décrit que l'attachement permet à l'enfant d'apprendre par imitation et par exploration de son environnement. Globalement, lorsque l'attachement est sécurisant, le bébé peut explorer son environnement sachant que sa mère, sa base sécuritaire, est disponible pour lui. Alors qu'en cas d'attachement insécurisant, certaines conditions nuisent à sa capacité d'exploration puisqu'il n'a pas confiance en la présence de sa mère comme source de réconfort. Le Tableau 2 fournit des indices d'un attachement de type sécurisant.

Tableau 2

*Indices d'un attachement sécurisant*

La mère :	Le bébé :
- Interactions détendues et agréables	- Bonne qualité d'exploration
- Base de sécurité pour le bébé	- Sait que son parent va le protéger
- Comprend les besoins du bébé	- Vite réconforté au retour de son
- Prend plaisir à être avec le bébé	parent

Tableau adapté avec l'autorisation du MSSS, 2005

Le bébé qui développe un attachement sécurisant envers sa mère intériorise plusieurs émotions telles que sa mère est digne de confiance, qu'il mérite d'être aimé, de voir ses besoins comblés et que son environnement est sécuritaire (MSSS, 2005). À long terme, l'attachement sécurisant permet à l'enfant de devenir indépendant et de développer des

relations harmonieuses. De manière générale, ceci semble procurer plus tard dans la vie la capacité de s'adapter aux situations difficiles (Sweeney, 2007) et de gérer des conflits (Shonkoff et Phillips, 2000). La prochaine section portera sur l'impact d'une relation mère-bébé harmonieuse et d'un attachement sécurisant pour le développement de l'enfant.

### ***2.1.2 Importance de la relation mère-bébé pour le développement de l'enfant***

Malekpour (2007) résume bien l'importance de la relation mère-bébé, affirmant que non seulement il n'existe aucun doute que les expériences pendant cette période favorisent positivement le développement, mais que cette influence est responsable des différences individuelles aux niveaux cognitif, comportemental, des habiletés sociales, des réponses émotionnelles et de la personnalité. Dans cette section, les impacts d'une relation favorable mère-bébé seront analysés en lien avec le développement physique, cognitif, et socioaffectif. De plus, des répercussions possibles d'une relation mère-bébé difficile seront abordées.

#### *2.1.2.1 Développement physique*

Une relation mère-bébé harmonieuse, où l'enfant établit un attachement sécurisant, procure des avantages au plan du développement physique de l'enfant (Shonkoff et Phillips, 2000; Sweeney, 2007; Ranson et Urichuk, 2008; Miller et Commons 2010; Verissimo, Santos, et Fernandes, 2014). Bornstein (2002) avance qu'au plan physique, l'établissement d'une bonne relation mère-bébé facilite le gain staturo-pondéral des nourrissons et la résistance aux infections. Plusieurs auteurs parlent aussi d'une meilleure résistance physiologique au stress (Shonkoff et Phillips, 2000; Sweeney, 2007; Klopfer, 2009; Miller et Commons 2010). Shonkoff et Phillips (2000) ont aussi évalué des études concernant le développement du cerveau en lien avec la relation mère-bébé. Leur conclusion propose qu'une relation harmonieuse contribue à un développement optimal du cerveau avec une activité neuronale adéquate d'un lobe temporal à l'autre. En revanche, des traumatismes importants dans la relation peuvent mener au développement d'une masse cérébrale réduite ou des perturbations dans l'activité neuronale.

#### *2.1.2.2 Développement cognitif*

L'établissement d'une relation mère-bébé favorable semble aussi procurer un avantage au niveau cognitif (Shonkoff et Phillips, 2000; MSSS, 2005; Sweeney, 2007;



Ranson et Urichuk, 2008; Miller et Commons 2010; Stievenart, Roskam, Meunier, et Van de Moortele, 2011; Veríssimo et al., 2014). Shonkoff et Phillips (2000) rapportent plusieurs répercussions cognitives : un meilleur processus de mémorisation, une meilleure compréhension des relations et des émotions ainsi qu'une meilleure réceptivité à l'éducation, à l'accompagnement et aux enseignements parentaux. Taraboulsy et al. (2000) parlent du développement cognitif des enfants avec un attachement sécurisant en terme de compétence intellectuelle. Ceux-ci sont plus cognitivement actifs et se débrouillent mieux au niveau de la résolution de problème. Ils réussissent mieux à l'école, étant plus motivés à la tâche (Sweeney, 2007; Klopfer, 2009). Des écrits révèlent qu'en plus de favoriser les fonctions cognitives, une bonne relation mère-bébé peut réduire la survenue de problèmes de santé mentale (Ranson et Urichuk, 2008; Miller et Commons 2010). Finalement, Stievenart et al. (2011) dénotent qu'au préscolaire, les types de relation mère-enfant et d'attachement peuvent favoriser un meilleur quotient intellectuel verbal. En 2002, Bornstein parlait déjà d'acquisition du langage plus efficace pour les enfants ayant une relation mère-enfant favorable.

### *2.1.2.3 Développement socio-affectif*

Plusieurs écrits proposent qu'une relation mère-bébé avec un attachement sécurisant a une influence notable sur le développement social et émotionnel de l'enfant (Shonkoff et Phillips, 2000; MSSS, 2005; Sweeney, 2007; Ranson et Urichuk, 2008; Miller et Commons 2010; Voort, Juffer, et Bakermans-Kranenburg, 2014; Veríssimo et al., 2014). Svanberg (1998) relève que l'attachement sécuritaire renforce les compétences sociales, l'estime de soi et prépare l'individu pour des relations interpersonnelles basées sur la reconnaissance mutuelle et le respect, au lieu de la peur et la défensive. Au niveau affectif, les enfants ayant un attachement sécurisant ont une meilleure perception de soi, vivent une gamme d'émotions plus variée (Laible et Thompson, 1998), ont une plus grande stabilité émotionnelle (Svanberg, 1998) et semblent avoir plus de facilité à gérer les émotions négatives (Sweeney, 2007). Au niveau social, ils n'ont pas de problème avec les relations extrafamiliales; ils apparaissent plus compétents pour créer et maintenir des liens avec leurs pairs (Shonkoff et Phillips, 2000; Ranson et Urichuk, 2008; Veríssimo et al., 2014) et craignent moins les figures étrangères (Shonkoff et Phillips, 2000).

À plus long terme, l'impact d'une relation favorable avec la mère perdure et, à l'adolescence, il y aurait une meilleure adaptation (Sweeney, 2007). Il semblerait que ce fait facilite aussi la relation avec les pairs au stade de l'adolescence : il y aurait moins de tendance à ressentir du rejet venant d'eux (Sweeney, 2007) et le jeune se trouverait également plus apte à résister à leur pression (Svanberg, 1998). À l'âge adulte, la personne aurait plus de facilité à s'adapter dans les relations intimes (Sweeney, 2007) et deviendrait aussi plus souvent un parent capable d'entrer en interaction de manière harmonieuse avec son enfant (MSSS, 2005).

#### *2.1.2.4 Relation mère-enfant difficile et problèmes possibles*

À l'opposé de l'attachement sécurisant, il est maintenant bien établi que des difficultés dans la relation mère-enfant et dans l'attachement à la petite enfance peuvent mener à des problèmes d'ordre affectif, comportemental, social et mental à l'âge adulte (Zech, De Ree, Berenschot, et Stroebe, 2006). Lorsque l'enfant ne reçoit de réponse ni chaleureuse ni satisfaisante à ses besoins, il devient plus vulnérable aux plans physique et émotif, il peut aussi présenter un moins bon état de santé en général et accuser des retards développementaux (Bornstein, 2002). Récemment, Simard, Moss, et Pascuzzo (2011) se sont attardés aux rebondissements possibles des différents types d'attachement insécurisant, menant à identifier qu'il en résulte une vision négative de soi, une faible estime personnelle et un sentiment de ne pas mériter l'attention et l'affection des autres. Les enfants ayant des problèmes d'attachement affichent une fréquentation accrue chez le pédiatre (Lim et al., 2010).

En somme, beaucoup d'écrits portent sur les impacts développementaux d'une bonne relation mère-enfant et d'un attachement sécurisant. Physiquement, on dénote une meilleure résistance au stress et un meilleur développement biologique et cérébral (Shonkoff et Phillips, 2000; Sweeney, 2007; Ranson et Urichuk, 2008; Miller et Commons 2010; Verissimo, Santos, et Fernandes, 2014). Les fonctions cognitives et intellectuelles semblent être optimisées, facilitant l'application à la tâche et la résolution de problème (Taraboulsy et al., 2000). Au niveau affectif, on remarque une plus grande stabilité émotionnelle (Svanberg, 1998) et au niveau social, une facilité à entrer et à maintenir des relations interpersonnelles (Shonkoff et Phillips, 2000; Ranson et Urichuk, 2008; Verissimo et al., 2014). Si la relation

mère-enfant est discordante et que l'enfant développe un attachement insécurisant, des difficultés bio-psycho-socio-affectives peuvent affecter le développement de l'enfant (Lim et al., 2010; Simard et al., 2011). À la lumière des travaux sur les impacts de la relation mère-enfant et sur son développement, on comprend l'importance de l'établissement précoce d'un bon lien entre la mère et son bébé. Un élément essentiel pour l'établissement de ce lien est le concept de la sensibilité maternelle (Bell, 2002) traité dans la section suivante.

### ***2.1.3 Sensibilité maternelle***

La section sur l'attachement présentait le rôle capital joué par la mère dans ce processus en offrant des réponses adéquates aux besoins de son bébé et en initiant des interactions avec lui. L'élément primordial dans les soins prodigués pour favoriser l'attachement était la sensibilité maternelle (MSSS, 2005). Cette section vise à l'approfondir en examinant comment elle se définit, ses composantes, ses étapes et son importance pour la relation mère-bébé.

La sensibilité maternelle a été introduite comme partie intégrante de la théorie de l'attachement par Ainsworth et al. (1978). Cette auteure considère comme sensibles les mères chaleureuses, attentives aux signaux de leur bébé et qui répondent de façon appropriée et dans un court délai à ses besoins. Elle définit la sensibilité comme la capacité de la mère à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant, à être accessible et disponible ainsi que le degré de réciprocité s'établissant progressivement dans leurs échanges (Ainsworth et al., 1978). Plus récemment, une analyse de concept, utilisant la méthode de Rodgers (2000), a proposé une définition analogue : « la sensibilité maternelle est la qualité de comportements sensibles qui sont basés sur sa capacité à percevoir et à interpréter les signaux de son enfant et à y répondre. Des comportements maternels sensibles doivent être contingents et réciproques avec le comportement initial de l'enfant. Il s'agit d'un processus dynamique qui procure adaptation et variation à la relation mère-enfant. » (Shin, Park, Ryu, et Seomun, 2008, p. 307). Ces deux définitions se ressemblent, la deuxième insistant sur la sensibilité maternelle comme un processus adaptatif dans lequel les comportements du bébé jouent un rôle essentiel. Donc, quand on parle de sensibilité maternelle, son ancrage demeure dans les interactions mère-bébé. Cette qualité reconnue à la mère comme la plus importante pour

favoriser le développement de l'attachement sécurisant dépend en fait aussi de son bébé (Voort et al., 2014).

Shin et al. (2008) ont aussi dégagé des composantes de la sensibilité maternelle. Premièrement, il s'agit d'un processus dynamique qui requiert des habiletés maternelles. La sensibilité est donc en constant changement, s'adaptant aux signaux du bébé et à son niveau de développement. Ce processus exige des habiletés : la mère doit pouvoir percevoir, interpréter et répondre aux signaux de son bébé. Deuxièmement, la sensibilité se compose d'échanges réciproques avec le bébé. Ceci suppose que le bébé réagit quand sa mère répond à son besoin et que la réaction de ce dernier sert à la mère pour réajuster sa propre réponse. Troisièmement, la sensibilité implique une anticipation des réponses et des réactions, ce qui indique que les réponses de la mère peuvent être anticipées par le bébé. Finalement, la sensibilité prévoit des comportements maternels appropriés pour répondre au bébé.

Lacharité (2003) a énoncé des étapes inhérentes à une réponse maternelle sensible, avec en premier lieu, la détection des signaux émis par l'enfant qui, ensuite, doivent être interprétés de manière appropriée. Le parent sélectionne alors une réponse adéquate aux signaux émis par l'enfant. Finalement, une application rapide de la réponse sélectionnée est nécessaire. À l'intérieur de ces étapes, se retrouvent plusieurs des composantes de ce concept.

Une revue de littérature sur l'impact d'interventions qui augmentent la sensibilité maternelle conclut que des échanges mère-bébé empreints de sensibilité maternelle et de compréhension mutuelle favorisent l'établissement de leur relation (Letourneau et al., 2015). Les mères sensibles aux besoins de leur bébé et qui y répondent de façon appropriée, engendrent des interactions réciproques satisfaisantes qui mènent l'enfant à une relation saine, à un sentiment de bien-être et à l'adoption de comportements adaptatifs pour la vie (Lamb, 2012) et ultérieurement à un attachement sécurisant (Atkinson et al., 2000; Shin et al., 2008; Voort et al., 2014).

La section 2.1.2 montrait comment une relation favorable entre la mère et son bébé peut influencer le développement physique, cognitif et socio-affectif de l'enfant. La sensibilité maternelle fait partie des éléments de la relation équilibrée. Elle favorise la relation mère-bébé et l'attachement, il n'est donc pas étonnant qu'elle ait aussi un effet positif sur le

développement de l'enfant (Shin et al., 2008). À un an, les enfants qui ont eu des parents sensibles à leurs besoins démontrent une meilleure régulation interne en pleurant moins et se calment plus facilement en présence de leurs parents (Ainsworth et al., 1978).

En somme, Martel résume l'importance de la sensibilité en ces termes : « La sensibilité parentale représente la clé de voûte des interactions parents-enfant, puisqu'elle sert de tremplin, tant pour le déploiement des capacités parentales et de la relation parent-enfant que pour le développement de l'enfant comme tel. » (2012, p. 32). La sous-section qui suit décrira le modèle de la relation mère-bébé utilisé dans la présente étude.

#### ***2.1.4 Modèle d'établissement de la relation mère-bébé***

Comme vu précédemment, la relation mère-bébé se développe à travers des interactions de qualité. Afin d'analyser l'établissement de la relation mère-bébé, il est utile de faire appel à un modèle. Cette dernière sous-section traite du modèle retenu pour l'analyse de l'établissement de la relation mère-bébé.

Le modèle d'établissement de la relation mère-bébé est issu d'une série d'études ayant permis d'identifier les composantes de la relation mère-bébé dans le but de mieux en cerner l'établissement au cours des premiers mois de vie du bébé (Bell, 1996; Goulet, Bell, St-Cyr Tribble, Paul, et Lang, 1998; Bell, 2002; Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004; Doyon, 2010; Ferland, 2011; Martel, 2012). L'élément central de ce modèle est la sensibilité maternelle. De leurs études, ces auteurs ont ressorti cinq composantes de la relation mère-bébé qui chacune est influencée par le niveau de sensibilité maternelle présent dans la relation. Ces composantes sont : la découverte de l'enfant, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement dans le rôle parental. Chacune d'entre elles sera à présent définie.

La découverte se définit comme étant le processus par lequel les parents font connaissance avec leur enfant (Bell, 2008). Elle constitue le thème principal de l'établissement de la relation mère-bébé au cours des premières semaines de vie de l'enfant; reconnaître les besoins de leur bébé semble la première préoccupation des mères (Bell, 2008). La sensibilité maternelle dans cette composante se traduit par l'intérêt et la curiosité à

connaître son bébé ainsi que par une connaissance de son développement, ce qui permet à la mère d'adapter ses comportements au stade de son bébé (Bell, 2008).

Le contact affectif concerne les émotions vécues par le parent et l'enfant dans le cadre de leur relation (Bell, 2008). La communication des émotions parent-enfant est puissante, et plus l'enfant est jeune, plus il est un bon récepteur des affects de ses parents (Bell, 2008). En début d'établissement de la relation, les émotions que les mères manifestent sont souvent un soulagement suite à l'accouchement, de l'émerveillement face à son bébé, mais aussi de l'inquiétude quand il pleure et un doute quant à la capacité d'attachement de son bébé. Une relation empreinte de sensibilité en est une avec l'initiation d'échanges affectifs positifs, où les affects négatifs du bébé sont acceptés et où il y a régulation émotionnelle, c'est-à-dire que le parent a l'habileté de procurer un stimulus affectif pour ramener le bébé dans une zone de confort émotionnel (Bell, 2008).

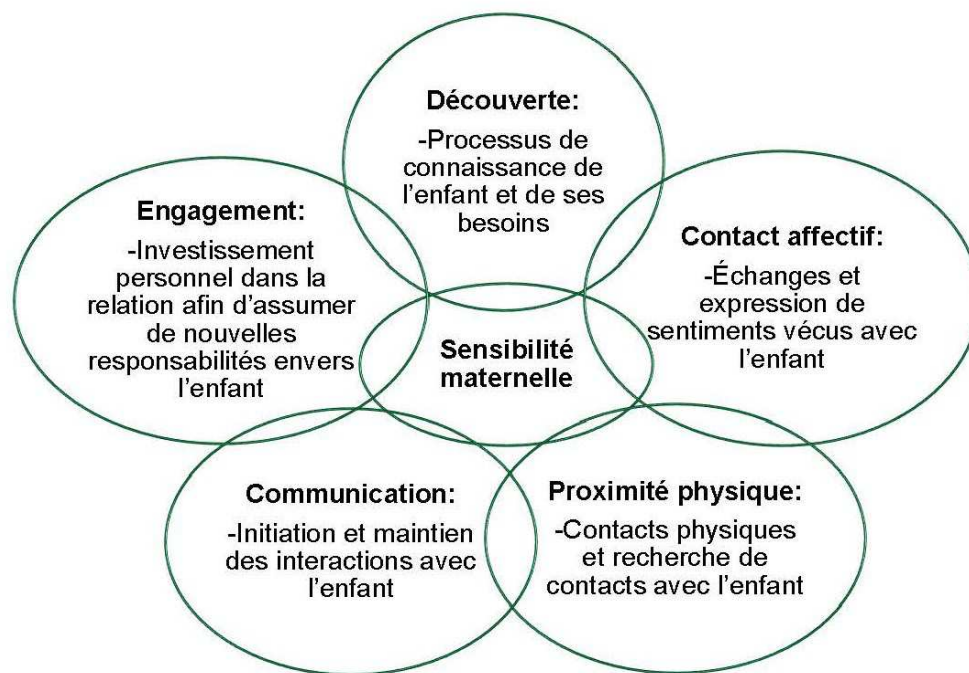
La proximité physique fait référence à la présence et à la recherche de contacts entre le parent et son enfant et au plaisir qu'ils ont à la partager (Bell, 2008). Prendre son bébé dans ses bras, lui parler, le regarder, le caresser et le garder dans la même pièce que soi sont des comportements de la mère qui traduisent la proximité physique (Bell, 2008). La sensibilité maternelle s'exprime lorsque la mère offre fréquemment un contact chaleureux et réconfortant surtout en cas de détresse, lorsqu'elle accueille son bébé suite à une séparation et lorsqu'elle favorise les contacts en face à face avec lui (Bell, 2008).

La communication correspond à l'initiation et au maintien des interactions entre le parent et son enfant en s'ajustant continuellement aux capacités interactives de ce dernier (Bell, 2008). En début d'établissement de la relation, la mère a l'impression que le bébé émet des signaux par ses pleurs et qu'il est satisfait si elle y répond adéquatement, et elle considère que les échanges réciproques se manifestent dans les regards, le toucher et la voix (Bell, 2008). Dans une communication sensible, la mère initie des interactions, elle attend la réponse du bébé, elle remarque les signaux de ce dernier qui interagit et elle utilise un langage souple, chaleureux et adéquat au développement du bébé (Bell, 2002; 2008).

L'engagement se rapporte à l'investissement du parent dans la relation avec l'enfant, il s'observe dans sa capacité à assumer de nouvelles responsabilités et à s'engager dans la

relation (Bell, 2008). Suite à la naissance du bébé, la mère a le sentiment d'en être la principale responsable. Elle tente de mettre en place une routine autour des besoins de son bébé et s'ajuste continuellement à son horaire (Bell, 2008). Effectivement, sa sensibilité s'exprime par le fait qu'elle assume les responsabilités vis-à-vis son bébé, qu'elle réponde à ses besoins nutritifs et de soins, qu'elle offre un environnement stimulant et sécurisant et qu'elle accepte que son bébé n'agisse pas selon son idéal (Bell, 2008). La mère crée une place centrale pour son nouveau-né dans la famille (Bell, 2008).

En somme, selon ce modèle (Bell, 2008; Bell, Fontaine, Lajoie, et Puentes-Neuman, 2012), la relation mère-bébé se construit lorsque la mère est attentive à connaître son bébé; quand il y a partage émotionnel entre eux; lorsque le rapprochement physique est source de réconfort; quand il y a des interactions bidirectionnelles entre la mère et son bébé et lorsque celle-ci s'engage pleinement dans la relation en assumant les nouvelles responsabilités afin d'accorder une place centrale à son bébé. La Figure 1 présente le modèle de la relation mère-bébé décrit ci-haut.



*Figure 1.* Modèle d'établissement de la relation mère-bébé.

Inspirée de Bell, Fontaine, Lajoie, et Puentes-Neuman (2012) avec l'autorisation de Chenelière Éducation.

\*La figure originale se retrouve dans l'ouvrage la Naissance de la Famille



Ce modèle d'établissement de la relation de la mère avec son bébé au cours des premiers mois de vie apparaît comme idéal pour cette étude portant sur la relation durant les premières semaines de vie du bébé dans un contexte d'allaitement difficile. Ce modèle dynamique, avec la sensibilité maternelle modulatrice de ses composantes, prend en compte que la relation mère-bébé se développe dans différents contextes interactionnels. L'allaitement, qui est un contexte d'alimentation, est ciblé comme étant un contexte particulièrement favorable au développement de cette relation parce qu'il offre une proximité et une occasion d'échanges et de partage (Beaudry Chiasson, Lauzière, et Ebrary, 2006; Beebe et al., 2010). Avant d'élaborer sur les liens entre l'allaitement et la relation mère-bébé en section 2.3, il est important de s'attarder à l'allaitement en tant que tel.

## **2.2 Allaitement**

Cette sous-section sur l'allaitement maternel rapporte les définitions des différents types d'alimentation du nourrisson ainsi que la prévalence de l'allaitement à travers le Canada. Par la suite, les avantages de l'allaitement ainsi que les principales difficultés pouvant mener au sevrage précoce, donc avant le moment désiré sont présentés. Elle se termine par la description du soutien à l'allaitement.

### **2.2.1 Définitions**

Il s'agit ici de bien définir les termes relatifs à l'allaitement puisque leur définition peut influencer l'interprétation des résultats de l'étude. La définition des types d'allaitement et de l'alimentation au biberon permet de soulever les nuances existantes; elles varient selon le type de lait que reçoit le bébé, mais aussi selon la manière dont il le reçoit. Le Tableau 3 regroupe les principales définitions en matière d'alimentation du bébé.



Tableau 3

*Définitions en lien avec les modes d'alimentation du bébé*

Source	Type d'alimentation	Définition
OMS, 1991	Allaitement maternel	Le bébé est nourri au lait maternel directement au sein ou le lait exprimé et offert au bébé via un contenant tel que biberon, gobelet, seringue, cuillère.
ISQ, 2011	Initiation à l'allaitement	L'allaitement maternel a débuté, qu'il ait persévéré ou qu'il ait été arrêté.
OMS, 1991 OMS, UNICEF (1990)	Allaitement exclusif	Le bébé ne reçoit aucun autre aliment ni boisson que le lait maternel à l'exception de médicaments, de vitamines et de sels minéraux. Le bébé est nourri directement au sein ou encore le lait exprimé est offert dans un contenant. La recommandation de l'OMS et de l'UNICEF est de recourir à l'allaitement exclusif jusqu'à six mois.
MSSS, 2001	Allaitement mixte	Le bébé est nourri en alternance au lait maternel et avec des substituts de lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales, de céréales ou d'autres aliments.
OMS, 1991	Allaitement total	Allaitement de tous types, qu'il soit exclusif ou mixte.
OMS, 1991 MSSS, 2001	Alimentation artificielle ou au biberon	Le bébé est nourri au biberon avec des préparations commerciales ou tout autre substitut de lait maternel. Dans ce type d'alimentation, le bébé ne reçoit pas de lait humain. Communément, on y réfère en parlant d'alimentation au biberon.

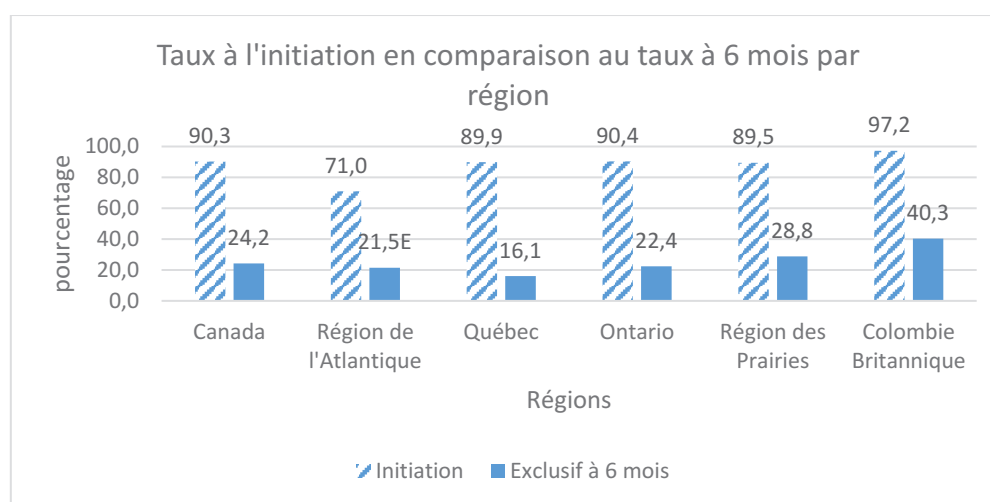
En définitive, le bébé peut recevoir soit du lait humain, soit des préparations commerciales ou encore les deux en alternance. Il peut être nourri directement au sein ou au biberon avec du lait maternel exprimé ou des préparations commerciales. L'allaitement exclusif est le type d'alimentation recommandé jusqu'à six mois par l'OMS et l'UNICEF (2009). Même si le lait maternel exprimé est parfois offert au biberon, généralement, quand on parle de bébé nourri au biberon, on réfère à l'alimentation artificielle, c'est-à-dire que le bébé ne reçoit que des préparations commerciales.

La présente étude s'intéresse à la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile, quel que soit le type d'allaitement choisi à la naissance et à cette relation suite au sevrage du bébé. Il sera donc question d'allaitement total et d'alimentation au biberon.

### **2.2.2 Prévalence de l'allaitement**

Cette sous-section porte sur la prévalence de l'allaitement. La prévalence de l'initiation de l'allaitement ainsi que sa pratique exclusive jusqu'à six mois sont considérées

pour le Canada et quelques-unes de ses régions. Elle est comparée à celles retrouvées dans quelques autres pays industrialisés. Enfin, des données supplémentaires sont ajoutées pour illustrer la persistance de l'allaitement au Québec. La Figure 2 présente les taux d'initiation de l'allaitement au Canada et dans ses régions en comparaison des taux d'allaitement exclusif à six mois pour ces mêmes régions.



Réalisée à partir des données de Statistique Canada 2014 (données publiques)

E : données manquantes pour l'Île-Du-Prince-Édouard

Figure 2. Taux d'initiation et d'allaitement à 6 mois à travers le Canada pour 2012.

Considérant qu'à la fin des années 60, le taux d'allaitement était estimé à 26 % pour le Canada et à 11 % pour le Québec (Santé Canada, 2003), il y a eu, depuis 50 ans, une nette progression de la pratique de l'allaitement au pays. La Figure 2 permet de constater qu'en 2012, plus de 90 % des mères canadiennes ont initié l'allaitement. Le Québec s'y rapproche de près avec de 89.9 %. L'Ontario dépasse légèrement la moyenne nationale avec 90.4 %. La Colombie Britannique obtient le meilleur taux d'initiation avec un peu plus de 97 %. Dans les régions de l'Atlantique, seulement 71 % des mères initient l'allaitement. C'est la région canadienne où l'allaitement est le moins populaire.

Pour apprécier le taux d'initiation de l'allaitement au Canada, il convient de le situer au plan mondial par rapport à d'autres pays industrialisés. Aux États-Unis, pour l'année 2011, le Center for Disease Control and Prevention (CDCP) rapporte que l'initiation à l'allaitement s'éleve à 79 %. L'Angleterre obtient 81 % alors qu'en Norvège, où des lois protègent l'allaitement depuis 1970, le taux d'initiation à l'allaitement dépasse 99 % (Clinical Trials

Center [NHMRC], 2011). Toujours selon cette recherche, en Australie, pays progressiste pour l'application des recommandations de l'OMS en matière d'allaitement, 92 % des mères initient l'allaitement. Avec un taux d'initiation de l'allaitement supérieur à 90 %, le Canada se classe bien au niveau mondial.

Par ailleurs, la Figure 2 indique que les taux d'allaitement exclusif à six mois chutent énormément. Au Canada, un peu plus de 24 % des mères rencontrent l'objectif de l'OMS d'allaiter leur bébé exclusivement jusqu'à six mois. Mise à part la Colombie Britannique qui dépasse largement la moyenne nationale avec plus de 40 %, et les régions des Prairies qui obtiennent près de 29 %, toutes les autres régions présentées ont un taux d'allaitement exclusif à six mois inférieur à la moyenne nationale.

Avec à peine plus de 16 % des allaitements qui se poursuivent exclusivement jusqu'à six mois, le Québec se place loin derrière avec la moyenne nationale la plus faible. Si on s'attarde un peu plus à cette province, l'ISQ (2011) évalue que dès la première semaine, un peu plus de 8 % des Québécoises ont délaissé complètement l'allaitement et qu'à un mois, ce pourcentage atteint 26 %. Ce premier mois représente donc une période sensible pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement.

Peu de bébés, à l'échelle nationale, et encore moins au Québec, ont profité de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Cette conclusion rejoint celle énoncée par Chalmers et al. (2009) qui affirment qu'au Canada, l'initiation à l'allaitement est impressionnante, mais qu'il faut travailler à augmenter la durée de l'allaitement exclusif afin de rejoindre les recommandations. Cette tendance au désistement est principalement due aux difficultés d'allaitement (Gerd, Bergm, Dahlgren, Roswall, et Alm, 2012; Odom et al., 2013). D'après ces auteurs, il reste un travail à poursuivre pour soutenir les mères qui ont des difficultés d'allaitement, favoriser une plus grande persistance et les aider à réussir. Les difficultés qui peuvent mener au sevrage seront présentées à la section 2.2.5, alors que le rôle des infirmières pour soutenir l'allaitement sera détaillé à la section 2.2.6. La prochaine section traitera des facteurs sociodémographiques et cliniques mis en lien avec l'allaitement.

### ***2.2.3 Facteurs sociodémographiques et cliniques qui influencent l'allaitement***

Cette sous-section rapporte les principaux facteurs sociodémographiques et cliniques impliqués dans la décision d'allaiter et de poursuivre l'allaitement.

Au niveau des facteurs sociodémographiques, l'âge et le niveau de scolarité peuvent influencer le choix d'allaiter (Gagnon, Leduc, Waghorn, Yang, et Platt, 2005; Biro, Yelland, et Brown, 2014). Les mères plus jeunes semblent avoir choisi plus souvent de ne pas allaiter. Gionet (2013) avance qu'en 2011-2012, 8% de celles qui allaitent sont âgées entre 15 à 24 ans, alors qu'elles représentent 14 % de celles qui n'allaitent pas. Les mères âgées de moins de 25 ans représentent donc une petite proportion de celles qui allaitent. De plus, la proportion d'allaitement augmente avec le grade de diplôme obtenu (Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, ESCC, 2012). Selon les données de Statistique Canada pour 2011-2012, parmi les femmes possédant un diplôme postsecondaire, 74 % des mères allaitent et 26% n'allaitent pas (Gionet, 2013). Parmi celles qui n'ont n'ayant pas de diplôme postsecondaire, 52% des mères allaitent alors que 48% n'allaitent pas (Gionet, 2013).

L'allaitement est statistiquement plus répandu dans les ménages ayant un revenu plus élevé. Selon l'ESCC (2012), la différence est significative entre les mères économiquement défavorisées et les plus favorisées : 81 % des mères du plus bas quantile de revenu ont choisi d'allaiter comparativement à 92,6 % pour les mères du plus haut quantile.

Finalement, le statut conjugal influence également le choix d'allaiter. Vivre en couple semble un facteur qui favorise l'allaitement (ESCC, 2012; Gionet, 2013). Selon l'analyse de Gionet, au Canada, en 2011-2012, les mères qui vivent en couple sont deux fois plus susceptibles d'allaiter que celles qui sont célibataires.

Ainsi, Gionet (2013) évalue que 11 % des mères n'ayant pas allaité ont tendance à être plus jeunes, à avoir un niveau de scolarité moins élevé et à être célibataires. Selon son analyse, à partir de l'évaluation des caractéristiques de celles qui allaitent exclusivement jusqu'à six mois, les mères les plus susceptibles d'y arriver ont plus de 30 ans, possèdent un diplôme d'études postsecondaires et vivent en couple.

Il faut aussi ajouter que certaines conditions cliniques sont reconnues pour favoriser la poursuite de l'allaitement. Les mères ayant eu un accouchement vaginal sans complications sont portées à maintenir l'allaitement initié avec plus de facilité (Cakmak et Kuguoglu, 2007; Klint-Carlender, Edman, Christensson, Andolf, et Wiklund, 2010; Ahluwalia et Morrow, 2012; Stevens, Schmied, Burns, et Dahlen, 2014). Par ailleurs, les difficultés reliées à la prise du sein et non résolues durant le séjour à l'hôpital ont tendance à inciter au sevrage précoce (McAllister, Bradshaw, et Ross-Adjie, 2009). Enfin, l'allaitement exclusif durant le séjour à l'hôpital semble favoriser la poursuite de l'allaitement (McAllister et al., 2009; Mercer et al., 2010; Mauri, Zoppi, et Zannini, 2012). L'initiation de l'allaitement et sa poursuite comportent des avantages, la prochaine section en fera état.

#### ***2.2.4 Avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère, la famille et la société***

De nombreuses études se sont penchées sur les avantages de l'allaitement maternel. Les recherches qui mettent en évidence ces avantages considèrent que le choix individuel d'une mère d'allaiter ou non son bébé ne devrait plus être perçu comme un choix de style de vie, mais plutôt comme une décision majeure pour le bien-être immédiat et à long terme de son enfant (Eidelman, 2012). Cette sous-section explore l'état de la recherche sur les impacts de l'allaitement non seulement pour l'enfant, mais pour la mère, la famille et la société.

##### *2.2.4.1 Les impacts de l'allaitement pour l'enfant né à terme*

La politique en matière d'allaitement de l'American Academy of Pediatrics (AAP, Eidelman, 2012) propose une analyse détaillée des avantages de l'allaitement. À court terme, il semblerait que l'allaitement procure une protection contre un certain nombre de conditions de santé courantes à l'enfance (Victora et al., 2016). Le syndrome de mort subite du nouveau-né est réduit de 36 % pour les bébés allaités pendant au moins un mois (Ip et al., 2007). Le risque de mortalité par infection est 70 % plus élevé chez les bébé de zéro à cinq mois qui ne sont pas allaités en comparaison à ceux qui le sont exclusivement (Sankar et al., 2015) Selon la durée et l'exclusivité de l'allaitement, la réduction du risque des otites se chiffre entre 23 et 77 % (Chantry, Howard, et Auinger, 2006; Ip et al., 2007) et celle des infections respiratoires entre 63 et 77 % (Duijts, Jaddoe, Hofman, et Moll, 2010). Pour les otites, Bowatte et al. (2015) ajoutent que l'allaitement exclusif jusqu'à six mois est associé à une plus grande possibilité de ne faire aucune otite durant les deux premières années de vie. Les

bronchiolites dues au virus respiratoire syncytial sont réduites de 74 % avec un allaitement qui dure plus de quatre mois (Nishimura, Suzue, et Kaji, 2009) et les gastroentérites peuvent diminuer de 64 % pour tout type d'allaitement en opposition à l'alimentation exclusive avec des préparations commerciales (Ip et al., 2007; Eidelman, 2012).

À plus long terme, l'AAP (Eidelman, 2012) dénombre aussi quelques affections plus chroniques dont l'incidence diminue avec l'allaitement. Avec un allaitement d'un minimum de trois mois, le risque de souffrir de certaines conditions allergiques comme l'asthme, diminue de 26 à 40 % (Ip et al., 2007; Greer, Sicherer, et Burks, 2008; Eidelman, 2012) et les dermatites atypiques, comme l'eczéma, diminuent de 27 à 42 % (Ip et al., 2007; Greer et al., 2008; Eidelman, 2012). Pour l'asthme, Lodge et al. (2015) parlent d'une diminution du risque entre cinq et 18 ans chez ceux qui ont été allaités. Les maladies coeliaques peuvent diminuer de 52 % avec un allaitement de plus de deux mois (Akobeng, Ramanan, Buchan, et Heller, 2006) et les maladies inflammatoires du colon peuvent diminuer de 31 % même si le bébé est partiellement allaité (Barclay et al., 2009). Les risques de diabète et d'obésité diminuent avec l'allaitement (Horta, Loret de Mola et Victora, 2015a) Le risque d'obésité diminue de 23 % pour tout type d'allaitement en opposition à l'alimentation exclusive avec des préparations commerciales (Ip et al., 2007). Le diabète de type 1 peut diminuer de 30 % en allaitant durant trois mois exclusivement, et celui de type 2 peut diminuer de 40 % pour tout type d'allaitement en opposition à l'alimentation exclusive avec des préparations commerciales (Ip et al., 2007).

Si certaines recherches se positionnent sur les avantages de l'allaitement, d'autres abordent la question sous un autre angle, soit celui des risques associés à l'alimentation au biberon (Li, Fein, et Grummer-Strawn, 2010; McNiel, Labbok, et Abrahams, 2010; Li, Magadia, Fein, et Grummer-Strawn, 2012; DiSantis, Collins, Fisher, et Davey, 2011; Hsu, Wu, Bornehag, Sundell, et Su, 2012). La revue de littérature de McNiel et al. cherchait à savoir si l'utilisation de préparations commerciales avant six mois comportait des risques pour la santé des bébés. Suite à l'examen des études recensées, ils concluent que l'incidence des otites, de l'asthme, du diabète de types 1 et 2, des dermatites atypiques et des infections respiratoires peut être augmentée par l'utilisation de préparations commerciales avant l'âge de six mois.

D'autres auteurs se sont plutôt demandé si l'utilisation du biberon comportait des risques (Li et al., 2010; Li et al., 2012; DiSantis et al., 2011; Hsu et al., 2012). L'obésité en particulier est un problème examiné en lien avec la façon dont le lait est donné. Il semblerait que le biberon permette moins bien à l'enfant de réguler lui-même son appétit et sa satiété, l'encourageant à consommer plus que nécessaire (Li et al., 2010; Li et al., 2011; DiSantis et al., 2011). Pour leur part, Hsu et al. (2012) évaluent que l'utilisation régulière de la tétine en plastique peut contribuer à augmenter les risques d'asthme, d'eczéma et de rhinite allergique.

Finalement, l'allaitement a un impact positif sur le développement cognitif de l'enfant (Oddy et al., 2011; Eidelman, 2012; Colen et Ramey, 2014; Gibbs et Forste, 2014; Victora et al., 2016). Des auteurs font état par exemple de scores d'intelligence moyens plus élevés chez les enfants qui ont été allaités (Owen, Martin, Whincup, Smith, et Cook, 2006; Kramer et al., 2008; Colen et Ramey, 2014; Victora et al., 2016). Une méta-analyse évalue que les enfants qui ont été allaités obtiennent en moyenne 3,44 point de plus au calcul de leur quotient intellectuel (Horta, Loret de Mola, et Victora, 2015b). L'étude d'Oddy et al. (2011) rapporte que la motricité fine et les habiletés de communication sont plus prononcées chez les enfants ayant été allaités. Il faut mentionner que le développement cognitif de l'enfant est modulé par divers éléments comme la scolarité et la situation financière des parents, qui apparaissent comme des variables confondantes. Les études citées ci-haut ont tenu compte de ces variables.

En résumé, l'allaitement procure des protections immédiates pendant sa pratique, mais aussi à plus long terme en réduisant le risque de certaines conditions chroniques (Eidelman, 2012; Victora et al., 2016). La recherche commence à démontrer que l'utilisation des préparations commerciales ou du biberon peuvent comporter des risques pour la santé de l'enfant (Li et al., 2010; Li et al., 2012; DiSantis et al., 2011; Hsu et al., 2012). Enfin, des études montrent que l'allaitement participe au développement de l'enfant avec des effets sur ses capacités neurocognitives (Oddy et al., 2011; Eidelman, 2012; Colen et Ramey, 2014; Gibbs et Forste, 2014; Victora et al., 2016).

#### *2.2.4.2 Les impacts de l'allaitement pour la mère*

En post-partum immédiat, l'allaitement permet à l'utérus de se contracter plus rapidement pour retrouver sa position pré-grossesse entraînant une diminution des saignements (Eidelman, 2012). Le retour au poids d'avant la grossesse a aussi été l'objet de plusieurs recherches. Cependant un grand nombre de variables confondantes porte à conclure que l'impact de l'allaitement sur cet aspect est négligeable (Ip et al., 2007; Eidelman, 2012).

La revue de littérature de Castro-Dias et Figueiredo (2015) et la méta-analyse de Chowdhury et al. (2015) examinent les liens entre la dépression post-partum et l'allaitement. Ici la question est envisagée sous l'angle du risque du non allaitement. Ils concluent que le fait de ne pas allaiter ou de le faire pour une très courte période de temps augmente le risque de dépression post-partum.

À long terme, plus l'expérience d'allaitement persiste et est exclusive, plus les mères voient diminuer leurs risques de diabète de type 2, d'hypertension, d'hyperlipidémie, de maladies cardiovasculaires et de cancer du sein et des ovaires survenant en pré-ménopause (Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson, et Michels, 2005; Stuebe et Schwarz, 2010; Schwarz et al., 2010; Eidelman, 2012; Chowdhury et al., 2015). Stuebe et Schwarz (2010) soutiennent que les mères doivent être informées qu'en choisissant de ne pas allaiter ou en cessant rapidement cette pratique, elles se retrouvent plus à risque pour ces maladies.

#### *2.2.4.3 Les impacts de l'allaitement sur la famille et la société*

Pour la famille, l'allaitement comporte aussi des avantages (Rollins et al., 2016). Il est considéré que l'allaitement occasionne une économie d'environ 1500 \$ réalisée en achat de préparations commerciales et d'accessoires pour nourrir le bébé (The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, [AWHONN], 2015). Les mères rapportent aussi que l'allaitement est facile et commode (Daly, Pollard, Phillips, et Binns, 2014) : mettre le bébé au sein ne demande pas de préparation du lait qui est toujours prêt et à la bonne température, de plus la stérilisation de biberon est évitée.

Il a été soulevé que l'allaitement offre aux enfants une protection contre plusieurs maladies. On dénote alors une diminution des consultations médicales et des hospitalisations



(Bartick et Reinhold, 2010; Hengstermann et al., 2010; Rollins et al., 2016). La famille économise en ayant moins de frais médicaux et moins d'absentéisme au travail (U.S. Department of Health et Human Services, [USDHHS], 2011; Rollins et al., 2016).

Il est considéré que l'allaitement bénéficie à l'environnement puisqu'il élimine l'utilisation de contenants de plastique (Save the Children, 2012). Ils précisent que l'allaitement ne requiert pas de manufacture, de transport ni de réfrigération, qu'il ne génère aucun déchet et est renouvelable.

Pour la société, l'allaitement maternel représente une éventuelle économie substantielle sur les coûts de santé (Bartick et Reinhold, 2010; Ma, Brewer-Asling, et Magnus, 2012; Rollins et al., 2016). À partir de la réduction due à l'allaitement de possibles incidences de plusieurs conditions médicales, ces auteurs ont calculé l'économie que pourrait réaliser la société en frais médicaux si les bébés étaient allaités. Bartick et Reinhold (2010) concluent qu'aux États-Unis, si 90 % des bébés étaient allaités exclusivement pendant six mois tel que recommandé, une économie de treize milliards de dollars s'ensuivrait annuellement et 911 décès pourraient être évités.

En somme, la recherche a permis de dégager de multiples avantages de l'allaitement dont l'enfant est le premier à profiter surtout pour sa santé (Eidelman, 2012). La durée de l'allaitement, son exclusivité (Ip et al., 2007) et même la manière dont le lait est offert modulent ces avantages (Hsu et al., 2012). Les mères qui allaitent peuvent éviter des complications en post-partum, et plus elles persistent avec l'allaitement exclusif, plus elles profitent d'un facteur de protection contre plusieurs maladies (Eidelman, 2012). Économiquement, une famille profite de l'allaitement qui n'engendre pas de coût d'achat de préparations commerciales (AWHONN, 2015; Rollins et al., 2016). De plus, les frais reliés aux maladies qui affectent moins les bébés allaités leur sont épargnés et les parents s'absentent moins de leur emploi (Bartick et Reinhold, 2010; Hengstermann et al., 2010; Rollins et al., 2016). La société retire aussi des avantages à la pratique de l'allaitement. Plus il persiste et est exclusif, plus on note une réduction des coûts des services de santé (Bartick et Reinhold, 2010; Ma, Brewer-Asling, et Magnus, 2012; Rollins et al., 2016). La prochaine section s'attardera aux difficultés d'allaitement qui poussent les mères à vouloir sevrer leur bébé.

### 2.2.5 Difficultés d'allaitement menant au sevrage

Comme déjà mentionné, une forte proportion de mères initie l'allaitement, mais malgré les avantages, elles sont nombreuses à cesser précocement. Celles qui le font rencontrent souvent des difficultés qui précipitent leur décision de sevrer. Cette section examine les difficultés qui contribuent au choix des mères de sevrer leur bébé avant le moment prévu. Le Tableau 4 présente ces difficultés, examinées plus en détail dans le texte subséquent.

Tableau 4

*Principales difficultés rapportées par les mères menant au sevrage*

Sources	Difficultés
ISQ, 2011, Gionet, 2013	Manque de lait
ISQ, 2011, Gionet, 2013	Difficultés d'allaitement
ISQ, 2011, Bell et al., 2008	Incommodée/fatiguée par l'allaitement
ISQ, 2011; Gerd et al., 2012	Santé du bébé : prise de poids inappropriée
Koerber et al., 2012; Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012	Expérience ne se passe pas comme imaginée, ne répond pas aux attentes

Interrogées sur les difficultés d'allaitement qui les ont poussées à sevrer, les mères invoquent le plus fréquemment comme raison le manque de lait pour nourrir leur bébé (Bell et al., 2008; Thulier et Mercer, 2009; Difrisco et al., 2011; ISQ, 2011; Olang, Heidarzadeh, Strandvik, et Yngve, 2012). Selon les dernières données de Statistique Canada, 26 % des mères rapportent ce problème (Gionet, 2013). Il existe deux types d'insuffisance lactée, l'insuffisance réelle ou biologique qui touche 5 % des cas (Neifert, 2001), et l'insuffisance perçue, encore mal comprise, qui regroupe les autres causes possibles pouvant affecter la production de lait (Gatti, 2008). Ce problème est souvent ressenti alors que sa source n'est pas biologique. Mais, puisque la production lactée est rarement mesurée, il est souvent difficile de départager si le problème est réel ou perçu.

Les mères confient aussi qu'elles avaient rencontré trop de difficultés à appliquer les techniques d'allaitement (ISQ, 2011; Gionet, 2013). Elles ne parvenaient pas à obtenir une bonne prise du sein ou encore elles rapportent peu de réflexe de succion chez leur bébé (ISQ, 2011; Gerd et al., 2012; Olang et al., 2012). Elles relatent également qu'avant d'en arriver à

sevrer, elles étaient fatiguées et incommodées par les douleurs au sein (Bell et al., 2008; ISQ 2011).

L'ISQ (2011) rapporte que des mères ont déclaré avoir sevré à cause de la santé de leur bébé. Gerd et al. (2012) précisent que la perte de poids ou le gain insuffisant chez le bébé représente un problème qui les pousse à sevrer (Gerd et al., 2012). Elles le relient au manque de lait qu'elles perçoivent (Lamontagne, Hamelin, et St-Pierre, 2008; Odom et al., 2013).

Les écrits récents démontrent que lorsque les mères vivent des difficultés d'allaitement, l'expérience ne se déroule pas comme elles l'avaient imaginée (Koerber et al., 2012). Justement, dans cette recherche, les mères expriment qu'elles avaient des attentes qui n'ont pas été concrétisées sur le déroulement de l'allaitement. Guyer et al. (2012) parlent aussi des attentes des mères qui révèlent qu'en allaitant leur bébé, elles n'ont pas vécu avec lui l'expérience de *bonding* espérée. Finalement, Hoddinott et al. (2012) ont cherché à comprendre l'expérience des mères qui sèvrèrent précocement leur bébé. Dans cette étude, les mères confient que l'allaitement ne répondait pas à leurs attentes et à celles de leur famille. Elles ont préféré sevrer pour rétablir un équilibre personnel et familial. Ces mères ont trouvé l'allaitement si exigeant qu'elles soulèvent que la recommandation d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois est irréaliste et place les familles en position d'échec. Le sentiment d'échec peut donc émerger d'une telle expérience. La dernière partie de cette sous-section explorera justement les émotions que vivent les mères quand l'allaitement difficile les mène à sevrer.

Les mères qui ont des difficultés d'allaitement vivent fréquemment de la détresse psychologique (Shakespeare et al., 2004; Coates, Ayers, et Visser, 2014). Palmer, Carlsson, Mollberg, et Nyström (2012) affirment que les mères qui voulaient allaiter mais qui n'y arrivent pas ressentent même une forme de perte existentielle. Plusieurs études relèvent qu'en plus de la détresse, l'échec de l'allaitement engendre de la culpabilité (Mozingo et al., 2000; Murphy, 2011; Guyer et al., 2012; Labbok, 2008; Larsen et Kronborg, 2013; Williams, Donaghue, et Kurz, 2013) et même de la honte (Mozingo et al., 2000; Murphy, 2011; Guyer et al., 2012; Labbok, 2008). L'insécurité (Thulier et Mercer, 2009; Abou-Dakn, Schäfer-Graf, et Wöckel, 2009) et la déception (Koerber et al., 2012) peuvent aussi être vécues par les mères.

Sans être une difficulté d'allaitement proprement dite, la dépression post-partum semble exacerber les difficultés rencontrées (Lion, 2011). De plus, une étude récente montre que les symptômes de dépression post-partum sont associés à l'arrêt plus rapide de l'allaitement (Bascom et Napolitano, 2015).

Somme toute, les motifs de sevrage en contexte d'allaitement difficile varient considérablement. Parfois les raisons sont davantage du registre physique alors que d'autres fois, les causes principales sont psychologiques. De plus, la mère peut justifier son choix à partir de son état ou encore à cause des répercussions d'un allaitement non fonctionnel sur le bébé (ISQ, 2011; Gionet, 2013). Le fossé entre l'expérience imaginée et l'expérience réelle peut contribuer au sevrage du bébé (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012). Un contexte d'allaitement difficile menant au sevrage s'accompagne d'émotions négatives pour les mères (Palmer et al., 2012). L'impact de ce contexte d'allaitement sur la relation mère-bébé sera développé davantage en fin de section 2.3. La prochaine sous-section décrira le soutien qui existe pour encourager les mères à initier et à poursuivre l'allaitement.

#### ***2.2.6 Soutien à l'allaitement***

Cette sous-section approfondit le soutien en matière d'allaitement maternel. Elle commence par en décrire brièvement les origines. Par la suite, le rôle des infirmières dans le soutien à l'allaitement est développé.

Depuis 1978, l'OMS encourage l'allaitement maternel. Selon cette organisation, il est important de le soutenir et de le promouvoir pour renforcer la santé de l'enfant et de sa mère. À travers les années, maints efforts ont été déployés comme la rédaction de directives pour guider les pays et organisations de santé à l'échelle mondiale à s'y engager. En 1990, L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) publiaient la Déclaration d'Innocenti. Dans ce document clé pour le soutien à l'allaitement, ils affirment son importance et valorisent ses avantages. S'y retrouvent également la recommandation d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus selon le désir de la mère et de l'enfant. Cette recommandation est toujours en vigueur OMS et UNICEF (2009).

Plusieurs instances gouvernementales et associations notables ont choisi de soutenir l'allaitement en appuyant cette recommandation. Ainsi, l'AAP, Santé Canada, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association des pharmaciens du Canada (CPhA), le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) et autres encouragent l'allaitement tel que recommandé par l'OMS.

Un moyen imposant de soutien à l'allaitement développé par l'OMS et l'UNICEF depuis 1991 pour accroître son initiation, sa durée et son exclusivité, est la création du standard de qualité : Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB, OMS et UNICEF 2009). Son but est de mettre en place des conditions de réussite pour l'initiation de l'allaitement et pour sa poursuite exclusive jusqu'à six mois. Dans le monde, près de 20 000 établissements de santé, répartis dans plus de 156 pays, ont été certifiés « Amis des bébés » au cours des 20 dernières années (MSSS, 2015). Pour obtenir la désignation, un organisme de santé doit maintenir un taux annuel d'allaitement exclusif à la naissance d'au moins 75 %. Pour obtenir la désignation IHAB, il faut aussi respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) qui stipule qu'il ne doit y avoir aucune forme de publicité pour les préparations commerciales disponible sur le site de l'hôpital. Une dernière étape incontournable afin de rencontrer les critères IHAB est de mettre en place les 10 conditions démontrant l'engagement de l'établissement à favoriser l'allaitement. La liste des 10 conditions de l'OMS se retrouve en Annexe A. Les énoncés ont trait principalement aux interventions qui favorisent le bien-être de la dyade mère-bébé. Par exemple, on y retrouve que le contact peau à peau entre la mère et son bébé devrait être initié dès la naissance et encouragé par la suite.

Un autre aspect important qui émane de ces conditions est l'accompagnement à offrir à l'allaitement. Ainsi, tout le personnel soignant doit être formé afin d'être en mesure d'appliquer et de transmettre la politique d'allaitement (OMS et UNICEF, 2009). Les personnes agissant directement auprès des mères doivent être en mesure d'exposer les avantages de l'allaitement. Leur rôle est aussi de leur enseigner comment amorcer et entretenir la lactation. Avant la sortie de l'hôpital, elles doivent référer les mères, selon le besoin de chacune, à des associations ou à des ressources en allaitement pour un suivi post-

partum approprié. Ces différentes responsabilités, en ce qui a trait au soutien à l'allaitement, incombent souvent aux infirmières qui, de par la proximité et l'intimité avec les nouvelles mères, occupent une place de choix dans l'accompagnement des dyades mère-bébé (Strong, 2013). Dans les hôpitaux, les premières accompagnantes à la naissance et en post-partum sont les infirmières (AWHONN, 2015). D'ailleurs, les mères préfèrent recevoir des professionnels de la santé les informations sur l'allaitement plutôt que de lire de la documentation (Porter-Lewallen et Street, 2010). Le reste de cette sous-section s'attarde aux formes que peut prendre le soutien infirmier en matière d'allaitement.

Le soutien efficace commence durant la grossesse, se trouve présent à la naissance du bébé, se poursuit pendant l'hospitalisation et perdure par la suite au retour à la maison (Hautes Autorités de Santé [HAS], 2006; Ibanez et al., 2012; Wambach et al., 2010; Skouteris et al., 2014). Pendant la grossesse, il s'avèrerait bénéfique de donner des informations sur l'allaitement et sur ses bienfaits (Skouteris et al., 2014). À la naissance, les infirmières jouent un rôle clé pour démarrer l'allaitement précocement. Selon l'HAS, les infirmières doivent aider pour la première mise au sein et prodiguer les premiers conseils (2006). À ce stade, elles ont l'opportunité de protéger les dyades mère-bébé pour éviter une séparation et permettre une première expérience de peau à peau (HAS, 2006). Les mères disent apprécier pouvoir compter sur le soutien des infirmières pour les techniques et les conseils en allaitement tout au long de la période d'hospitalisation et, par la suite, à leur retour à domicile (McLelland, Hall, Gilmour, et Cant, 2015). Wambach et al. (2010), qui ont évalué l'impact d'un suivi pour favoriser l'allaitement chez des mères adolescentes, rapportent qu'offrir information et soutien dès la grossesse augmente très significativement l'intention d'allaiter. L'offre de soutien jusqu'à quatre semaines de post-partum augmente significativement la durée de l'allaitement des mères dans leur groupe expérimental en comparaison au groupe contrôle.

Les infirmières doivent fournir une aide instrumentale à l'allaitement, être capables de percevoir les obstacles qui se présentent et doivent particulièrement aider les mères à les surmonter (Strong, 2013). Pour ce faire, donner des informations et montrer des techniques ne suffisent pas une fois l'allaitement initié. Plusieurs auteurs se prononcent sur le besoin d'encouragements pour persister à allaiter (Demirtas, 2012; Ibanez et al. 2012; Noirhomme-

Renard et Noirhomme 2009). D'autres vont plus loin, évoquant la nécessité d'un soutien émotionnel (Porter-Lewallen et Street, 2010; Demirtas, 2012; Skouteris et al., 2014). La revue de littérature de Demirtas (2012) expose des éléments importants pour le succès d'un programme de soutien à l'allaitement afin d'en augmenter la persistance. Un tel programme doit aider les mères à développer un sentiment d'efficacité, un sentiment de compétence et viser l'*empowerment*. L'aide doit être individualisée selon les besoins précis de la mère et de son bébé. L'accompagnement en matière d'allaitement devrait tenir compte des objectifs d'allaitement de chaque mère qui reçoit de l'aide (Purdy, 2010) et de ses attentes (Porter-Lewallen et Street, 2010). Ce genre de suivi prenant en compte des aspects émotionnels doit se poursuivre à domicile (Lamontagne et al., 2008; Mannan et al., 2008; Ibanez et al., 2012).

Depuis peu, des auteurs vont encore plus loin sur le type de soutien émotionnel que les infirmières pourraient fournir en matière d'allaitement en ciblant la relation mère-bébé (Bell, Lacombe, Gallagher, Ferland, et Couture, 2012; Courtois, Lacombe, et Tyzio 2014). L'étude de Bell et al. (2012) conclut que les dyades mère-bébé ont besoin d'un meilleur accompagnement professionnel au cours du premier mois post-partum. Les auteures précisent que ce soutien ne doit pas se limiter aux aspects techniques et informatifs, mais que les infirmières doivent observer les interactions mère-bébé pendant l'allaitement pour mettre en place des interventions favorisant la sensibilité maternelle. Courtois et al. (2014) arrivent à ce même constat et affirment que pour soutenir l'allaitement, il faut adopter une approche interactionniste qui tient compte de la sensibilité maternelle dans les dyades mère-bébé.

La sous-section sur la prévalence a montré que beaucoup de mères cessent rapidement d'allaiter. La section 2.2.5 concernait les difficultés qui poussent à le faire. Il importe à présent d'insister sur le soutien en cas de contexte d'allaitement difficile menant au sevrage. L'étude de Larsen et Kronborg (2013) conclut que les mères qui sèvrèrent suite à des difficultés d'allaitement déplorent que le soutien disparaisse avec le sevrage. Ces auteurs jugent qu'une aide instrumentale et surtout émotionnelle est nécessaire dans ce cas face aux émotions engendrées par un sevrage non souhaité.

Au fil du temps, depuis le début de la campagne de l'OMS pour soutenir l'allaitement, les initiatives de soutien se sont multipliées et les organismes de santé se sont joints au mouvement qui encourage l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Les hôpitaux, de par leur



adhésion aux critères de l'IHAB et les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour encourager et soutenir l'allaitement. Les infirmières occupent une place privilégiée pour accompagner les dyades mère-bébé (Strong, 2013; AWHONN, 2015). Elles renseignent et enseignent sur l'allaitement, fournissent un soutien instrumental et émotionnel (Demirtas, 2012; Ibanez et al. 2012; Noirhomme-Renard et Noirhomme 2009; Porter-Lewallen et Street, 2010; Skouteris et al., 2014). De récentes études proposent que le soutien s'étende aux interactions dans les dyades mère-bébé et à la sensibilité maternelle pendant l'allaitement pour en favoriser sa pratique (Bell et al., 2012; Courtois et al., 2014). Dans la section 2.3, les liens entre l'allaitement et la relation mère-bébé seront détaillés, ce qui permettra de mieux comprendre leur influence réciproque.

### **2.3 État de la recherche sur l'allaitement et la relation mère-enfant**

Dans la section 2.1 sur la relation mère-enfant, il a été brièvement mentionné que l'allaitement est un contexte interactionnel propice au développement de la relation. Cette nouvelle section se penche donc sur le lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé, thème central de la présente étude. Premièrement, les études qui mettent en relation les interactions et la proximité physique des dyades mère-bébé sont présentées. Deuxièmement, il est question des études qui traitent de l'allaitement en lien avec l'attachement. Troisièmement, il est question des études répertoriées sur l'allaitement en lien avec la sensibilité maternelle. Quatrièmement, l'impact d'un contexte d'allaitement difficile sur la relation mère-bébé est évalué. Enfin, une conclusion critique de l'état des connaissances sur l'allaitement et la relation mère-bébé résume l'ensemble des informations découlant des différentes études. La section se termine avec l'énoncé du but et des objectifs spécifiques de la présente étude.

La stratégie de recherche documentaire des articles de cette recension a été effectuée dans les banques de données scientifiques *Psych-info*, *Cinahl* et *Medline*. Les mots-clés suivants ont été utilisés: *Breastfeed\* and (infant or child) and mother and (bonding or attachment or relationship\* or mother sensitivity or interaction\*)*. Les limites choisies sont les articles des 10 dernières années, sur les humains, en anglais ou en français et publiés avec un comité révisionnel de pairs. Cinq cent dix articles sont ressortis. Tous les titres et les résumés qui n'étaient pas directement sur l'allaitement en lien avec la relation mère-bébé ont



été retirés. Les 12 articles pertinents ont été conservés. Six articles sont issus de sources alternatives, principalement les références des textes retenus et des articles référés.

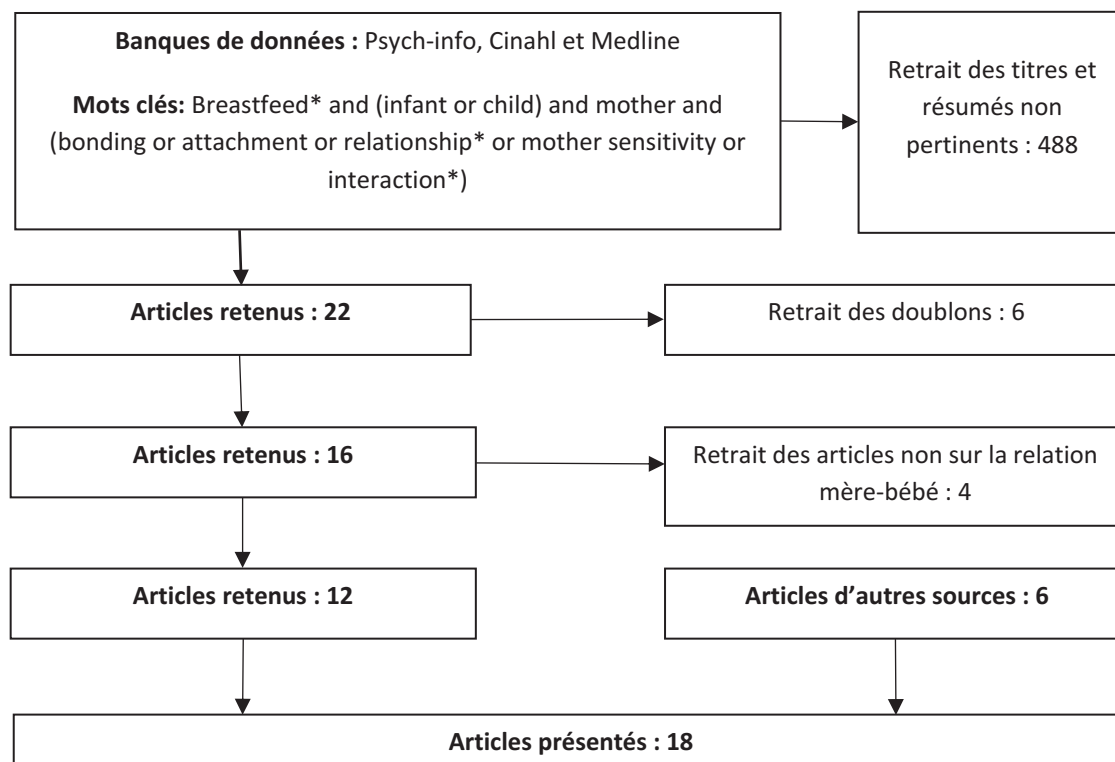


Figure 3. Résultats de la recherche documentaire pour l'allaitement et la relation mère-bébé.

Les études recensées permettent d'établir des liens entre l'allaitement et l'établissement de la relation mère-enfant. Deux revues de littérature répertoriées illustrent bien que le lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé n'est pas précis, mais ils semblent s'influencer l'un l'autre (Jansen et al., 2008; Schulze et Carlisle, 2010). Parfois ce lien s'étudie pour comprendre l'influence de l'allaitement sur l'établissement de la relation mère-enfant, alors qu'à d'autres occasions, la cible est d'essayer de préciser si la relation mère-enfant ne modulerait pas le choix d'allaiter et la durée de l'allaitement. Des chercheurs se sont concentrés sur les interactions, le contact physique, la proximité des dyades mère-enfant pendant l'allaitement (Winberg, 2005; Britton, Britton, et Gronwaldt, 2006; Lacombe, Bell, Hatem, et Tronick, 2008; Field et al., 2010; Ferland, 2011; Smith et Ellwood, 2011; Bigelow et al., 2014). D'autres ont voulu directement savoir s'il y avait un lien entre l'allaitement et l'attachement (Britton et al., 2006; Gribble, 2006; Wilkinson et Scherl, 2006; Tharner et al.,

2012). Finalement, un courant important d'études examine les liens entre l'allaitement et la sensibilité maternelle (Britton et al., 2006; Drake, Humenick, Amankwaa, Younger, et Roux, 2007; Gutman, Brown, et Akerman, 2009; Ferland, 2011; Kim et al., 2011; Pearson, Lightman, et Evans, 2011; Tharner et al., 2012; Courtois et al., 2014; Papp, 2014). Ces différents liens que la recherche a tenté d'établir entre l'allaitement et les concepts de proximité et d'interaction, d'attachement et de sensibilité maternelle sont illustrés dans cette section à travers la description des études portant sur ces thèmes.

### ***2.3.1 Allaitement et interactions et contact physique dans les dyades mère-enfant***

L'idée que l'allaitement facilite l'établissement de la relation mère-enfant n'est pas nouvelle, car Bowlby (1982), Ainsworth et al. (1978) et Kennell et Klaus (1998) considéraient que l'allaitement avait une fonction pour le développement de cette relation. Bowlby explique que le fait de pouvoir s'agripper au sein représente symboliquement le fait pour le bébé de pouvoir s'accrocher à la relation quoi qu'il arrive. Ainsworth et al. proposent que l'allaitement ne répond pas uniquement à un besoin nutritionnel, mais aux besoins de succion, de s'agripper, et de contact visuel du nouveau-né. Klaus et Kennell considèrent que l'allaitement est un moment privilégié d'interaction qui contribue à établir et à renforcer le lien mère-bébé. D'ailleurs, parmi les raisons qui motivent les mères à allaiter, elles rapportent souvent la possibilité de vivre une relation plus proche avec leur bébé (Bell et al., 2001; Fanello, Moreau-Gout, Cotinat, et Descamps, 2003; Bell, Moutquin, Royer, St-Cyr Tribble, et Yergeau, 2006). De récentes recherches ont tenté de voir comment le contexte d'allaitement favorise la proximité et les interactions avec le bébé. Six études pertinentes ont été répertoriées et sont présentées (Winberg, 2005; Britton et al., 2006; Lacombe et al., 2008; Field et al., 2010; Smith et Ellwood, 2011; Bigelow et al., 2014).

La revue sélective de la littérature de Winberg (2005), faite en Suède, met de l'avant l'importance de la proximité physique dans les dyades mère-bébé. À la base, la proximité physique a un effet sur la régulation physiologique de la mère et de l'enfant. Dès la naissance, les contacts physiques entraînent la libération d'hormones qui favorisent entre autres l'allaitement. À son tour, celui-ci renforce la proximité physique. Elles ajoutent qu'une grande proximité physique motive la mère à être plus attentive aux pleurs de son bébé et à ses besoins d'où une tendance à l'allaiter plus souvent. La proximité physique et l'allaitement

mis ensemble favoriseraient la relation mère-bébé en augmentant le *bonding* vécu. Cette revue sélective de littérature n'est pas exhaustive de l'ensemble de la littérature sur ce sujet et l'auteur ne précise pas sa stratégie de recherche d'articles. De plus, la majorité des articles répertoriés sont plus anciens, datant des années 90. Cependant, les conclusions tirées par l'auteur montrent bien que la proximité physique est favorable à l'allaitement et à son tour, celui-ci encourage la proximité physique au sein des dyades mère-bébé, renforçant leur relation. Récemment des revues de littérature sur le contact peau à peau dès la naissance confirment l'impact indéniable de la proximité physique en affirmant que cette pratique renforce l'allaitement et la relation mère-bébé (Moore, Anderson, Bergman, et Dowswell, 2012; Stevens et al., 2014). De plus, une étude plus ancienne rapportait que les mères qui allaitent ressentaient une plus grande proximité physique avec leur bébé en comparaison avec celles qui donnent le biberon (McKee et al., 2004).

Un niveau de proximité augmenté par l'allaitement peut aussi représenter plus d'opportunités d'interaction. Smith et Ellwood (2011) émettent l'hypothèse que le nombre d'heures passées en interaction étroite mère-bébé est supérieur au sein des dyades où les mères allaitent en comparaison à celles qui donnent le biberon. Le but de cette étude était donc de comparer celles qui allaitent et celles qui donnent le biberon en terme de durée des contacts avec leur bébé. D'avril 2005 à avril 2006, à l'aide d'un appareil chronomètre spécial, 188 mères ont enregistré le temps passé en interaction avec leur bébé. Les chercheurs ont noté le cumulatif de ces moments à trois, six et neuf mois post-partum, pour tirer leur conclusion. Combinant le temps de tétée, les soins intimes et les interactions émotionnelles, les mères qui allaitent exclusivement passent le plus de temps avec leur bébé, suivi des mères qui donnent en alternance le sein et le biberon et en dernier lieu, celles qui donnent uniquement le biberon. Ce résultat réitère l'importance du contact physique, composante de la relation mère-bébé (Bell, 2008). Par contre, les mères étaient réparties dans les groupes selon leur statut d'alimentation du bébé, ce qui a produit des groupes très inégaux en taille, enlevant de la crédibilité aux comparaisons (par exemple à six mois, une seule mère donnait exclusivement le biberon à son bébé). Néanmoins, ces auteurs arrivent aussi au raisonnement logique que, plus le bébé passe de temps en contact intime avec sa mère, plus il a des opportunités d'interagir et d'aboutir à un attachement sécurisant, mais malheureusement la mesure de l'attachement mère-bébé n'a pas été prise dans l'étude. Par ailleurs, ce résultat est

conforme à celui obtenu anciennement par Lavelli et Poli (1998) qui avançaient qu'en contexte d'allaitement, les dyades mère-bébé passent plus de temps en contact intime, à se toucher, à se contempler et à poser des gestes d'affection durant la tétée. Ces deux études réalisées à 10 ans d'intervalle, sur deux populations distinctes (Italie vs Australie), permettent d'apprécier l'importance de l'allaitement dans les fondements du contact physique et des interactions mère-enfant.

Ces études mettent en évidence que la proximité physique peut être augmentée par l'allaitement, mais qu'en est-il de la qualité des interactions pendant ces occasions de proximité? Pour leur étude prospective longitudinale menée en Arizona, Britton et al. (2006) ont suivi 174 dyades mères-enfant. Un de leurs objectifs était d'observer s'il y a une différence dans la qualité des interactions mère-bébé entre celles qui allaitent et celles qui donnent le biberon. La qualité des interactions, enregistrée sur bande vidéo pendant la tétée, a été mesurée à six mois avec le Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) Feeding Scale (Barnard, 1994). La qualité des interactions à six mois n'était pas significativement différente entre les mères qui allaitent exclusivement, celles qui le font partiellement et celles qui donnent le biberon. Ces auteurs n'ont donc pas constaté une influence du type d'alimentation du bébé sur la qualité des interactions à six mois. Cependant, ils font une mise en garde importante sur les résultats de leur étude, reconnaissant qu'un suivi d'un an et plusieurs sessions de vidéos filmées au domicile des mères rendaient la participation particulièrement exigeante pour ces mères volontaires. Il se pourrait donc que le groupe de mères suivies ait eu un niveau d'engagement parental supérieur à la moyenne. La représentativité de l'échantillon est, de ce fait, mise en doute. Le NCAST est un outil permettant d'évaluer des données d'observation des échanges mère-bébé. Une certaine subjectivité de l'observateur est possible, mais les auteurs avertissent que les observateurs ont été formés et que les désaccords ont tous été réglés par consensus. Aussi, une seule mesure de la qualité des interactions à six mois a été prise et le développement normal de l'enfant doit être considéré.

D'autres études obtiennent des résultats différents concernant l'influence de l'allaitement sur la qualité des interactions. Une étude américaine décortique aussi les interactions dans les dyades mère-bébé pendant les boires à trois mois post-partum, à l'aide

de périodes filmées (Field et al., 2010). Leur but était de comparer les interactions pendant les boires au sein versus au biberon. Leur échantillon comportait 14 mères allaitant et 14 mères donnant le biberon. À l'aide d'analyses statistiques ANOVA, ils ont trouvé que celles qui allaitent interrompent moins souvent la tétée pour le rot ( $p = .05$ ) et caressent plus souvent leur bébé pendant la tétée ( $p = .009$ ). De plus, les comportements de la mère et de son bébé ont aussi été évalués avec l'Interaction Rating Scales (IRS; Field, 1980). Les résultats obtenus suggèrent que les comportements de la mère sont significativement plus positifs pour celles qui allaitent ( $p = .02$ ) et que les comportements du bébé allaité sont aussi significativement plus positifs ( $p = .04$ ). Ces auteurs accordent une place importante à ces résultats, mettant de l'avant que les mères qui allaitent caressent plus leur bébé. Ils déclarent que le fait de caresser le bébé est positif pour ce dernier, mais aussi pour la mère qui développe une plus grande sensibilité maternelle ce faisant. Pour ces auteurs, contrairement à Britton et al. (2006), l'allaitement offre des avantages relationnels pour la dyade mère-bébé, ils évaluent que le climat y est plus détendu. L'IRS, outil utilisé pour analyser des données d'observation des interactions mère-enfant, n'est pas spécifique au contexte d'alimentation. Une fidélité inter juge de .81 est rapportée, mais les auteurs ne mentionnent pas la formation des observateurs. Il n'est pas mentionné où a eu lieu la recherche aux États-Unis. De plus, la taille de l'échantillon de 14 mères dans chaque groupe est relativement petite. Par ailleurs, il est très intéressant d'avoir spécifiquement nommé des comportements représentant des interactions positives. Selon une étude récente (Golen et Ventura, 2015), les mères qui donnent le biberon sont distraites par autre chose que leur bébé pendant 52 % du temps du boire, ce qui semble appuyer les résultats de Field et al. (2010). Une étude semblable aurait été pertinente pour découvrir à quoi s'occupent les mères pendant la tétée, si elles sont distraites aussi souvent.

Très récemment, une étude canadienne avait pour objectif d'évaluer l'impact du temps passé en peau à peau par les dyades mère-bébé durant le premier mois post-partum sur la persistance de l'allaitement et sur les interactions au sein des dyades (Bigelow et al., 2014). Les mères du groupe expérimental devaient pratiquer six heures de contact peau à peau (SSC) par jour durant la première semaine post-partum et, par la suite, elles devaient le faire deux heures par jour jusqu'à la fin du premier mois de l'enfant. Le groupe contrôle n'avait reçu aucune indication quant à la durée du SSC. Toutes les mères devaient comptabiliser le nombre d'heures de SSC. Deux groupes ont été créés : celui des dyades ayant vécu plus de

4000 minutes de SSC pendant le premier mois ( $n = 26$ ) et celui de celles ayant vécu moins de 4000 minutes de cette pratique ( $n = 51$ ). Les mères qui devaient effectuer un nombre d'heures de SSC l'ont fait significativement plus souvent que celles qui n'avaient pas reçu d'indication. Un test de Cochran Q a montré que pour les trois premiers mois, les mères dans le groupe expérimental étaient significativement ( $p < .001$ ) plus nombreuses à allaiter que celles du groupe contrôle. Et le résultat est le même pour l'allaitement exclusif à trois mois : celles du groupe expérimental étaient significativement plus nombreuses à allaiter à trois mois, suggérant que les mères passent plus de temps avec leur bébé. Pour mesurer les interactions, les chercheurs ont utilisé le *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (NCAFS; Summer et Spietz, 1994). Leurs résultats d'ANOVA montrent que les mères qui allaitent obtiennent des scores significativement plus élevés ( $p = .024$ ) en comparaison à celles qui ne le font pas. Celles qui allaitent exclusivement obtiennent également des scores plus élevés. Ce qui confirme un degré d'interactions plus positives dans les dyades où il y a allaitement et dans celles où l'allaitement est exclusif. Par contre, ils n'ont pas trouvé de différence significative pour les scores du NCAFS selon le nombre d'heures de SSC. Ceci suggère que plus de SSC ne se traduit pas nécessairement en des interactions plus positives entre la mère et son bébé. Cette étude suggère donc que plus de SSC favorise l'allaitement et son exclusivité et que l'allaitement favorise des interactions positives entre la mère et son enfant, mais qu'augmenter le temps du SSC ne favorise pas forcément plus d'interactions positives. C'est donc l'allaitement qui favorise des interactions mère-bébé plus positives. Cette étude comporte des forces indéniables. Elle a considéré plusieurs données sociodémographiques et les symptômes de dépression post-partum comme variables confondantes. Des analyses avec plusieurs tests statistiques ont été réalisées. Les mères canadiennes de l'échantillon se rapprochent en caractéristiques des mères québécoises. Par contre, on note un déséquilibre dans les groupes puisque le groupe expérimental comptait environ deux fois moins de dyades que le groupe contrôle et qu'il y avait beaucoup plus de mères qui allaitaient dans le premier groupe. Le nombre d'heures rapportées pour le SSC dépendait de la volonté des mères de tenir le registre de ce nombre d'heures et aussi de leur souci d'honnêteté. Pour les données du NCAFS, la formation des observateurs est décrite. Ceux-ci observaient directement à leur domicile les dyades mères-bébé pendant des périodes d'alimentation. Il se peut que la

présence d'un inconnu ait modifié les comportements de la mère, de son bébé ou des deux, mais la mesure a été répétée à quatre occasions limitant ce problème.

Il vient d'être avancé que l'allaitement favorise des interactions positives. Pour Lacombe et al. (2008), l'inverse est aussi vrai puisqu'ils soutiennent que la qualité de la relation mère-bébé encourage l'allaitement jusqu'à six mois. Ils ont utilisé les données d'observation filmées au domicile de 72 dyades mère-enfant d'une étude longitudinale corrélacionnelle bostonienne avec comme objectif d'examiner l'influence de l'interaction mère-enfant sur la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Ils soulèvent l'hypothèse que le type d'interaction mère-bébé a une incidence sur la poursuite de l'allaitement maternel à six mois, qu'il existe une association entre la qualité de la relation qui se construit entre la mère et son bébé et leur capacité à créer une relation propice à la poursuite de l'allaitement. Suite à leur analyse, par régression logistique, la concordance entre l'affect positif de la mère et de l'enfant apparaît comme variable associée à l'allaitement à six mois ( $b = 0.029$ ;  $dl = 1$ ;  $p = .05$ ), corroborant leur hypothèse. Concrètement, lorsque la fréquence des réponses maternelles aux sourires et vocalisations du bébé augmente, les chances de poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois augmentent également. Ces auteurs mentionnent que le fait de décoder, d'interpréter et de répondre aux signaux émis par l'enfant engendre une régulation réciproque et le fonctionnement optimal de l'enfant. Ils ajoutent que la notion de plaisir mutuel lors de l'allaitement et le désir de maintenir cet état, peuvent encourager la persistance de l'allaitement. Le nombre de dyades observées était assez grand et la mesure de l'observation était prise dans cinq contextes différents. Deux assistantes de recherche codaient individuellement à l'aveugle les affects filmés de la mère, de son bébé et la concordance entre les deux. Les variables étaient catégorielles, laissant moins de place à l'interprétation, même si une part de subjectivité demeurait. La mesure prise concernait les affects et ceux-ci sont interprétés en lien avec l'interaction.

En somme, les études présentées illustrent qu'il semble exister un lien entre l'allaitement, la proximité physique et les interactions mère-bébé. Cependant, d'une étude à l'autre, la direction de ce lien varie. Pour plusieurs, la proximité physique encourage l'allaitement, mais une fois que sa pratique s'amorce et perdure, il entraîne plus de proximité physique entre la mère et son bébé (Winberg, 2005; Moore, Anderson, Bergman, et



Dowswell, 2012; Stevens et al., 2014). Encourager la proximité physique sous forme de peau à peau est une pratique ayant une incidence sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement, mais aussi, selon certains, sur la relation mère-bébé particulièrement en favorisant le *bonding* (Bigelow et al., 2014). Par contre, il semblerait que maintenir la pratique du contact peau à peau plus longtemps en post-partum favoriserait considérablement l'allaitement, mais pas forcément des interactions plus positives entre la mère et son bébé (Bigelow et al., 2014). Le lien a été aussi établi entre une plus grande proximité physique et les interactions vécues dans les dyades (Field et al., 2010). Ainsi il semblerait qu'en contexte d'allaitement, les mères sont plus souvent en interaction avec leur bébé, mais aussi que le type d'interaction partagé pendant ces moments soit de nature plus positive (Field et al., 2010). Notamment, les gestes d'affection semblent plus fréquents durant la tétée au sein plutôt qu'au biberon. Certains parlent d'un climat serein avec moins d'interruption pour les bébés allaités (Field et al., 2010). Une explication simple pourrait être que celles qui donnent le sein ont une main libre pour toucher leur bébé, tandis qu'en donnant le biberon cette main est justement occupée à tenir ce dernier. Finalement, il a été considéré que des interactions positives avec un partage de plaisir entre la mère et son bébé représentent en fait des éléments qui favoriseraient la pratique de l'allaitement (Lacombe et al., 2008). Ce type d'interaction fait intervenir la sensibilité maternelle qui, comme présentée en section 2.1.3, est un facteur pour l'établissement de la relation mère-bébé (Lacombe et al., 2008). En section 2.3.3, les liens entre ce concept et l'allaitement seront décrits. La prochaine section s'attardera aux recherches qui portent sur l'allaitement et l'attachement mère-bébé.

### ***2.3.2 Allaitement et attachement mère-bébé***

Si certains auteurs ont examiné l'allaitement sous l'angle de la proximité et des interactions, d'autres ont voulu savoir si l'allaitement peut avoir un impact sur le type d'attachement. Ces études se heurtent à des difficultés indéniables, inhérentes à la difficulté de mesurer l'attachement et au fait que l'allaitement ne s'étudie pas en laboratoire. Deux revues de littérature permettent de faire le point sur le lien mère-bébé en terme d'attachement ou de *bonding* (Jansen et al., 2008; Schulze et Carlisle, 2010) et quatre études répertoriées ont mis en relation l'allaitement et l'attachement (Britton et al., 2006; Gribble, 2006; Wilkinson et Scherl, 2006; Tharner, et al., 2012).



Deux revues de littérature mettent en lien l'allaitement et l'établissement de la relation mère-enfant en ce qui a trait à l'attachement et au *bonding*. En 2008, Jansen et al. ont réalisé une revue de littérature ayant comme objectif de clarifier le rôle de l'allaitement sur le développement de la relation mère-enfant. Leur prémisse de base pour cette recension était que l'allaitement diffère de l'alimentation au biberon à plusieurs niveaux. Ils expliquent que chez les animaux, les hormones impliquées pour l'allaitement renforcent l'attachement puisqu'elles renforcent les soins maternels et le *bonding* mère-bébé. À la suite de leur recherche sur les hormones de l'allaitement, ils analysent qu'en allaitant, les mères sont plus calmes et sociables, ce qui implique des conditions primordiales pour un attachement sécurisant. Ils ont combiné les termes « *bond\** » and/or « *attachment* » with « *breastfeed\** » dans les bases de données scientifiques *PsychInfo*, *Medline*, et *International Bibliography for the Social Sciences*. Des 328 articles répertoriés, ils ont analysé six recherches empiriques qui examinaient directement le lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé. Leur investigation se limitait aux articles écrits en anglais entre 1985 et 2006. Trois de ces études considéraient le *bonding* mère-bébé (Cernadas, Noceda, Barrera, Martinez, et Garsd, 2003 ; Else-Quest, Hyde, et Clark, 2003; Martone et Nash, 1988) et trois l'attachement mère-enfant (Britton et al., 2006; Gribble, 2006; Fergusson et Woodward, 1999). De leur analyse, ces auteurs relèvent que dans les études répertoriées, le lien mère-enfant n'était pas mesuré au même moment (dans l'une d'elles, la mesure était prise à deux jours de vie, alors que dans une autre, on mesurait l'attachement à 15-16 ans). Aussi, la taille des échantillons était variable allant de quatre à 999 participantes. Et, l'attachement et le *bonding* étaient évalués différemment d'une étude à l'autre. Parmi ces six études, une seule a établi un lien entre la durée et l'exclusivité de l'allaitement et le *bonding* mère-bébé (Cernadas et al., 2003). Aucune des autres études ne rapporte un lien statistiquement significatif entre l'allaitement et la relation mère-enfant. Cette revue de littérature conclut que la recherche telle qu'elle est pour le moment échoue à établir le lien entre l'allaitement et une meilleure relation entre la mère et son enfant. Pour ces auteurs, l'allaitement dans la société moderne n'est pas suffisamment répandu, long et exclusif pour avoir un impact sur la relation mère-bébé. Cette première revue de littérature répertoriée est enrichissante puisqu'elle suscite un questionnement pertinent sur le lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé. Par contre,

elle n'est pas exhaustive étant limitée à quelques banques de données scientifiques et aux textes de langue anglaise.

Schulze et Carlisle (2010) ont aussi réalisé une revue critique de la littérature dans le but d'identifier les bienfaits de l'allaitement qui sont scientifiquement appuyés. Plus précisément, elles se sont demandé si scientifiquement l'allaitement participe à l'établissement de la relation mère-enfant. Sous forme de discussion, elles présentent sept recherches sur le sujet (Else-Quest et al., 2003; Cernadas et al., 2003; Huang, Wang, et Chen, 2004; Britton et al., 2006; Fergusson et Woodward, 1999; Gribble, 2006). Dans le cadre de cette revue de littérature, elles critiquent fortement les études associant l'allaitement à la relation mère-enfant. Elles en arrivent à deux constats : 1) ces études ne se basent souvent pas sur la même définition de l'attachement ou même n'en n'ont aucune et 2) qu'il est souvent difficile de savoir si l'allaitement est un résultat de l'établissement de la relation mère-enfant ou si au contraire, il est un précédent d'un meilleur attachement. Comme Jansen et al. (2008), elles mettent l'accent sur l'impact de l'hormone ocytocine responsable de la production du lait et l'importance de la proximité physique qui procure à l'allaitement un statut spécial. Par contre, elles mentionnent qu'il résulte de l'allaitement, lorsqu'il est agréable, un sentiment de réussite face à la maternité (Labbok, 2001), sentiment non négligeable pour l'établissement de la relation mère-enfant. Cette revue de littérature confirme et complète celle réalisée par Jansen et al. (2008). Toutefois, elle comporte quelques limites : elle n'est pas exhaustive, les étapes de la recherche dans les banques de données scientifiques ne sont pas mentionnées, les limites imposées pour la recherche ne sont pas décrites et les chiffres supportant les résultats des études critiquées ne sont pas présentés.

Une étude qualitative australienne, relatant quatre histoires de cas (Gribble, 2006), apporte un éclairage sur un possible impact de l'allaitement sur la relation mère-enfant en contexte d'adoption. Son but était de voir si dans ce contexte, l'allaitement peut avoir un impact sur l'attachement. Des mères adoptives racontent comment une relation, à priori difficile avec l'enfant adopté, s'est transformée en une relation beaucoup plus sereine et harmonieuse suite à la réussite de l'allaitement de cet enfant. Dans cette recherche, les familles confient que l'allaitement a joué un rôle indéniable dans l'attachement mère-enfant. Évidemment l'échantillon est très petit et l'auteur contre-indique la généralisation de ce

résultat, car ce qui fonctionne pour certains, particulièrement dans des contextes si complexes, n'est pas forcément valable pour d'autres. Cependant la force majeure de cette étude est de susciter une réflexion importante sur l'impact des raisons qui motivent la décision d'allaiter. Dans ces quatre histoires de cas, l'allaitement a été choisi pour favoriser l'attachement et les protagonistes confirment qu'il a rempli ce rôle. Mais l'allaitement a-t-il le même impact sur la relation mère-bébé s'il est pratiqué pour ses bienfaits biologiques? Ainsi, l'influence de l'allaitement sur la relation mère-enfant et sur l'attachement qui en découle peut différer si les mères le pratiquent pour favoriser la relation avec leur bébé. Le choix d'allaiter dans ces derniers cas démontre une très grande ouverture, considérant que les mères ont choisi pour des raisons relationnelles d'allaiter un enfant qui n'est biologiquement pas le leur. Il faut mentionner qu'aucune mesure de l'attachement du bébé à sa mère n'a été prise et ce qui a été analysé est l'impression des mères de l'attachement de leur bébé.

En Australie, Wilkinson et Scherl (2006) ont examiné 60 mères (36 allaitantes et 24 donnant le biberon) avec l'objectif d'explorer les liens entre la santé mentale, l'attachement maternel et les types d'attachement selon le mode d'alimentation (au sein ou au biberon). Ils les ont rencontrées durant des entrevues semi-structurées de 30 minutes, une entrevue à quatre mois et une à six mois. En complément des entrevues, les mères ont également rempli des questionnaires. Le style d'attachement a été évalué avec le *Relationship Questionnaire* ([RQ] Bartholomew et Horowitz, 1991) et l'attachement ressenti par la mère avec le *Maternal Attachment Inventory* ([MAI]; Muller, 1994). Il n'y avait aucune différence par rapport à l'attachement ressenti par la mère envers son bébé selon le statut d'alimentation. Par contre, une différence significative a été enregistrée entre celles qui donnent le sein et les autres pour le style d'attachement sécurisant plus fréquent chez les bébés nourris au sein ( $p < .05$ ). Considérant ces deux résultats, on peut avancer que les mères qui donnent le biberon se sentent aussi attachées à leur bébé que celles qui allaitent, mais que dans cette étude, les bébés allaités ont développé un meilleur attachement envers leur mère. Par contre, le RQ étant un questionnaire auto-rapporté, cette mesure reflète la perception de la mère sur le lien que son bébé développe avec elle. Les auteurs mentionnent que cet outil ne fournit qu'une mesure acceptable du type d'attachement de l'enfant. Son utilisation comporte donc une marge d'erreur. L'attachement que ressent la mère envers son bébé, était aussi considéré,

bien qu'en soi, l'attachement est développé par l'enfant. Le MAI est aussi une mesure auto-rapportée, ce qui est approprié pour mesurer la perception des mères de leurs émotions. Par contre, les auteurs disent que le MAI comporte des faiblesses psychométriques et qu'avec un autre outil, il aurait peut-être été possible de déceler des différences entre les groupes. L'échantillon était aussi déséquilibré avec moins de mères donnant le biberon. Finalement, l'échantillon de convenance, recruté en clinique de santé et de vaccination, regroupe des mères qui peuvent être plus préoccupées par la santé et le bien-être de leur bébé.

L'étude de Britton et al. (2006), en plus d'examiner la qualité des interactions, s'est aussi intéressée à l'attachement mère-bébé. Un des objectifs était de tester l'hypothèse que l'allaitement est associé à un attachement mère-bébé sécurisant. À 12 mois, le type d'attachement a été évalué à l'aide de l'*Ainsworth Strange Situation* (Ainsworth et Wittig, 1969) en laboratoire. Ils n'ont pas obtenu de corrélation entre la durée de l'allaitement et l'attachement sécurisant ( $r [148] = 0.03; p = .75$ ). Par contre, des scores plus élevés pour la qualité des interactions positives, peu importe le mode d'alimentation, ont été constatés chez celles qui ont par la suite affiché un attachement sécurisant ( $p = .04$ ). Ces résultats portent à croire que si le mode d'alimentation n'influence pas le type d'attachement, la qualité de la relation pendant l'alimentation joue un rôle dans l'attachement. Ce résultat ramène l'importance de la qualité des interactions vues en section 2.3.1 qui, ici, semble être un élément plus important que l'allaitement comme tel pour l'attachement sécurisant. Donc si l'allaitement permet de vivre des interactions positives avec le bébé, il est peut-être favorable à la relation. Mais un vécu d'allaitement avec peu d'interactions ou avec des interactions maladroites peut-il avoir un impact négatif sur la relation? La représentativité de l'échantillon a déjà été critiquée dans la section précédente. Pour ce qui est de la mesure de l'attachement du bébé à sa mère, l'utilisation de l'*Ainsworth Strange Situation* est la plus reconnue et deux observateurs formés codaient les interactions.

Tharner et al. (2012) obtiennent des résultats différents en ce qui concerne l'allaitement et son influence sur l'attachement. Un de leurs objectifs était d'examiner l'association entre l'allaitement et le type d'attachement sécurisant. Ils ont évalué le type d'attachement à l'aide de l'*Ainsworth Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978) auprès de 731 dyades de mères avec leur bébé âgé de 14 mois en Hollande. Ils en arrivent aux résultats

qu'une durée plus longue d'allaitement était associée à une plus grande incidence de l'attachement de type sécurisant ( $p = .03$ ), et une moins grande incidence de l'attachement de type désorganisé ( $p = .02$ ). Selon ces résultats, il se peut qu'un allaitement qui se prolonge soit un facteur pouvant augmenter l'attachement sécurisant et réduire celui de type désorganisé. Ici, c'est donc l'impact de la durée de l'allaitement qui est considéré. Il faut se demander ce qui caractérise un allaitement qui dure jusqu'à six mois. Se pourrait-il qu'un allaitement agréable pour la dyade mère-bébé soit un élément qui fasse en sorte que les mères persistent à allaiter? Se pourrait-il, comme proposé par Lacombe et al. (2008), que les expériences d'allaitement qui persistent soient des expériences où les dyades vivent des interactions positives? Encore une fois, l'attachement a été évalué avec l'*Ainsworth Strange Situation* qui représente la mesure la plus reconnue. Cependant, la représentativité des résultats est discutable puisque bien que l'échantillon était important, il n'était composé que de mères hollandaises caucasiennes et le niveau socio-économique de celles-ci était supérieur à la moyenne.

En somme, parfois l'attachement développé par le bébé est considéré alors que d'autres fois, c'est le sentiment d'attachement pour son bébé auto-rapporté par la mère qu'évaluent les auteurs en lien avec l'allaitement. L'allaitement peut être choisi par la mère afin de favoriser la relation avec son enfant (Gribble, 2006). Dans ce cas, celle-ci peut rapporter sentir plus d'attachement dans la dyade (Gribble, 2006). Par rapport à ce sentiment d'attachement au bébé, les mères qui choisissent de donner le biberon se disent aussi attachées à lui (Wilkinson et Scherl, 2006). Par contre, plusieurs auteurs rapportent que l'attachement de type sécurisant est plus prévalent chez les bébés allaités (Wilkinson et Scherl, 2006; Tharner et al., 2012). Une étude s'oppose à ce résultat notant que c'est plutôt la qualité des interactions pendant les boires qui favorise l'attachement sécurisant (Britton et al., 2006). En effet, plusieurs études présentées supportent que les interactions sont plus positives en contexte d'allaitement (Lacombe et al., 2008; Field et al., 2010). Finalement, la durée de l'allaitement est aussi associée à l'attachement sécurisant chez le bébé (Tharner et al., 2012), mais il faut considérer la possibilité que les expériences d'allaitement qui persistent soient en fait empreintes de plus d'interactions satisfaisantes pour la dyade mère-bébé. Plusieurs des recherches présentées abordent la sensibilité maternelle comme variable à considérer (Britton et al., 2006; Tharner et al., 2012) particulièrement en matière de qualité

des interactions. Certaines d'entre elles comportent des résultats liant l'allaitement et la sensibilité maternelle. Ce thème sera l'objet de la prochaine sous-section.

### **2.3.3 Allaitement et sensibilité maternelle**

Neuf études mettant en relation l'allaitement et la sensibilité maternelle sont présentées (Britton et al., 2006; Drake et al., 2007; Gutman et al., 2009; Ferland, 2011; Kim et al., 2011; Pearson et al., 2011; Tharner et al., 2012; Courtois et al., 2014; Papp, 2014).

L'étude prospective longitudinale de Britton et al. (2006), présentée plus haut, s'intéressait aussi à l'allaitement en lien avec la sensibilité maternelle. Ces auteurs ont mesuré la sensibilité maternelle à trois mois avec le *Sensitivity to Cues Subscale* (Barnard, 1994), avec comme objectifs d'examiner son lien avec l'intention d'allaiter, la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Les mères qui avaient l'intention d'allaiter obtiennent des scores plus élevés pour la sensibilité à trois mois post-partum, comparativement à celles qui désiraient donner le biberon ( $p = .003$ ). Si en plus, les mères anticipaient la durée de leur allaitement, la corrélation avec la sensibilité augmentait ( $p = .008$ ). Ces auteurs ont aussi trouvé une corrélation entre la durée de l'allaitement et la sensibilité maternelle ( $p = .000$ ). Finalement, le niveau de sensibilité était aussi plus élevé chez les mères qui allaitent exclusivement comparativement à celles qui n'allaitent pas exclusivement ( $p < .001$ ). Ces résultats indiquent une association entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. Ces auteurs discutent de leurs résultats en proposant que d'une part, un niveau de sensibilité plus élevé soit associé au choix d'allaiter et, d'autre part, que le fait de pratiquer l'allaitement soit à son tour associé à un accroissement de la sensibilité. En section 2.3.2, il a été présenté que cette étude n'avait pu établir un lien entre l'allaitement et l'attachement sécurisant. Par contre, les résultats suggèrent que le fait d'avoir une plus grande sensibilité maternelle peut renforcer l'attachement sécurisant à long terme. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour vérifier s'il existe un lien indirect entre l'allaitement et l'attachement avec la sensibilité maternelle comme modulatrice de ce lien. L'outil qui a servi à mesurer la sensibilité est dit consistant et valide, mais la mesure n'a été enregistrée qu'une fois à trois mois. Il aurait été pertinent de prendre une mesure de base de la sensibilité maternelle en post-partum immédiat afin d'évaluer si les groupes de mères se distinguaient au départ au niveau de leur sensibilité.

L'hypothèse selon laquelle l'allaitement influence positivement la sensibilité est supportée par les résultats de Gutman et al. (2009). Ces auteurs ont analysé les données d'une vaste étude longitudinale qui incluait les bébés nés entre 1992 et 1993, dans 12 500 familles de la région d'Avon en Angleterre. Un de leurs objectifs était d'identifier des déterminants d'un bon parentage durant la petite enfance. Parmi ces déterminants, ils ont considéré la pratique de l'allaitement et la sensibilité maternelle, mesurées avec le *Interpersonal Sensitivity Measure* (Boyce et Parker, 1989). Les résultats de leur étude suggèrent que plus la durée de l'allaitement augmente, meilleurs sont les scores de sensibilité, il y aurait donc une corrélation entre la durée de l'allaitement et la sensibilité maternelle ( $r = .052$ ,  $p < .01$ ). Dans leur discussion sur les déterminants d'un bon parentage, ils abordent la sensibilité maternelle comme un élément important et soulèvent que si l'allaitement s'associe à la sensibilité maternelle, il devrait être encouragé par les professionnels pour soutenir les aptitudes parentales. La taille de l'échantillon, et le fait qu'il s'agisse d'une étude de cohorte, procure une bonne validité à cette étude, cependant les données datent du début des années 90. Étant donné la progression des pratiques et des taux d'allaitement, il se pourrait que réalisée aujourd'hui, cette étude de cohorte produise des résultats différents.

Une étude québécoise menée auprès d'un échantillon de 109 mères (Ferland, 2011), portant sur les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement, avait pour objectif de décrire le lien entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement. L'échelle de la sensibilité maternelle (Bell, 2002) a été complétée par les mères à 48 heures, un et trois mois de vie de l'enfant. Cette échelle se divise en cinq sous-échelles, chacune d'entre elles variant avec le niveau de sensibilité maternelle : la découverte, le contact affectif, l'engagement, le contact physique et la communication. Il en est ressorti une différence significative selon le statut d'allaitement et la sous-échelle contact physique à 48 heures ( $p = .04$ ) et la sous-échelle découverte à un mois ( $p = .03$ ). Les mères qui ont persisté dans l'allaitement avaient un meilleur contact physique à 48 heures et affichaient plus de découverte de l'enfant à un mois. Les résultats de cette étude renforcent l'importance du contact interactionnel, comme vu dans la section 2.3.2. Par contre, il s'agit d'une mesure auto-rapportée qui fait appel à la mémoire et à la volonté de répondre justement selon son vécu.



Pearson et al. (2011), en Angleterre, ont réalisé une étude expérimentale en laboratoire avec 51 mères, afin de mesurer la rapidité de leur réaction à un stimulus de détresse d'un bébé. Leur objectif était de voir s'il y a une différence dans les temps de réponse entre celles qui allaitent et celles qui donnent le biberon. En laboratoire, ils ont soumis les participantes à des images, celles-ci devaient activer un bouton lorsqu'il s'agissait d'une image montrant un bébé en détresse et le temps de réponse était enregistré. Les mères ont vécu cette procédure deux fois, enceintes et de trois à six mois après l'accouchement. Le temps de réponse à un stimulus de détresse de celles qui allaitaient ( $n = 27$ ) a été comparé au temps de réponse de celles qui donnaient le biberon ( $n = 24$ ). Aucune différence dans le temps de réponse n'a été constatée durant la grossesse, mais après l'accouchement, les premières réagissaient 37 millisecondes plus rapidement que celles qui donnaient le biberon (CI : 6–69,  $p = .021$ ). Les auteurs argumentent que répondre rapidement à la détresse est une caractéristique importante de la sensibilité maternelle et ils concluent donc que le niveau de sensibilité maternelle en réponse à la détresse d'un enfant se démarque chez les mères qui allaitent relativement à celles qui nourrissent leur petit au biberon. Ils mentionnent aussi que selon leurs résultats, cette différence de sensibilité se manifeste après la naissance de l'enfant une fois l'allaitement débuté. Cette étude originale ajoute un élément important dans la compréhension du rôle de l'allaitement, suggérant qu'il pourrait être associé à une réponse maternelle plus rapide à la détresse du bébé. Il est important de rappeler que ce qui a été mesuré est la réponse à la détresse et non la sensibilité maternelle en soi. Ces résultats mériteraient d'être répliqués avec un plus grand échantillon, et avec une mesure de la sensibilité maternelle.

L'étude de Tharner et al. (2012), présentée dans la précédente sous-section, avait aussi comme objectif d'examiner si une durée plus longue d'allaitement est associée à un plus haut niveau de sensibilité maternelle. La sensibilité maternelle a été évaluée à 14 mois post-partum pour 628 dyades mère-bébé avec le *Ainsworth's Rating Scales* (Ainsworth, Bell, et Stayton, 1974) en laboratoire. Ces auteurs arrivent au résultat qu'une durée d'allaitement plus longue est reliée à des réponses maternelles plus sensibles ( $B = 0.11$ , 95 % [CI] 0.02 to 0.20,  $p = .02$ ). Ce résultat concorde avec celui de Britton et al. (2006), même si l'outil de mesure de la sensibilité maternelle n'est pas le même.



En 2014, Papp a réalisé une étude à travers les États-Unis auprès de 1306 dyades mère-bébé. Ses objectifs étaient d'examiner l'association entre l'allaitement et la sensibilité maternelle dans les interactions mère-bébé ainsi qu'entre l'allaitement et l'humeur du bébé. Des scénarios d'interaction mère-bébé d'une durée de 15 minutes étaient filmés à six, 15, 24 et 36 mois. Ces interactions ont été codées par des observateurs formés, selon les réponses des mères (absence de détresse, intrusive, regard positif, présence empreinte de soutien, respect de l'autonomie, hostile) afin de déterminer leur sensibilité et afin d'évaluer l'humeur du bébé. Les résultats obtenus suggèrent que l'allaitement est positivement associé à la sensibilité maternelle (coefficient = 0.527,  $t = 6.63$ ,  $p < .001$ ) et à l'humeur positive du bébé (coefficient = 0.077,  $t = 2.92$ ,  $p = .022$ ). Ce résultat s'ajoute aux autres qui soutiennent l'existence d'un lien entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. L'échantillon était important et comportait des mères de divers endroits aux États-Unis. Par ailleurs, la sensibilité maternelle a été observée, mais l'auteur donne peu de détails sur le codage et l'analyse des données. De plus, bien que les analyses soient récentes, il faut mentionner le fait que la collecte des données date de 1991 à 1994. Les mères sont plus diversifiées et plus nombreuses à allaiter de nos jours.

Une étude réalisée dans la région parisienne sur 247 dyades mère-bébé tentait de déterminer les facteurs impliqués dans la persistance de l'allaitement (Courtois et al., 2014). Une variable évaluée était le niveau de sensibilité maternelle à 48 heures post-partum à l'aide de l'Échelle de sensibilité maternelle (Bell et al., 2004). L'analyse multivariée montre qu'une sensibilité maternelle élevée à 48 heures est un facteur significativement associé à la poursuite de l'allaitement à six mois (OR (95 % CI) : 0,16 (0,03-0,84)  $p = .03$ ). Ce résultat supporte Britton et al. (2006) qui rapportent des niveaux de sensibilité maternelle plus grands chez celles qui persistent à allaiter. Ainsi, la sensibilité maternelle se dégage comme une variable importante en lien avec l'allaitement. D'ailleurs, selon l'analyse de Britton et al. (2006), en termes de relation mère-bébé, elle serait la principale caractéristique pouvant prédire la durée de l'allaitement, indépendamment des facteurs sociodémographiques. Comme déjà avancé, cette échelle est une mesure auto-rapportée et les auteurs ajoutent que l'échantillon était homogène et présentait peu de facteurs de risque connus pour l'arrêt de l'allaitement.

Comme vu dans la section 2.1.3, la réaction aux stimuli du bébé (ses pleurs) représente la première étape d'une réponse maternelle sensible (Lacharité, 2003). Kim et al. (2011) ont réalisé leur étude au Connecticut, aux États-Unis, dans le but d'évaluer si les mères qui allaitent avaient une plus grande activation du cortex cérébral aux stimuli des pleurs de leur bébé. Dix-sept dyades mère-bébé y ont participé : neuf mères allaitaient et huit donnaient le biberon. En laboratoire, entre deux et quatre semaines post-partum, l'activité cérébrale était mesurée par rapport aux stimuli des pleurs de leur bébé versus les pleurs d'un bébé inconnu. Entre trois et quatre mois post-partum, le niveau de sensibilité maternelle était évalué au domicile des participantes à l'aide d'enregistrement vidéo de cinq minutes d'interactions entre la mère et son bébé. Les interactions étaient ensuite codées avec le *Coding Interactive Behavior* (Feldman, 1998). Les résultats montrent que, quel que soit le mode d'alimentation, une plus grande sensibilité maternelle est associée à plus d'activation cérébrale. Mais, celles qui allaitaient avaient plus d'activation cérébrale aux stimuli des pleurs de leur propre bébé. L'interprétation des auteurs est donc que celles qui allaitent ont plus de réaction cérébrale aux stimuli de leur propre bébé et surtout qu'une réaction cérébrale accrue dénote plus de sensibilité maternelle. Cette étude est novatrice et ajoute un appui neurobiologique au lien présumé entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. Par contre, ces résultats doivent être interprétés avec réserve puisqu'ils proviennent uniquement de 17 dyades mère-bébé en santé et à terme. Aussi, l'échantillon était homogène, ne comprenant que des mères caucasiennes vivant en couple. Les résultats ne peuvent pas être généralisés à une autre population.

Une étude s'oppose à celles qui soutiennent l'existence d'un lien entre l'allaitement et des réponses maternelles plus sensibles. En 2007, Drake et al. ont effectué une étude transversale avec 177 répondantes à un questionnaire le *Maternal Infant Responsiveness Instrument* (MIRI) évaluant la qualité de la réponse maternelle (Amankwaa, Younger, Best, et Pickler, 2002). Un de leurs objectifs était de voir si l'allaitement est associé à la qualité de la réponse maternelle au bébé. Ils ont analysé les résultats en comparant celles qui allaitaient à celles qui ne le faisaient pas, et n'ont découvert aucune différence concernant la qualité de la réponse maternelle d'un groupe à l'autre. Par contre, comme soulevé par les auteurs, la qualité de la réponse maternelle est une partie importante de la sensibilité maternelle, mais ne représente pas totalement le concept. Les mères venaient de partout des États-Unis et

répondaient par Internet. Les auteurs de cette étude mentionnent que le sondage par Internet comporte un biais de sélection important puisque les participantes se sélectionnent elles-mêmes pour participer. Celles qui participent à des sondages Internet peuvent avoir des caractéristiques très différentes de celles qui ne le font pas. Donc, même si les réponses ont été recueillies à travers les États-Unis, elles ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population.

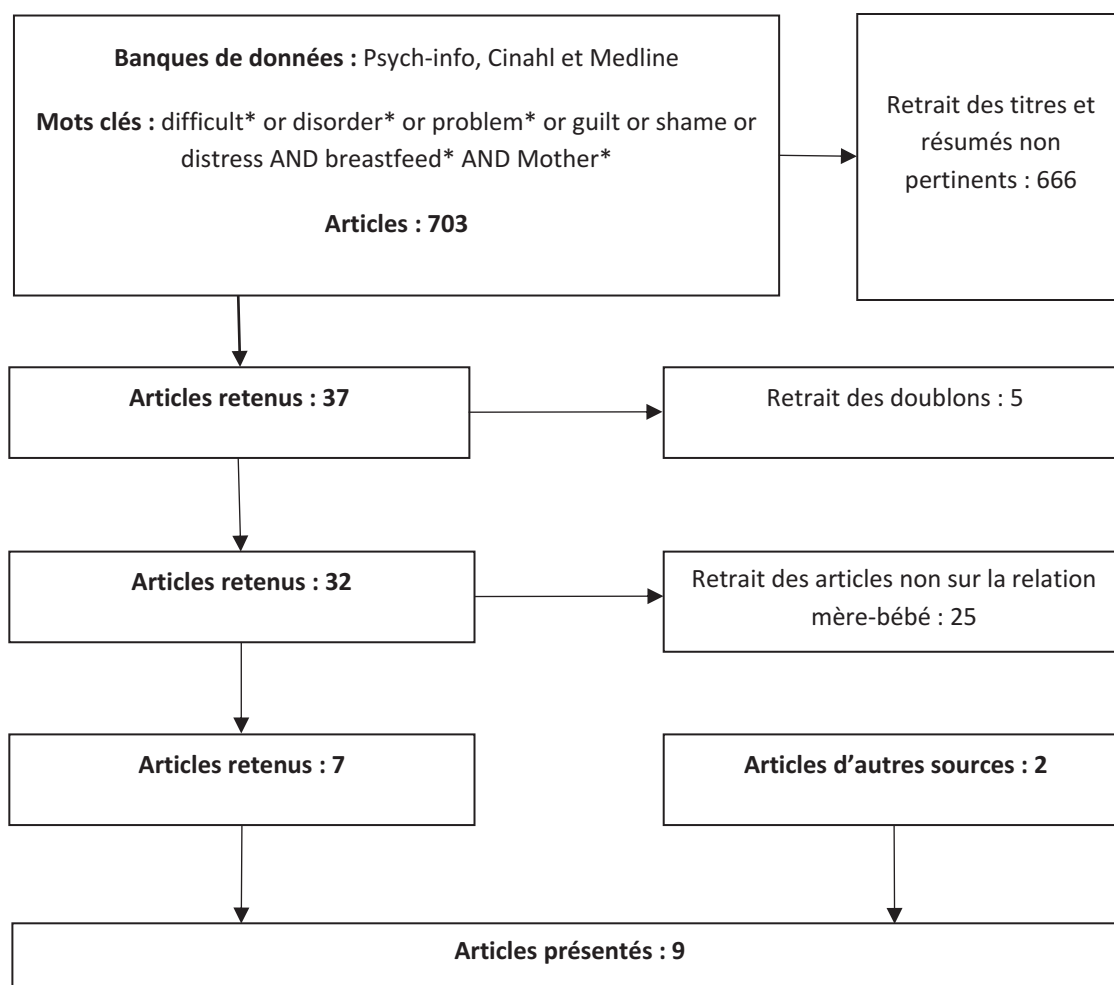
En somme, mise à part l'étude de Drake et al. (2007), toutes les autres études répertoriées mettant en relation l'allaitement et la sensibilité maternelle concluent qu'il y a un lien entre les deux (Britton et al., 2006; Gutman et al., 2009; Ferland, 2011; Kim et al., 2011; Pearson et al., 2011; Tharner et al., 2012; Courtois et al., 2014; Papp, 2014). Pour certains, le fait d'allaiter pourrait agir en augmentant la sensibilité maternelle (Britton et al., 2006; Gutman et al., 2009; Ferland, 2011; Tharner et al., 2012; Papp, 2014). Pour d'autres, un niveau de sensibilité maternelle plus élevé pourrait contribuer à la pratique de l'allaitement (Britton et al., 2006; Courtois et al., 2014). Enfin, une étude rapporte qu'un niveau de sensibilité maternelle plus élevé se retrouve chez celles qui choisissent d'allaiter, et que celles qui sont plus sensibles poursuivent plus l'allaitement, mais que le pratiquer peut aussi être un facteur associé à une sensibilité maternelle accrue (Britton et al., 2006). Il semblerait donc que l'allaitement et la sensibilité maternelle puissent s'influencer mutuellement.

#### **2.3.4 Contexte d'allaitement difficile et relation mère-bébé**

Cette sous-section porte sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile. Plusieurs caractéristiques d'une expérience d'allaitement difficile sont ici analysées en lien avec la relation mère-bébé : la culpabilité, la proximité, la perte de contrôle et la déception.

Une recherche complémentaire de la littérature a permis d'étoffer ce sujet. Pour la stratégie de recherche documentaire, présentée en Figure 4, les mots clés suivants ont été utilisés : *difficult\* or disorder\* or problem\* or guilt or shame or distress AND breastfeed\* AND Mother\**. Les banques de données consultées sont *PsycINFO*, *CINAHL* et *MEDLINE*. Avec les limites choisies qui étaient les articles des 10 dernières années, sur les humains, en anglais ou en français et publiés avec un comité de pairs, 703 articles sont ressortis. Tous les

titres et les résumés ne portant pas directement sur une expérience d'allaitement difficile pour la mère et pouvant avoir également un impact sur la dyade mère-bébé ont été enlevés. Sept articles ont été retenus. Deux articles proviennent de sources externes.



*Figure 4.* Résultats de la recherche documentaire sur l'impact d'un contexte d'allaitement difficile sur la relation mère-bébé.

Aucune étude portant directement sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile n'a pu être répertoriée. Cependant, plusieurs chercheurs se sont intéressés au vécu de la mère dans un tel contexte. Dans le cadre de ces études, les propos des mères comportent parfois des éléments pertinents sur la relation vécue avec leur bébé en contexte d'allaitement difficile. Les études contenant de telles informations seront présentées dans la section qui suit. Quelques thèmes spécifiques à la relation mère-bébé se retrouvent

dans les études, notamment : la culpabilité dans le rôle de mère, la proximité physique en contexte d'allaitement difficile, la perte de contrôle et la déception.

#### 2.3.4.1 Culpabilité associée à l'échec de l'allaitement tel qu'imaginé

Certaines études proposent qu'en contexte d'allaitement difficile, les mères remettent souvent en question leur rôle. Elles ont tendance à ressentir de la culpabilité, n'étant plus certaines de leur compétence à assumer les fonctions reliées à leur rôle. Six études touchant à la culpabilité en contexte d'allaitement difficile sont présentées (Murphy, 2011; Hinsliff-Smith, Spencer, et Walsh, 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013; Spencer, Greatrex-White, et Fraser, 2015).

Dans sa thèse doctorale, Murphy (2011) avance que l'allaitement peut faire vivre un stress en post-partum, surtout considérant les politiques d'allaitement en vigueur aux États-Unis. Le but de son étude était de décrire les expériences de culpabilité et de honte vécues dans ce contexte. Utilisant un devis phénoménologique, elle décortique l'expérience de trois mères qui ont connu des difficultés importantes pendant leur expérience d'allaitement allant de deux à 11 mois (initiation difficile, perte de poids du bébé, sommeil perturbé). Résultats à l'appui, l'auteure explique que les mères vivent de la culpabilité ou de la honte dans de telles conditions. Ces sentiments augmentaient lorsque les mères permettaient aux informations provenant de diverses sources de supplanter leur propre expérience d'allaitement. Elles considéraient toutes que l'arrêt de l'allaitement représente un échec dans le rôle d'une mère. Une d'entre elles gardait un sentiment de tristesse concernant l'expérience manquée d'un allaitement satisfaisant avec son bébé. Une autre considérait quand même l'allaitement comme une occasion de *bonding* avec son bébé. Cette étude qualitative ne concerne que trois mères, mais illustre que pour elles, l'allaitement était important dans la relation avec leur bébé et qu'elles se sentaient coupables de ne pas pouvoir l'allaiter tel qu'imaginé.

Cette culpabilité affectant l'adaptation au rôle de mère est rapportée par d'autres auteurs. Une étude phénoménologique britannique, menée auprès de six mères rencontrées en entrevue afin de décrire l'expérience d'allaitement, rapporte aussi ce sentiment de culpabilité dans le rôle de mère quand des difficultés d'allaitement surviennent (Guyer et al.,

2012). Selon cette étude, la culpabilité provient du fait que les mères tentent de trouver un équilibre entre les besoins de leur bébé et les leurs. Ainsi elles se questionnent : d'une part, elles savent que l'allaitement procure le meilleur aliment pour répondre aux besoins de leur bébé, mais d'autre part, elles disent qu'il était difficile, s'accompagnait de douleur et était exigeant en temps. En se questionnant, elles rapportent donc de la culpabilité à vouloir considérer leurs propres besoins dans le choix d'allaiter. Le sevrage augmente cette culpabilité. Il s'agit à nouveau d'une petite étude, les résultats ne peuvent pas être généralisés, mais elle appuie celle de Murphy (2011), en apportant une plus grande compréhension de ce qui peut engendrer la culpabilité chez les mères qui vivent des difficultés d'allaitement.

Hinsliff-Smith et al. (2013) ont réalisé leur étude pour décrire l'expérience d'allaitement à Nottingham auprès de 22 primipares. Celles-ci participaient à des entrevues et remplissaient un journal sur leur expérience d'allaitement. Les auteurs rapportent que les mères vivaient des émotions allant d'un extrême à l'autre en initiant l'allaitement. Celles qui ont éprouvé des difficultés à l'hôpital se sentaient coupables de ne pas réussir à nourrir leur bébé qui dormait au sein, repoussait le sein ou encore se montrait irritable au sein. Elles disaient aussi qu'elles ressentaient ne pas produire assez de lait pour nourrir le bébé surtout si elles comparaient la quantité de lait qu'elles exprimaient à la quantité de lait offerte aux bébés nourris avec des préparations commerciales. Elles se sentaient insécures et coupables face à cette production lactée, mais également de ne pas pouvoir allaiter comme les autres mères. Cette étude, réalisée sur un échantillon plus grand et combinant deux méthodes de collecte (entrevue et journal de bord), apporte encore plus de précisions sur la culpabilité dans le rôle de mère ajoutant qu'elle commence très tôt, dès l'apparition des premières difficultés à l'hôpital et qu'elle est liée à l'échec de satisfaire le besoin primaire du bébé. La culpabilité dans le rôle de mère est aussi engendrée par le fait de se comparer aux autres dyades mère-bébé.

Au Danemark, Larsen et Kronborg (2013) ont interviewé huit mères afin qu'elles décrivent leur expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Leurs propos ont révélé de la culpabilité dans leur rôle de mère face à l'échec de l'allaitement, mais également une exacerbation de ce sentiment de culpabilité suite au sevrage de leur bébé, particulièrement à cause de la pression sociale à l'allaitement. Les auteurs soulignent le

besoin des mères d'être soutenues face à cette culpabilité en contexte d'allaitement difficile et de sevrage. Le soutien des mères face à ce sentiment pourrait aussi avoir un impact sur la relation mère-bébé. Cette étude phénoménologique, bien qu'encore petite, augmente la compréhension du phénomène de la culpabilité dans ce contexte. La pression sociale y est mentionnée comme source externe de culpabilité, ce qui rejoint Murphy (2011) qui disait que les mères vivent de la culpabilité lorsqu'elles laissent des sources externes avoir priorité sur leur propre expérience d'allaitement.

Palmer et al. (2012), en Suède, ont aussi fait une étude phénoménologique, en rencontrant en entrevue huit mères pour qu'elles décrivent les difficultés sévères d'allaitement qu'elles ont vécues. Les propos de ces dernières amènent les auteurs à conclure que l'allaitement vécu avec des difficultés sévères les pousse à se sentir en détresse, perdues dans l'existence en tant que mères (*existential lostness*) et à se débattre sans cesse pour se retrouver dans leur rôle de mère. Elles expliquent que lorsque le bébé pleure et est irritable au sein au lieu de téter ou encore lorsque la tétée est très douloureuse, les mères se sentent rejetées par leur bébé. Elles se questionnent sur leur capacité à allaiter, se demandent si leur bébé veut être avec elles et certaines se sentent inutiles à leur bébé. Elles se blâment pour les difficultés et se sentent coupables et impuissantes face à leur bébé. Même si les résultats de cette étude ne sont toujours pas généralisables, la culpabilité est encore soulignée et, de plus, les propos des mères touchent directement la relation avec leur bébé.

La détresse va parfois plus loin puisque les mères qui vivent des difficultés d'allaitement peuvent être plus susceptibles de vivre de la dépression post-partum (Lion, 2011). La thèse de cette auteure, portant sur 125 mères de la région de Portland, aux États-Unis, avait comme objectif de voir si les difficultés d'allaitement sont associées à l'apparition de symptômes de dépression post-partum. Le dépistage de ces symptômes s'est fait avec un questionnaire auto-administré, le *Hamilton Depression Inventory* ([HDI]; Reynolds et Kobak, 1995). L'analyse statistique a montré que les mères ayant des difficultés d'allaitement obtenaient des scores de symptômes de dépression post-partum significativement plus élevés que celles n'ayant pas eu de difficultés ( $t(71.23) = -4.03, p < .001$ ). Des difficultés d'allaitement ont été rapportées par 101 mères sur 125 qui affichaient des symptômes de dépression post-partum. Cette étude suggère donc que les difficultés d'allaitement sont

associées aux symptômes de dépression post-partum. L'échantillon était important et composé de mères ayant différentes caractéristiques sociodémographiques. L'instrument utilisé fait appel à une mesure auto-rapportée laissant place à une certaine subjectivité et il n'est pas spécifique à la dépression post-partum. Par contre, une revue de littérature de Dennis et McQueen, (2009) relie aussi la dépression post-partum aux difficultés d'allaitement en concluant que les mères éprouvant des symptômes de dépression post-partum ont plus de difficultés d'allaitement et qu'elles rapportent moins d'efficacité et de satisfaction par rapport à l'allaitement. L'inverse est aussi véridique puisque les difficultés précoces d'allaitement sont associées à un plus grand risque de dépression post-partum (Watkins, Meltzer-Brody, Zolnoun, et Stuebe, 2011). Finalement l'étude d'Edhborg, Friberg, Lundh, et Widstöm (2005) évalue que la dépression post-partum, compliquée par des difficultés d'allaitement, peut avoir un impact négatif sur l'établissement de la relation mère-bébé.

Une autre étude phénoménologique britannique, ayant pour objectif d'explorer l'expérience d'allaitement de mères, s'est penchée sur le vécu de 22 mères (Spencer et al., 2015). En entrevue, une seule question leur était posée pour les encourager à se livrer : « pouvez-vous me parler de l'expérience d'allaiter votre bébé? » (p. 1078 traduction libre). Les mères ont parlé de difficultés à initier ou à maintenir l'allaitement. Elles ont dit avoir ressenti beaucoup de pression sociale à l'allaitement. Selon elles, pour être une bonne mère, il leur fallait allaiter. Vivant des difficultés, elles ont préféré les cacher pour ne pas être catégorisées comme étant des mauvaises mères. Seules chez elles, aux prises avec ces difficultés, certaines ont rapporté de la culpabilité à choisir le sevrage puisqu'en fait, le bébé et elles ne réussissaient pas à s'adapter (*coping*) à l'allaitement. Cette étude, sur un plus grand échantillon, réitère le sentiment de culpabilité dans le rôle de mères, surtout quand celles-ci s'isolent, n'ont pas l'aide appropriée et ne trouvent pas de solutions aux problèmes d'allaitement. Se retrouvant isolées avec leur bébé et les problèmes d'allaitement, on peut déduire que les conditions sont difficiles pour la relation mère-bébé.



#### *2.3.4.2 Proximité en contexte d'allaitement difficile*

Quatre études décrivent le contact physique lorsque l'allaitement est difficile et douloureux (Hinsliff-Smith et al., 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al., 2012; Palmer, Carlsson, Brunt, et Nyström, 2014).

L'étude déjà présentée de Hinsliff-Smith et al. (2013) décrit aussi l'expérience des 22 primipares en termes de contacts physiques avec leur bébé. Avec les difficultés d'allaitement qui perduraient, les mères ont rapporté l'impression d'avoir leur bébé toujours collé au sein jour et nuit. Elles ressentaient que leur bébé avait besoin d'être consolé, réconforté en tout temps. Ce contact constant avec leur bébé les mettait dans un état de profonde fatigue et il ne leur restait plus de temps pour autre chose. Elles ont aussi dit que le contact physique ne servant qu'à nourrir leur bébé, elles ne le prenaient plus simplement pour le plaisir. Lorsque leur bébé n'arrivait pas à prendre le sein, elles devaient tirer du lait pour le nourrir. Ce temps passé à tirer du lait privait aussi les mères du type de proximité qu'elles souhaitaient avec leur bébé. Dans cette étude, les mères ont ressenti soit que la proximité était constante et n'était pas empreinte de plaisir, soit qu'elles en étaient privées, occupées à tirer du lait pour nourrir leur bébé et à stimuler leur production lactée.

L'étude de Palmer et al. (2012), réalisée auprès de huit mères afin de décrire l'expérience de mères ayant eu des difficultés sévères d'allaitement, contient plusieurs éléments sur la proximité physique. Ces auteurs ont trouvé que les difficultés d'allaitement affectent sévèrement le sentiment d'être une bonne mère et les opportunités d'intimité et de proximité avec le bébé. Selon les mères interviewées, les occasions de proximité intime avec le bébé étaient gâchées et les mères étaient dépassées par la peur du prochain allaitement. D'une tétée à l'autre qui ne se déroulait pas bien, cette peur augmentait. Au lieu d'être présente pour la relation avec le bébé, la mère ressentait le désir de s'échapper de cette situation stressante. Tous les contacts se vivaient avec détresse et résignation. L'anxiété dominait dans les contacts physiques avec le bébé. De la frustration face à l'utilisation du tire-lait a aussi été rapportée. Elles ont dit qu'au lieu de vivre un contact agréable avec leur bébé, elles perdaient un temps précieux à tirer du lait. Certaines ont eu l'impression de n'être qu'une machine à produire du lait, devant endurer de la douleur. Les difficultés agissaient comme une barrière à l'intimité mère-bébé. Dans cette étude, la relation avec le bébé est

compromise puisque la proximité physique n'est empreinte que du stress de l'allaitement ne fonctionnant pas. Ce résultat est donc très important pour comprendre l'établissement de la relation dans ce contexte.

La douleur durant la tétée, effleurée dans l'étude de Palmer et al. (2012), est décrite largement dans celle de Guyer et al. (2012). Pour la mère, un allaitement difficile peut donc aussi signifier qu'elle vit un contact physique douloureux à chaque fois qu'elle nourrit son bébé. L'une décrit comment toutes les tétées au cours des deux premiers mois post-partum étaient une source de grande douleur pour elle. Beaucoup de mères endurent des douleurs longtemps avant de sevrer, vivant donc durant ce laps de temps un contact physique avec leur bébé marqué par la douleur. L'étude d'Hoddinott et al. (2012) confirme aussi cet élément en l'illustrant avec un cas où une mère hésitait encore à sevrer son bébé suite à deux mastites. On peut déduire, selon ces trois études, que la relation mère-bébé s'établit malgré ces désagréments pour la mère.

L'étude phénoménologique suédoise de Palmer et al. (2014) va plus loin en décrivant l'impact des difficultés d'allaitement qui ne se résolvent pas sur la mère et sa relation avec son bébé. Les propos des huit mères consultées en entrevue révèlent qu'avec leur bébé qui les blessait en prenant mal le sein, qui était excessivement exigeant parce qu'il avait faim et avec la douleur intense qu'elles ressentaient, elles ont eu l'impression que leur corps subissait une violation, se sentaient dépassées et perdaient le contrôle sur leur corps. La douleur que la tétée infligeait au corps de la mère créait une souffrance autant physique que psychologique qui les poussait à vouloir éviter ces moments avec leur bébé. Ce genre de difficulté peut soulever une certaine colère, émanant de l'incompréhension face à la situation, colère qui peut être dirigée vers le bébé ou encore vers les personnes qui tentent de les aider avec l'allaitement. Les auteurs disent que pour ces mères, cesser d'allaiter peut être nécessaire afin qu'elles et leur bébé réussissent à vivre une relation harmonieuse. Par contre, si les mères trouvent des solutions aux problèmes, si leur bébé finit par téter avec succès, s'il se montre satisfait suite aux tétées, les mères vivent la situation tout autrement. Dans ce cas, elles n'ont pas l'impression de se faire agresser, prennent la douleur comme un défi temporaire et sont satisfaites de leur relation avec l'allaitement et avec leur bébé une fois les problèmes surmontés. Les auteurs expliquent donc qu'en cas de difficultés d'allaitement,

c'est le sentiment de sécurité de la mère par rapport à l'efficacité de l'allaitement qui déterminera si elle peut continuer dans cette pratique et vivre une relation harmonieuse avec son bébé ou si elle perd confiance en l'allaitement pour la santé de son bébé et son propre bien-être et choisira de sevrer, protégeant la relation avec son bébé. Cette étude, réalisée avec peu de sujets, ne permet pas d'extrapoler les résultats à d'autres clientèles. Cependant, en 1999, Schmied et Barclay, en Australie, ont obtenu des résultats similaires avec 25 mères rencontrées en entrevue. Selon ces deux études, la proximité physique envahissante et la tétée douloureuse peuvent être des éléments nuisant à la relation mère-bébé, surtout si l'allaitement persiste à rester difficile.

#### *2.3.4.3 Perte de contrôle en contexte d'allaitement difficile*

Une tâche reliée à l'engagement maternel est la réorganisation des routines de vie et de l'horaire autour des besoins du nouveau-né (Bell, 2002). En contexte d'allaitement difficile, il a été vu que le bébé réclame beaucoup le sein, manifeste de l'insatisfaction et que la mère ressent qu'elle ne comble pas le besoin nutritionnel de ce dernier. Organiser des routines peut devenir difficile dans ces conditions et les mères peuvent avoir l'impression de ne pas réussir à établir un équilibre entre satisfaire les besoins de leur bébé et prendre soin d'elles-mêmes. Deux études décrivent la perte de contrôle en contexte d'allaitement difficile (Brown, Raynor, et Lee, 2011; Hoddinott et al., 2012)

Le besoin des mères de contrôler leur vie, et particulièrement celui d'avoir des horaires de boires pour le bébé, est un thème exploré par Brown et al. (2011). Leur étude quantitative britannique auprès de 502 mères cherchait à découvrir si le fait que les mères veulent établir des horaires de boires aurait un impact sur la persistance de l'allaitement. Pour évaluer l'attitude des mères à propos de l'alimentation de leur enfant, ils ont utilisé des versions du *Child-Feeding Questionnaire* (CFQ) de Birch et al. (2001), qu'ils ont modifiées. Un test de Bonferroni a confirmé que les mères qui allaitent six mois ou plus ont significativement moins de plages horaires où elles sont libres, n'ayant pas à s'occuper de leur bébé, que celles qui ont cessé l'allaitement précipitamment et celles qui donnent le biberon ( $P < 0.001$  dans les deux cas). De plus, celles qui fonctionnent avec des horaires, associent l'allaitement à une pratique plus difficile en terme d'organisation ( $q = 0.247$ ,  $P < 0.001$ ). Cette étude quantitative, avec un échantillon important de mères, suggère que les

mères qui allaitent doivent donner plus de leur temps et elles ont moins de possibilité d'organiser une routine. L'instrument utilisé pour évaluer l'attitude des mères en regard de l'alimentation de leur bébé est un instrument modifié qui normalement s'utilise avec des enfants de deux à 11 ans qui consomment des aliments solides. La fiabilité de l'instrument peut donc être questionnée. Cependant, il ne s'agit pas de la première étude qui tentait un rapprochement entre l'allaitement et le temps requis par la mère. Schmied et Barclay (1999) disent que l'allaitement empêche les mères d'établir des routines et de vaquer à leurs occupations, et Bai, Middlestadt, Peng, et Fly (2009) rapportent que le désavantage majeur de l'allaitement, identifié par 60 % des mères, est le fait de devoir être présentes pour pratiquement toutes les tétées. Le temps requis pour l'allaitement et le fait de ne pouvoir équilibrer les routines et le temps pour soi peuvent être négatifs pour les mères, mais Schmied et Barclay (1999) sont les seules à aller jusqu'à dire que cette perte de contrôle sur les routines peut avoir un impact négatif sur la relation mère-bébé par un désir d'éloignement de la mère.

Hoddinott et al. (2012) ont effectué une étude qualitative en réalisant une série de quatre entrevues avec des mères (n = 36), des pères (n = 26) et quelques accompagnants (n = huit) afin de comprendre l'expérience d'allaitement des mères et de leurs poches. Ils ont réalisé en tout 220 entrevues semi-structurées. Plusieurs propos ont émergé sur la notion de contrôle. Selon l'expérience, certaines ont dit que l'allaitement, surtout s'il est exclusif, ne laisse pas de temps pour elles-mêmes, pour leur autre enfant et pour leur famille en général. Elles ont aussi parlé de la difficulté d'établir des routines avec un bébé demandant constamment le sein. Certaines avaient envie de reprendre des activités pratiquées avant la grossesse, mais n'arrivaient pas à le faire. Elles ont parlé d'équilibre difficile à établir et certaines ont choisi le sevrage pour retrouver cet équilibre personnel et familial et pour regagner le contrôle de leur corps et de leurs émotions. Cette étude compte beaucoup de mères ayant vécu des expériences diverses, mais les auteurs confient que, même s'ils ont recruté dans divers milieux socioéconomiques, celles qui ont accepté de participer étaient de classe plus favorisée. En 2004, Shakespeare et al. ont recueilli des témoignages de mères semblables à ceux présentés ici. Dans ces deux études, le besoin de regagner le contrôle et l'équilibre apparaît comme des éléments importants pour la mère qui veut se retrouver, reprendre ses responsabilités dans sa famille et surtout assumer son rôle de mère afin de s'investir dans la relation avec son bébé.

#### 2.3.4.4 Déceptions vécues en contexte d'allaitement difficile

Il a été dit que beaucoup de mères choisissent et initient l'allaitement, mais que l'arrêt arrive souvent plus rapidement que prévu. De la déception est prévisible lorsqu'on ne peut effectuer quelque chose qui était souhaité. Les mères sont déçues surtout parce que l'expérience d'allaitement ne se passe pas comme ce qu'elles avaient imaginé et la relation avec leur bébé, en l'allaitant, n'est pas à la hauteur de ce qu'elles espéraient (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronbrog, 2013). Les trois études évoquant ce sujet sont détaillées dans cette sous-section.

L'étude phénoménologique de Guyer et al. (2012), citée ci-haut, soutenait l'hypothèse selon laquelle la réalité des défis d'un allaitement compliqué peut produire un choc pour celles qui le vivent. Suite aux entrevues faites avec les six participantes, il se dégage qu'il y a discordance entre ce que ces mères imaginaient de l'allaitement et ce qu'elles ont vécu en réalité. Elles ont toutes dit que l'allaitement ne répondait pas à leur attente de vivre un moment de plaisir mutuel avec leur bébé à travers un allaitement naturel et normal. Une mère qui n'arrivait pas à appliquer les techniques d'allaitement et qui éprouvait de la douleur a décrit comment l'allaitement ne répondait pas à ses attentes. Elle s'attendait à ce que l'allaitement permette du *bonding* avec son bébé, et les fois où cette opportunité de le calmer en lui offrant le sein lui a été offerte, elle a rapporté une grande satisfaction pour le lien avec son bébé. Il s'agit des propos d'une mère sur six, mais il se dégage que le fait de vivre, même en petite partie, ce qui avait été imaginé, revêt une importance pour le lien mère-bébé. Par contre, quand l'allaitement reste problématique, certaines disent que l'expérience n'offre pas le *bonding* espéré avec leur bébé. Ces auteurs et d'autres (Hoddinott et al., 2012; Hinsliff-Smith et al., 2013) soutiennent que les professionnels qui supportent l'allaitement doivent livrer un message plus réaliste concernant les défis potentiels pour mieux préparer les mères à l'allaitement. Pour celles qui se disent motivées à allaiter et ainsi être plus proches de leur bébé, la préparation prénatale pourrait inclure des éléments sur la façon de préserver la relation si l'allaitement se présente avec des difficultés.

L'étude de Hoddinott et al. (2012), précédemment présentée, aborde aussi ce thème. Suite à l'analyse des 220 entrevues, un des principaux résultats est que l'allaitement diffère de ce qui est imaginé avant d'en faire l'expérience. Pour les mères de cette étude, la

recommandation d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois, tel que recommandé par les organismes de santé, est irréaliste et place les familles à risque d'échec. Spencer et al. (2015) concluent aussi que les mères choisissent le type d'alimentation de leur bébé en priorisant la santé et le bien-être de leur famille par rapport à une philosophie centrée uniquement sur le bébé et sur la pratique de l'allaitement exclusif. Pour aider les familles, Hoddinott et al. proposent que les professionnels adaptent l'aide en apportant plus de nuances, pour favoriser le bien-être de la mère et de son bébé. Dans cette étude, on retrouve aussi les propos de mères exprimant de la déception par rapport à la relation avec leur bébé à travers leur expérience d'allaitement. Elles disent justement qu'elles s'attendaient à vivre une expérience de *bonding* plus forte que celle qu'elles ont connue. Mazingo et al. (2000) rapportaient un résultat similaire en disant que les mères ont vécu un affrontement entre « l'idéalisation » de l'allaitement et la réalité des difficultés rencontrées. Selon ces deux études, lorsque les problèmes perdurent sans solutions, la réconciliation ne se produit pas entre les attentes face à l'allaitement et l'expérience vécue.

Larsen et Kronbrog (2013) obtiennent, à partir des témoignages de huit mères, des résultats quelque peu différents. Celles-ci s'accrochent à l'image de l'allaitement et à ses bienfaits et hésitent longtemps à sevrer malgré des difficultés majeures. Ces mères ont pris la décision de sevrer seulement quand elles ont conclu qu'elles n'étaient pas capables d'allaiter. Elles rapportent que pendant l'allaitement, elles ont remarqué être plus concentrées sur l'alimentation que sur la relation avec leur bébé, mais avec le sevrage, elles ont choisi de se concentrer pleinement à la relation. La petite taille de cette étude a déjà été mise en évidence, mais dans l'effort de comprendre la relation mère-bébé, les propos de ces mères permettent de penser que, pour certaines, le défi d'alimenter suffisamment leur bébé en l'allaitant affecte les préoccupations, reléguant la relation au second plan. Le sevrage permet de remettre l'emphase désirée sur cette relation. Palmer et al. (2014) arrivent aussi à la conclusion que suite au sevrage la relation mère-bébé peut redevenir une priorité.

En somme, un contexte d'allaitement difficile est si complexe qu'il peut avoir des répercussions sur l'établissement de la relation mère-bébé. Les difficultés d'allaitement et la décision de sevrer s'accompagnent de culpabilité amenant les mères à questionner leur rôle envers leur bébé et leur capacité à le nourrir (Murphy, 2011; Hinsliff-Smith, Spencer, et

Walsh, 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013; Spencer, Greatrex-White, et Fraser, 2015). Il peut même en résulter le sentiment d'être perdue comme mère dans l'existence (Palmer et al., 2012) ou des symptômes de dépression post-partum (Lion, 2011). La proximité et l'intimité qui apparaissaient favorables à la relation en allaitant se transforment avec les difficultés (Hinsliff-Smith et al., 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al., 2012; Palmer, et al., 2014). La douleur affecte souvent la proximité mère-bébé (Guyer et al., 2012; Palmer, et al., 2014), mais surtout les mères se disent déçues du type de contact vécu avec leur bébé (Palmer et al., 2012). Plusieurs rapportent que cette proximité ne favorise pas la relation et qu'elle peut devenir envahissante (Schmied et Barclay, 1999; Palmer et al., 2012; Hinsliff-Smith et al., 2013). Les mères qui ont leur bébé toujours au sein parlent de perte de contrôle sur leur vie et leur corps (Schmied et Barclay, 1999; Bai et al., 2009; Hoddinott et al., 2012; Hinsliff-Smith et al., 2013). Pour solutionner ce problème et retrouver l'équilibre, le sevrage apparaît souvent comme seule solution (Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). La relation avec leur bébé les préoccupe, mais aussi leur bien-être et celui de leur famille (Hoddinott et al., 2012). Un allaitement problématique représente une grande source de déception puisque les mères imaginaient vivre un allaitement se déroulant naturellement, un bébé assouvi et heureux au sein et une proximité empreinte de plaisir partagé (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). De plus, elles imaginaient aussi un *bonding* renforcé par l'allaitement (Guyer et al., 2012). Lorsque des difficultés viennent affecter ce lien, elles sont déçues de la relation avec leur bébé et perçoivent le sevrage comme une solution (Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). La relation mère-bébé redevient prioritaire suite au sevrage (Larsen et Kronborg, 2013).

### ***2.3.5 Conclusion sur l'état actuel des connaissances émergeant de la recherche***

Sur la base des connaissances actuelles, tout porte à croire qu'il existe un lien entre l'allaitement et la relation mère-bébé, mais bien des éléments qui influencent ce lien demeurent incompris. Effectivement, les études présentées laissent entrevoir que l'allaitement semble favoriser un type d'échange entre la mère et son bébé empreint de chaleur, de proximité et d'interaction qui agit sur leur relation (Winberg, 2005; Britton et al., 2006; Lacombe et al., 2008; Field et al., 2010; Smith et Ellwood, 2011; Bigelow et al., 2014). Il semble également rendre la mère plus sensible aux besoins de son enfant et il requiert plus



d'engagement de sa part (Britton et al., 2006; Gutman et al., 2009; Ferland, 2011; Pearson et al., 2011; Tharner et al., 2012; Courtois et al., 2014; Papp, 2014). Les mères qui allaitent pourraient donc vivre un lien plus étroit avec leur bébé selon les conditions d'allaitement, mais la complexité de ce contexte nécessite d'en décortiquer les facteurs d'influence. Les interactions mère-bébé peuvent être favorables durant l'allaitement en augmentant la fréquence, la durée, la proximité et pour certaines, la qualité du contact avec le bébé (Winberg, 2005; Britton et al., 2006; Lacombe et al., 2008; Field et al., 2010; Smith et Ellwood, 2011). L'allaitement est aussi propice au contact peau à peau qui est plus régulier et plus long (Bigelow et al., 2014). Ce temps passé avec le bébé exige parfois plus d'implication maternelle, ce qui semble la rendre plus sensible aux stimuli de son bébé (Britton et al., 2006; Gutman et al., 2009; Ferland, 2011; Tharner et al., 2012; Papp, 2014).

Concernant l'attachement mère-bébé, les études ne s'entendent pas à savoir si l'allaitement y contribue et la mesure est particulièrement difficile à prendre. Cependant, les résultats indiquent que la qualité des interactions pendant les boires joue un rôle important pour que le bébé ait un attachement sécurisant (Britton et al., 2006). La sensibilité maternelle est mise en relation avec l'allaitement dans plusieurs études. Parfois les études montrent un niveau de sensibilité maternelle plus élevé chez celles qui choisissent l'allaitement (Britton et al., 2006; Lacombe et al., 2008; Courtois et al., 2014; Papp, 2014) et parfois, le niveau de sensibilité maternelle semble augmenté par la pratique de l'allaitement (Britton et al., 2006; Gutman et al., 2009; Tharner et al., 2012; Papp, 2014). De plus, elle se trouve favorisée par le type de contacts physiques et les interactions qui s'échangent entre la mère et son bébé durant l'allaitement (Lacombe et al., 2008; Field et al., 2010). Sur le plan biologique, il est possible que l'allaitement active des zones du cerveau impliquées dans une réponse maternelle sensible (Kim et al., 2011).

Les résultats présentement disponibles doivent être pris avec précaution, à cause des lacunes méthodologiques. Les instruments de mesure de l'attachement, de la sensibilité et des interactions ne sont pas uniformes, certains étant issus de l'observation alors que d'autres étant des questionnaires auto-rapportés parfois directement sur le vécu avec l'enfant et parfois sur la perception de l'impact du vécu. L'engagement requis pour de telles études implique un biais de participation. Un biais de sélection s'ajoute lorsque les participantes



viennent d'un milieu précis. Les groupes de comparaison créés selon le type d'alimentation, biberon ou sein, sont souvent inégaux et les recherches analysent parfois des données prises depuis longtemps. Actuellement, les mères sont plus nombreuses à allaiter et conscientisées aux avantages de l'allaitement, les résultats pourraient donc être différents avec des cohortes actuelles puisque les mères qui choisissent l'allaitement sont devenues plus diversifiées.

Les taux d'allaitement présentés ont permis de révéler qu'un grand nombre de mères choisissent l'allaitement (Statistique Canada, 2014), souvent motivées par le désir d'une relation plus proche avec leur bébé (Bell et al., 2001; Fanello, Moreau-Gout, Cotinat, et Descamps, 2003; Bell, Moutquin, Royer, St-Cyr Tribble, et Yergeau, 2006), mais que plusieurs cessent très rapidement et peu d'entre elles poursuivent jusqu'à six mois (ISQ, 2011). Cette chute de la pratique de l'allaitement laisse croire que l'expérience n'est peut-être pas aussi agréable et enrichissante pour toutes les mères, rendant certaines plus promptes à abandonner. Or, le fait de vivre un moment plaisant avec l'enfant revêt une importance pour la relation mère-bébé, comme l'illustre l'étude déjà présentée de Britton et al. (2006). De plus, un manquement important des études sur l'allaitement et la relation mère-bébé est qu'elles ne précisent pas comment l'expérience d'allaitement est vécue par la dyade mère-bébé. Pourtant une expérience difficile, voire désagréable, se distingue d'une expérience qui se déroule bien, comme le montrent les études qui tiennent compte des difficultés d'allaitement (Murphy, 2011; Hinsliff-Smith, Spencer, et Walsh, 2013; Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Palmer et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013; Spencer, Greatrex-White, et Fraser, 2015). Aucune étude ne porte directement sur la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile, mais les recherches complémentaires effectuées sur l'expérience de la mère à travers un tel vécu montrent qu'effectivement, ce type d'allaitement module l'humeur des mères et donc leur disponibilité psychologique à l'enfant. Les mères qui vivent l'allaitement comme une expérience désagréable et qui ne trouvent pas de solution à leurs problèmes d'allaitement se différencient des autres : elles vivent beaucoup de douleur physique (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Palmer et al., 2012), le contact physique avec leur bébé est envahissant et pas comme elles se l'imaginaient (Hinsliff-Smith et al., 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al., 2012; Palmer, Carlsson, Brunt, et Nyström, 2014). Elles rapportent de l'épuisement, elles se sentent coupables de l'apparition des problèmes (Murphy, 2011; Hinsliff-Smith, Spencer, et Walsh, 2013; Guyer et al., 2012; Palmer et al.,

2012; Larsen et Kronborg, 2013; Spencer, Greatrex-White, et Fraser, 2015), elles vivent de la détresse, elles expriment un besoin de temps pour soi et de reprise de contrôle sur leur vie et elles sont plus à risque d'avoir des symptômes de dépression post-partum (Lion, 2011; Palmer et al., 2012). Il se dégage que toutes ces conditions peuvent potentiellement affecter la relation avec leur bébé, surtout quand elles commencent à ressentir un besoin de s'éloigner de lui. Très rarement, elles expriment des sentiments mitigés pour leur bébé, mais le plus souvent, elles rapportent de la déception par rapport au lien qu'elles avaient avec lui en contexte d'allaitement difficile (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). Elles imaginaient l'allaitement et le lien avec leur bébé de manière bien plus harmonieuse que ce qu'elles ont vécu (Guyer et al., 2012; Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). Elles rapportent aussi une amélioration de la relation avec leur bébé suite à leur décision de sevrer (Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013).

Les études qui englobent ces thèmes ont quelques lacunes. Les mesures sont presque toutes subjectives, rapportant les impressions des mères. Un biais de mémoire apparaît quand les mères racontent des événements passés et elles comportent un biais de sélection puisque les participantes sont toujours choisies. Les études sont majoritairement qualitatives phénoménologiques, ce qui est normal puisque la recherche en est encore au stade de comprendre l'expérience peu connue de celles qui vivent un allaitement difficile. Les échantillons sont souvent petits et homogènes du point de vue socioéconomique. Il est impossible de dire qu'un autre groupe de mères dans une autre communauté aurait livré un témoignage semblable. La somme des recherches ayant des résultats similaires est l'élément apportant du poids aux résultats. Par contre, il faut souligner la valeur des témoignages livrés qui est marquée de profondeur et d'authenticité sur l'expérience d'allaitement difficile. Par ailleurs, aucune étude n'a été réalisée sur des mères québécoises.

La présente étude, sur un échantillon québécois, vise à décrire la perception des mères de leur vécu d'allaitement difficile. Elle devrait permettre de mieux comprendre l'allaitement dans sa perspective relationnelle avec l'enfant. Considérant l'état actuel de la recherche, une nouvelle étude devra porter sur la perception des mères sur le vécu d'allaitement difficile et sur leur relation avec le bébé dans ce contexte. À ce stade, il sera pertinent de considérer le

niveau de sensibilité maternelle et les symptômes de dépression post-partum, variables qui sont connues pour affecter l'expérience d'allaitement et la relation mère-bébé.

## **2.4 But et objectifs**

L'étude vise à décrire une expérience d'allaitement difficile et l'établissement de la relation mère-bébé selon la perspective de mères ayant sevré suite à une telle expérience d'allaitement difficile.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Identifier des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de mères et de bébés ayant vécu une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.
2. Décrire l'expérience de mères suite à un allaitement difficile ayant mené au sevrage.
3. Décrire l'établissement de la relation mère-bébé suite à une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

## TROISIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE

Le troisième chapitre porte sur la méthodologie de la recherche. Il se divise en six sections. La première section détaille le devis de recherche choisi. La deuxième aborde le choix des participantes à la recherche. Par la suite, la troisième explique le recrutement de ces participantes. En quatrième section, se retrouve la description des méthodes de collecte des données, suivie en cinquième par le plan d'analyse de ces données, pour terminer en sixième section par les considérations éthiques.

### 3.1 Devis de recherche

Le but et les objectifs de cette recherche ne sont pas de nature purement quantitative ou qualitative, raison pour laquelle un devis de recherche mixte est choisi. Ce type de devis est utile lorsque, comme dans ce cas précis, la recherche présente plusieurs facettes et qu'une seule méthode ne suffit pas pour toutes les explorer (Anaf et Sheppard, 2007). Creswell et Plano (2011) définissent la méthode mixte comme une méthode visant à collecter, analyser et mixer tant des données quantitatives que des données qualitatives dans une seule et même étude ou pour une série d'études connexes. Selon Morse et Niehaus (2009), certaines recherches de nature exploratoire entraînent une combinaison de méthodes. Selon eux, le devis mixte apparaît comme une stratégie favorisant la compréhension et une meilleure description d'un phénomène complexe. Or, l'allaitement et ses impacts émotionnels sur la dyade mère-bébé apparaît comme un phénomène complexe. La prémisse de base, pour Creswell et Plano, est que l'utilisation combinée de données quantitatives et qualitatives procure une meilleure compréhension du problème de recherche que chaque type de données pris séparément. Ces auteurs expliquent que le chercheur qui utilise une méthode mixte doit collecter et analyser avec rigueur autant le côté quantitatif que le côté qualitatif. Il peut combiner les données ou accorder priorité à un de ces types, dépendant de l'axe de l'étude. Finalement, un devis mixte doit combiner les procédures qui répondent le mieux à la planification de la recherche. La présente étude vise à identifier des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères et des bébés. Elle vise aussi à comprendre le vécu de mères et l'établissement de la relation avec le bébé lorsque l'allaitement a été une épreuve et qu'elles ont préféré cesser. Pour décrire ces caractéristiques, des questionnaires

auto-administrés ont été préconisés et pour comprendre ce vécu et la relation mère-bébé, intérêt principal de la présente étude, des entrevues individuelles ont été réalisées. Creswell et Plano expliquent que l'utilisation de devis mixtes ne se limite pas à quelques champs ou quelques sujets de recherche spécifiques, mais est adaptée à une grande variété de disciplines dans les sciences sociales ou de la santé. L'allaitement, qui regroupe des composantes biologiques et psychologiques, et la relation mère-bébé qui est un sujet psycho-socio-affectif, touchent plusieurs champs de recherche. Le devis mixte semble bien indiqué pour évaluer toutes les dimensions de ce sujet multisectoriel. Ces auteurs poursuivent en expliquant que certains devis sont plus complet en utilisant un devis mixte. C'est le cas quand les données seraient partielles si recueillies par une seule méthode ou encore quand les résultats doivent être expliqués par des données complémentaires issues d'une autre méthode. Dans le cas présent, le besoin d'utiliser plusieurs méthodes de collecte existe, car l'utilisation unique de données qualitatives serait insuffisante pour rencontrer tous les objectifs qui sont de l'ordre de compréhension d'un phénomène, mais également de dégager des caractéristiques propres aux protagonistes. Le fait de mixer les méthodes permet de dégager les caractéristiques recherchées et d'obtenir une compréhension plus complète d'un contexte d'allaitement difficile et de l'établissement de la relation mère-bébé quand l'allaitement a été vécu comme étant difficile. Ainsi, les entrevues permettront de dégager l'expérience et l'opinion des mères et de comprendre comment l'allaitement en est venu à être si difficile. Mais, en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères et des bébés, le niveau de sensibilité maternelle et l'humeur dépressive, il est pertinent d'ajouter des questionnaires à la collecte de données. Ces données quantitatives permettent de répondre au premier objectif. Elles sont aussi importantes notamment parce que la sensibilité maternelle est au cœur du modèle ici utilisé pour étudier les diverses facettes de la relation mère-bébé (Bell et al., 2004) et l'état dépressif peut être une donnée confondante autant pour l'expérience d'allaitement que pour la relation mère-bébé qui peuvent être affectées par cette variable (Lion, 2011). Creswell et Plano précisent bien qu'un des avantages des devis mixtes demeure que la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives comble les faiblesses respectives. Le fait d'inclure un volet quantitatif limite le caractère interprétatif et le fait d'inclure un volet qualitatif permet de contextualiser en prêtant une voix aux protagonistes de la situation visée par l'étude.

La présente étude ne se limite pas à la phénoménologie puisqu'un tel devis sert à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène (Fortin, 2010). Effectivement, la signification de l'expérience d'allaitement difficile ayant mené les mères au sevrage est un objectif de l'étude. De plus, l'impact de cette expérience sur la relation mère-bébé est recherché. Également, recueillir des données concernant les caractéristiques des mères et des bébés qui vivent une expérience d'allaitement difficile pourrait permettre d'être plus apte à reconnaître ceux qui seraient susceptibles de rencontrer ces difficultés. La complémentarité des données recueillies pour décrire le phénomène, fait en sorte qu'un devis phénoménologique n'aurait pu être suffisant, d'où l'utilisation du devis mixte précédemment décrit.

Creswell et Plano (2011) expliquent qu'une des premières étapes lors de la planification d'une étude mixte est de décider si le chercheur utilisera un modèle incorporé à son projet. Pour la présente étude, la relation mère-bébé sera considérée avec le modèle de la sensibilité maternelle de Bell et al. (2004). Tel que décrit précédemment, ce modèle aide à décortiquer le processus d'établissement de la relation parent-enfant au cours des premiers mois.

Le devis utilisé en est un mixte simultané imbriqué (Michaud et Bourgault, 2010). Dans le cadre de ce devis, le chercheur collecte des données qualitatives et quantitatives, mais une des deux méthodes prédomine. Le but d'utiliser plus d'une méthode de collecte de données consiste à élargir la perspective, telle que la fusion des données quantitatives, afin d'enrichir la description des participants. Pour la présente étude, le volet qualitatif avec les données d'entrevue prédomine sur le volet quantitatif puisqu'il permet d'accéder à la perception des mères sur l'expérience d'allaitement difficile et sur l'établissement de la relation avec leur bébé. Les données quantitatives recueillies, quant à elles, servent à étayer la description des caractéristiques des mères, de leur bébé et de l'expérience, en plus de compléter et d'enrichir les informations révélées par les mères lors des entrevues. Utiliser l'Échelle de Sensibilité Maternelle en particulier est important comme indice permettant d'évaluer la qualité de la relation mère-bébé en développement. L'utilisation de ces deux méthodes de collecte permet réellement une compréhension élargie du phénomène étudié.

## **3.2 Participantes**

### ***3.2.1 Population et échantillon***

La population visée par l'étude est constituée de toutes les mères désirant allaiter, car elles sont toutes susceptibles de rencontrer des problèmes d'allaitement. Creswell et Plano (2011) parlent du choix des participants à une étude mixte pour constituer l'échantillon en fonction de la prédominance qualitative ou quantitative de l'étude. Ainsi, lorsqu'une étude possède une prédominance qualitative, comme c'est le cas ici, le chercheur sélectionne pour son échantillon des participants ayant vécu la situation au centre du phénomène étudié. De plus, les participants peuvent être hétérogènes pour fournir une diversité d'opinion ou encore ils peuvent être homogènes pour refléter le vécu d'un sous-groupe particulier. Dans la présente étude, les participantes de l'échantillon constitué, étaient homogènes puisque choisies pour leur vécu d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

### ***3.2.2 Taille de l'échantillon***

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, Creswell et Plano (2011) conseillent de déterminer si la prédominance de l'étude est qualitative ou quantitative. Dans le cas d'une prédominance qualitative, ils disent que le chercheur doit recruter un petit échantillon, mais composé de personnes pouvant réellement fournir des informations pertinentes. C'est en effectuant l'étude que le chercheur juge du nombre de participants nécessaires pour étayer les résultats. Le but n'était pas d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble de la population, mais plutôt d'en arriver à une compréhension approfondie du phénomène. Il faut interviewer suffisamment de participants pour décrire le phénomène à l'étude visant la saturation des données qui est atteinte lorsque les entrevues n'apportent plus de nouvelles informations (Fortin, 2010), donc la taille de l'échantillon ne se trouve pas prédéterminée (Baker et Edwards, 2012). L'échantillon de l'étude devait contenir suffisamment de mères pour obtenir un portrait de ce qu'est une expérience d'allaitement difficile et de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. L'étude a inclus 12 mères, qui ont été en mesure d'illustrer adéquatement le phénomène à l'étude. Douze est un nombre appréciable considérant que des études similaires antérieures, telles que celles de Mzingo et al. (2000) et Larsen et Kronborg (2013), Palmer et al. (2014), portant sur des

expériences d'allaitement difficile se soldant par le sevrage, ont interviewé respectivement neuf, sept et huit mères afin de cerner leur vécu dans une telle expérience.

### 3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Par souci de recruter des mères qui ne vivaient pas une situation pouvant interférer avec l'établissement de la relation avec leur bébé, quelques critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis. Les participantes devaient être majeures, en bonne santé et en mesure de pouvoir comprendre, lire, écrire et s'exprimer en français. De plus, elles devaient avoir vécu une expérience d'allaitement ayant mené au sevrage. Les bébés devaient être nés à terme, être en bonne santé et être âgés d'au plus six mois. Il a été évité d'inclure des mères vivant des situations de grand stress, comme une séparation ou l'apparition d'une maladie aigue sinon celui normal déjà présent en post-partum (Chich-Hsiu, Chia-Ju, Stocker, et Ching-Yun, 2011). Les mères ayant eu une grossesse multiple (jumeaux) ont été exclues. Les bébés prématurés ou placés sous la Loi de la protection de la jeunesse ont aussi été exclus. Le Tableau 5 présente les critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 5

*Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation à l'étude*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Mères</b>	<b>Mères</b>
18 ans ou plus	Ayant eu une grossesse multiple
En bonne santé	
En mesure de parler et de lire le français	
Ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile	
<b>Bébés</b>	<b>Bébés</b>
Nés à terme (37 à 42 semaines)	Prématurés
En bonne santé	Sous la Loi de la protection de la jeunesse
Âgés d'un maximum de 6 mois au moment de l'entrevue	



### 3.3 Recrutement

Un échantillon non-probabiliste de convenance a été constitué, les sujets choisis en fonction de leur disponibilité et répondant à des critères d'inclusion précis (Fortin, 2010). L'échantillon a été constitué au fur et à mesure que se présentaient les sujets volontaires (Fortin, 2010).

Les mères ont été recrutées via le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Ce centre de services communautaires offre, entre autres, des services en Enfance-Famille-Jeunesse (EFJ). Un des volets, nommé la liaison post-natale, consiste à offrir des services aux dyades mère-bébé en post-partum. Les infirmières de la liaison post-natale en contact avec les nouvelles mères proposaient l'étude aux mères qui ont sevré leur bébé dans le premier trimestre post-partum. Les infirmières remettaient aux mères un dépliant d'information (Annexe B) et recueillaient les noms et numéros de téléphone de celles qui acceptaient d'être contactées par l'étudiante à la maîtrise afin d'avoir plus d'informations. L'étudiante appelait toutes les mères intéressées pour leur expliquer le projet, répondre à leurs questions et vérifier si elles correspondaient aux critères d'inclusion ou d'exclusion. Le protocole suivi lors des appels se retrouve en Annexe C. Celles qui acceptaient de participer ont reçu par courrier deux copies du formulaire de consentement et un livret comprenant les quatre questionnaires à compléter. Lors de cet appel, le rendez-vous pour l'entrevue était pris.

De plus, la méthode de recrutement par boule de neige a été utilisée en complément de la première méthode. Ce type de recrutement prévoit que les sujets recrutés initialement puissent proposer à la demande du chercheur, le nom d'autres personnes qui leur paraissent remplir les critères d'inclusion (Fortin, 2010). Ainsi, lors de leur participation, les mères étaient invitées à référer d'autres mères de leur connaissance qui avaient aussi sevré suite à un allaitement difficile. L'étudiante leur proposait simplement de transmettre son courriel aux autres mères de leur entourage pour que celles-ci puissent la contacter directement si elles démontraient un intérêt pour cette étude. Celles qui se sont manifestées, ont reçu l'appel de l'étudiante.

Les infirmières de la liaison post-natale ont recruté 10 mères parmi lesquelles neuf ont accepté de participer suite à l'appel de l'étudiante chercheuse. Celle qui a refusé considérait que son expérience d'allaitement limité à quelques tétées à l'hôpital n'était pas significative pour en parler dans une étude. Par boule de neige, trois mères ont été approchées et elles ont toutes accepté de participer.

### **3.4 Collecte des données**

Une entrevue individuelle et quatre questionnaires ont été utilisés afin de réunir les données pertinentes pour rencontrer les objectifs de la recherche. Creswell et Plano (2011) suggèrent qu'en choisissant un devis mixte, il est parfois difficile de faire une distinction entre des données qualitatives et quantitatives. Ils expliquent que la distinction de base est que les données qualitatives s'obtiennent en posant des questions ouvertes aux participants. Toute question qui donne un choix ou limite le participant dans ses réponses fournit des données quantitatives. Pour cette étude, les données qualitatives provenaient des entrevues semi-dirigées. Des questions ouvertes prévues dans le guide d'entrevue (Annexe D) servaient à diriger les thèmes à aborder et susciter les participantes à se livrer. Pour compléter les données qualitatives obtenues à travers les entrevues semi-dirigées, des données quantitatives ont été réunies en complétant les questionnaires suivants :

- Un questionnaire sur l'expérience d'allaitement (Annexe E, livret des questionnaires, section A)
- Un questionnaire avec des questions sociodémographiques (Annexe E, livret des questionnaires, section B)
- L'Échelle de la sensibilité maternelle (Annexe E, livret des questionnaires, section C).
- L'Échelle d'Édimbourg, instrument de mesure des symptômes de dépression post-partum (Annexe E, livret des questionnaires section D).

Les questionnaires ont été compilés dans un seul livret envoyé aux mères avec des consignes pour les compléter.

### 3.4.1 Description des outils utilisés

#### 3.4.1.1 Le guide d'entrevue semi-dirigée

Développé par l'équipe de recherche, le guide d'entrevue permettait de stimuler la discussion avec chaque mère afin d'obtenir les informations utiles pour comprendre l'expérience d'allaitement difficile et l'établissement de la relation mère-enfant (Annexe D). Les données qualitatives recueillies avec le guide d'entrevue étaient les plus importantes pour répondre aux objectifs de l'étude afin de comprendre l'expérience d'allaitement difficile et la relation mère-bébé. Le guide contenait 11 questions ouvertes sur l'expérience d'allaitement, l'expérience au biberon et sur la relation mère-bébé pour chaque composante du modèle de la sensibilité maternelle présenté dans le chapitre 2 (Bell et al., 2004). Il comportait aussi des sous-questions pour aider les mères à approfondir au besoin leurs réponses. La Figure 5 présente des exemples de questions tirées du guide d'entrevue semi-dirigée.

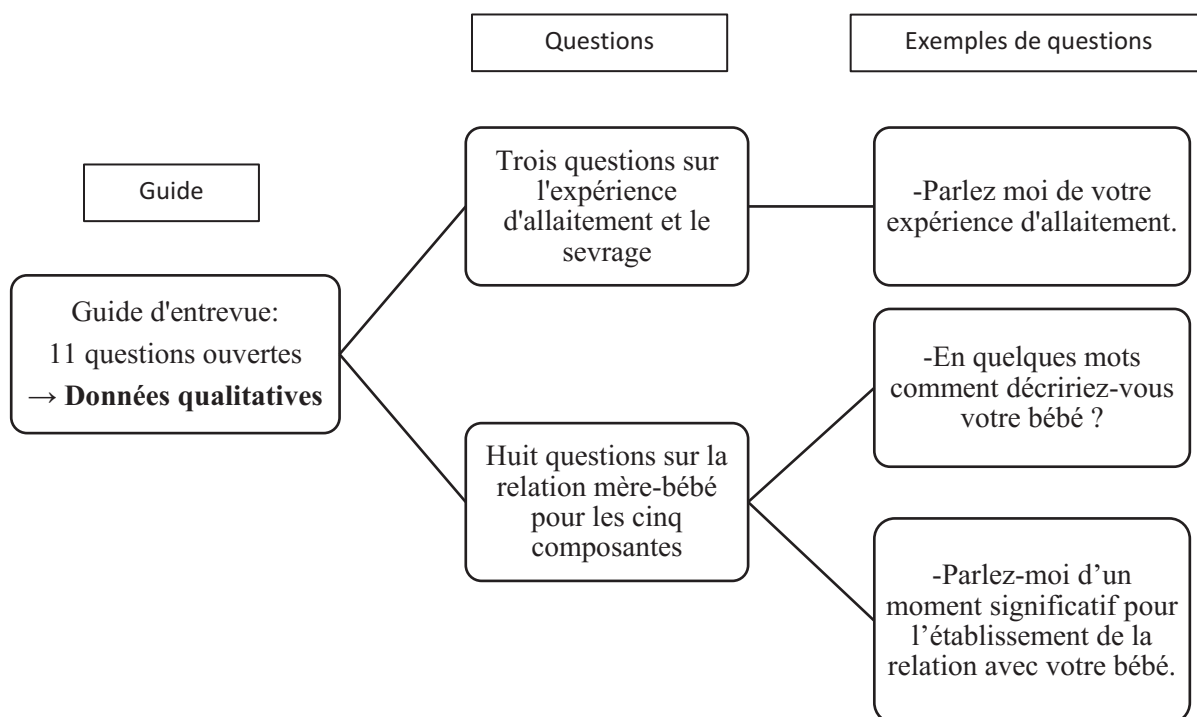


Figure 5. Exemples de questions tirées du guide d'entrevue semi-dirigée.



**Validation et prétest du guide d'entrevue.** Le guide a été soumis à une validation de contenu par des experts, quant à la pertinence, la fluidité, l'ordre et la formulation des questions en lien avec les objectifs de recherche. Pour ce faire, la technique du groupe Delphi a été utilisée (Maleki, 2009). Le guide a été envoyé par courriel, avec les directives s'y rattachant et les objectifs de l'étude, aux quatre personnes suivantes : une experte en relation mère-enfant, deux expertes en allaitement et une experte en devis mixte. Si une experte était en désaccord avec une question, elle était invitée à la modifier, à en proposer une autre ou à la supprimer. L'analyse de la réponse du groupe Delphi s'est faite selon un processus qualitatif (Croker et Algina, 1986). La lettre d'introduction et le guide d'entrevue avec les questions de critique se retrouvent en Annexe F. Suite aux propositions, les questions ont été reformulées et renvoyées aux expertes. Les expertes ont été satisfaites de la reformulation et de la réorganisation des questions après deux consultations.

Suite à sa validation de type Delphi, une mère a été rencontrée pour évaluer le guide en prétest. Elle n'a pas eu de commentaires, ni sur la formulation, ni l'ordre ou la durée de l'entrevue.

#### *3.4.1.2 L'échelle de la sensibilité maternelle*

L'échelle de sensibilité maternelle, élaborée par Bell et al. (2004), est un questionnaire auto-administré comprenant 33 énoncés divisés en cinq sous-échelles : la découverte, le contact affectif, l'engagement, le contact physique et la communication. Les énoncés sont cotés sur une échelle de Likert en cinq points, variant de « tout à fait d'accord », à « tout à fait en désaccord ». Un score plus faible indique un plus haut niveau de sensibilité maternelle. Bell et al. (2004) ont trouvé une consistance interne variant entre 0,54 et 0,83 pour ses sous-échelles. La validité de contenu de l'échelle a été testée dans le cadre d'études menées auprès de mères ayant un bébé âgé de moins de quatre mois (Doyon, 2010; Ferland, 2011; Courtois, 2012; Martel, 2012).

#### *3.4.1.3 L'Échelle d'Édimbourg*

L'Échelle d'Édimbourg (Cox, Holden, et Sagovsky, 1987) est un questionnaire auto-administré comprenant 10 questions mesurant les symptômes dépressifs en post-partum. La réponse à chaque énoncé se fait au moyen d'une échelle de Likert en quatre points. Les

catégories de réponse sont notées entre zéro et trois selon la gravité des symptômes. La plupart des items (huit) sont inversés, c'est-à-dire qu'ils sont notés de trois à zéro. Le score total peut varier entre zéro et 30, et un résultat de 12 ou plus indique une intensité plus grande des symptômes dépressifs et nécessite une évaluation plus poussée par un médecin en santé mentale. Cox et al. (1987) en ont validé le contenu. La sensibilité est de 85 %, la spécificité de 77 % et l'alpha de Cronbach a été démontré à 0,87 (Cox et al., 1987). Il était prévu que les mères présentant des scores de 12 ou plus soient évaluées par un médecin spécialiste en santé mentale.

#### *3.4.1.4 Déroulement de la collecte des données*

Lors de l'appel de l'étudiante, si les mères acceptaient de participer à l'étude, il leur était demandé si elles consentaient à donner leur adresse afin de leur envoyer par la poste deux copies du formulaire de consentement et les questionnaires. Elles étaient invitées à les remplir avant la journée de l'entrevue individuelle à leur domicile. Des consignes claires étaient incluses sous ce pli, afin que les mères puissent compléter les questionnaires sans encombre. Dans le cas où elles auraient eu besoin d'aide, elles avaient accès au courriel de l'étudiante à la maîtrise, pour pouvoir poser leurs questions. Finalement, une copie du formulaire de consentement ainsi que les questionnaires complétés étaient récupérés lors de la visite de l'étudiante chercheuse au domicile de la mère pour l'entrevue.

Avant le début de l'entrevue, les consignes étaient expliquées aux mères. Les bébés étaient présents lors des entrevues. Elles ont été informées qu'il n'y avait ni bonnes ni mauvaises réponses; qu'elles pouvaient ne pas répondre à une question si elles le préféraient, qu'elles pouvaient revenir à tout moment de l'entrevue sur des questions déjà posées et que l'entrevue pouvait être interrompue à tout moment pour les soins de leur bébé. Elles étaient aussi informées que l'entrevue durait généralement entre 30 et 60 minutes. À la suite des consignes, l'entrevue enregistrée sur bande audio débutait. À la fin de l'entrevue, d'une durée moyenne de 40 minutes, les participantes avaient l'opportunité d'ajouter tout commentaire personnel. Une fois l'enregistrement terminé, il leur était demandé si elles acceptaient d'être contactées lors de l'analyse des entrevues au cas où les chercheurs considéraient qu'il manquait des précisions pour la compréhension du phénomène à l'étude. À la toute fin, elles

recevaient en guise de remerciement un certificat de participation à l'étude (Annexe G) et une huile à massage pour leur bébé.

### **3.5 Analyse des données**

Creswell et Plano (2011) mentionnent que pour les devis mixtes, l'analyse des données qualitatives et quantitatives a lieu séparément et que par la suite, un rapprochement est fait entre les deux. Parmi les méthodes d'analyse qualitative se retrouve l'analyse de contenu (Fortin, 2010), la plus courante et qui offre une grande diversité d'applications qui permet de traiter le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les grandes tendances. L'Écuyer (1990) décrit l'analyse de contenu. Selon lui, il s'agit d'une méthode de classification et de codification du matériel analysé permettant d'en connaître les caractéristiques et la signification. Cette méthode ne s'utilise pas au hasard; elle est au contraire exigeante pour aboutir à des résultats valables. L'analyse se déroule de manière objective et méthodique, c'est-à-dire qu'elle respecte des règles préétablies. Elle est exhaustive et systématique puisqu'elle couvre tout le matériel recueilli. Il se dégage un souci quantitatif de relever le nombre de fois qu'une idée est exprimée et un souci qualitatif accordé à la pertinence et à l'importance de chaque idée. Elle se concentre continuellement sur la recherche de signification. Finalement elle est générative, c'est-à-dire qu'elle est sujette à une interprétation des résultats pour un rapprochement avec un modèle théorique, un modèle contextuel ou des résultats déjà existants.

Les données audio de chaque entrevue ont été intégralement transcrites. Suite à quoi, elles ont été fragmentées en unités d'analyse plus petites, puis codées, ce qui consiste à associer chaque unité d'analyse à une catégorie. Le but de la codification est de classer, d'ordonner, de résumer et de repérer les données pour ensuite procéder à l'analyse proprement dite. Les données ont été analysées à l'aide d'une grille de codage (Annexe H) qui incluait tous les thèmes dégagés par les participantes, en particulier les éléments qui touchent aux cinq composantes du modèle de Bell et al. (2004) sur la relation mère-bébé. Par exemple, si une mère disait : « Pour moi je trouve que quand je le nourris, j'ai plus d'interactions avec mon bébé » le code apposé était le ESER-PB [communication]. Ce qui signifiait qu'il s'agissait d'un élément significatif pour l'établissement de la relation mère-

bébé (ESER), qu'il a été mentionné suite au passage au biberon (PB) et qu'il touchait à la communication. Chaque élément du discours des mères a été codé ainsi.

L'étudiante à la maîtrise a réalisé le codage avec la supervision constante de ses deux directrices pour s'assurer que le codage reflétait bien les entrevues. Quatre entrevues ont été co-codées par les deux directrices. C'est-à-dire qu'en plus de l'étudiante, ces dernières ont aussi codé individuellement ces entrevues. En rencontre, les désaccords ont été discutés et tous ont été résolus par consensus. Toutes les autres entrevues ont été co-codées par l'une ou l'autre des directrices.

La codification a été ensuite rapportée dans le logiciel Nvivo 10, pour optimiser l'analyse des données obtenues. Ce logiciel a permis de les regrouper selon les différents codes accordés afin d'en faire des catégories. Avec ce logiciel, il a été possible de ressortir tous les éléments codés d'une entrevue à l'autre pour une catégorie précise. Il affichait combien de mères se sont exprimées pour chaque catégorie et aussi ce qui se dégagait sur ce thème. Cette analyse de contenu a permis de décrire en profondeur la perception des mères sur l'expérience d'allaitement difficile et sur leur relation avec leur bébé durant l'allaitement et après le sevrage.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (Fortin 2010). Des pourcentages, moyennes ou médianes, ont servi à décrire l'échantillon. Ces données ont été compilées et analysées à l'aide du logiciel Excel.

Pour terminer, il était prévu de constater comment les données des questionnaires complétaient l'information reçue en entrevue. Les questionnaires ont permis de décrire qui étaient les mères participantes et leur bébé et les entrevues ont permis de comprendre l'expérience d'allaitement difficile et l'établissement de la relation avec leur bébé.

### **3.6 Considérations éthiques**

Tout au long du développement et de l'application d'un projet de recherche, les chercheurs doivent respecter des règles d'éthique pour assurer le respect, la justice et la bienfaisance envers les participants au projet (Énoncé Politique des trois Conseils, ÉPTC-2, 2010). Cette étude a été réalisée avec l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des



CSSS de l'Estrie (Annexe I). Le formulaire de consentement à la participation (Annexe J) ainsi que les instruments présentés ci-haut ont tous été approuvés par ce comité d'éthique. Les modalités de l'étude et son déroulement comportent plusieurs aspects par souci de respect l'éthique.

L'ÉPTC-2 (2010) renseigne sur l'importance du consentement libre et éclairé. Comme déjà expliqué, le consentement s'est fait à deux niveaux : premièrement, il convenait de constituer une liste téléphonique de mères ayant reçu le dépliant et désirant être contactées par téléphone. Par la suite, la sollicitation se faisait par téléphone par l'étudiante chercheuse. Lors de ce contact téléphonique, le projet était bien détaillé, de sorte que les mères pouvaient poser toutes leurs questions et ainsi, elles étaient libres de consentir ou non à participer à l'étude. Ensuite, elles recevaient par la poste un formulaire de consentement qu'elles étaient invitées à lire attentivement avant la journée de leur entrevue. Le courriel de l'étudiante chercheuse figurait dans le formulaire de consentement. Les participantes pouvaient l'utiliser pour poser leurs questions. La journée même de l'entrevue, elles avaient encore l'opportunité de poser des questions avant de signer le formulaire si elles ne l'avaient pas déjà fait.

La confidentialité doit être préservée constamment lors de tout projet de recherche (ÉPTC-2, 2010). Les coordonnées des sujets ont été gardées dans un fichier protégé par un code. Les enregistrements et les questionnaires n'ont été manipulés que par l'équipe de recherche qui s'engageait à respecter la confidentialité. Les enregistrements et les questionnaires étaient identifiés par un code numérique. Les publications générées par les données ne contiendront aucune information permettant d'identifier les participantes.

En éthique de la recherche, les bénéfices de participer à une étude doivent être supérieurs aux risques (ÉPTC-2, 2010). Dans le cadre de cette étude, il n'y avait pas de risque comme tel. La participation exigeait un peu de temps (20 minutes pour les questionnaires et 30 minutes à une heure pour l'entrevue). Il n'y avait pas non plus de bénéfices précis. Cependant, les mères ont eu l'opportunité de donner leur point de vue et d'en faire une occasion d'introspection. Même s'il n'y avait pas de risques ou de bénéfices concrets pour les participantes, leur participation a contribué à l'avancement des connaissances scientifiques et à une meilleure compréhension de l'expérience d'allaitement difficile et de l'établissement de la relation mère-bébé. Les connaissances acquises par cette recherche

permettront une amélioration des pratiques cliniques au niveau de l'accompagnement des dyades mère-bébé pour les aider à développer leur relation.

## QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS

L'étude vise à décrire une expérience d'allaitement difficile et l'établissement de la relation mère-bébé selon la perspective de mères ayant sevré suite à une telle expérience d'allaitement difficile. Ce chapitre présente les résultats obtenus suite aux analyses, pour répondre aux trois objectifs spécifiques de l'étude, soit :

1. Identifier des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de mères et de bébés ayant vécu une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.
2. Décrire l'expérience de mères suite à un allaitement difficile ayant mené au sevrage.
3. Décrire l'établissement de la relation mère-bébé suite à une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

La première section du chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères et de leur bébé. La deuxième section dresse le portrait de l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. La dernière section présente les résultats concernant l'établissement de la relation mère-enfant en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

### **4.1 Description de l'échantillon**

Cette section adresse le premier objectif de l'étude et donc permet d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères, incluant l'évaluation des symptômes dépressifs et de la sensibilité maternelle et, d'autre part, sur les caractéristiques cliniques des bébés.

#### ***4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères***

Les participantes à l'étude ont été recrutées entre les mois de juin 2013 et août 2014. Au moment de leur participation, 10 mères résidaient dans la région de Sherbrooke et deux dans la région de Montréal. Les infirmières de la liaison post-natale ont recruté neuf mères et les trois autres ont été recrutées par boule de neige. Le Tableau 6 expose les caractéristiques

sociodémographiques et cliniques des mères. La moyenne d'âge est de 29,1 ans, avec un écart type de 4,7 ans. La majorité des mères (11/12 ou 91,7 %) vit en couple alors qu'une mère est célibataire. Plus de la moitié des mères (8/12 ou 66,7 %) détient 16 années ou plus de scolarité et la majorité (9/11 ou 81,8 %) possède un revenu familial supérieur à 55 000 \$ par année. Les mères sont presque toutes des primipares (11/12 ou 91,7 %) à l'exception d'une mère qui a trois enfants. Sept participantes ont eu un accouchement vaginal (58,3 %) et cinq ont eu une césarienne (41,7 %). De plus, cinq mères (41,7 %) ont rapporté des complications, comme une césarienne d'urgence, une hémorragie post-partum ou une rétention placentaire. La moitié des mères (6/12 ou 50 %) a vécu un contact peau à peau immédiat avec leur bébé alors que pour l'autre moitié, ce contact a été retardé, soit parce qu'elles étaient en salle de réveil suite à leur césarienne soit parce que leur bébé a été amené temporairement pour évaluation à l'unité néonatale de soins intensifs.

À part la participante multipare qui avait déjà eu une expérience d'allaitement, pour toutes les autres mères (91,7 % ou 11/12), il s'agissait d'une première expérience. Avant la naissance, 33,3 % (4/12) des mères étaient déterminées à allaiter, alors que la majorité 66,7 % (8/12) d'entre elles voulait l'essayer. La plupart des mères, soit 75 %, avaient pour objectif d'allaiter durant six mois alors que 16,7 % souhaitaient allaiter pour une période indéterminée. En réalité, elles ont allaité entre une semaine et demie et huit semaines avec une moyenne de 4,3 semaines et un écart type de 2,5. L'allaitement a été parsemé de difficultés. Toutes les mères ont rapporté ressentir de l'insuffisance lactée. Plus de la moitié (7/12 ou 58,3 %) a eu des difficultés, par exemple des mamelons plats ou ombiliqués, des blessures ou des mycoses au niveau de leurs mamelons. La moitié des mères a rapporté des douleurs aux seins lors des tétées. Finalement, 4/12 ou 33,3 % ont dit qu'elles ont dû faire face à des problèmes de tétée avec la prise du sein et la succion non efficace de leur bébé. Une très forte proportion (11/12 ou 91,7 %) des mères a été très satisfaite ou satisfaite du soutien à l'allaitement qu'elles ont reçu de la part des infirmières en milieu hospitalier, alors qu'une mère s'est dite insatisfaite. Au niveau du soutien offert par les proches, toutes ont dit avoir reçu du soutien, principalement venant du père de leur bébé et deux participantes ont ajouté avoir aussi reçu du soutien de leur mère ou de leur sœur. Généralement, elles ont été satisfaites ou très satisfaites du soutien reçu de leurs proches (11/12 ou 91,7 %).

Tableau 6  
*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères*

Caractéristiques		n	% Moyenne (ET)
Âge		12	29,1 (4,7)
État civil	En couple	11	91,7
	Célibataire	1	8,3
Scolarité	≤ 15 ans	4	33,3
	> 15 ans	8	66,7
Revenu familial annuel	Entre 15 et 25 000 \$	2	18,2
	55 000 \$ et plus	9*	81,8
Nombre d'enfants	1 enfant	11	91,7
	3 enfants	1	8,3
Type d'accouchement	Vaginal	7	58,3
	Césarienne	5	41,7
Complications post-partum		5	41,7
Contact peau à peau Immédiat		6	50,0
Première expérience d'allaitement		11	91,7
Intention d'allaiter	Déterminée à allaiter	4	33,3
	Désire essayer	8	66,7
Objectif d'allaitement	5 mois	1	8,3
	6 mois et plus	9	75,0
	Non déterminé	2	16,7
Durée réelle d'allaitement (semaines)		12	4,3 (2,5)
Difficultés rencontrées	Insuffisance lactée	12	100,0
	Seins / Blessures	7	58,3
	Douleur	6	50,0
	Prise/ Succion	4	33,3
Satisfaction du soutien des Infirmières	Très satisfaisant	5	41,7
	Satisfaisant	6	50,0
	Non satisfaisant	1	8,3
Satisfaction du soutien des Proches	Très satisfaisant	4	33,3
	Satisfaisant	7	58,4
	Neutre**	1	8,3

\*Une mère n'a pas rapporté son revenu. \*\*Catégorie ajoutée par une mère.

#### 4.1.2 *Symptômes de dépression post-partum*

Les mères ont répondu à l'Échelle d'Édimbourg sur les symptômes de dépression post-partum. Les résultats présentés au Tableau 7 varient d'une mère à l'autre entre les scores de 1 à 12. De plus, 11/12 mères, ou 91,7 %, obtiennent des scores de 9 ou moins. Une mère (8,3 %) obtient un score de 12\*, niveau à partir duquel une symptomatologie élevée de dépression est considérée (Cox et al., 1987). La moyenne des résultats à cette échelle résulte en un score de 3,9 avec un écart type de 3,7. Les mères affichaient donc des symptômes peu élevés de dépression.

Tableau 7

*Résultats à l'Échelle d'Édimbourg sur les symptômes de dépression post-partum*

Échelles	n	Moyenne (ET)
Score des symptômes de dépression post-partum	12	3,9 (3,7)

À noter qu'il a été offert à la participante qui a obtenu un score de 12 à l'Échelle d'Édimbourg d'être référée, mais celle-ci étant sujette à la dépression saisonnière était déjà suivie à ce sujet.

#### 4.1.3 *Sensibilité maternelle*

Les mères ont également répondu à l'échelle de sensibilité maternelle qui permet d'obtenir, en plus du score de sensibilité maternelle, des scores pour ses cinq composantes qui sont la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement (voir Tableau 8). Ces variables ne se distribuant pas normalement, elles sont décrites par la médiane et les étendues interquartiles. Au niveau de la sensibilité maternelle, on remarque une faible variabilité puisque la médiane est de 1,56 avec des centiles qui oscillent entre 1,40 et 1,65. Concernant les différentes composantes de la sensibilité maternelle, leur variabilité s'étend de 1 à 2,17, ce qui représente une faible variabilité. Selon l'échelle de sensibilité, plus le résultat est faible, plus le niveau de sensibilité maternelle est élevé. Dans le cas présent, il est donc possible de conclure que les mères de l'échantillon possèdent une bonne sensibilité maternelle.

Tableau 8  
*Résultats à l'Échelle de sensibilité maternelle*

Échelles	n	Centiles
Sensibilité Maternelle	12	1,56 (1,40-1,65)
Découverte	12	1,83 (1,50-2,17)
Contact affectif	12	1,20 (1,00-1,40)
Proximité physique	12	1,64 (1,43-1,96)
Communication	12	1,25 (1,17-1,90)
Engagement	12	1,29 (1,03-1,64)

Médiane (étendue interquartile) (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> percentile)

#### 4.1.4 *Caractéristiques des bébés*

Les caractéristiques des bébés sont présentées au Tableau 9. Les bébés des dyades recrutées sont tous nés en bonne santé entre 37 et 42 semaines, avec une moyenne de 38,2 semaines et un écart type de 0,7 semaine. Le poids moyen à la naissance est de 2911 grammes (ÉT = 388). La majorité des bébés sont de sexe masculin, soit 75 % ou 9/12 et 25 % ou 3/12 sont de sexe féminin. Une grande majorité de bébés (9/12 ou 75 %) a reçu un complément à l'hôpital. Finalement, il était prévu de rencontrer des mères dont le bébé n'avait pas plus de six mois, ce qui a été respecté, la moyenne d'âge des bébés lors des rencontres est de 3,7 mois (ÉT = 2,1). En moyenne il y s'est écoulé deux mois entre le moment du sevrage et la rencontre des dyades pour la présente étude.

Tableau 9  
*Caractéristiques des bébés*

Caractéristiques	n	% Moyenne (ÉT)
Âge gestationnel (semaines)	12	38,2 (0,7)
Poids de l'enfant (grammes)	12	2911 (388)
Sexe du bébé	Masculin	9
Complément reçu à l'hôpital		9
Âge du bébé lors de l'entrevue (mois)	12	3,7 (2,1)

## 4.2 Expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage

Cette section permet de répondre au deuxième objectif de la présente étude qui est de décrire l'expérience de mères ayant sevré leur bébé suite à une expérience d'allaitement difficile. L'analyse des propos des mères a permis de dresser le portrait de ce qu'elles et leur bébé ont vécu pendant l'allaitement. Certaines ressources individuelles, familiales et environnementales disponibles pour les mères lors de l'expérience d'allaitement sont considérées. Finalement, le processus du passage au biberon et ses impacts sur les mères et leur bébé sont décrits selon l'expérience des mères rencontrées.

### 4.2.1 *Expérience d'allaitement difficile*

L'expérience d'allaitement difficile est caractérisée par les termes utilisés par les mères pour la qualifier, les difficultés rencontrées, la contribution du bébé aux difficultés, les impacts de l'allaitement difficile sur les mères et sur leur bébé ainsi que la pression sociale ressentie en lien avec ce vécu. Le Tableau 10 présente un résumé des principaux constats pour chacune de ces sous-catégories de l'expérience d'allaitement difficile.

#### 4.2.1.1 *Expressions utilisées pour caractériser l'expérience d'allaitement difficile*

Les mères ont été recrutées parce que leur allaitement a été difficile, ce que confirment leurs propos. Les termes utilisés pour caractériser l'expérience sont que l'allaitement « ne fonctionne pas », « ne marche pas », « est difficile », « dur », « lourd », « compliqué » ou « trop exigeant ». De plus, plusieurs mères expliquent comment l'allaitement a été contraignant vu qu'elles passaient la majorité de leur temps à allaiter en offrant de longues et fréquentes tétées en plus de tirer leur lait. Elles disent qu'elles allaitaient une heure sur deux ou encore, que le bébé passait sa soirée, voire sa nuit au sein : « Parce que la façon dont ça se passait quand je l'allais, c'était vu qu'il n'était jamais satisfait, il demandait tout le temps le sein, c'était presque sans arrêt » (P8).

#### 4.2.1.2 *Difficultés rencontrées pendant l'expérience d'allaitement difficile*

Les réponses des mères au questionnaire sur l'allaitement avaient déjà mis en évidence plusieurs problèmes, notamment, l'insuffisance lactée (section 4.1.1, Tableau 10). En décrivant leur allaitement, elles sont revenues sur les difficultés rencontrées et une



majorité d'entre elles a élaboré sur la perception d'insuffisance lactée : « Parce que tant à l'hôpital qu'à la maison, je manquais de lait pour mon bébé » (P12), ou encore, elles ont indiqué que la montée laiteuse a été tardive : « Donc j'ai eu ma montée laiteuse la sixième ou septième journée après l'accouchement » (P10). D'autres difficultés liées aux seins ont été verbalisées, comme : de la douleur lors des tétées, des blessures suite à la succion et des mamelons plats ou ombiliqués.

#### *4.2.1.3 Contribution du bébé à l'expérience d'allaitement difficile*

Les participantes mentionnent des comportements de leur bébé ayant pu contribuer aux difficultés liées à l'expérience d'allaitement (voir Tableau 10). Elles rapportent que les tétées étaient inefficaces et que leur bébé soit ne s'accrochait pas au sein, soit n'avait pas ou peu de réflexe de succion. Par contre, certaines ont obtenu une succion adéquate avec le temps. Pour le tiers d'entre elles, le problème était aussi que leur bébé se fatiguait au sein, qu'il s'endormait aussitôt la tétée commencée sans avoir la chance d'être nourri : « Tu sais, il ne s'accrochait pas bien au sein, ça a été très difficile. Il était très paresseux. Il dormait tout le temps, tout le temps » (P6). Finalement, deux mères rapportent que leur bébé repoussait le sein lors des tétées. Elles en ont conclu que leur bébé ne voulait pas le sein.

#### *4.2.1.4 Expérience d'allaitement difficile : impacts sur la mère*

L'expérience d'allaitement difficile a eu des répercussions sur les mères et leur bébé. Les mères identifient être affectées au niveau physique, émotionnel et social de par l'expérience d'allaitement difficile. Au niveau physique, les tétées longues, nombreuses et infructueuses font en sorte qu'elles dorment trop peu, sont fatiguées, épuisées et à bout : « Après huit semaines, j'étais à bout. [...] J'en pouvais plus. [...] C'est une période où on ne dormait pas beaucoup » (P1).

Au niveau émotionnel, les mères avouent ne pas se sentir bien. La détresse est identifiée par la moitié d'entre elles. Il s'agit d'une période où il leur arrivait souvent de pleurer et de se sentir dépassées. Elles se préoccupaient sans cesse de la quantité de lait consommée par leur bébé, ce qui devenait épuisant psychologiquement. La moitié des mères exprime de la déception, de l'injustice, une impression d'échec accompagnée d'un sentiment de culpabilité : « Donc, après huit semaines, je pleurais après tous les boires. [...] Je lui

donnais du complément c'était comme un échec, je sentais que c'était comme si je lui donnais de l'arsenic. [...] Là, je pleurais tous les jours, 4-5-6 fois par jour » (P1).

Enfin, les mères ressentent également un certain isolement social. Le quart d'entre elles dévoile que des conditions d'allaitement difficile les confinaient à la maison : « Je ne pouvais pas sortir. [...] On peut allaiter en public, mais tirer ton lait en public. [...] Non je ne sortais pas, je ne voyais personne » (P1). L'une d'elles explique qu'elle se sentait seule à vivre les problèmes d'allaitement étant la seule à pouvoir allaiter son bébé.

#### *4.2.1.5 Expérience d'allaitement difficile : impacts sur le bébé*

En plus des impacts pour elles-mêmes, les mères relatent comment une expérience d'allaitement difficile se répercute sur leur bébé au niveau physique et comportemental (Tableau 10). Au niveau physique, elles affirment que les tétées inefficaces affamaient sans cesse leur bébé, ce qu'elles confirment disant qu'il pleurait beaucoup, hurlait, cherchait le sein même après la tétée et portait tout à sa bouche : « Oui il pleurait. Mais pas nécessairement au sein, mais disons que j'allaitais deux fois le sein droit, deux fois le sein gauche, là il s'endormait, il était fatigué après ça. Mais, il avait encore faim, 10 minutes plus tard, il se réveillait en pleurant, puis en cherchant » (P11). De plus, la moitié des mères révèle que leur bébé perdait ou ne prenait pas suffisamment de poids durant l'allaitement. Elles associent ce problème à l'insuffisance lactée et ont expliqué la nécessité d'offrir des préparations artificielles en complément à leur bébé.

Au niveau comportemental, plusieurs mères rapportent que leur bébé manifestait du mécontentement. Elles disent qu'elles sentaient son insatisfaction, qu'il se frustrait et faisait des crises : « Et au bout de 2-3 semaines, je dégrafais mon soutien-gorge et elle commençait à faire une crise. [...] Je n'avais pas le temps de la placer. Le clic du soutien-gorge c'était assez pour déclencher une crise » (P1).

Au contraire, quelques mères décrivent que lorsqu'elles mettaient leur bébé au sein, celui-ci était paisible, confortable ou s'endormait rapidement au contact du sein : « Je sentais mon bébé très calme quand je le mettais au sein. Juste le fait de l'avoir dans les bras, il était toujours très calme, [...] surtout quand il était au sein, mais souvent il était trop confortable, il s'endormait » (P4).

#### 4.2.1.6 Pression sociale

Le portrait de l'expérience d'allaitement difficile se complète avec le poids de la pression sociale face à l'allaitement ressentie par les mères. Effectivement, à différents niveaux d'intensité, la grande majorité des participantes avoue avoir ressenti de la pression sociale à allaiter leur bébé. Certaines ont reçu des critiques de la part de membres de leur famille, d'amis, de connaissances ou même d'inconnus en donnant un biberon à leur bébé dans un lieu public. Plus de la moitié d'entre elles ont ressenti cette pression de la part de la société en général. Quelques-unes pensent que l'environnement médical ainsi que l'Initiative Amis des Bébé ont contribué à cette expérience désagréable. Pour certaines mères, la pression sociale vécue a contribué au sentiment de culpabilité ressenti au sevrage.

On a dans la société actuellement énormément de pression pour l'allaitement là. [...] Je dirais que ça contribue quand même à mon sentiment de culpabilité. [...] Moi je fais partie de celles qui voulaient allaiter puis ça n'a pas fonctionné. Puis on dirait que ce qui est véhiculé, dans toutes sortes de, dans l'entourage et tout ça, c'est que l'allaitement, peu importe on sait que c'est le meilleur pour le bébé, mais que l'impression que ça me donne c'est que toutes les femmes sont capables d'allaiter. Puis si tu n'es pas capable d'allaiter, tu as fait quelque chose qui n'est pas correct. Fait que, je trouve que c'est disons, il y a de la pression pour les mères. [...]. Puis il y a certaines personnes dans le milieu de la santé qui [...] il y a une pression qui est là de dire que si l'allaitement n'a pas fonctionné c'est à cause de la mère (P8).

Tableau 10

#### *Dimensions de l'expérience d'allaitement difficile (EAD)*

Expressions décrivant l'EAD	Difficultés pendant l'EAD	Contribution du bébé à l'EAD	Impacts de l'EAD : mère	Impacts de l'EAD : bébé	Pression sociale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile/ dur (n = 5)</li> <li>• Ne fonctionne pas (n = 5)</li> <li>• Compliqué (n = 5)</li> <li>• Exigeant/ lourd (n = 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance lactée (n = 8)</li> <li>• Montée laiteuse tardive (n = 6)</li> <li>• Douleur/ blessures/ (n = 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes de prise du sein/ réflexe de succion (n = 8)</li> <li>• Sommeil au sein (n = 7)</li> <li>• Sein repoussé durant la tétée (n = 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact physique (n = 10) : -Fatigue /épuisement</li> <li>• Impact émotionnel (n = 10) : -Détresse -Insécurité -Culpabilité/ échec/déception</li> <li>• Impact social (n = 4) : -isolement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacts physiques (n = 11) : -Manifestation de faim (n = 8) -Perte de poids/ prise de poids trop lente (n = 7)</li> <li>• Complément nécessaire (n = 9)</li> <li>• Insatisfaction /frustration (n = 8)</li> <li>• Confort/ détente au sein (n = 6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Société (n = 7)</li> <li>• Famille/ amis (n = 6)</li> <li>• Corps médical (n = 4) :</li> </ul>

Somme toute, pour les mères rencontrées, l'allaitement a été ardu à plusieurs niveaux. À la base, il ne fonctionnait pas, était parsemé de difficultés, particulièrement l'insuffisance lactée. De plus, leur bébé affichait des difficultés à prendre le sein et à téter efficacement. Plus elles multipliaient les efforts pour faire fonctionner l'allaitement, plus elles ressentaient une grande fatigue, de la détresse et de la déception. De surcroît, elles devaient composer avec un bébé qui pleurait sans cesse, était insatisfait, affichait un gain de poids inadéquat et manifestait sa faim sans cesse. Finalement, la pression sociale était lourdement ressentie et provenait de diverses sources : la société, la famille et les amies, ainsi que le corps médical. Pour certaines d'entre elles, cette pression sociale est à l'origine du sentiment de culpabilité ressenti au moment du sevrage.

#### ***4.2.2 Ressources disponibles pour composer avec l'expérience d'allaitement difficile***

Décrivant leur vécu, les mères rapportent avoir référé à différentes ressources disponibles pour composer avec l'expérience d'allaitement difficile. Les ressources utilisées, dont le Tableau 11 fait état, ont été catégorisées en ressources individuelles, familiales/amicales et environnementales.

##### *4.2.2.1 Ressources individuelles*

Au niveau individuel, toutes les mères mettent en évidence leur motivation à allaiter. Avant l'accouchement, elles s'y étaient préparées par les cours prénataux et l'achat de matériel le favorisant. Même celles qui ont rapporté vouloir seulement essayer l'allaitement, ont été motivées à continuer suite à son initiation. En cours d'expérience, toutes tiennent des propos démontrant leur persévérance. Certaines disent qu'elles ont donné le plus possible ou qu'elles ont la satisfaction d'avoir donné au moins le colostrum, et certaines décrivent comment elles ont dépassé leur limite en persistant longtemps.

Bien c'est vraiment le fait que je ne peux pas allaiter mon enfant, mais j'aurais vraiment voulu l'allaiter, mais de ne pas pouvoir moi j'ai trouvé ça difficile. [...] Mais je me dis que j'ai quand même essayé, j'ai quand même attendu un mois et demi, je n'ai pas abandonné vite (P12).

Les mères avaient des attentes face à l'allaitement et y voyaient des avantages. Pour plusieurs d'entre elles, il s'agissait du fait que le lait maternel est reconnu comme l'aliment par excellence pour le bébé, notamment parce qu'il contient des anticorps. Le tiers d'entre

elles a évoqué les aspects pratiques du lait maternel : il est économique, aucune préparation n'est nécessaire et il est facilement disponible : « L'allaitement c'est merveilleux, ça a juste des qualités puis des avantages. [...] Mais, ça ne fonctionne pas toujours pour tout le monde. [...] Justement l'allaitement c'est ça qui est le fun. Bon, il a faim, pas à attendre, préparer le biberon, le faire chauffer » (P2). Certaines voyaient également un avantage relationnel, croyant que l'allaitement crée un lien spécial avec le bébé. Finalement la majorité des mères a confié croire encore aux avantages de l'allaitement, si bien que 11 mères sur les 12 rencontrées comptent le tenter à nouveau avec un prochain bébé.

En décrivant l'expérience d'allaitement difficile, les mères ont aussi énuméré les stratégies de persévérance utilisées. Elles ont toutes essayé de surmonter les difficultés rencontrées en utilisant un dispositif d'aide à l'allaitement et des méthodes complémentaires le favorisant. La majorité des mères a essayé le tire-lait pour maintenir ou stimuler la production lactée; la moitié d'entre elles a donné les compléments de lait artificiel avec une seringue, une cuillère ou un gobelet pour éviter la confusion avec la tétine du biberon; le tiers a essayé un dispositif avec un cathéter collé à leur mamelon d'où s'écoule du lait pour augmenter l'apport alimentaire lorsque le bébé fait l'effort de téter et quelques-unes ont utilisé une téterelle pour faciliter la prise du sein.

On a tout essayé; le cup au début, après ça, ça a été le dispositif d'allaitement avec la seringue en même temps que je l'allaitais. Mais c'est ça il y avait la seringue, après ça le dispositif dans le biberon là, puis après le biberon avec la tétine. Vraiment à la fin là, parce que rendu là il ne prenait tellement pas de poids qu'il fallait que je complète chaque tétée avec un biberon (P8).

La moitié des mères dit avoir essayé de modifier les techniques d'allaitement comme l'alternance d'un sein à l'autre pour favoriser la production lactée. Le tiers des participantes a consulté un professionnel de la santé, comme une conseillère en lactation, les intervenantes des ateliers *Bébé trucs* ou un ostéopathe. Quelques mères ont pris des suppléments pharmaceutiques, espérant augmenter la production lactée. Finalement, certaines ont recouru à un mantra ou une pensée positive dans la perspective de renouer avec leur confiance en elles : « Mais ça n'allait tellement pas bien l'allaitement j'essayais de me dire : « fais-toi confiance, ça va bien aller » (P2).

#### 4.2.2.2 *Ressources familiales et amicales*

Quelques participantes ont parlé spontanément du soutien reçu durant l'expérience d'allaitement difficile. Dans le questionnaire, la principale source de soutien mentionnée par les mères est leur conjoint : plusieurs mères ont exprimé en entrevue comment celui-ci les a aidées. Même la participante 12 qui ne vivait pas avec le père de son bébé a rapporté que celui-ci l'avait soutenue. Quelques-unes ont fait référence au support instrumental qu'il leur a offert, surtout lors de l'utilisation d'un dispositif d'aide à l'allaitement. Les mères ont regretté ce soutien tant apprécié lors du retour au travail de leur conjoint. D'autres mères ont apprécié le soutien de leur conjoint face à l'état émotionnel et de fatigue dans lequel elles se trouvaient avec l'expérience d'allaitement difficile.

Donc, c'est ça il fallait toujours que mon conjoint soit tout le temps avec moi pour l'allaitement. La nuit il fallait qu'il se lève aussi. Fait que, heureusement qu'il avait six semaines de congé. [...] Mais, il y avait une journée, il fallait qu'il aille au travail [...] Donc, cette journée là il fallait que je sois capable de m'arranger toute seule pour l'allaitement (P2).

Quelques propos relatés illustrent que des participantes ont reçu des conseils d'autres membres de la famille ou d'amies. Pour certaines, le partage des expériences vécues par les autres a été aidant, alors que pour d'autres, ceci a eu pour effet de les placer face au constat d'échec de leur propre allaitement.

J'ai une amie qui a allaité et, je sais que chaque allaitement est différent là, mais N. (le fils de son amie) buvait aux 3-4 heures ça a toujours été comme ça, à part les poussées de croissance là. Mais je me disais ça c'est parfait, pas trainer de biberon elle pouvait sortir, mais ce n'était pas ma situation (P10).

Enfin, deux mères ont mentionné avoir apprécié le soutien vécu dénué de jugement apporté par leur mère suite à leur décision de sevrer leur bébé : « Mais tout le long que j'étais ambivalente il n'y a personne qui m'a supportée pour faire un choix éclairé. Puis d'un coup quand j'ai décidé, vraiment, il y a ma mère qui m'a supportée dans mon sevrage » (P5). Pour la participante 12 célibataire, le soutien de ses proches a été omniprésent.

#### 4.2.2.3 *Ressources environnementales*

Des facteurs environnementaux ayant eu un impact sur les mères en période d'allaitement difficile s'ajoutent aux autres facteurs. À ce titre, les mères mettent en évidence le soutien reçu des infirmières, tant à l'hôpital qu'après le retour à domicile.

Au sujet des débuts de leur expérience d'allaitement à l'hôpital, les mères rapportent des éléments de satisfaction et des éléments d'insatisfaction en lien avec le soutien reçu pour allaiter leur bébé. La moitié a verbalisé des propos illustrant qu'elles ont ressenti du soutien pour l'allaitement durant leur séjour à l'hôpital. Plusieurs disent avoir été satisfaites au niveau de l'aide instrumentale et de l'aide avec les techniques d'allaitement. Plus particulièrement, quelques-unes ont apprécié la démonstration de l'alimentation au gobelet et à la cuillère. Les infirmières ont également guidé les mères pour le positionnement et la mise au sein et leur ont expliqué aussi comment introduire des suppléments sans compromettre les chances de succès de l'allaitement : « Les premières heures du bébé, l'infirmière prenait une petite cuillère en plastique, elle allait chercher les gouttes, elle lui donnait, [...] Il y a plein d'infirmières qui me montraient plein d'affaires, comment allaiter. [...] Donc, à l'hôpital ils voulaient vraiment que ça fonctionne » (P2).

À l'inverse, certaines mères ont exprimé que, par moment, l'aide était inefficace. Elles ont aussi déploré un manque de cohérence entre les infirmières concernant l'information donnée. La participante 1 a exprimé que ses limites et le rythme de son bébé n'ont pas été respectés à l'hôpital. La participante 6 a relaté qu'un manque d'information sur l'utilisation d'un dispositif d'aide à l'allaitement a eu pour conséquence que son bébé ait reçu une préparation artificielle périmée.

Après ça, quand ils m'ont apporté la bouteille de lait qu'il fallait mettre dans le dispositif d'aide, personne m'a dit que c'était bon une heure. Moi, je l'ai utilisé toute la journée, cette bouteille-là. Fait que là j'étais vraiment frustrée sur ces points-là. Tu sais des fois je trouvais qu'ils n'allaient pas au bout des choses. [...] Mais tu sais personne ne m'avait parlé de ça à l'hôpital (P6).

Concernant leur retour au domicile, toutes les participantes ont mentionné avoir eu du soutien des infirmières du CLSC pour les aider avec les difficultés de l'allaitement. Elles ont spécifié avoir apprécié l'aide offerte par ces infirmières. Les trois quarts des mères affirment que les infirmières ont fourni des conseils et une aide instrumentale, leur présentant

des dispositifs d'aide à l'allaitement ou encore leur montrant des techniques pour stimuler leur bébé à la succion ou à obtenir des tétées plus efficaces.

Elle a super bien aidé. J'avais commencé à avoir quelques gerçures au niveau des seins. Elle a révisé la prise au sein avec moi. Elle m'a donné des trucs : Alterne plus souvent de sein à sein, ton bébé fatigue rapidement, alterne plus souvent. Elle m'a donné des trucs : tire ton lait. Alors, oui vraiment elle m'a aidée (P11).

Les mères se sont aussi exprimées aussi sur le soutien émotionnel apporté par les infirmières du CLSC. Elles ont expliqué la capacité de leur infirmière à reconnaître et à compatir au vécu d'allaitement difficile en soulignant leur persévérance. Il est rapporté deux fois que l'infirmière s'est préoccupée de leur bien-être en tant que mère, ce qui est important pour être en mesure de prendre soin de leur bébé. En ce qui concerne le sevrage, pour le quart des mères, c'est l'attitude ouverte de l'infirmière du CLSC qui leur a permis de le considérer.

Mais, t'sais l'infirmière du CLSC a été vraiment très très gentille, je n'ai jamais senti de pression vis-à-vis d'elle. [...] Puis elle venait souvent ici puis elle a dit : « wow vous êtes vraiment persévérants parce qu'il y en a, après une semaine y arrête. » [...] Elle voyait qu'on voulait. [...] Je n'ai pas senti de jugement de sa part. [...] Mais, non elle a dit vous avez été bons d'endurer ça. Pis, ça fait du bien de voir que l'infirmière n'est pas fâchée contre moi (suite au sevrage, P2).

À l'inverse suite au sevrage, deux mères ont ressenti une certaine déception de la part de leur infirmière. D'ailleurs, d'autres mères ont confié qu'elles auraient aimé continuer à avoir du soutien dans ces circonstances, mais que le soutien reçu des intervenantes pendant l'expérience d'allaitement difficile disparaît suite au sevrage. Par exemple : elles ne reçoivent plus de visites des infirmières du CLSC, plus d'appel de marraine d'allaitement.



Tableau 11

*Ressources disponibles pour composer avec l'expérience d'allaitement difficile*

Ressources individuelles	Ressources familiales et amicales	Ressources environnementales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation à l'allaitement en période prénatale (n = 5)</li> <li>• Motivation à allaiter (n = 12)</li> <li>• Stratégies de persévérance à l'allaitement               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositifs (n = 12)</li> <li>- Techniques d'allaitement (n = 7)</li> <li>- Consulter un professionnel (n = 4)</li> <li>- Médication↑ production lactée (n = 2)</li> <li>- Pensées positives (n = 2)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjoint (n = 8)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien instrumental (n = 3)</li> <li>- Reflet des impacts de l'EAD sur la mère (n = 3)</li> <li>- Perte de soutien au moment du retour au travail (n = 3)</li> </ul> </li> <li>• Famille et amies (n = 6)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils (n = 5)</li> <li>- Soutien au sevrage (n = 2)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien par les infirmières à l'hôpital (n = 9)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir soutenue (n = 6)</li> <li>- Aide inefficace (n = 3)</li> <li>- Aide instrumentale et conseils (n = 7)</li> </ul> </li> <li>• Soutien par les infirmières à domicile (n = 12)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide instrumentale et conseils (n = 8)</li> <li>- Soutien émotionnel (n = 8)</li> </ul> </li> </ul>

Somme toute, les mères rencontrées étaient motivées à allaiter leur bébé. Avant de sevrer, toutes ont eu recours à de multiples stratégies dans l'ultime espoir de poursuivre l'allaitement. Elles reconnaissent des avantages à l'allaitement, si bien que la majorité referait l'expérience une prochaine fois. Cependant, certaines mères estiment que l'allaitement n'a pas permis le rapprochement espéré avec leur bébé. La présence physique et psychologique de leur conjoint représente une aide importante pour les mères, si bien que certaines ont déploré la perte de ce soutien au moment de leur retour au travail. Les conseils de leurs proches et amies peuvent être aidants ou irritants. Le soutien à l'hôpital est apprécié quand il concerne l'aide instrumentale et la démonstration des techniques d'allaitement. Par contre, quelques expériences ont été perturbantes, quand les conseils étaient incohérents d'une infirmière à l'autre, ou encore quand l'aide ne respectait pas le rythme de la mère ou du bébé. Le soutien des infirmières du CLSC a été particulièrement présent et apprécié et, sauf exceptions, les mères ont apprécié aussi grandement le soutien émotionnel offert par ces infirmières.

### 4.2.3 *Passage au biberon*

Le principal critère d'inclusion pour la participation à l'étude était le vécu d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Avant leur recrutement à l'étude, les participantes avaient adopté le biberon comme mode d'alimentation. Cette sous-section, résumée dans le Tableau 12, porte sur le processus de décision ayant mené au sevrage et ses impacts sur les mères et leur bébé.

#### 4.2.3.1 *Processus ayant mené au sevrage*

Le processus ayant mené au sevrage est divisé en deux dimensions. Premièrement, le processus de la prise de décision est examiné à la lumière des propos des mères et deuxièmement, les éléments déclencheurs ayant permis de concrétiser la décision de sevrer sont examinés.

La décision de sevrer survient alors que les ressources disponibles pour composer avec l'allaitement et les stratégies de persévérance à sa poursuite ont échoué à le rendre fonctionnel pour les dyades mère-bébé. Il ressort des propos des mères que la prise de décision s'est produite avec le temps et après beaucoup d'hésitation. Dans certains cas, elles ont assuré avoir pesé le pour et le contre de la poursuite d'un allaitement difficile. En plus, elles ont mentionné leur difficulté à se décider avant de sevrer : « Alors j'ai décidé d'arrêter. C'était dans la tête peut-être une semaine ou deux avant d'arrêter. [...] Mais quand ta décision, pis c'est dur de prendre une décision [...] J'étais un bout de temps ambivalente, par rapport à est-ce que je continue, est-ce que j'arrête ? » (P5). D'autres mères ont dit avoir pris la décision avec leur conjoint et le quart des participantes évalue avoir fait le bon choix de sevrer.

Pour mieux cerner ce processus de décision, il a été demandé à toutes les participantes d'identifier un élément qu'elles considèrent comme l'évènement ayant déclenché le sevrage. Elles ont admis qu'elles pensaient déjà au sevrage avant de prendre la décision et que souvent, l'élément déclencheur était simplement le moment où elles ont arrêté de tergiverser entre sevrer ou persister. La majorité parle de leur état personnel et moins de la moitié, de l'état de leur bébé comme élément déclencheur. Celles qui révèlent que leur état a déclenché le sevrage, parlent entre autres, d'un moment d'épuisement ou du sentiment d'avoir été au

bout des ressources : « Qu'est ce qui m'a décidé? L'élément déclencheur ça a été que, comme plusieurs facteurs en même temps, ce n'est pas juste une chose. [...]. Je suis allée au bout du rouleau » (P11). L'une d'entre elles a rapporté les paroles d'une infirmière soulignant qu'il fallait qu'elle soit heureuse pour que son bébé le soit aussi, une autre a fait état de la contribution des douleurs aux seins et une d'un débit d'expulsion du lait trop lent.

Comme mentionné dans le Tableau 12, certaines ont identifié l'état de leur bébé comme étant l'élément ayant précipité le sevrage. Pour la majorité des mères, les préoccupations étaient à ce moment : la faim du bébé, la prise de poids insuffisante ou les signes d'insatisfaction.

Ben c'est quand l'infirmière venait le peser à toutes les semaines, puis là elle m'aidait puis là à un moment donné, j'ai essayé de pas faire le biberon, juste allaiter il avait descendu en bas de 4.5 lbs. Alors là, elle a dit oui je pense que tu dois mettre le biberon. J'ai tellement eu peur que là j'ai décidé d'arrêter d'allaiter et puis de donner juste le biberon pour qu'il grossisse (P7).

#### *4.2.3.2 Passage au biberon : impacts sur la mère*

Suite au passage au biberon, les mères ont rapporté des conséquences pour elles-mêmes : les impacts émotionnels et les aspects pratiques. Au niveau émotionnel, elles sont partagées entre la culpabilité et le soulagement. La moitié a tenu des propos en relation avec une culpabilité passagère associée à la décision de sevrer. Malgré cette culpabilité, elles ont relaté avoir été soulagées, avoir été moins stressées et avoir repris le contrôle sur elles-mêmes et sur l'alimentation de leur bébé suite au passage au biberon.

C'est moins pesant sur les épaules. Je pense parce qu'il n'y a plus de crainte, il n'y a plus d'appréhension. [...] Fait que, j'vous dirais que moi j'étais libérée dans un sens face à la pesanteur de l'allaitement. [...] Oui. Je trouve que oui. Je me sens mieux là-dedans. [...] ça m'a un petit peu soulagée (P5).

De plus, la moitié des mères a rapporté des aspects pratiques à donner le biberon, notamment, pouvoir bénéficier d'une plus grande participation du père et le fait d'avoir plus de liberté : « Mais en même temps ça a changé la relation avec son père. Mon conjoint peut plus participer. [...] Donc ça m'a donné un répit » (P10). Elles ont souligné pouvoir sortir avec leur bébé ou s'absenter plus facilement.

#### 4.2.3.3 Passage au biberon : impact sur le bébé

En plus d'identifier des changements pour elles-mêmes lors du passage au biberon, les mères remarquent aussi des impacts sur leur bébé. Généralement, elles déclarent que leur bébé s'est adapté facilement au biberon, avec même parfois une meilleure régulation du sommeil; qu'il a démontré des signes de contentement, de satisfaction ou encore, il était heureux : « Puis, dès qu'on a donné le biberon, il faisait de bonnes nuits, [...] son comportement a changé. Il était vraiment bien là. [...] Il avait l'air plus heureux... » (P2).

Par contre, au niveau physique, il arrive que la digestion du bébé soit altérée par les préparations commerciales. Pour certaines dyades mère-bébé, cela fut problématique puisque le bébé a présenté des malaises gastro-intestinaux.

Il a beaucoup d'inconfort depuis qu'on a changé pour le biberon. Je pense qu'il a de la misère à digérer le lait. On a changé de lait trois fois. Il a beaucoup beaucoup d'inconforts, souvent il ne fait pas de sieste pendant la journée parce que il fait des gaz constamment. Il a des petites coliques (P4).

Tableau 12

#### *Passage au biberon*

Processus ayant mené au sevrage	Impacts sur la mère	Impacts sur le bébé
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prise de décision</li> <li>- Ambivalence et peser les pour et contre (n = 4)</li> <li>- Difficile et progressif (n = 4)</li> <li>- Implication du conjoint (n = 3)</li> <li>- Bonne décision (n = 3)</li> <li>● Éléments déclencheurs :</li> <li>- État de la mère (n = 9)</li> <li>- État du bébé (n = 5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Niveau émotionnel :</li> <li>- Culpabilité passagère (n = 6)</li> <li>- Soulagement, reprise du contrôle (n = 6)</li> <li>● Aspects pratiques :</li> <li>- Liberté (n = 6)</li> <li>- Participation du père (n = 6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contentement</li> <li>- Bonne adaptation (n = 8)</li> <li>- Satisfaction (n = 5)</li> <li>● Inconforts gastro-intestinaux (n = 5)</li> </ul>

Finalement, le passage au biberon représente une décision longuement réfléchie. Aucune ne pensait sevrer à l'hôpital, mais à la maison, avec la persistance des problèmes, elles ont commencé à se questionner sur leur capacité à allaiter. Elles ont vécu beaucoup d'ambivalence avant de prendre la décision de sevrer. Souvent après y avoir déjà pensé, c'est

un élément déclencheur, comme l'état nutritionnel du bébé ou leur état de fatigue, qui provoque le sevrage. Ce choix s'accompagne d'un sentiment de culpabilité, mais également d'un soulagement au niveau physique et émotionnel. Plusieurs mères ont constaté que leur bébé était finalement satisfait au biberon, même si quelques-unes ont déploré pour lui une moins bonne digestion du lait artificiel.

#### ***4.2.4 Synthèse des résultats concernant l'expérience d'allaitement difficile***

En conclusion, les résultats provenant des questionnaires et de l'entrevue sur l'expérience d'allaitement difficile présentés en Figure 6 permettent de saisir la complexité du vécu pour les dyades mère-bébé. Les données des questionnaires permettent de constater que dès le séjour à l'hôpital, plusieurs des conditions suivantes étaient manifestes : un taux plus élevé de césarienne, des complications post-partum telles qu'hémorragie, séparation mère-bébé impliquant un délai pour initier le contact peau à peau, difficultés au niveau de la production lactée et de la prise du sein par le bébé, besoin de débiter des stratégies de soutien à l'allaitement ainsi que l'offre de compléments de préparations artificielles au bébé. Les réponses aux questionnaires, complétées par les données d'entrevue, montrent que les infirmières à l'hôpital ont offert un soutien instrumental apprécié pour faire face à ces difficultés, mais parfois un manque de cohérence d'une infirmière à l'autre ou de la maladresse ont été rapportés. À ce stade, il est mis en évidence dans les questionnaires et en entrevue que les mères ont profité de la présence proactive du père de leur bébé qui a tenté de les aider avec l'allaitement et les dispositifs d'aide.

Au retour au domicile, les mères ont mis en évidence, en répondant aux questionnaires, que les difficultés persistaient et que parfois malgré elles, elles ont complété l'allaitement avec des préparations artificielles. Avant d'en faire l'expérience, la majorité des mères disait vouloir essayer l'allaitement, mais une fois débuté, elles ont voulu persister malgré les difficultés. En entrevue, elles ont ajouté qu'étant très motivées à réussir l'allaitement, elles multipliaient les stratégies de persévérance pour éviter le sevrage. Elles ont qualifié l'allaitement comme étant difficile, compliqué, exigeant puisqu'elles consacraient une somme considérable de temps et d'énergie à nourrir leur bébé, ce qui est devenu rapidement une source de découragement, d'épuisement et de détresse. S'ajoute aux pleurs d'insatisfaction du bébé, l'insuffisance de gain ou la perte de son poids, ce qui affecte

le sentiment de compétence des mères. Toutes ont reçu le soutien instrumental et émotionnel des infirmières du CLSC et en entrevue, elles ont dit apprécier ce soutien. Elles ont confié aussi que le soutien du père de leur bébé demeurerait important, il aidait avec les techniques d'allaitement, avec les stratégies de persévérance et émotionnellement, il tentait de refléter à la mère l'importance de son bien-être personnel. De retour au domicile, la persistance des difficultés a poussé certaines mères à penser au sevrage, mais avec la pression sociale omniprésente à allaiter, elles ont persisté encore. Elles ont expliqué qu'après tant d'efforts continuels infructueux, elles ont été ambivalentes face au sevrage, mais qu'elles ne voulaient pas s'y résigner. Il s'agissait d'un choix difficile et elles ne voulaient pas, en sevrant, décevoir les intervenants qui les soutenaient.

Après de multiples essais, elles ont confié être exténuées et confrontées au fait que leur bébé allaité ne gagnait pas suffisamment de poids, malgré le fait qu'il soit complété après les tétées. Face à ces facteurs déclencheurs, elles ont décidé de sevrer. En choisissant de nourrir leur bébé exclusivement au biberon, elles ont payé le coût émotionnel d'une culpabilité passagère décuplée par la pression sociale alors très vive. Malgré le sevrage de leur bébé, elles continuent à croire aux avantages de l'allaitement et confient vouloir le réessayer avec un prochain bébé.

En entrevue, s'exprimant sur l'alimentation au biberon, elles ont dit être soulagées que leur bébé soit nourri à satiété, de pouvoir contrôler les quantités de préparation artificielle prises, qu'il prenne du poids, qu'il dorme mieux et soit plus calme (diminution marquée des pleurs et de la frustration). Elles ont repris le contrôle sur leur horaire, pouvant désormais se reposer et s'accorder des moments à soi quand le père du bébé prenait la relève à son retour du travail. Celui-ci participait en assumant des boires et des soins au bébé. Les mères ont apprécié particulièrement ce partage avec le père de leur bébé. Par contre, en sevrant, certaines mères ont déploré perdre le soutien des intervenants qui les aidaient en période d'allaitement difficile. La pression sociale est persistante et parfois, les mères se font critiquer en donnant un biberon en public.

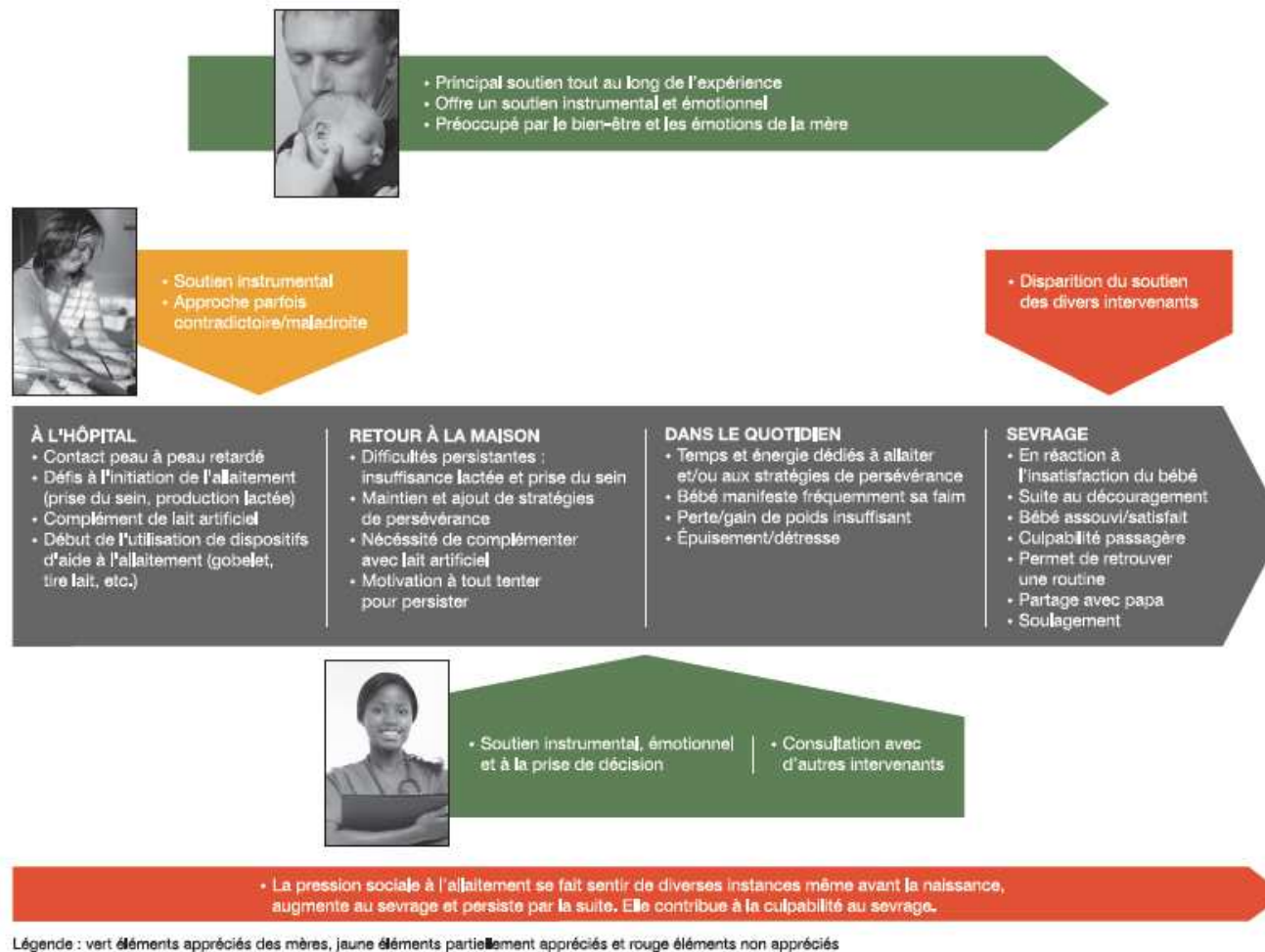


Figure 6. Synthèse de l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage.

\*Réalisée par une graphiste professionnelle

La prochaine section portera sur l'établissement de la relation mère-enfant dans ce contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. En guise d'entrée en matière, les propos de la participante 1 sont particulièrement intéressants, car ils illustrent le lien entre certaines conditions d'allaitement et la relation mère-enfant.

Si j'étais revenue à la maison plus tôt, je pense que mes chances (d'allaiter) auraient été meilleures. Et puis je pense que toute la frustration, parce que, à l'hôpital tu n'es pas poussée à la mettre au sein quand tu penses que c'est le bon moment, c'est à chaque fois qu'elle se réveille. Et puis, moi ce que je sentais de mon bébé c'est que des fois elle voulait, des fois c'était le temps, des fois ce n'était pas le temps. Et puis, si j'avais pu, si j'avais été encouragée à écouter les signes que cette enfant-là m'envoyait, la relation aurait été, le développement de la relation aurait été beaucoup plus facile (P1).

#### **4.3 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage**

Cette section répond au troisième objectif de l'étude qui consiste à décrire l'établissement de la relation mère-enfant en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. La première sous-section présente l'impression générale des mères à propos de la relation avec leur bébé, en période d'allaitement, suite au sevrage et sans égard au contexte d'alimentation. Les sous-sections suivantes porteront sur les résultats en fonction des cinq composantes du modèle de la relation mère-bébé de Bell (2002, 2004, 2008), soit : la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement. Chaque composante est définie et analysée selon les propos des mères en contexte d'allaitement difficile, au moment du sevrage et dans le quotidien en général, indépendamment du contexte d'alimentation. Cette section se termine avec le résumé des composantes du modèle de la sensibilité maternelle, comprenant les changements qui se sont produits pour les dyades mère-bébé entre la période d'allaitement difficile et suite au sevrage. Ce résumé permet de dégager le portrait global de la relation mère-bébé.

##### ***4.3.1 Perception générale des mères de la relation avec leur bébé***

Cette sous-section illustre comment les mères perçoivent globalement la relation avec leur bébé en lien avec l'expérience d'allaitement difficile, suite au passage au biberon et identifient des indicateurs de la relation mère-enfant indépendants du contexte d'alimentation. Le Tableau 13 résume cette sous-section.



#### 4.3.1.1 *En contexte d'allaitement difficile*

La moitié des mères juge que la relation mère-enfant passe au second plan avec l'expérience d'allaitement difficile. Le tiers a exprimé sa déception concernant le lien qu'elles avaient avec leur bébé durant l'allaitement. L'une a déclaré avoir été désappointée, n'ayant pas ressenti la force anticipée dans le lien.

Par rapport à l'allaitement ben c'est peut-être des préjugés aussi, moi j'avais l'impression que mon lien avec mon fils serait plus fort. [...] Mais moi j'avais le préjugé que mon lien va être plus fort, mais finalement ça n'a pas été le cas là. [...] si ça avait été un bel allaitement ça aurait peut-être été le cas, mais là j'ai tellement mis d'efforts pour que faut que ça marche, faut y arriver. C'était omniprésent, c'était lourd. Fait que, je me dis, j'ai probablement été moins disponible pour approfondir ce lien-là parce que j'étais juste « faut que ça marche » (P5).

Le quart des mères a relaté que la priorité de nourrir un bébé non rassasié prenait le dessus sur l'établissement du lien mère-bébé. La participante 1 a considéré l'alimentation de son bébé au sein comme une période de médicalisation où il lui fallait compter les boires et les couches souillées, mesurer son lait et aller peser son bébé régulièrement, ce qui l'a empêchée de mettre l'emphase sur l'établissement de la relation avec lui. Une seule participante a estimé que, malgré les difficultés rencontrées, l'allaitement a contribué à l'établissement du lien avec son bébé.

#### 4.3.1.2 *Suite au passage au biberon*

Avec le passage au biberon, une majorité de mères juge qu'il y a eu une amélioration dans la relation avec leur bébé. Elles ont parlé d'allègement qui permet de se concentrer sur la relation avec lui : « Ben ça va super bien, la relation avec mon bébé ça va vraiment bien, je peux même dire que ça va mieux » (P11). Par contre, pour la participante 6, qui considérait que l'allaitement l'unissait à son bébé, le passage au biberon lui a fait perdre l'exclusivité d'un lien avec lui qu'elle exprime en termes de perte de contrôle sur leur relation : « Oui et quand tout le monde vient à lui donner (le biberon), c'est ça on dirait que je perds le contrôle. Tandis que quand j'allaitais là... justement j'avais tout le contrôle » (P6).

#### 4.3.1.3 Indicateurs de la relation mère-enfant sans égard au contexte d'alimentation

Les mères confient que plusieurs interactions avec leur bébé ne se déroulaient pas au moment des boires au sein ou au biberon. Lorsqu'elles ne réfèrent pas au contexte d'alimentation pour parler de leur bébé, les mères tiennent des propos qui dénotent une relation privilégiée avec lui où se retrouvent de la confiance et un confort mutuel, du partage et une connexion. Par contre, le quart des participantes a expliqué que le lien initial avec le bébé (*bonding*) ne s'est pas produit la première fois qu'elles l'ont vu; une parce que son bébé avait un aspect déformé par la ventouse et deux mères, parce que la sédation induite par les anesthésiants pour la césarienne ne leur en a pas donné l'occasion.

Dans ma tête, j'avais beaucoup rêvé de lui c'était un beau bébé puis tout ça. Mais là quand il est sorti, là je ne le trouvais pas beau. [...] Là ils l'ont enlevé sur moi parce qu'il ne respirait pas. Là il a respiré puis tout ça. Quand ils l'ont remis j'avais de la misère à dire que c'était mon bébé. [...] et puis après 2 heures, la connexion s'est vraiment faite là (P6).

Tableau 13

#### *Perception générale des mères de la relation avec leur bébé*

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs de la relation mère-enfant indépendant du contexte d'alimentation
-Relation passe au second plan : (n = 6) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne procure pas le lien espéré (n = 4)</li> <li>• Priorité de nourrir bébé (n = 4)</li> <li>• Peur que bébé soit marqué par l'EAD (n = 1)</li> </ul>	-Relation positive : (n = 9) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la relation (n = 7)</li> <li>• Pas de changement dans la relation (n = 2)</li> </ul> -Obstacle à la relation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins exclusive (n = 1)</li> </ul>	-Relation positive avec bébé : (n = 7) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belle relation (n = 4)</li> <li>• Confiance-confort mutuel (n = 2)</li> <li>• Partage-connexion-privilégiée (n = 4)</li> <li>• <i>Bonding</i> immédiat (n = 2)</li> </ul> -Délai dans le <i>bonding</i> (n = 3)
-Impact positif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crée un lien (n = 1)</li> </ul>		
<u>Sommaire :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant l'EAD, le défi de nourrir bébé prédomine sur l'établissement de la relation</li> <li>• L'allaitement ne procure pas le lien espéré</li> <li>• Lien plus satisfaisant au passage au biberon</li> <li>• Non contextualisé à l'alimentation, la relation se développe harmonieusement</li> </ul>		

En somme, certaines mères ont perçu que la relation est un peu mise de côté en contexte d'allaitement difficile quand elles tentent de combler le besoin primaire de nourrir le bébé. Sans avancer qu'elle était mauvaise durant l'allaitement, celui-ci ne procure pas toujours l'intensité imaginée de la relation. Ces éléments expliquent pourquoi une majorité de mères rapporte une amélioration du lien ou simplement une bonne relation suite au passage au biberon. Sans être reliée au contexte d'alimentation, elles ont identifié une relation de confiance et de partage avec leur bébé, élément démontrant une relation mère-bébé qui s'établit positivement. Finalement, il s'agit de la perception générale des mères, le reste de cette section détaillera la relation en examinant leurs dires selon chaque composante du modèle d'établissement de la relation choisi pour la présente étude, soit : 1) la découverte, 2) le contact affectif, 3) la proximité physique, 4) la communication et 5) l'engagement.

#### ***4.3.2 Composante 1 - Découverte***

La découverte est le processus de connaissance mutuelle, se caractérisant par le temps et les occasions que les parents et le bébé saisissent pour se découvrir, processus qui continue à évoluer en même temps que la relation (Bell et al., 2004). Cette partie porte sur les découvertes faites par les mères de leur bébé en contexte d'allaitement difficile, au passage au biberon ainsi que d'autres qui ne se rapportent pas au contexte d'alimentation, mais qui sont survenues dans le quotidien des dyades. Un résumé de l'ensemble des découvertes effectué est présenté au Tableau 14.

##### *4.3.2.1 En contexte d'allaitement difficile*

Le discours de la majorité (75 %) des mères comporte peu d'éléments de découverte de l'enfant durant la période d'allaitement difficile. L'expérience d'une des mères qui relate qu'elle n'était pas attentive à son enfant pour le découvrir durant l'allaitement, puisque sa concentration était mobilisée pour l'allaitement semble bien représenter l'ensemble des participantes : « On était tellement concentrés à ce qu'il boive bien que je ne focussais pas sur le bébé en tant que tel. C'était plus de voir si le lait ça fonctionnait bien » (P2). Une mère a soutenu avoir constaté que son bébé était colérique dès son retour de l'hôpital et une autre, qu'avec le temps, elle avait réalisé que sa fille, en pleurant, manifestait ne pas vouloir le sein. Par contre, une autre a décrit un bébé content de téter même s'il n'y avait plus de lait : « il

aimait juste avoir les mamelons et tirer, même s'il y a rien ça l'endormait. Je voyais qu'il aimait ça, il était satisfait » (P9).

#### 4.3.2.2 *Suite au passage au biberon*

Au passage au biberon, les mères apprennent à mieux connaître leur bébé. Un des changements remarqué est au niveau de la routine de leur bébé qui dort mieux la nuit et reste plus éveillé le jour. Certaines mères ont soulevé la facilité de caractère de leur bébé. Pour l'une, son bébé étant facile, il a bien vécu le passage au biberon et pour une autre, elle a vu son bébé devenir facile, aimant le contact dès qu'il a été sevré : « C'est un bébé très facile. Elle est colleuse (suite au sevrage) » (P1). Une mère a confié avoir remarqué que son bébé préférait lorsqu'elle donnait le biberon plutôt que quelqu'un d'autre : « Je trouve que quand c'est moi qui lui donne le biberon, ça va mieux que quand c'est mon conjoint peut-être parce qu'il est habitué que c'est moi qui lui donne » (P2).

Finalement, certaines d'entre elles ont rapporté qu'au passage au biberon, leur bébé manifestait de l'impatience pendant la préparation du boire : « Bien, c'est quand il a faim, puis qu'il est tanné d'attendre que le biberon il réchauffe. Là il pleure un peu. » (P2).

#### 4.3.2.3 *Indicateurs de découverte sans égard au contexte d'alimentation*

Les mères ont décrit abondamment leur bébé et ont dévoilé beaucoup d'éléments démontrant une connaissance de celui-ci dans la vie au quotidien. Elles sont toutes d'avis que leur bébé les reconnaît et elles identifient des indices de cette reconnaissance.

Mais, c'est ça il a quand même conscience quand c'est moi qui est là puis quand je le prends. [...] Puis, avec papa, c'est plus on joue, c'est plus de l'amusement. Moi c'est plus la tendresse, tu sais je le prends, je le colle. Papa lui il le fait danser. Fait que si, il a envie de danser, il va aller voir papa (P2).

Les mères ont utilisé des termes flatteurs pour décrire leur bébé et son tempérament. La majorité d'entre elles ont dépeint un bébé facile, un bon bébé, curieux, observateur, éveillé, joyeux, souriant et calme. Elles ont confié apprécier particulièrement leur propre bébé et le fait qu'il exprime sa joie : « Elle est parfaite pour moi. Elle a été conçue pour moi là. C'est tout ce que j'avais qu'elle soit, calme, elle dort beaucoup, elle est curieuse aussi » (P3). Par contre, trois mères ont concédé avoir un bébé qui pleurnichait souvent et qui était

impatient et difficile : « Il chigne beaucoup, puis à la minute qu'on le dépose, il se met à pleurer là, fait que c'est sûr que je trouve que c'est un bébé qui est assez difficile là » (P6). Finalement, plusieurs mères ont exprimé un déplaisir à ressentir que leur bébé était inconfortable ou en douleur.

Tableau 14

*Résultats pour la composante 1 - Découverte*

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs de découverte indépendants du contexte d'alimentation
-Concentration sur l'allaitement limite la connaissance du bébé :	-Connaissance du bébé :	-Bébé reconnaît maman (n = 12)
• Pleurs/ Colère (n = 2)	• Meilleure régulation phase sommeil-éveil (n = 3)	-Conception sur le tempérament du bébé (n = 12) :
• Bébé aime téter (n = 1)	• Tempérament du bébé	• Facile, bon bébé (n = 6)
	○ Facile (n = 2)	• Curieux, observateur et éveillé (n = 7)
	○ Colleuse (n = 1)	• Joyeux (n = 4)
	○ Impatience (n = 2)	• Calme (n = 4)
		-vs
		• Difficile, impatient (n = 3)
<u>Sommaire :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrées à allaiter, impression de ne pas découvrir bébé</li> <li>• Au passage au biberon, les mères apprécient la régulation et le tempérament facile du bébé</li> <li>• Beaucoup de découvertes en contextes relationnels autres que l'alimentation</li> <li>• Toutes les mères indiquent que leur bébé les reconnaît</li> <li>• Découvertes faites, 9/12 mères ont une perception positive du tempérament de leur bébé</li> </ul>		

Somme toute, en contexte d'allaitement difficile, les mères se sont peu prononcées sur la découverte de leur bébé, sinon qu'il pleure. Une mère justifie le peu d'attention au bébé soulevant que l'allaitement difficile empêche de se concentrer sur lui. Elles élaborent un peu plus sur le tempérament de celui-ci suite au passage au biberon. De plus, la régulation des phases de sommeil-éveil du bébé représente un nouvel élément que quelques mères apprécient alors. Indépendamment du contexte d'alimentation, les mères ont aussi parlé de découvertes progressives à propos de leur bébé. Les deux constats principaux sont d'abord que toutes se sentent reconnues par leur bébé, ensuite elles décrivent facilement son tempérament et dégagent un portrait globalement positif de celui-ci.

### 4.3.3 Composante 2 - Contact affectif

Cette sous-section consiste à rapporter les résultats obtenus concernant le contact affectif entre la mère et son bébé. Selon le modèle de Bell et al. (2004), celui-ci se caractérise par les échanges affectifs et l'expression des sentiments vécus avec son enfant. Les propos des mères sur leur contact affectif avec leur bébé sont analysés en contexte d'allaitement difficile, au passage au biberon et en général dans le quotidien des mères et de leur bébé. L'ensemble des éléments du contact affectif avec le bébé figurent au Tableau 15.

#### 4.3.3.1 En contexte d'allaitement difficile

Le discours des mères sur le contact affectif avec leur bébé est divisé. D'une part, certaines ont exprimé avoir ressenti un bon contact avec lui lors de la tétée. Celles-ci ont affirmé que leur bébé aimait être au sein. Une mère a rapporté qu'au sein, son bébé vivait un moment paisible et agréable, et une autre que l'allaitement était un moment de sécurité pour elle et son bébé. L'une a confié qu'au sein, les regards échangés entre elle et son bébé signifiaient l'amour mutuel, et une autre a insisté sur son amour maternel malgré l'expérience d'allaitement difficile : « Comment je pense qu'elle prenait ça? Mais elle aimait ça. Elle aimait beaucoup ça. [...] Pour elle je pense que c'était des moments paisibles, agréables » (P3).

D'autres mères ont décrit un contact affectif compromis durant l'expérience d'allaitement difficile. Elles ont dit que leur bébé au sein devait ressentir leur malaise. Une mère a fait référence à sa déception face à l'allaitement, elle s'attendait à ce qu'il renforce son lien avec son bébé, ce qui n'a pas été le cas, car celui-ci se montrait frustré au sein et une autre, que son bébé vivait de la frustration à cause de la faim et était en crise pendant la tétée. Pour cette participante, le besoin primaire nutritionnel de son bébé prenait le dessus sur leur lien affectif.

Puis, je pense honnêtement, ma fille elle devait me ressentir. [...] Parce que veut veut pas quand je dégrafais mon soutien-gorge et qu'elle faisait une crise, elle n'était pas de bonne humeur. [...] Ça devenait excessivement frustrant pour elle. Elle devenait rouge tomate. Elle était frustrée. Ce n'était pas agréable. [...] Tout ce qui était constamment, dans ma tête ce n'est pas : « j'ai un petit bébé tout neuf il faut que j'en profite, j'ai un beau petit bébé tout neuf, il faut que je le fasse survivre ». Les besoins primaires prenaient le dessus, puis le lien affectif je sais

que c'est important, mais ce n'est pas ça qui était le plus important dans cette période-là. C'était de la faire manger (P1).

#### *4.3.3.2 Suite au passage au biberon*

Suite au passage au biberon, les mères se disent soulagées, plus positives et perçoivent également un apaisement chez leur bébé. Parfois, elles ont ressenti un regain d'amour maternel, comme cette mère qui explique : « Puis, on dirait que vu que j'étais fatiguée, j'étais stressée avec l'allaitement que on dirait que oui je l'aimais, mais que c'est vraiment après que quand j'ai commencé à donner le biberon, que je me faisais plus que confiance que là, là je suis tombée en amour avec mon bébé » (P2).

La participante 1 a révélé qu'au passage au biberon, elle n'a plus vu de signes de détresse chez son bébé : « Oui quand on a fait la transition, quand on a arrêté le gobelet, la cuillère, le biberon, les seringues, la tétrelle, c'était tellement plus serein, plus calme, c'est comme si pour elle : « ils ont enfin compris », il y avait plus de détresse » (P1).

#### *4.3.3.3 Indicateurs du contact affectif sans égard au contexte d'alimentation*

Toutes les mères, à un moment ou à un autre de leur entrevue, révèlent des manifestations d'un contact affectif positif pour l'établissement du lien avec leur bébé. La plupart du temps, elles ont exprimé le sentiment d'amour entre eux. Pour plusieurs d'entre elles, ce sentiment a toujours été intense : « Qu'est-ce qui m'apporte le plus de joie? L'amour. C'est le sentiment d'amour » (P3), alors que d'autres ont confié qu'elles ont toujours aimé leur bébé, sans avoir ressenti un coup de foudre instantané. La moitié d'entre elles a évoqué la joie et le bonheur que le bébé amène dans leur foyer. Elles ont ressenti de l'émerveillement parfois partagé par leur bébé : « J'ai, oui c'est sûr que je l'ai de plus en plus, parce qu'il vieillit là mais, oui j'ai l'impression que t'sais justement que ce n'est pas juste mon émerveillement face à lui, mais aussi lui face à moi » (P5).

Tableau 15

*Résultats pour la composante 2 - Contact affectif*

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs du contact affectif indépendants du contexte d'alimentation
-Émotions de bébé ressenties par les mères (n = 4) :	-Affects des bébés (n = 4) :	-Contact affectif positif avec l'enfant (n = 12)
• Sécurité/ confort au sein (n = 2) vs	• Bébé heureux, contents (n = 2)	-Sentiment d'amour (n = 10) :
• Bébé manifeste frustration au sein (n = 2)	• Bébé ressent le soulagement de la mère (n = 2)	• Intense (n = 7)
-Présence d'amour pendant la tétée (n = 2)	-Affect des mères (n = 5) :	• Pas toujours le coup de foudre (n = 3)
-Bébé ressent le malaise de sa mère (n = 2)	• Amour (n = 2)	-Émerveillement/ bonheur (n = 6)
	• Soulagement (n = 2)	-Sentiment que bébé a besoin de sa mère (n = 3)
	• Peur que son bébé vive du rejet (n = 1)	
<u>Sommaire :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'allaitement est un moment de partage d'émotions qui peuvent être positives ou négatives pour le lien mère-bébé</li> <li>• Au passage au biberon, les mères parlent de contacts affectifs sereins avec leur bébé</li> <li>• Indépendamment du contexte d'alimentation, la relation mère-bébé est caractérisée par un sentiment d'amour</li> </ul>		

Tout bien considéré, en allaitant, les mères vivent soit un contact affectif agréable, soit un contact affectif marqué par le stress de la mère et la frustration du bébé. Celles qui ont parlé du contact affectif, suite au passage au biberon, ont relaté des émotions positives, c'est-à-dire de l'apaisement ou un regain d'amour entre eux. Lorsque le contact affectif a été inhibé par un allaitement difficile, les mères ont fait état d'une amélioration de ce contact avec leur bébé suite au passage au biberon. Par contre, indépendamment du contexte d'alimentation, toutes les mères interrogées ont rapporté un contact affectif positif pour l'établissement de leur relation avec leur bébé. Elles ont proclamé leur sentiment d'amour maternel et pour certaines, sa croissance progressive.



#### 4.3.4 Composante 3 - Proximité physique

Cette sous-section, résumée dans le Tableau 16, décrit la proximité physique qui comprend, en plus des contacts physiques avec le bébé, la présence et la recherche de ces contacts (Bell et al., 2004). Dans le cadre de cette étude, le contact physique vécu ou recherché par le toucher, les regards et les sourires entre les mères et leur bébé a été analysé en contexte d'allaitement difficile, au passage au biberon et en général, dans le quotidien sans lien avec le contexte d'alimentation.

##### 4.3.4.1 En contexte d'allaitement difficile

Même en contexte d'allaitement difficile, les mères ont rapporté une proximité physique avec leur bébé qui a développé leur lien. La moitié d'entre elles a ressenti que le moment de l'allaitement incitait à la proximité physique. Une mère a évoqué le réflexe de fouissement, la recherche du sein par le bébé, et une autre a décrit la tétée comme un moment intime : « Les mots qui me reviennent c'est : c'est sûr que c'était l'un l'effet de rapprochement avec le bébé. [...] Je me rappelle, ben c'est l'instinct là, elle cherchait tout le temps le sein » (P3).

Les mères ont mentionné les regards et les touchers échangés avec leur bébé durant la tétée, la participante 10 a raconté que son bébé la touchait dans le visage quand elle l'allaitait, ce qu'elle trouvait agréable. Les participantes 4 et 11 ont rapporté comme ayant été marquants les regards de leur bébé lors des premières tétées : « Le premier regard, où est-ce que mon bébé m'a regardé dans les yeux, pendant que je l'allaitais là. Ça c'est, c'était de toute beauté là, les premiers regards » (P4).

Si la proximité physique est décrite positivement par la plupart, deux mères ont vécu l'inverse par moments. La participante 1 a décrit comment son sein était griffé par les ongles de son bébé qui la repoussait. La participante 2 a rapporté que la mise au sein n'était jamais magique, qu'en position d'allaitement, la tête de son bébé était tournée de sorte qu'il n'y avait pas d'opportunité de contact visuel avec lui : « Il y en a pour qui c'est magique la proximité avec le bébé mais moi non. Ce n'était pas ça du tout. [...] Quand je l'allaitais, il était penché comme ça, alors il ne voyait pas mes yeux » (P2).

#### 4.3.4.2 *Suite au passage au biberon*

Suite au passage au biberon, il importait pour la majorité des mères de maintenir la proximité physique qui caractérisait les échanges avec l'enfant durant l'allaitement. La majorité des mères a tenu à mentionner qu'elles donnent le biberon toujours dans leurs bras. Plusieurs mères expliquent qu'en passant au biberon, elles ont consciemment maintenu, voire augmenté les contacts physiques avec leur bébé, utilisant fréquemment le contact peau à peau. Ceci a amené la participante 1 à considérer que le biberon a été équivalent à l'allaitement au niveau de l'intimité avec son bébé.

Je fais toujours attention à lui donner dans mes bras. Je dis à mon chum : « on va la traiter comme un bébé allaité. » Dans mes bras ou dans les bras de son père. Ce n'est pas la grand-mère, ce n'est pas la tante... c'est un parent qui lui donne à boire, toujours collée, jamais dans une petite chaise, toujours comme si elle était allaitée : collée, tranquille, pas à la course, à son rythme (P1).

La participante 4 a confié qu'elle a augmenté les moments de peau à peau suite au passage au biberon de peur d'un rejet de son bébé. Une autre mère, par contre, regrette ne pas avoir conservé plus de peau à peau suite au sevrage, et une autre admet à l'inverse qu'elle a commencé à vivre plus de proximité physique avec son fils à partir du passage au biberon, le stress l'en ayant empêchée pendant l'allaitement. Pour celle-ci et quelques autres, le moment du biberon est propice aux échanges de regards avec le bébé : « Fais que c'est ça que je trouvais intéressant avec le biberon que bon, on se regardait là plus dans les yeux. C'est vraiment dès que j'ai donné le biberon qu'il y a eu ce lien-là » (P2).

Le toucher aussi apparaît important comme source de plaisir, par exemple lorsque leur bébé les tient par les doigts, les touche, les tâtonne pendant qu'elles donnent le biberon :

Puis, on s'assoie souvent sur le divan tranquille, je mets le coussin d'allaitement, puis, ce que j'aime, ce que je trouve magique c'est qu'elle me prend les mains. Les doigts avec les mains. Je trouve que c'est là que ça fait tellement le contact : « j'ai besoin de toi pour me faire boire » oui c'est ça exactement, c'est ce que je peux décrire de plus magique. C'est là que je peux sentir que oui on a vraiment un lien là significatif oui. [...] ça va de soi, elle me caresse (P3).

#### 4.3.4.3 *Indicateurs de la proximité physique sans égard au contexte d'alimentation*

Indépendamment du contexte d'alimentation, la proximité physique représente pour toutes les mères des occasions de rapprochement avec leur bébé. Toutes ont perçu que leur

bébé recherchait le contact avec elles, c'est-à-dire qu'il les recherchait du regard et se tendait vers elles lorsqu'il entendait sa voix ou qu'il la voyait : « Bien ma relation avec elle c'est que, ma fille elle est habituée tellement avec moi que même si, par exemple si je m'en allais, elle pleurerait, elle va pleurer. Si elle entend ma voix, elle me voit, elle est avec quelqu'un d'autre elle va venir vers moi » (P12).

Une grande majorité ont expliqué aussi que les regards mutuels ainsi que les sourires sont significatifs dans la relation avec leur bébé : « Un événement significatif? C'est sûr que maintenant je peux dire le premier sourire. C'était de toute beauté. [...] Bien, le fait de se regarder dans les yeux » (P4).

Prendre son bébé dans les bras ou encore le garder sur soi dans un porte-bébé est une dimension de la proximité physique significative pour quelques-unes. La plupart de ces mères a énoncé que le fait d'avoir ce contact avec leur bébé est une manière de le réconforter ou de le calmer, s'il en a besoin : « Quand il pleure, au contraire, je vais le prendre dans mes bras et je vais dire pauvre petit loup pis [...] Le fait que quand je le prends dans mes bras, il arrête de pleurer » (P11).

Finalement, pour la moitié des mères, le contact peau à peau et le bain pris avec bébé sont des occasions où le lien se crée avec lui : « La première fois que j'ai pris mon bain avec. Le contact peau à peau dans l'eau chaude. Puis on était toutes les deux bien. C'était à ce moment-là que j'ai senti créer un lien avec mon bébé » (P7).

Tableau 16

*Résultats pour la composante 3 - Proximité physique*

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs de la proximité physique indépendamment du contexte d'alimentation
-Rapprochement, être collée au bébé (n = 9) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moment intime (n = 7)</li> <li>• Propice au contact visuel et au toucher (n = 3)</li> </ul>	-Proximité physique positive (n = 10) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biberon donné dans les bras (n = 10)</li> <li>• Proximité maintenue/ augmentée (n = 7)</li> <li>• Contact visuel et toucher (n = 6)</li> </ul>	-Rapprochement physique crée un lien (n = 12) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bébé recherche le contact avec sa mère s'il la voit ou l'entend (n = 12)</li> <li>• Regards /sourires (n = 11)</li> <li>• Bébé est pris dans les bras (n = 5)</li> <li>• Les bras de maman sont source de réconfort (n = 4)</li> <li>• Contact peau à peau (n = 6)</li> </ul>
-Obstacles (n = 3) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bébé repousse le sein (n = 2)</li> <li>• Pas de contact visuel (n = 1)</li> </ul>	-Moins de peau à peau au sevrage (n = 1)	

Sommaire :

- L'allaitement est favorable aux contacts physiques entre la mère et son bébé
- Les mères s'investissent dans le contact peau à peau pour créer le lien mère-enfant et pour maintenir la proximité suite au sevrage
- Les regards et les sourires sont utilisés pour établir le lien, l'allaitement et le boire au biberon peuvent y être propices
- Les mères sont physiquement proches de leur bébé par le toucher, les regards, pour créer leur lien

Somme toute, sauf exception, le contexte d'allaitement difficile ne semble pas nuire aux contacts physiques entre la mère et son enfant. Pour les mères, l'allaitement est propice à l'intimité, favorise une proximité physique qui développe le lien avec leur bébé. En passant au biberon, la majorité des mères a cherché à préserver le contact intime avec leur bébé, surtout en le nourrissant dans les bras et par le contact peau à peau. Indépendamment du contexte d'alimentation, elles identifient un lien significatif qui se crée par la proximité physique avec leur bébé. Elles le prennent dans les bras, le touchent et échangent des regards et des sourires avec lui.

#### 4.3.5 Composante 4 - Communication

Cette sous-section porte sur la communication mère-enfant et réfère à l'initiation et au maintien des interactions entre la mère et son enfant (Bell et al., 2004). Les indicateurs de

communication rapportés par les mères sont examinés en contexte d'allaitement difficile, suite au passage au biberon et dans le quotidien avec le bébé sans être pour autant liés au contexte d'alimentation (voir Tableau 17).

#### *4.3.5.1 En contexte d'allaitement difficile*

Quelques mères (1/3) ont rapporté des signes de communication avec leur bébé lors de l'allaitement. La participante 1 a expliqué qu'elle voulait communiquer de la sécurité à son bébé lorsqu'elle le plaçait en peau à peau et le berçait. Une autre mère a confié qu'au moment des tétées, le regard de son bébé communiquait la satisfaction d'être nourri : « Ben, je ne dirais pas mal à chaque fois dans le sens que quand, au sein il était un petit peu plus petit, mais quand je le mettais et qu'il me regarde c'est la satisfaction de dire, bon je suis nourri » (P8). Finalement, la participante 4 a décrit une communication par les sons avec son bébé pendant les tétées : « Oui toujours. Dès fois-là, il fait des petits sons et puis moi je lui réponds en faisant les mêmes petits sons que lui. Et, il recommence là. Puis, on se parle comme ça c'est incroyable » (P4).

#### *4.3.5.2 Suite au passage au biberon*

Trois mères ont raconté que le moment de préparation du biberon est une occasion de parler avec leur bébé. Elles ont décrit une communication avec des interactions réciproques puisque leur bébé répondait avec des sons. Par moment, elles donnent un sens aux réponses non verbales du bébé.

Ben, pour moi je trouve que quand je le nourris, j'ai plus d'interactions avec, [...] Quand je donne le biberon, j'y parle quand même. Il boit, puis quand je lui dis quelque chose, il sourit, en ayant le biberon dans la bouche là, il fait de gros sourires. C'est ça des fois, je suis comme plus fatiguée, puis avant d'aller me coucher je lui donne un dernier biberon, pis la façon qu'il me regarde on dirait qu'il dit : « tu vas aller te coucher ce ne sera pas long? » (P2).

La participante 10 a affirmé que le passage au biberon a augmenté sa disponibilité pour jouer et interagir avec son bébé.

Puis je pense que j'ai plus de temps pour jouer avec lui. J'ai plus de moment que je peux m'amuser, me coller, à lui consacrer. [...] J'ai plus de temps pour jouer, m'asseoir, le mettre sur le ventre m'amuser avec lui, aller prendre des marches. J'ai l'impression que c'est plus stimulant pour lui à mon avis (P10).

#### 4.3.5.3 Indicateurs de la communication sans égard au contexte d'alimentation

La plupart des mères a établi la communication avec leur bébé en dehors du contexte d'alimentation. Que ce soit avant ou après le sevrage, les formes identifiées de communication avec lui varient d'une mère à l'autre ou d'une situation à l'autre. Elles parlent de communication silencieuse, elles précisent communiquer avec leur bébé à tous moments sans prononcer de mots ou encore expliquent comment le regard de leur bébé est communicatif : « Bien oui, c'est ça, c'est le fait qu'il nous regarde. On dirait vraiment qu'il essaie de nous parler en nous regardant » (P2). Les mères expliquent ce qu'elles tentent de transmettre à leur bébé ou ce que celui-ci semble vouloir exprimer dans leur communication non verbale : « Donc il s'établit... je me dis qu'il réalise wow c'est ça ma maman, la femme qui prend soin de moi » (P9). Finalement, pour le tiers des mères, les gazouillis et les périodes de jeu représentent une forme de communication avec leur bébé : « Faire des petits « gaga, gougou » c'est une communication » (P4).

Tableau 17

#### Résultats pour la composante 4 - Communication

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs de la communication indépendants du contexte d'alimentation
-Peu de communication -Interactions positives (n = 3) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par le regard (n = 2)</li> <li>• Par les sons (n = 1)</li> </ul>	-Communication en progrès -Échanges dynamiques (n = 5) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échanges verbaux avec bébé avant ou pendant le boire (n = 3)</li> <li>• Réponse de bébé par des sons (n = 2)</li> <li>• Temps de jeu avec bébé ↑ (n = 1)</li> </ul>	-Échanges variés (n = 10) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regard du bébé (n = 5)</li> <li>• Interprétation message et pleurs de bébé (n = 4)</li> <li>• Gazouillis de bébé (n = 4)</li> <li>• Par le jeu (n = 2)</li> <li>• Communication silencieuse (n = 2)</li> </ul>
	-Interprétation du message de bébé (n = 3)	
<b>Sommaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication réduite pendant l'EAD</li> <li>• Communication augmentée au passage au biberon avec des échanges réciproques</li> <li>• La majorité des échanges sont relatés indépendamment du contexte d'alimentation</li> <li>• La communication passe par les regards, les sons, les pleurs et le jeu</li> </ul>		

En résumé, en contexte d'allaitement difficile, l'attention des mères n'est pas orientée vers la communication avec leur bébé, bien que quelques-unes décrivent des moments de communication favorables à l'établissement de la relation. Suite au passage au biberon, quelques mères identifient plus d'éléments concernant la communication avec leur bébé et celle-ci est plus interactive : elles conversent avec leur bébé, qui répond et elles interprètent les réponses. En dehors du contexte d'alimentation, les mères décrivent une communication avec leur bébé qui se traduit par les regards, les sons, les pleurs ou le jeu et parfois, elles rapportent communiquer en silence. Certaines confient qu'elles sont capables d'interpréter les messages ou ce que leur bébé communique par ses pleurs.

#### **4.3.6 Composante 5 - Engagement**

La dernière composante du modèle de la sensibilité maternelle est l'engagement qui représente l'investissement du parent dans la relation avec l'enfant et s'observe dans la capacité du parent à assumer de nouvelles responsabilités et à s'y engager (Bell, 2008). Dans cette sous-section, résumée au Tableau 18, les propos des mères sont analysés en fonction de la perception de leur rôle de mère en allaitant ou en donnant le biberon et leur perception de leur rôle en général.

##### *4.3.6.1 En contexte d'allaitement difficile*

Les mères perçoivent différemment leur rôle en lien avec le contexte d'allaitement difficile. Pour quelques-unes, ne pas allaiter n'affecte pas le rôle de mère alors que pour d'autres, l'allaitement procure un statut différent. Celles qui ne font pas de lien entre l'allaitement et le rôle de mère tiennent différents propos pour soutenir cette perspective. L'allaitement peut perturber leur rôle de mère, si elles ressentent qu'il ne permet pas de nourrir adéquatement leur bébé.

Plus de peine? La fois où j'ai eu plus de peine comme mère c'est la fois qu'elle (l'infirmière du CLSC) m'a dit : « il a perdu trop de poids, il faudra peut-être le ramener à l'hôpital si tu n'arrives pas à le nourrir. » ça c'était comme [...] je ne voulais pas qu'il maigrisse, puis qu'il soit malade. Mais un peu pour moi parce que je voulais qu'il soit nourri, en tant que mère (P7).

Certaines mères évoquent l'idée que l'allaitement, bien que naturel et encouragé par tous, peut ne pas fonctionner ou ne pas convenir à toutes et qu'il n'est pas essentiel au rôle de mère.

Ça a juste été comme ça. Puis pourquoi? Je ne sais pas, je ne le saurai pas. Ce n'est pas grave. Mais là, c'est rentré dans ma tête puis ça ressortira plus, que ça se peut que ça ne marche pas. Puis peu importe ce que toute le reste de la planète te dit, que mais c'est naturel ça va finir par fonctionner. Je suis convaincue que dans certains cas, ça ne fonctionne pas. Pis si c'est comme ça, ben ce n'est pas grave. (P1)

À l'opposé, une mère considère pour sa part que le rôle de mère est différent en allaitant, puisque l'allaitement ne peut être pratiqué que par la mère alors que le biberon peut être donné par les autres. Certaines mères ont expliqué qu'elles avaient choisi l'allaitement pour donner le meilleur de soi. Et une dernière a exprimé son ambivalence, avouant qu'elle se questionne à savoir si elle aurait été une meilleure mère en allaitant.

J'ai encore un petit peu de culpabilité à me dire, j'aurais-tu pu être une meilleure mère en l'allaitant. C'est de moins en moins, c'est des émotions qui embarquent par-dessus la raison dans le sens que j'ai fait ce que j'ai pu je crois là. [...] Fait que, c'est comme si de donner le biberon des fois c'est comme si on ne donnait pas le meilleur qu'on pourrait donner (P8).

#### 4.3.6.2 Suite au passage au biberon

Avec le passage au biberon, la perspective de leur rôle reste variée pour les mères. Quelques-unes en sont satisfaites avec le biberon, alors que d'autres ne le sont pas. Les premières affirment se sentir bien en confiance en donnant le biberon : « On dirait que là j'avais plus confiance en moi, [...] on dirait que là j'ai comme une grosse pression qui est partie de sur mes épaules. [...] Fait que là, ça a vraiment fait du bien. La pression est partie, puis là je pouvais me faire plus confiance » (en donnant le biberon) (P2) et précisent que ceci ne fait pas d'elle une mauvaise mère. Un autre avantage énoncé est la possibilité de partager le rôle nourricier avec le père en donnant le biberon.

Certaines mères dénoncent la pression sociale à allaiter qui fait en sorte qu'il est possible de se sentir une mauvaise mère en sevrant.

C'est ça que je trouve difficile, faudrait que les gens arrêtent de mettre cette pression-là aux mamans. Fait que je ne sais pas comment ça peut? Ça va être long là. Ça va être long pour enlever cette pression là, mais pour aider les



mamans. De dire que ce n'est pas parce qu'on n'allaite pas qu'on n'est pas des bonnes mères, nos bébés vont être en santé quand même (P2).

La participante 6 expliquant que l'allaitement procurait un statut plus exclusif a déploré que tous puissent nourrir son enfant au biberon.

Tandis que là j'ai l'impression que ça pourrait être comme monsieur ou madame tout le monde qui pourrait s'en occuper parce qu'il peut avoir le biberon. [...] Tu sais au début, ça m'a dérangé même que D. il lui donne le biberon. Puis même ses parents [...] quand ils viennent, ils lui donnent le boire puis moi ça me dérange. Tu sais ça devrait être juste moi puis D. Puis c'est ça que je trouve difficile avec le biberon (P6).

Une autre confie qu'elle trouve que le sevrage est arrivé trop vite, car elle voulait donner plus en allaitant.

#### *4.3.6.3 Indicateurs d'engagement sans égard au contexte d'alimentation*

Presque toutes les participantes ont étalé leur niveau d'engagement par leur désir de concevoir un bébé; en préparant sa venue, pendant la grossesse et surtout à présent dans la relation qu'elles développent avec lui. Même en reconnaissant des difficultés liées au rôle de mère, elles estiment toutes qu'il est enrichissant pour elles. Elles ont exprimé se sentir fières, heureuses, comblées et accomplies : « Ça me rend heureuse. Ça remplit ma vie [...] Je me sens accomplie, je dirais que je suis surprise, je ne m'attendais pas à ça » (P10). Elles ont parlé aussi du sentiment de compétence ressenti. Elles ont dépeint comment elles arrivent à assumer la responsabilité de mère, à être capables de se faire confiance et certaines ont exprimé aimer l'interdépendance maman-bébé. À l'inverse, pour deux mères, les responsabilités maternelles étaient lourdes, et une a avoué s'être sentie dépassée à des moments où elle devait effectuer de nombreuses tâches, ou si elle ne parvenait pas à consoler son bébé.

Pour la majorité des mères, les inconforts de leur bébé peuvent représenter une raison d'être désemparée. Elles ont exprimé qu'elles n'aiment pas se sentir impuissantes face à leur bébé malade, inconfortable ou inconsolable : « Mais ça n'arrive pas souvent. J'appréhende les fois où elle va être malade. De pas savoir, connaître les bobos » (P3).

Au niveau des difficultés liées au rôle de mère, plusieurs déplorent la diminution de la vie sociale et une perte de liberté : « Je dirais tout ce qui est la vie extra maison : la vie sociale, les sorties... tout est plus compliqué ou on ne le fait plus là. Je dirais que c'est ça, mais ce n'est pas quelque chose qui fait pour moi que ça gâche ma vie » (P8).

Tableau 18

*Résultats pour la composante 5 - Engagement*

En contexte d'allaitement difficile	Suite au passage au biberon	Indicateurs d'engagement indépendants du contexte d'alimentation
-Rôle de mère et allaitement : • Pas essentiel au rôle de mère (n = 4) • Sentiment de nourrir inadéquatement (n = 2) -vs • Associé à donner le meilleur de soi comme mère (n = 2) • Culpabilité face à l'échec de l'allaitement (n = 1) • Allaitement rôle exclusif à la mère (n = 1)	-Passage au biberon et rôle de mère : • Confiance en soi ↑ (n = 3) • Ne signifie pas être mauvaise mère (n = 2) • Possibilité de partage avec le père (n = 2) -vs • Pression sociale entraîne sentiment d'être une mauvaise mère (n = 2) • Perte d'exclusivité pour nourrir le bébé (n = 1) • Sevrage trop rapide, aurait voulu donner plus (n = 1)	-Satisfactions face au rôle de mère : (n = 12) • Bébé est attendu (n = 4) • Fierté (n=4) /Bonheur (n = 6) • Comblée, accomplie (n = 4) • Compétente (n = 4) • Responsable (n = 2) • Interdépendance maman-bébé (n = 3) -Adaptations face à : Inconforts, douleurs, pleurs de bébé (n = 8) • Diminution de vie sociale (n = 5) • Perte de liberté (n = 6) • Lourde responsabilité (n = 2) • Sentiment d'être dépassée (n = 1)

Sommaire :

- Perspectives variables par rapport à l'allaitement : allaiter important vs pas essentiel au rôle de mère
- Le rôle primordial de mère est de nourrir son bébé : le passage au biberon donne confiance quand il permet de le faire
- La pression sociale entraîne un sentiment temporaire d'être une mauvaise mère
- Le rôle de mère suscite de la fierté, du bonheur
- Les mères se sentent déstabilisées face à la douleur et aux inconforts de leur bébé
- Perte du mode de vie passé : exige des adaptations

En somme, pour quelques-unes, l'allaitement fait partie du rôle de mère, car elles avaient alors l'impression de donner le meilleur de soi ou d'entretenir une relation unique

avec leur bébé. Cependant pour d'autres, l'allaitement n'est qu'un mode d'alimentation qui peut fonctionner ou pas, et elles ne sentent pas leur rôle de mère modifié en adoptant le biberon. Lors du passage au biberon, réussir à nourrir son bébé procure soulagement et confiance dans le rôle de mère. Le partage avec le père est également apprécié. La pression sociale à allaiter peut occasionner momentanément l'impression d'être une mauvaise mère. Globalement, l'engagement dans le rôle de mère est une dimension où le vécu des mères comporte des émotions variées, principalement, elles se sentent fières et heureuses. Par contre, elles ressentent aussi un besoin d'ajustement, un malaise face aux inconforts de leur bébé et veulent le soulager et finalement, elles vivent une adaptation face à un mode de vie modifié où le niveau de liberté et les contacts sociaux sont moins fréquents.

#### ***4.3.7 Synthèse des résultats sur l'établissement de la relation mère-enfant en fonction des cinq composantes de la relation***

Cette sous-section vise à dégager le portrait global de la relation mère-enfant en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. La Figure 7 représente le résumé des cinq composantes de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile alors que le résumé des composantes de la relation mère-bébé suite au passage au biberon, se retrouve en Figure 8. En comparant les deux figures, les changements survenus apparaissent. Ensuite, la Figure 9 résume, pour chaque composante de la relation mère-bébé, les données rapportées par les mères indépendamment du contexte d'alimentation.

##### ***4.3.7.1 Synthèse des composantes de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile et suite au sevrage de l'enfant***

**Composante 1 – Découverte.** Au niveau de la découverte de l'enfant, les résultats suggèrent que durant l'expérience d'allaitement difficile, elle était limitée parce que les mères étaient concentrées à nourrir leur bébé qui manifestait sa faim et pleurait beaucoup. Suite au passage au biberon, les mères sont devenues plus attentives à lui et des éléments de découverte sur le tempérament et la régulation de l'enfant ont émergé.

**Composante 2 – Contact affectif.** En contexte d'allaitement difficile, les mères ont ressenti un partage d'émotions positives au moment des tétées au sein comme la présence d'amour et le désir de sécuriser l'enfant, mais elles soulèvent aussi que parfois, les tétées

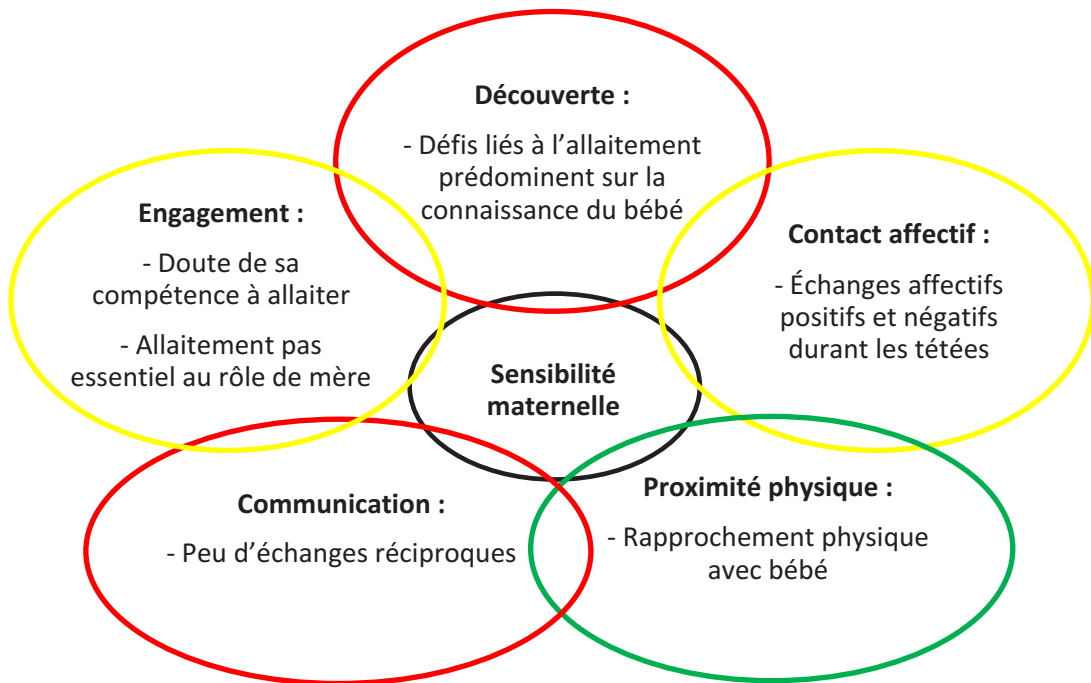
deviennent des circonstances où il se vit de la frustration et de la détresse. C'est lors du passage au biberon, alors que leur bébé ne pleurait plus sans cesse, était devenu calme qu'elles ont interprété qu'il y avait un contentement chez leur bébé et donc elles ont perçu un soulagement mutuel avec le sentiment d'amour qui perdure et s'accroît.

**Composante 3 – Proximité physique.** Les mères estiment que l'allaitement, même difficile, incite à la proximité physique et au partage de moments intimes avec le bébé. Cet aspect apprécié peut être sauvegardé suite au passage au biberon puisqu'elles ont rapporté maintenir volontairement la proximité avec leur bébé. Par exemple, après le sevrage, ajouter des moments privilégiés de contact peau à peau ou garder le bébé de plus longues périodes dans leurs bras et ce, afin de compenser la diminution de proximité physique entraînée par l'arrêt de l'allaitement.

**Composante 4 – Communication.** Comme la découverte, la communication est succincte en contexte d'allaitement difficile. Encore une fois, la concentration de la mère semble être mobilisée à nourrir le bébé plutôt qu'à échanger avec lui. Avec le passage au biberon, quelques mères ont révélé des interactions réciproques avec leur bébé et un côté ludique qui se développait dans la relation.

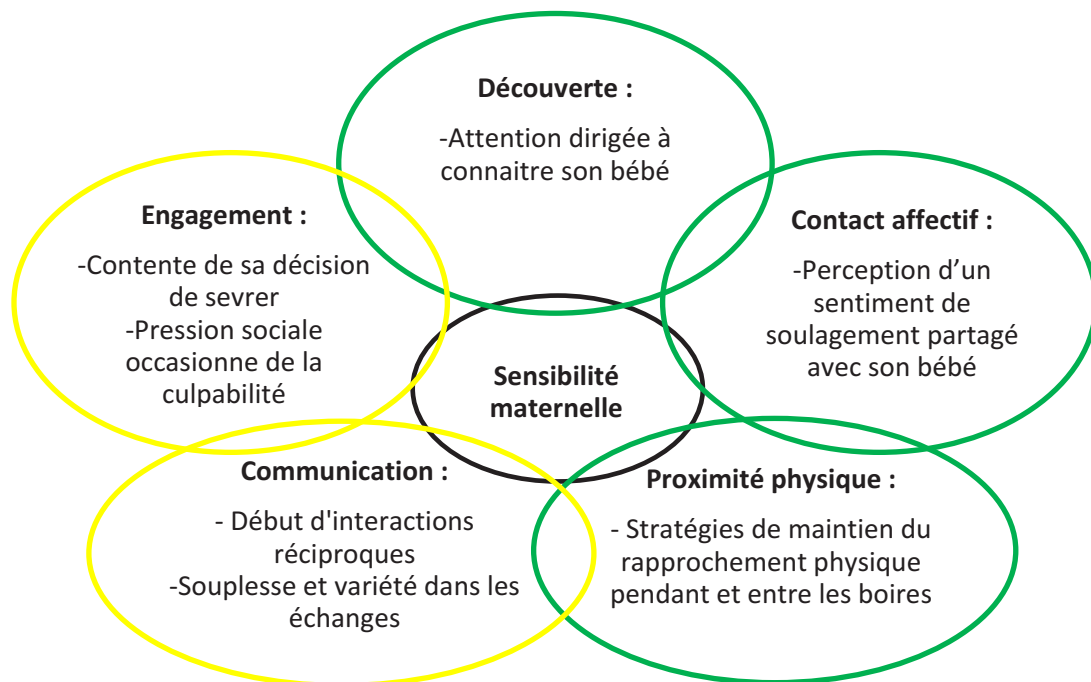
**Composante 5 – Engagement.** Au niveau de l'engagement dans le rôle de mère, ces dernières voulaient offrir le meilleur d'elles-mêmes à leur bébé en l'allaitant. Elles ont avancé qu'allaiter n'est pas essentiel au rôle de mère, ce qui l'est, c'est de réussir à alimenter le bébé. Or, elles avaient l'impression d'y échouer, alors qu'au passage au biberon, elles se sont senties confortées dans leur rôle et ont eu finalement l'impression de réussir à nourrir leur bébé. Cependant, la pression sociale à allaiter fait en sorte que pour ne pas se sentir comme une « mauvaise mère », elles doivent s'ajuster au rôle de mère nourricière en ne donnant plus le sein.

En somme, le passage au biberon permet à la découverte de se développer, au contact affectif et à la communication de s'améliorer. L'intimité nécessaire à la proximité physique se maintient et l'engagement, pour sa part, se transforme et s'accompagne de la satisfaction de nourrir son enfant, mais reste en ajustement.



Légende : rouge = Défis pour le développement, jaune = en ajustement et vert = propice au développement

Figure 7. Relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile.



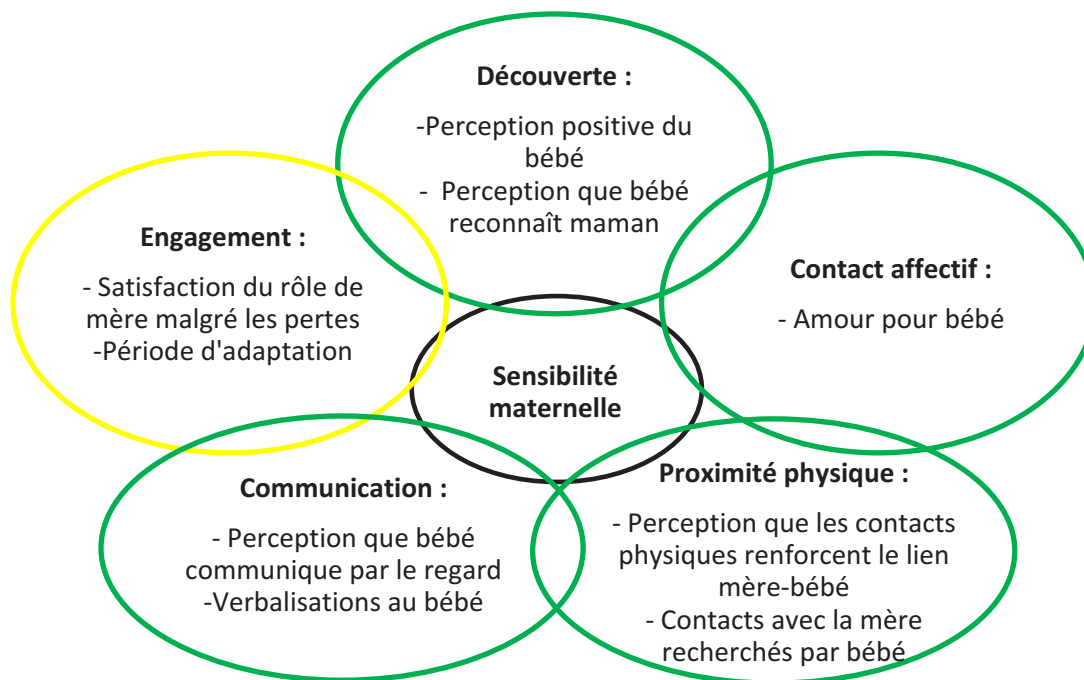
Légende : jaune = en ajustement et vert = propice au développement

Figure 8. Relation mère-bébé suite au passage au biberon.

#### *4.3.7.2 Synthèse des composantes de la relation mère-bébé sans égard au contexte d'alimentation de l'enfant*

Au moment où les mères ont participé à l'étude en répondant au questionnaire et à l'entrevue, le sevrage était terminé. Elles ont présenté la relation avec leur bébé dans un continuum depuis sa naissance et ont illustré, pour chaque composante, plusieurs éléments s'y rattachant, qu'elles n'associent pas forcément au contexte d'allaitement puisque le développement de la relation n'est pas seulement modulé par le mode d'alimentation du bébé, même s'il occupe une place importante. La Figure 9 en fait état.

Les composantes : découverte, contact affectif, proximité physique et communication ont été placées dans un cadre vert parce que les éléments soulevés par les mères tendent à montrer un développement propice à la relation mère-enfant pour chacune d'elles. De plus, en section 4.1.3, il a été vu que les participantes ont obtenu à l'Échelle de Sensibilité Maternelle des scores démontrant une bonne sensibilité au moment de la participation à l'étude. Ces résultats appuient la description faite par les mères de la relation avec leur bébé, puisque leurs propos indiquent une bonne sensibilité maternelle. Pour la découverte, toutes les mères ont affirmé que leur bébé les reconnaissait et ont décrit celui-ci en utilisant des adjectifs positifs. Pour le contact affectif, de leurs propos sont ressortis l'amour, la joie et le bonheur avec leur bébé. La proximité physique était omniprésente dans leur relation et était recherchée par les mères et leur bébé. La communication se manifestait surtout par le regard et dans le désir des mères de comprendre ce que leur bébé exprimait. L'engagement a été placé en jaune, parce que les propos des mères ont dégagé qu'elles vivaient un moment d'ajustement. Même si elles considéraient aimer le rôle de mère, elles étaient en adaptation par rapport à la diminution de leur liberté et de leur vie sociale.



Légende : jaune = en ajustement et vert = développement adéquat

Figure 9. Indicateurs de la relation mère-bébé sans égard au contexte d'alimentation.

## CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION

La présente étude visait trois objectifs : d'une part, identifier des caractéristiques des mères et des bébés qui vivent une expérience d'allaitement difficile, d'autre part, décrire l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage et finalement, décrire l'établissement de la relation mère-bébé, selon la perspective des mères. Les résultats présentés dans le chapitre précédent illustrent les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères, ce en quoi représentait pour elles une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage et la relation avec leur bébé. Ces résultats seront discutés dans leur ensemble et comparés à ce qui se retrouve dans la littérature en termes de similitude et de différence. L'apport de cette étude sera également considéré. Ensuite, ses forces et ses limites seront présentées. Le chapitre se terminera par la contribution de la présente étude pour la clinique, la formation, la gestion et la recherche.

### **5.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques**

Cette section porte sur le premier objectif de l'étude qui consistait à identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères et des bébés ayant vécu une expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage, à décrire l'expérience d'allaitement difficile menant au sevrage. Ces caractéristiques sont reprises et discutées dans l'optique de mieux comprendre leur rôle dans l'expérience d'allaitement difficile qui conduit au sevrage.

#### ***5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques***

##### *5.1.1.1 Mères*

Lorsqu'on se réfère aux écrits sur ce thème, il se dégage que la grande majorité des caractéristiques sociodémographiques des mères de l'étude jouait en faveur de l'allaitement. Tout d'abord, selon Biro et al., (2014), le fait d'être âgé de 25 ans ou plus à la naissance du bébé favoriserait l'allaitement. Avec une moyenne d'âge de 29 ans, les mères de l'échantillon y étaient favorablement prédisposées. Ceci est un facteur pouvant expliquer le choix initial d'allaiter. De plus, leur niveau de scolarité élevé, leur revenu



confortable ainsi que la vie en couple avec le père de l'enfant sont tous des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement (Gagnon et al., 2005; Britton et al., 2006; Forster, McLachlan, et Lumley, 2006; Bell et al., 2008; Thulier et al., 2009). Par contre, pour les mères primipares, établir l'allaitement peut représenter un plus grand défi (Thulier et al., 2009; Hackman, Schaefer, Beiler, Rose, et Paul, 2015). Les difficultés d'allaitement sont plus aigües pour la majorité de celles qui vivent leur première expérience d'allaitement comme la grande majorité des participantes.

#### *5.1.1.2 Bébés*

Pour participer à cette étude, les mères devaient avoir un bébé né à terme. Selon une revue de littérature (Radtke, 2011), l'allaitement représente dans ces cas moins de difficultés que l'allaitement de ceux nés avant terme. Ce critère aurait donc pu jouer en faveur de l'allaitement. De plus, le poids du bébé à la naissance peut influencer le déroulement de l'allaitement (Halvorsen et al., 2015). Le poids moyen des bébés de l'échantillon s'élevait à 2911g, valeur normale associée à plus de facilité pour l'initiation de l'allaitement.

Donc, au niveau sociodémographique, les mères abordaient l'expérience avec plusieurs facteurs propices à l'allaitement : leur âge, leur scolarité, leur statut conjugal, leur revenu, l'âge gestationnel et le poids moyen à la naissance des bébés de l'échantillon. Une première expérience d'allaitement peut se présenter avec plus de difficultés pour la dyade mère-bébé. Il existe d'autres facteurs qui contribuent à la poursuite de l'allaitement, mais ils n'ont pas tous été pris en compte. Par ailleurs, ceux considérés permettent de dire que les mères ne vivaient pas de problèmes économiques, de séparation conjugale ou encore le stress de débiter avec un bébé né avant terme, ce qui aurait pu précipiter le sevrage avant le moment souhaité. Ces éléments ont été contrôlés avec les critères d'inclusion. Ceci est important pour cette étude puisque le but était de rencontrer des mères ayant sevré à cause de l'expérience d'allaitement difficile.

#### *5.1.2 Caractéristiques cliniques*

Au niveau clinique, plusieurs des caractéristiques rapportées par les mères font partie intégrante de l'expérience d'allaitement difficile. Il en sera donc question dans la

section 5.2 portant sur le deuxième objectif de l'étude, soit de décrire l'expérience de cette réalité. La discussion dans cette sous-section porte sur les mesures cliniques évaluant les symptômes de dépression post-partum et l'échelle de sensibilité maternelle.

#### *5.1.2.1 Symptômes de dépression post-partum*

Une récente revue de littérature (Castro-Dias et Figueiredo, 2015) confirme que la dépression post-partum est une variable qui peut contribuer à l'expérience d'allaitement difficile menant au sevrage. Il ressort de l'étude que les mères présentaient une symptomatologie très faible de dépression post-partum, avec un score moyen de 3,9 sur l'Échelle d'Édimbourg, ne les prédisposant pas à un arrêt prématuré de l'allaitement. Cependant, elles ont répondu à ce questionnaire alors qu'elles avaient déjà adopté le biberon. Donc, le niveau des symptômes dépressifs au moment précis où elles vivaient des difficultés d'allaitement n'était pas une information disponible pour cette étude. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les mères n'avaient pas de symptômes dépressifs en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Toutefois, pour la présente étude, il apparaît qu'à long terme, elles ne présentaient pas de tels symptômes, facteur qui aurait pu affecter la relation mère-bébé.

#### *5.1.2.2 Sensibilité maternelle*

La sensibilité maternelle est associée positivement à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement (Britton et al., 2006; Pearson et al., 2011; Papp, 2014). Selon ces auteurs, il semblerait que les mères qui choisissent l'allaitement ont un niveau de sensibilité maternelle plus élevé que celles qui ne veulent pas allaiter, et qu'en allaitant, la sensibilité maternelle peut augmenter. Dans la présente étude, les scores obtenus à l'Échelle de Sensibilité Maternelle correspondent à un bon niveau de sensibilité maternelle. Des auteurs se sont penchés sur les motifs qui peuvent nuire à la sensibilité et ont identifié comme tels des situations de grand stress, d'anxiété, de dépression post-partum et de manque de soutien social (Shin, Park, et Kim, 2006; Shin et al., 2008). Selon les données rapportées, rien dans le vécu personnel des participantes (ex : problème conjugaux, difficultés financières, dépression post-partum) n'était susceptible d'affecter leur degré de sensibilité maternelle, cependant aucune mesure de niveau d'anxiété n'a été prise. Il n'est alors pas possible

d'affirmer que les mères n'étaient pas anxieuses, particulièrement au moment où elles affrontaient les difficultés de l'allaitement avec le sentiment qu'elles n'arrivaient pas à nourrir leur bébé. Il est justifié de se demander si des conditions d'allaitement difficile impliquant le sentiment que son bébé a faim peut induire un stress ou une anxiété pouvant affecter la sensibilité maternelle, mais aucune mesure des facteurs affectant la sensibilité maternelle n'a été prise. Le niveau de sensibilité rapporté par les mères de cet échantillon laisse croire qu'il n'a pas été affecté, mais la mesure de sensibilité a été prise suite au passage au biberon et non pendant l'expérience d'allaitement difficile. Enfin, il est certain qu'à long terme, la sensibilité maternelle ne semble pas affectée. Il en sera question dans la section 5.3 sur l'établissement de la relation mère-bébé.

En définitive, les mesures n'ayant pas été prises au moment du vécu d'allaitement difficile, il est impossible de conclure que pendant cette expérience, les mères n'avaient pas de symptômes de dépression post-partum ou avaient la même sensibilité maternelle qu'au moment de répondre aux questionnaires. Cependant, s'il y a eu des problèmes, ils ont été temporaires puisque les données disponibles permettent de dire qu'au moment de leur participation à l'étude, elles présentaient une symptomatologie faible pour la dépression post-partum et un niveau de sensibilité maternelle élevé.

La prochaine section permettra de discuter des résultats obtenus pour le deuxième objectif de l'étude, soit la description faite par les mères de l'expérience d'allaitement difficile menant au sevrage.

## **5.2 Expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage**

Cette section porte sur le deuxième objectif de l'étude qui consiste à décrire l'expérience d'allaitement difficile menant au sevrage. Ces résultats sont repris et discutés en fonction des connaissances actuelles sur le sujet. De plus, certains aspects méthodologiques sont discutés en lien avec les résultats obtenus. Finalement, les résultats sont considérés afin de voir s'il y a eu un avancement des connaissances. Les mères de cette étude ont dépeint l'expérience d'allaitement difficile en parlant d'aspects cliniques tels que les conditions d'accouchement et de difficultés pour elles et leur bébé. Leur expérience est discutée commençant par leur vécu à l'hôpital, puis à leur domicile pour se

terminer par le passage au biberon. À la fin de cette section, le soutien reçu est mis en perspective.

### ***5.2.1 Expérience d'allaitement difficile à l'hôpital***

Dès le tout début à l'hôpital, les mères ont rencontré des défis pour entreprendre l'allaitement. Cette sous-section discute des données cliniques ayant pu compliquer l'allaitement ainsi que des difficultés précoces rencontrées en initiant l'allaitement à l'hôpital.

#### *5.2.1.1 Conditions d'accouchement*

Pour l'année 2012, le MSSS (2015) rapporte que le taux de césarienne à l'échelle provinciale s'élevait à 23,6 %. Pour les participantes, ce taux s'élevait à 41,7 %, nettement au-dessus de la moyenne provinciale. De plus, 50 % d'entre elles ont rapporté des complications en post-partum, telles que des hémorragies et de la rétention placentaire. Le type d'accouchement par césarienne ou avec des complications représente des conditions complexes qui retardent le contact peau à peau et l'initiation de l'allaitement. La moitié des mères de l'étude n'ont pas vécu ce moment clé avec le bébé pour démarrer la relation ainsi que pour débiter précocement l'allaitement. Dans les écrits, il apparaît que ces conditions entourant l'accouchement comportent des défis pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement qui se complique avec le temps (Cakmak et Kuguoglu, 2007; Klint-Carlender et al., 2010; Ahluwalia et Morrow, 2012; Prior et al., 2012; Stevens et al., 2014).

#### *5.2.1.2 Difficultés d'allaitement rencontrées dès l'hôpital*

Les difficultés d'allaitement à l'hôpital annoncent souvent une expérience qui s'avèrera plus compliquée (McAllister et al., 2009; Mercer et al., 2010; Mauri et al., 2012). Les participantes ont mentionné quelques conditions ayant contribué dès l'hôpital à l'expérience d'allaitement difficile. Elles ont rapporté la perception d'une insuffisance lactée problématique, de la douleur au sein et les comportements de leur bébé qui ne prenait pas le sein de manière adéquate. Ces problèmes sont détaillés dans les prochains paragraphes.

Une difficulté importante ressentie par toutes les mères ayant participé à la présente étude est l'insuffisance lactée. Selon plusieurs auteurs, l'insuffisance lactée, perçue ou réelle, représente le principal facteur associé au sevrage précoce (ISQ, 2011; Thulier et Mercer 2009; Difrisco et al., 2011; Olang et al., 2012). L'insuffisance lactée réelle, c'est-à-dire l'insuffisance biologique, touche 5 % des cas (Gremmo-Féger, Dobrzynski, et Collet, 2003). L'insuffisance lactée est perçue dans 95 % des cas et regroupe les autres facteurs tels que le stress et la fatigue affectant la production de lait maternel (Gatti, 2008). La satisfaction de la mère et du bébé par rapport à la quantité de lait produite représente un autre facteur de perception d'insuffisance lactée (Gatti, 2008). Elle est aussi appelée l'insuffisance lactée secondaire. Puisqu'aucune mesure de production lactée des participantes n'était disponible, l'étude n'a pas pu faire la distinction entre les deux types. Si des mesures de production lactée avaient été disponibles, il aurait été possible de déterminer s'il s'agissait d'insuffisance réelle, qui est plus rare, ou d'insuffisance perçue. Par ailleurs il faut souligner que la production lactée peut-être momentanément affectée par des facteurs secondaires non physiologiques tels que la fatigue et la douleur, éléments rapportés par les mères de la présente étude. Ce problème d'insuffisance lactée représente une composante de l'expérience d'allaitement difficile partagée par toutes les mères rencontrées. Douze mères l'ont mentionné dans le questionnaire, huit en ont parlé en entrevue et six autres ont évoqué une montée laiteuse tardive. Effectivement, comme dans les écrits, elles l'ont relatée non seulement relativement à leur décision de sevrer, mais également comme un élément qui les a beaucoup affectées. Elles le reliaient aux manifestations de faim du bébé. Plusieurs des stratégies utilisées pour maintenir l'allaitement visaient l'augmentation de la production lactée pour tenter de contrer ce problème omniprésent.

En lien avec la production lactée, 75 % des bébés de l'échantillon ont reçu, dès l'hôpital, un supplément de lait artificiel. Or, à ce stade, le fait de supplémenter pour des raisons autres que médicales est un facteur de risque d'un arrêt précoce de l'allaitement (Thulier et al., 2009; DiFrisco et al., 2011; Chantry, Dewey, Peerson, Wagner, et Nommsen-Rivers, 2014).

Parmi les difficultés menant au sevrage, la douleur et les blessures aux seins font partie des causes précipitant l'arrêt de l'allaitement (ISQ, 2011; Lamontagne et al., 2008). Dans l'échantillon, plusieurs mères ont effectivement rapporté ce type d'obstacles. Par contre, quand elles en parlent par rapport à la difficulté d'allaiter, ceci ne représente pas, pour la grande majorité, une motivation à sevrer, puisqu'une seule mère sur 12 en a fait état en lien avec son intention de sevrer. Bien que très désagréable et faisant partie du portrait de l'expérience d'allaitement difficile, ce n'est pas pour mettre fin à ces inconforts que les mères cessent d'allaiter.

En présentant leur expérience, les mères ont aussi dépeint une prise de sein inadéquate de la part du bébé, ce qui pouvait contribuer aux difficultés. Ce type de problème a déjà été rapporté par Lamontagne et al. (2008), faisant état de bébés pour qui la prise du sein était incomplète ou absente, ou encore des situations où ceux-ci repoussaient le sein. Ils désignent ce comportement par l'expression « *breast refusal* » refus du sein (traduction libre). Dans la présente étude, les mères de bébés qui repoussaient le sein ont interprété ce comportement de la même manière que Lamontagne et al. (2008), soit comme un signe de refus du sein.

À l'inverse du refus du sein, certains bébés s'endorment systématiquement dès que la tétée est amorcée. Ceci est problématique pour le succès de l'allaitement et le rend difficile (Mannan et al., 2008). Ce comportement a été identifié par quelques mères qui ont confié que dès sa naissance, leur bébé, trop confortable, s'endormait au sein plutôt que de téter, rendant inefficace et difficile la tétée. Ces mères font un rapprochement entre le fait que leur bébé dormait au sein et sa perte de poids inhabituelle.

### ***5.2.2 Expérience d'allaitement difficile au retour au domicile***

Les mères expriment qu'une fois de retour à la maison, les problèmes confrontés à l'hôpital ont persisté, soit leur perception d'insuffisance lactée, la mauvaise prise du sein par le bébé, les douleurs et les blessures au sein. Pour tenter de les résoudre, elles ont multiplié les stratégies de persévérance à l'allaitement. L'utilisation du tire-lait a été très répandue pour en stimuler la production et supplémenter le bébé avec leur lait. Cette stratégie, qui nécessite beaucoup de temps et d'énergie, contribue à rendre l'expérience

difficile. D'ailleurs, une revue de littérature (Johns, Forster, Amir, et McLachlan, 2013) expose que les recherches faites sur ce thème ne s'accordent pas. Si certaines d'entre elles présentent le tire-lait comme une méthode aidant les mères qui l'utilisent, d'autres le décrivent comme un instrument qui rend l'allaitement encore plus exigeant. Ce genre de méthode, qui a pour but initial de favoriser la réussite, peut devenir contreproductif, compliquant l'expérience d'allaitement, ce qui fut le cas des participantes. En plus de mettre leur bébé au sein à la demande, l'utilisation de dispositifs à manipuler exige du temps et de l'énergie qui se raréfient pour les mères éprouvées par les problèmes d'allaitement. Comme certaines l'ont exprimé, l'expérience s'est considérablement éloignée de l'image qu'elles s'étaient faite d'avoir leur bébé au sein, nourri simplement en recevant chaleur et amour maternel.

Généralement, la motivation à allaiter est associée à la poursuite de l'allaitement (Britton et al., 2006; Meedya, Fahy, et Kable, 2010; Brown et Lee, 2011). Dans cette étude, le contexte d'allaitement difficile a mené au sevrage, mais ce n'est pas pour autant que les mères n'étaient pas motivées à allaiter. Même avant d'en faire l'expérience, 75 % d'entre elles avaient le projet d'allaiter six mois ou plus, variable associée dans une revue de littérature à une plus grande durée de l'allaitement (Meedya et al., 2010). Le retour à domicile marque une période où elles voulaient à tout prix y parvenir. Même les mères qui désiraient seulement l'essayer ont expliqué qu'une fois l'expérience débutée, elles voulaient vraiment réussir à allaiter. Comme rapporté dans l'étude de Hoddinott et al. (2012), les participantes voulaient offrir le meilleur à leur bébé en termes nutritionnel et immunitaire en le nourrissant de leur lait. De plus, étant motivées à réussir ce défi, elles ont multiplié les stratégies de persévérance. Cette motivation accrue explique peut-être pourquoi les mères ont persévéré en moyenne un mois, malgré d'importantes difficultés rencontrées.

Pour caractériser leur motivation à allaiter, il est ressorti du discours de deux mères un élément non retrouvé dans la littérature consultée. Elles avaient recours à des pensées positives pour arriver à se faire confiance. Il est certain que des tels exercices de mentalisation ne sont pas à la portée de toutes. Cependant, qu'il s'agisse d'allaitement présentant des défis ou d'établissement de la relation mère-bébé dans un tel contexte, la

capacité de se faire confiance, d'être attentive à soi (*mindfulness*) et de croire en son pouvoir sur son vécu émotionnel (*selfregulating*) sont des habiletés favorisant le bien-être personnel et relationnel (Brown et Ryan, 2003). D'ailleurs, une étude propose des interventions qui favorisent le fait d'être attentive à soi et à la régulation de son vécu émotionnel pour réduire le stress, l'anxiété et la détresse psychologique des mères dans le cadre de l'allaitement (Perez-Blasco, Vigu, et Rodrigo, 2013). Celles qui démontrent ces habiletés dans un vécu d'allaitement difficile pourraient être qualifiées d'avant-gardistes.

### 5.2.3 *Expérience d'allaitement difficile dans le quotidien*

Dans la période ayant suivi le retour à domicile, les mères n'arrivaient toujours pas à solutionner les problèmes décrits plus haut. À ce stade, elles dépeignent les impacts à plus long terme de l'expérience sur elles et leur bébé.

#### 5.2.3.1 *Impacts sur la mère*

Sur le plan physique, une grande fatigue inhérente aux conditions d'allaitement difficile s'installe. Elle est reconnue comme la deuxième cause d'arrêt de l'allaitement (ISQ, 2011). Toutes les mères rencontrées ont évoqué l'état de lassitude qui, en perdurant, les a amenées à l'épuisement. Elles ont affirmé ne plus pouvoir dormir ou même se reposer tant les conditions d'allaitement difficile les en empêchaient. Cet état d'épuisement fait partie des éléments contribuant au sevrage. En effet, les mères ont rapporté avoir été accablées par la fatigue avant de choisir de sevrer. Ceci a probablement exacerbé les émotions qu'elles ont ressenties, ajoutant de la lourdeur à l'expérience. Les émotions qui découlent de l'expérience sont analysées dans les prochains paragraphes.

Sur le plan émotionnel, des études révèlent que les mères vivent de la détresse en contexte d'allaitement difficile menant au sevrage (Shakespeare et al., 2004; Coates et al., 2014). Pour Palmer et al. (2012), dans ces circonstances, elles la qualifient de « *existential lostness* » (perte existentielle). Les mères rencontrées ont connu ce type de détresse. Il s'agit de l'émotion qui a émergé le plus souvent de leur discours. Plusieurs d'entre elles ont confié avoir pleuré, confrontées à l'inefficacité de l'allaitement et à la peur pour la santé de leur bébé. En lien avec leur épuisement, elles ont exprimé s'être senties en



désarroi. Selon les études passées et celle-ci, il ressort que la détresse est une émotion importante vécue par les mères durant l'expérience d'allaitement difficile.

Quelques autres émotions vécues par les mères rencontrées se retrouvaient déjà dans les écrits. L'insécurité (Thulier et Mercer, 2009; Abou-Dakn et al., 2009), le sentiment d'échec (Guyer et al., 2012) et la déception (Koerber et al., 2012), sont tous des impacts de l'expérience d'allaitement difficile que les mères ont rapportés. Par ailleurs, certaines ont exprimé avoir vécu de l'isolement, soit parce qu'elles préféraient se retirer pour allaiter, soit parce qu'elles devaient tirer du lait trop souvent pour pouvoir maintenir une vie sociale satisfaisante. Cet isolement, découlant des exigences d'un contexte d'allaitement difficile, n'avait pas été décrit dans les études consultées.

Les études traitent de culpabilité (Mozingo et al., 2000; Murphy, 2011; Guyer et al., 2012; Labbok, 2008; Larsen et Kronborg 2013; Williams et al., 2013.) et certaines mentionnent également la honte en lien avec l'échec de l'allaitement (Mozingo et al., 2000; Murphy, 2011; Guyer et al., 2012; Labbok, 2008). Les mères de l'échantillon ont rapporté avoir vécu de la culpabilité à ne pas arriver à un allaitement fonctionnel ou encore, elles ont vécu de la culpabilité au sevrage, mais aucune mère n'a exprimé avoir éprouvé de la honte. Leurs propos dégagent toutefois que la culpabilité au sevrage est un malaise rehaussé par la pression sociale. L'étude de Larsen et Kronborg (2013) explore ces aspects. Pour ces auteurs, il faut tenir compte de cette culpabilité pour fournir de l'aide aux mères qui sèvrant alors qu'elles avaient choisi d'allaiter.

Pour Williams et al. (2013), avec l'avancement des connaissances scientifiques sur les avantages de l'allaitement et les informations diffusées, il est normal de ressentir de la pression à allaiter, et la culpabilité qui découle de la décision de sevrer est naturelle. Plus une mère est informée et consciente des avantages de l'allaitement, plus forte est l'ambivalence entre persister à allaiter malgré les difficultés et sevrer en renonçant aux avantages de l'allaitement. La culpabilité peut représenter un cap du processus de sevrage pour celles qui voulaient allaiter. Le bien-être personnel impose de passer à travers cette culpabilité et de trouver de la satisfaction par rapport au choix effectué. Les professionnels de la santé, qui aident les mères à prendre une décision informée en la matière, devraient

être conscients de cette culpabilité quasi inévitable. Un soutien émotionnel respectueux serait favorable pour aider les mères à la dépasser.

#### *5.2.3.2 Impacts sur le bébé*

Les mères ont aussi décrit les impacts sur leur bébé du contexte d'allaitement difficile qui perdure. Une étude récente illustre bien l'état dans lequel peut se retrouver un bébé quand des difficultés d'allaitement perdurent (Lou et al., 2014). Il semblerait que ces bébés pleurent beaucoup entre les tétées, manifestent leur faim en cherchant constamment le sein et apparaissent frustrés lors des boires. Ce portrait concorde totalement avec les propos des mères de l'étude qui ont rapporté que leur bébé pleurait beaucoup, se réveillait rapidement après la tétée en cherchant à nouveau le sein et manifestait leur frustration en étant par exemple en crise lors des tétées.

Parmi les difficultés rencontrées par les mères, elles ont soutenu ne pas produire suffisamment de lait pour nourrir leur bébé. Du point de vue documentaire, les mères associent l'insuffisance lactée à des impacts négatifs sur le nourrisson. Celles qui en parlent avancent qu'à cause du manque de lait, elles donnent des suppléments de lait artificiel pour pallier à une prise de poids inappropriée de leur bébé (Lamontagne et al., 2008; Odom et al., 2013). Ce raisonnement retrouvé dans la littérature est similaire à celui des mères de l'étude. Malgré la supplémentation avec du lait artificiel, elles ont remarqué que leur bébé ne prenait pas suffisamment de poids ou même qu'il en perdait.

Sachant que les mères attribuent à l'insuffisance lactée la grande majorité des impacts négatifs sur leur bébé (le fait qu'il pleure, qu'il manifeste de la frustration, qu'il doive recevoir du lait artificiel en supplément tant il est insatiable et qu'il perde ou ne prenne pas assez de poids), on comprend mieux pourquoi ce problème est souvent identifié par les mères comme étant à la source d'une expérience d'allaitement difficile. Il est certain que le fait de ressentir que son bébé a faim contribue largement aux émotions qui ont été décrites par les mères. En quelque sorte, elles ressentent qu'en vivant une expérience d'allaitement difficile, elles ne réussissent pas à répondre au besoin primaire de leur bébé d'être nourri. Cette impression contribue directement à la détresse émotionnelle qui a été décrite dans la section sur les impacts maternels.

#### 5.2.4 *Passage au biberon*

Le dernier élément de la description de l'expérience d'allaitement difficile ayant mené au sevrage est le passage au biberon comme tel. Le sevrage est survenu suite à un processus, en réaction à des situations de défis et s'est accompagné de modifications pour la mère, son bébé et le père. Ces résultats sont repris dans cette section en lien avec ce qui est connu dans la littérature à ce sujet.

Tout au long des paragraphes précédents, les difficultés représentant des motifs de sevrage ont été dégagées et discutées en relation avec les écrits : état d'insatisfaction, faim et prise de poids inadéquate du bébé attribués grandement à l'insuffisance lactée, et état d'épuisement et de détresse des mères. Mais, un élément sur lequel il faut revenir est le processus qui amène à la décision de sevrer. Larsen et Kronborg (2013) ont réalisé une étude qualitative sur des mères qui y ont été contraintes à cause de conditions d'allaitement difficile alors qu'elles avaient initialement choisi d'allaiter. Celles-ci expliquent qu'il a été difficile de sevrer, qu'elles ont longtemps hésité, qu'elles y ont longuement réfléchi et que c'est en éliminant toutes les autres alternatives qu'elles se sont rendues là. Le sevrage était pour elles inévitable. Les mères de la présente étude ont confié la même chose, disant qu'elles y avaient beaucoup pensé avant d'arrêter leur décision. Elles avaient épuisé alors toutes les stratégies de persévérance. Après un certain laps de temps, elles ne voyaient plus d'autres solutions pour réussir à alimenter leur bébé que de décider de passer exclusivement au biberon.

Des auteurs ont proposé qu'en sevrant, les mères retrouvaient un équilibre et une routine : elles ont l'assurance de satisfaire leur bébé, la possibilité de se reposer entre les boires et la possibilité d'en partager la responsabilité avec le père (Hoddinott et al., 2012; Larsen et Kornborg, 2013). Cette description retrouvée dans la littérature correspond à celle présentée dans la section des résultats. Les participantes ont décrit un bébé satisfait, la possibilité de retrouver du temps pour soi, pour le repos et le partage des boires avec le père de leur bébé. Somme toute, le sevrage leur a apporté un soulagement puisqu'elles ont confié se sentir bien, se sentir en contrôle et ne plus éprouver de détresse. Ceci est conforme aux résultats de Hoddinott et al. (2012) qui énonçaient qu'en sevrant, les mères avaient le sentiment de reprendre le contrôle de leur vie, de leur corps et de leurs émotions.

Plusieurs auteurs décrivent, chez les mères qui décident de sevrer, une ambivalence entre le soulagement et la culpabilité (Mozingo et al., 2000; Shakespeare et al., 2004; Larsen et Kronborg, 2013). Cette ambivalence se retrouve également dans la présente étude. En parallèle au soulagement, plusieurs mères ont vécu de la culpabilité à sevrer leur bébé. Dans la section 5.2.3 sur les impacts d'un allaitement difficile ayant mené au sevrage, la culpabilité et sa manifestation ont été détaillées. Comme pour les mères dans l'étude de Larsen et Kronborg (2013), la culpabilité vécue par les participantes provient du fait qu'elles voulaient offrir l'alimentation la plus adaptée à leur bébé. Elle vient aussi de la pression sociale à l'allaitement omniprésente dans la société. D'ailleurs, Hoddinott et al. (2012) considèrent que la recommandation d'allaiter exclusivement pendant six mois met une pression immense sur les familles.

Comme les mères dans l'étude de Larsen et Kronborg (2013), celles rencontrées ont déploré, en passant au biberon, perdre le soutien des divers intervenants qui les aidaient avec l'allaitement. Les mères ont manifesté qu'elles auraient voulu recevoir de l'appui suite au sevrage. Larsen et Kronborg ajoutent que, dans ces circonstances, les mères ont besoin de soutien face à la culpabilité ressentie. Offrir un tel accompagnement est une avenue qui sera reprise dans la section des retombées de l'étude pour la pratique.

Il ressort que, pour les participantes, le passage au biberon a été l'aboutissement d'un processus. Comme pour les mères d'études antérieures (Mozingo et al., 2000; Larsen et Kronborg, 2013), elles sont soulagées, mais se sentent coupables et cette culpabilité est décuplée par la pression sociale à l'allaitement.

### **5.2.5 Soutien**

En contexte d'allaitement difficile, les mères ont eu du soutien des infirmières et de leurs proches. Les ressources peuvent jouer un rôle primordial sur le vécu maternel (McLelland et al., 2015). Le soutien offert par le père du bébé et celui venant des infirmières à l'hôpital et des infirmières en visite à domicile est repris dans cette partie de la discussion.

#### *5.2.5.1 Soutien du père du bébé*

Les mères ont toutes profité du soutien du père de leur bébé même celle qui ne vivait pas avec lui, facteur qui semblerait jouer en faveur de la poursuite de l'allaitement (Hunter et Cattelona, 2014). En entrevue, quelques-unes ont élaboré sur ce point en exprimant comment celui-ci les a aidées. Cette étude permet de saisir quel genre d'éléments reliés au soutien du père est apprécié. Selon les résultats, les mères comptaient sur lui tout au long de l'expérience. Elles s'attendaient à ce qu'il se montre concerné par leur bien-être et à une approche respectueuse de sa part.

#### *5.2.5.2 Soutien des infirmières*

Élaborant sur le soutien des infirmières à l'hôpital, les mères se sont surtout déclarées satisfaites du soutien instrumental. Par contre, quelques-unes ont révélé des approches maladroites. Certaines ont eu l'impression que les infirmières ne donnaient pas toute l'information disponible concernant les difficultés d'allaitement. Selon McLelland et al. (2015), qui ont réalisé une revue de littérature, ces attitudes non transparentes des infirmières agacent effectivement les mères. De plus, elles ont confié qu'il y avait par moment des incohérences dans le discours d'une infirmière à l'autre, chose qu'elles n'ont pas aimée. Bell et al. (2008) avaient aussi noté que le manque de cohérence entre les infirmières au département de post-partum déplaisait aux mères. Pour Palmer et al. (2012), trop de professionnels donnent des conseils contradictoires, laissant les mères confuses, avec un sentiment de solitude. Elles ne savent plus quoi faire et sentent qu'elles ne contrôlent plus la situation. Ce manque de cohérence peut s'avérer d'autant plus irritant pour celles qui débutent l'allaitement avec des difficultés importantes, comme dans cet échantillon.

À domicile, il ressort que les mères ont apprécié le soutien instrumental et émotionnel des infirmières postnatales. Selon quelques auteurs, le soutien à domicile joue un rôle important pour le déroulement harmonieux et fonctionnel de l'allaitement (Lamontagne et al., 2008; Mannan et al., 2008). Coates et al. (2014) ajoutent que les mères qui rapportent avoir eu un soutien positif avec une infirmière en post-partum, lors d'une expérience d'allaitement difficile, ont également pu discuter calmement de leurs émotions

et difficultés. Palmer et al. (2012) évoquent le soutien attentionné où l'infirmière crée un espace de partage plutôt que de se contenter de fournir de l'information. Les participantes ont mentionné avoir retrouvé ce genre de lien et de soutien empathique chez la plupart des infirmières à domicile. Lors d'une expérience d'allaitement difficile, renforcer et adapter le soutien pour qu'il soit sensible à l'expérience de la mère est un élément à ne pas négliger pour aider, autant au niveau des difficultés physiques qu'émotionnelles.

En somme, les participantes ont rencontré des défis face à l'allaitement dès la naissance de leur bébé. Elles ont démontré une forte motivation à vouloir allaiter compte tenu du fait qu'elles ont toutes quitté l'hôpital en allaitant malgré des problèmes non résolus. Elles ont tenté de les résoudre au retour à domicile, mais ils ont persisté dans leur quotidien avec des répercussions importantes sur elles et leur bébé. En consultant les études antérieures, il se dégage que les mères de la présente étude représentent bien cette clientèle, car elles ressemblent aux autres cas recensés sur plusieurs points. Elles ont eu des difficultés reconnues dans les écrits comme étant des facteurs de difficulté menant à l'arrêt de l'allaitement. Elles avaient aussi des facteurs associés à la réussite et à la persistance de l'allaitement, ce qui explique peut-être pourquoi elles ont allaité relativement longtemps et ont tant réfléchi avant de sevrer. Finalement, la description qu'elles font de l'expérience d'allaitement difficile et du sevrage qui a suivi est aussi comparable aux écrits avec quelques différences qui les démarquent. En effet, elles ont apporté des nuances dans cette description. Comparativement à ce que rapportaient les études consultées, elles ont élaboré sur l'isolement en période d'allaitement difficile. Les études consultées mentionnaient que les douleurs des tétées pouvaient motiver le sevrage, ce qui n'a pas été le cas pour les mères de la présente étude. Certaines ont mentionné les pensées positives pour les aider à confronter les difficultés, discours novateur. Elles ont rapporté de la culpabilité, comme les mères interrogées dans d'autres études, mais aucune honte résultant de l'échec de l'allaitement et du sevrage. Elles ont décrit l'aide offerte par le père de leur bébé tant au niveau du soutien émotionnel qu'instrumental, description plus élaborée que dans les écrits précédents. Également, le soutien personnalisé des infirmières à domicile avait été omniprésent. Tout en étant typiques, caractérisant l'expérience d'allaitement difficile, elles ont aidé à bonifier le portrait de cette expérience qui se solde par le sevrage. Mais surtout, le récit des mères de cette étude met en évidence le développement des difficultés dans un

continuum à partir du début de l'expérience, dès la première tétée, jusqu'au passage au biberon. L'analyse de l'ensemble du discours des mères, en parallèle avec les données cliniques des questionnaires, a permis de faire la chronologie de l'apparition et de l'exacerbation des difficultés. Des éléments qui généralement sont des défis temporaires peuvent devenir intolérables lorsqu'ils se transforment en problèmes insolubles, quelles que soient les solutions essayées pour parvenir à les résoudre. La prochaine section traitera de l'établissement de la relation mère-bébé, considérant l'expérience d'allaitement difficile qui vient d'être discutée.

### **5.3 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage**

Le troisième objectif de l'étude était de décrire l'établissement de la relation mère-bébé selon la perspective de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile. Cette section permet d'apprécier la description de cette relation en contexte d'allaitement difficile, suite au passage au biberon et indépendamment du contexte d'alimentation. Pour chacun de ces aspects, il est émis un rapprochement avec ce qui se retrouve dans des recherches passées en plus de souligner les apports de la présente étude.

Il est rapporté dans le chapitre deux, qu'aucune étude retrouvée ne portait directement sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile. Il faut mettre en évidence que la présente étude est la première, selon toute connaissance, permettant de décrire l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile, dans la perspective d'identifier les forces et les défis dans chacune des composantes de la relation. De plus, l'évolution de la relation durant l'expérience d'allaitement difficile, suite au passage au biberon et indépendamment du contexte d'alimentation, sera discutée à la lumière des connaissances actuelles disponibles.

#### ***5.3.1 Établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile***

De manière générale, la présente étude se rapproche des résultats de Larsen et Kronborg (2013) qui proposaient comme explication que les mères sont préoccupées par la relation avec leur bébé en contexte d'allaitement difficile, mais qu'elles se concentrent plus sur leur alimentation que sur la relation avec lui. Les mères ayant participé à la

présente étude ont aussi rapporté qu'elles n'étaient pas concentrées sur la relation avec leur bébé pendant l'expérience d'allaitement difficile. De plus, deux participantes ont reconnu que l'expérience ne leur a pas offert le *bonding* imaginé, ce qui est aussi conforme aux résultats de Hoddinott et al. (2012). Par contre, des études suggéraient qu'il se pourrait que, pour la mère, la proximité avec le bébé devienne envahissante, précipitant parfois un désir d'éloignement avec lui (Schmied et Barclay, 1999; Palmer et al., 2014), élément non retrouvé dans le discours des participantes. Ceci étant dit, le but de la présente étude était plus précis, cherchant à détailler en profondeur la relation mère-bébé en analysant chacune de ses composantes, travail qui n'apparaît pas dans les études consultées portant sur l'expérience des mères en contexte d'allaitement difficile et non sur la relation mère-bébé dans ce contexte. La discussion, dans les prochaines sections, s'orientera vers les cinq composantes de la relation mère-bébé.

#### *5.3.1.1 Cinq composantes du modèle de la relation mère-bébé*

En ce qui concerne la **découverte** en contexte d'allaitement difficile, aucune recherche antérieure consultée n'en fait état. Les propos des mères de la présente étude permettent de comprendre que durant une telle expérience, les défis liés à l'allaitement limitent la connaissance du bébé. Les difficultés d'allaitement mobilisent leur énergie et il apparaît qu'elles sont moins attentives à découvrir leur bébé. Le fait de développer une moins bonne connaissance de son bébé peut affecter la capacité de la mère à décoder les besoins de celui-ci, première étape d'une réponse maternelle sensible. Il s'agit d'un résultat original à la présente étude dont il sera important de tenir compte dans la section sur les contributions de l'étude en proposant du soutien aux dyades concernées.

À propos du **contact affectif**, les informations retrouvées dans les écrits ne sont pas éloquentes. Cependant, Larsen et Kronborg (2013) soulignaient que les mères ont perçu qu'elles mettaient le contact affectif de côté pour se concentrer sur l'alimentation du bébé. En quelque sorte, les mères de la présente étude ont aussi parlé de cette impression, tout en déclarant que le contact affectif était présent entre elles et leur bébé. Larsen et Kronborg ne parlaient pas de partage d'émotions entre la mère et son bébé pendant les tétées. Les mères de la présente étude ont parlé du partage des émotions, rapportant qu'il y avait des émotions positives qui se partageaient, mais aussi parfois des émotions négatives comme



justement le stress de l'allaitement difficile. Il est intéressant de constater que les mères se sont préoccupées du bien-être émotionnel de leur bébé lorsqu'elles l'avaient au sein. Ceci appuie qu'elles ne voyaient pas l'allaitement uniquement comme un mode d'alimentation, mais comme un moment relationnel avec leur bébé. Cette composante de la relation mérite aussi l'attention des professionnels qui veulent soutenir l'établissement de la relation. Il en sera question dans la section des contributions cliniques de l'étude.

Deux études qualitatives ont rapporté des propos de mères suggérant que la **proximité physique** avec le bébé pouvait devenir envahissante en contexte d'allaitement difficile (Schmied et Barclay, 1999; Palmer et al., 2014). Ce résultat est contraire à ce que les mères de la présente étude ont révélé. Dans le cas actuel, les mères ont affirmé que l'allaitement, même difficile, favorisait un rapprochement physique apprécié avec leur bébé. Même les mères ayant vécu de la douleur causée par l'allaitement, n'ont pas mentionné que celle-ci avait affecté leur désir de proximité physique avec leur bébé. Ce résultat suggère que malgré les difficultés, l'allaitement peut s'accompagner d'aspects positifs pour la relation comme la proximité physique. Un des types de rapprochement dont elles parlent est le contact peau à peau. Or, comme déjà mentionné, ce contact spécial renforce la relation mère-bébé et est très fortement encouragé à l'hôpital (Vincent, 2011a; 2011b; Lucchini, Márquez, et Uribe, 2012). Sachant que pour les mères, le rapprochement physique joue un rôle important dans la relation, même quand l'allaitement est difficile, cette étude vient appuyer qu'il est utile pour l'établissement de la relation d'encourager le contact peau à peau ou toute autre forme de proximité physique à l'hôpital, mais aussi par la suite, en post-partum, au domicile des mères.

Aucune étude consultée ne fait référence à la **communication** entre la mère et le bébé en contexte d'allaitement difficile. Ce qui se dégage de la présente étude est qu'il y a peu de communication pendant les tétées entre la mère et son bébé quand l'allaitement est difficile. Certaines mères expliquent ceci par le fait que la communication était inhibée alors qu'elles étaient préoccupées par la faim du bébé. Tout comme pour la découverte, les difficultés d'allaitement mobilisent l'énergie des mères qui vivent moins de communication interactive avec leur bébé. Une autre explication pourrait être que les mères sont moins conscientes de la communication avec leur bébé quand les défis de l'allaitement

les préoccupent. Cette composante devrait donc faire partie des principales préoccupations des intervenants en post-partum et les contributions cliniques devraient permettre de voir comment soutenir la relation durant une expérience de cette sorte.

Comme déjà rapporté par des auteurs (Larsen et Kronborg, 2013) ainsi que par les mères de la présente étude, l'**engagement** maternel est affecté par la culpabilité quand l'allaitement ne fonctionne pas et quand elles font le choix de sevrer. En plus de confirmer ce sentiment de culpabilité dans le rôle de mère, elles ont révélé qu'elles doutaient pouvoir nourrir leur bébé en l'allaitant étant donné les conditions difficiles rencontrées. Se pourrait-il que le fait de douter, de perdre confiance en l'allaitement porte aussi les mères à sevrer pour pouvoir répondre à leur engagement maternel? En effet, les mères de cette étude ont fortement exprimé que l'allaitement n'était pas essentiel à leur rôle de mère et ont un profond sentiment d'engagement maternel, même après y avoir renoncé. L'allaitement pour elles, n'était pas l'unique manière de s'investir dans leur rôle de mère. Même si l'allaitement était leur premier choix, elles considèrent avoir mieux réussi auprès de leur bébé, ne serait-ce qu'à le nourrir, en lui donnant le biberon. De plus, même si elles ne l'ont pas relevée, l'expérience d'allaitement difficile ne les a pas empêchées de prodiguer des soins appropriés à leur bébé, ce qui témoigne de leur niveau d'engagement. Enfin, il a été vu que l'intention d'allaiter pouvait être en lien avec la sensibilité maternelle (Britton et al., 2006). La question se pose à savoir si ces mères qui avaient toutes l'intention d'allaiter pour donner le meilleur à leur bébé (la majorité voulait même le faire six mois ou plus) avaient déjà, à la base, une plus grande préoccupation pour la relation avec lui et donc, anticipaient un plus grand engagement face à leur bébé.

En somme, par cet examen des composantes du modèle de la sensibilité maternelle en situation d'allaitement difficile, l'établissement de la relation mère-bébé a été décortiqué. Ceci permet d'avancer que dans ce contexte, la relation mère-bébé connaît des défis au niveau de la découverte et de la communication avec le bébé en plus d'un partage d'émotions parfois négatives lors des tétées difficiles. Ce constat explique probablement pourquoi les mères ont l'impression que la relation avec leur bébé est alors mise de côté puisqu'elles ont l'impression de le connaître moins bien et de communiquer également moins avec lui. Les interventions proposées seront donc orientées vers ces composantes

qui peuvent connaître des défis lors d'une expérience d'allaitement difficile et même donner l'impression que la relation est mise de côté.

### 5.3.2 *Établissement de la relation mère-bébé suite au passage au biberon*

Face à l'expérience d'allaitement difficile, les mères de l'étude ont opté pour le sevrage. Leurs propos permettent de dégager qu'en quelque sorte, le sevrage s'accompagne du sentiment que la relation avec leur bébé s'améliore. L'établissement de la relation mère-bébé dans cette sous-section est décortiqué selon les cinq composantes du modèle au stade du passage au biberon.

#### 5.3.2.1 *Cinq composantes du modèle de la relation mère-bébé*

Les résultats ont mis en relief qu'au niveau de la **découverte**, la connaissance du bébé s'est accrue au sevrage. Aucune information n'a été retrouvée dans les écrits pour cet élément précis. Cette étude apporte comme nouveauté qu'en mettant fin aux défis d'une expérience d'allaitement difficile, les mères deviennent plus conscientes de la personnalité de leur bébé. Par ailleurs, il faut mentionner que la connaissance du bébé s'accroît naturellement avec le temps (Bell, 2002). Évidemment, au moment du sevrage, les bébés étaient plus âgés, les mères découvraient de plus en plus leur caractère. Il est donc impossible de dire que ce n'est que la disparition des défis de l'allaitement avec le passage au biberon qui est responsable du fait que les mères connaissent mieux leur bébé à ce moment.

Le **contact affectif** aussi s'est un peu transformé pour les dyades mère-bébé de l'étude. Vu que le stress des difficultés de l'allaitement avait disparu, les mères ont perçu que le soulagement se partageait entre elles et leur bébé. Il s'agit d'un résultat original à la présente étude. Dans des études antérieures, les mères mentionnaient du soulagement pour elles-mêmes, mais pas l'impression que celui-ci était partagé par leur bébé (Shakespeare et al., 2004; Hoddinott et al., 2012). Le fait que la mère soit en mesure de reconnaître un partage dans le soulagement est un élément positif indiquant sa sensibilité maternelle. Effectivement, les mères de l'échantillon détenaient une bonne sensibilité maternelle selon leurs réponses au questionnaire sur ce thème, facteur qui peut expliquer qu'elles étaient en mesure d'identifier des changements dans les émotions de leur bébé. Cette capacité

d'attention émotionnelle retrouvée chez les participantes joue un rôle spécialement pour l'attachement sécurisant du bébé (Voort et al., 2014).

Aucune étude consultée n'a mentionné ce qui se produit avec la **proximité physique** suite au sevrage. Cependant l'une d'entre elles, qui comparait la durée des contacts physiques entre celles qui allaitent et celles qui donnent le biberon (Smith et Ellwood, 2011), révélait que les premières ont plus de proximité physique que les secondes. La présente étude dépeint la situation tout autrement. Le résultat qui s'y dégage est que suite à leur expérience d'allaitement, les mères ont voulu maintenir le rapprochement physique apprécié qu'offre l'allaitement. Aucune des études répertoriées n'a décrit ce phénomène du désir de maintenir un rapprochement suite au sevrage. Les mères ont même décrit des stratégies qu'elles ont utilisées pour conserver la proximité avec leur bébé. Ce constat montre que même suite au sevrage, le fait d'avoir eu une expérience d'allaitement avec ses multiples occasions de proximité physique a un impact positif sur le rapprochement dans la relation mère-bébé. Autrement dit, il se peut qu'en ce qui a trait à la proximité physique, l'allaitement, même s'il est difficile et mène au sevrage, représente un avantage à long terme pour la relation mère-bébé incitant à la proximité dès la naissance. Ceci amène à penser qu'une expérience éphémère, ou même la simple initiation à l'allaitement, pourrait permettre d'établir une proximité plus intime avec le bébé.

Au niveau de la **communication**, les résultats de la présente étude ont montré qu'elle a été facilitée suite au passage au biberon. Les défis de l'allaitement difficile disparus, les mères ont rapporté plus de communication avec leur bébé. L'étude de Larsen et Kronborg (2013) relate aussi plus de communication suite au sevrage. Les mères consultées dans cette précédente étude convenaient qu'elles avaient alors plus de temps pour des interactions, notamment pour jouer avec leur bébé. Donc, pour cette composante de la relation mère-bébé, le résultat de la présente étude confirme ce qui a déjà été rapporté par Larsen et Kronborg. Cette concordance dans les résultats des études ajoute du poids au fait que suite à une expérience d'allaitement difficile, le passage au biberon apporte variété et souplesse dans les échanges mère-bébé. Par contre, il faut considérer que la maturation du nourrisson peut être responsable, au moins en partie, de l'évolution de la communication. Que les bébés aient grandi depuis l'expérience d'allaitement difficile

suffit à se demander à quel point le sevrage joue sur l'évolution de la communication. Par contre, la différence incontestable est que les mères deviennent plus conscientes de la communication avec leur bébé.

Larsen et Kronborg (2013) ont rapporté que l'**engagement maternel** était affecté par la culpabilité du sevrage. Les participantes de la présente étude l'ont aussi ressenti et ont élaboré davantage sur cette culpabilité que dans les écrits précédents. Par exemple, les mères ici ont insisté sur le fait que leur culpabilité a été passagère. Elles ont aussi élaboré sur la culpabilité en expliquant que ce fut une période où elles se sont questionnées, se demandant si le fait de sevrer faisait d'elles de mauvaises mères. Elles en sont arrivées à la conclusion qu'elles assumaient très bien ce rôle sans allaiter. Elles ont aussi décrit que leur rôle de mère était rempli de satisfactions et qu'elles se sentaient pleinement engagées dans la relation avec leur bébé. La description faite par les mères de l'engagement maternel suite au sevrage dépasse ce qui avait déjà été effleuré par d'autres auteurs. Les propos des mères ont permis d'étayer l'engagement dans la relation avec le bébé suite au passage au biberon.

En somme, suite au sevrage, les participantes apprécient pouvoir se concentrer sur la relation et rapportent ressentir un bon lien avec leur bébé. Si cet élément se retrouvait dans la littérature consultée, ce portrait complet de la relation mère-bébé, suite au passage au biberon, apporte une toute nouvelle perspective sur l'évolution de la relation, ce qui ne se retrouvait pas dans les écrits. Effectivement, les résultats illustrent que les défis temporaires pour la relation pendant l'expérience d'allaitement difficile ont tous été réglés suite au passage au biberon, mais qu'en plus, les mères ont rapporté une connaissance accrue de leur bébé, de nombreuses occasions d'échanges réciproques, souples et ludiques avec lui et la perception d'un soulagement émotionnel partagé lors des boires. Cette description est innovatrice, par rapport aux connaissances existantes. Finalement, les mères de la présente étude ont confié qu'elles ont déployé des efforts pour maintenir le rapprochement physique qu'elles ont aimé pendant l'allaitement, description jamais faite par des mères dans les études consultées. Par contre, il se peut que les mères acceptant de participer à une étude sur la relation mère-bébé, aient à la base une préoccupation plus élevée pour cette relation et soient de celles qui s'y investissent plus, dénotant peut-être à la base un engagement maternel supérieur.

### 5.3.3 *Établissement de la relation mère-bébé sans égard au contexte d'alimentation*

La discussion se poursuit par l'examen des éléments fournis par les mères sur la relation avec leur bébé, de la naissance jusqu'au moment de l'entrevue, indépendamment du contexte d'alimentation. Globalement, elles ont identifié des éléments d'une relation qui se développe positivement. Il est illustré comment les composantes de la relation mère-bébé se comparent à l'établissement d'une relation harmonieuse. Une telle relation a déjà été décrite avec le modèle de la relation mère-bébé (Bell et al., 2008). La section suivante fera un rappel sur la définition des composantes et un lien avec le vécu des mères de l'étude.

#### 5.3.3.1 *Cinq composantes du modèle de la relation mère-bébé*

Les auteurs du modèle de la relation mère-bébé (Bell, 2002, 2008; Bell et al., 2004) ont trouvé qu'une relation favorable implique que le parent fasse des **découvertes** sur le bébé et ses besoins. Les mères de la présente étude ont effectivement soulevé des éléments multiples démontrant que les défis de l'allaitement et le sevrage mis de côté, elles ont appris à connaître leur bébé. Toutes les mères ont aussi dit que leur bébé les reconnaissait, ce qui représente un élément démontrant un niveau de connaissance avancé. Le moment de l'entrevue, réalisé alors que les bébés avaient de quelques semaines à quelques mois, a pu permettre aux mères d'avoir suffisamment de temps pour développer leur connaissance de leur bébé. Enfin, il faut se demander si le fait d'avoir vécu des difficultés avec leur bébé n'a pas permis aux mères d'accroître leur connaissance de leur bébé. Effectivement, elles ont eu à l'observer encore plus et ont dû développer des stratégies pour le consoler, soulager ses frustrations et surtout, elles ont démontré un sens aigu à vouloir le comprendre lors des difficultés.

Selon ce modèle de la relation mère-bébé (Bell, 2002, 2008; Bell et al., 2004), le **contact affectif** sert à ramener le bébé en zone de confort émotionnel. Les participantes ont formulé plusieurs éléments allant dans ce sens, entre autres la sérénité partagée avec le bébé, mais surtout leur désir de transmettre à leur nourrisson l'amour maternel. Il faut souligner que les mères rencontrées ont été loquaces sur leurs émotions et celles qu'elles ont perçues chez leur bébé. D'autres mères aux prises avec des situations de vie

compliquées entraînant du stress ou avec de la dépression post-partum, par exemple, auraient pu avoir plus de difficultés à exprimer ou même à ressentir ce genre de chose.

Dans le modèle choisi d'établissement de relation mère-bébé, un **contact physique** enveloppant et apaisant pour le bébé contribue au développement de la relation. Effectivement, les mères de l'échantillon ont développé un contact physique de ce type avec leur bébé. Elles ont dit qu'autant elles que leur bébé recherchaient des occasions de contact physique. Ceci met en évidence que pour cette composante, leur lien se développait réciproquement. Dans les hôpitaux qui tentent de mettre en place l'IHAB, il y a une propension à favoriser le contact peau à peau entre la mère et son bébé. Les mères rencontrées avaient toutes accouché dans de tels hôpitaux. Cette pratique pourrait avoir une répercussion chez cette génération de mères qui semblent préoccupées par le maintien de la proximité physique avec leur bébé.

La relation s'établit aussi par une **communication** qui suscite une réaction positive chez le bébé et par le maintien des interactions (Bell et al., 2008). Cette forme de communication se retrouve au sein des dyades mère-bébé ayant participé à la présente étude. Plusieurs mères ont relevé que leur bébé communique par son regard, en plus de moments où elles parlent à leur bébé et où celui-ci émet des sons. Les mères présentaient des facteurs qui les prédisposaient à plus de communication avec leur bébé, parmi lesquels leur niveau de scolarité élevé et l'absence de dépression post-partum. Pour cette composante, il faut par ailleurs réitérer le fait qu'au moment de l'entrevue, les bébés ayant en moyenne plus de trois mois, la communication a eu du temps pour se développer.

Finalement l'**engagement** parental requis permet d'accorder une place centrale au bébé au sein de la cellule familiale (Bell, 2002, 2008; Bell et al., 2004), ce qui a été le cas des mères de cette étude, qui ont amplement décrit comment leur rôle de mère et les soins à leur bébé sont devenus la priorité dans leur vie. Elles ont aussi mentionné quelques pertes au niveau de leur vie sociale. La grande majorité des mères accueillait leur premier bébé et donc devait assumer cet engagement pour la première fois. Ce phénomène de nouveauté en lien avec ce rôle explique certainement en partie pourquoi elles ont ressenti des pertes en comparaison à leur vie sans enfant. Mais ceci pourrait aussi expliquer pourquoi elles ont

eu tant de facilité à parler de ce nouveau rôle qui marquait un changement récent dans leur vie.

D'une part, l'analyse de l'ensemble des propos des mères sur la relation avec leur bébé permet de voir que toutes les composantes du modèle de la sensibilité maternelle se sont développées au sein des dyades qui ont participé à cette étude. D'autre part, leurs scores à l'échelle de sensibilité maternelle indiquent une bonne sensibilité à leur bébé. Or, ces facteurs favorisent l'établissement de la relation avec le bébé (Lacombe et Bell, 2006).

Au chapitre quatre, il est apparu que certaines mères ont eu l'impression, dans l'évaluation globale de la relation avec leur bébé, qu'établir le lien n'était pas la priorité pendant l'expérience d'allaitement difficile. Elles ont aussi eu l'impression que l'allaitement ne procurait pas le lien espéré avec leur bébé, impression connue dans la littérature (Hoddinott et al., 2012; Guyer et al., 2012; Larsen et Kronborg, 2013). Tel qu'indiqué précédemment, une explication possible à cette perception que la relation s'avérait plus difficile à établir, peut résider dans le fait que les mères semblent moins connaître leur bébé et communiquent moins avec lui durant les défis de l'expérience d'allaitement difficile. Cependant, ce sentiment d'une relation estompée doit être remis en contexte vu l'ensemble du discours qui démontre que, malgré les difficultés, la relation s'est construite favorablement et que les défis rencontrés étaient circonstanciels. L'impression que l'établissement de la relation avec le bébé est négligé dans ce contexte semble prévaloir sur ce qui s'est produit en réalité dans la relation, s'étant construite malgré les problèmes d'allaitement. Les mères ne semblent pas en être conscientes, pas plus des moyens qu'elles ont déployés pour le faire.

Tout au long de la discussion touchant aux composantes du modèle d'établissement de la relation, il a été mentionné à plusieurs reprises : 1) que la présente étude décrivait de manière plus précise chacune des composantes que ce qui avait été retrouvé dans la littérature, 2) que certains éléments se différenciaient de ce qui avait déjà été décrit dans d'autres études ou 3) que pour certaines composantes, la description faite par les mères fournissait un élément nouveau sur l'établissement de la relation mère-bébé. Il faut revenir sur le fait que les études répertoriées ne portaient pas directement sur la relation mère-bébé,



mais plutôt sur l'expérience d'allaitement difficile. Les mères n'avaient donc pas été interrogées directement sur ce sujet. Pour la présente étude, la méthodologie mise en place a permis d'obtenir plus de résultats et plus précis puisque justement, les mères ont été interrogées sur chaque composante. Le guide d'entrevue, qui encourageait les mères à s'exprimer sur ces différentes facettes de la relation, est en grande partie responsable de l'abondance des résultats obtenus.

En somme, les résultats de cette étude apportent de nouvelles connaissances sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Certaines études ont suggéré que la relation pouvait être compromise par une expérience d'allaitement difficile. Il se dégage plutôt qu'une telle expérience s'accompagne de défis relationnels, particulièrement afin d'apprendre à connaître son bébé et à communiquer avec lui. Par ailleurs, l'analyse des résultats permet de penser que la perception que l'allaitement ne nourrit pas suffisamment le bébé, ajouté au fait qu'il mobilise l'attention des mères résultent pour celles-ci en l'impression que le lien est négligé à ce stade. Au passage au biberon, les mères se perçoivent comme plus attentives à leur bébé en l'absence des difficultés de l'allaitement. Elles affirment découvrir leur bébé, communiquer plus avec lui et perçoivent qu'elles partagent avec lui un soulagement émotionnel. Cette étude a également considéré les éléments de la relation avec le bébé, indépendamment du contexte d'alimentation. Ces éléments et la résolution satisfaisante des défis rencontrés pendant l'expérience d'allaitement difficile indiquent le développement d'une relation favorable entre la mère et son bébé.

## **5.4 Forces et limites**

Cette section souligne les forces de l'étude. Ensuite, quelques limites sont mises en évidence.

### **5.4.3 Forces**

La plus grande force de cette étude est d'avoir donné la parole à des mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile. Actuellement, l'allaitement et ses avantages sont des sujets en vogue dans la société. Les mères qui n'ont pas réussi à allaiter vivent de la culpabilité, tel que l'on en a fait état, et elles osent peu s'exprimer sur leur

vécu. Pourtant, elles sont nombreuses à sevrer, avec un taux d'allaitement qui chute d'environ 25 % dès le premier mois. Le recrutement ardu des mères de l'étude porte à se questionner à savoir si généralement, elles ne préfèrent pas taire ce qu'elles ont vécu en lien avec un allaitement difficile.

Cependant, il a été mis en évidence que les mères qui ont participé se comparent au niveau du vécu d'allaitement difficile à ce qui se retrouve dans la littérature. Ceci est une force pour cette étude, car si l'expression de leur expérience d'allaitement difficile est typique, alors ce dont elles témoignent à l'égard du vécu relationnel avec leur bébé doit aussi bien représenter ce que d'autres mères vivent avec leur bébé dans une telle situation. La validité des résultats concernant l'objectif de décrire la relation mère-bébé selon la perspective de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile s'en trouve augmentée.

S'il existe plusieurs recherches décrivant l'expérience de mères ayant vécu un allaitement difficile, aucune de celles retrouvées n'a pris la peine de décrire l'expérience dans une dimension temporelle, de la naissance au sevrage, retraçant l'origine et l'accumulation des difficultés. C'est donc une force de la présente étude, très probablement attribuable au guide d'entrevue qui a permis de recueillir des données qualitatives très riches et aux questionnaires qui, avec les données quantitatives, ont complété le tableau de l'expérience des mères, en plus de dégager les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères et des bébés visés.

Le guide d'entrevue, bien que contenant uniquement des questions ouvertes, était suffisamment bien structuré pour que les mères puissent dégager le portrait d'un allaitement difficile à travers le temps. De plus, sa structure ouverte permettait aussi aux mères de s'exprimer librement sur la relation avec leur bébé, tout en touchant aux cinq composantes du modèle de la sensibilité maternelle. En les guidant à révéler leur expérience avec leur bébé pour chaque composante, autant pendant l'expérience d'allaitement que suite au passage au biberon, il a aussi été possible de constater là où les dyades mère-bébé ont eu des défis relationnels, mais aussi d'apprécier l'évolution de la relation jusqu'au moment de l'entrevue.

Parmi les forces, il faut mentionner la rigueur maintenue tout au long de cette étude. Du développement du guide d'entrevue à sa validation par la méthode Delphi et à la réalisation des entrevues, toutes menées par l'étudiante à la maîtrise, un souci de justesse et de bien représenter l'expérience d'allaitement et l'établissement de la relation mère-bébé a été suivi. L'ensemble du verbatim des entrevues a été analysé rigoureusement. L'analyse de contenu, réalisée par l'étudiante chercheuse, a été entièrement co-codée par ses directrices.

#### **5.4.1 Limites**

La première limite à constater est la taille de l'échantillon. Pour une étude qualitative, il est attendu que la taille de l'échantillon suffise pour décrire le phénomène en question. De plus, la saturation des données assure d'avoir entièrement circonscrit le phénomène, de sorte qu'en l'atteignant, aucune autre donnée ne surgisse des dernières entrevues réalisées et que celles ressorties soient maintes fois appuyées. Ici, la taille de l'échantillon représente une limite puisque la saturation n'a été que partiellement atteinte. Les deux dernières entrevues réalisées n'ont pas apporté concrètement de nouvelles données, mais certains éléments n'ont été que peu étayés dans les propos des mères, étant rapportés que par deux ou trois d'entre elles, comme l'utilisation de pensées positives pour aborder un allaitement difficile ou encore la description faite de bébés qui repoussent le sein pendant la tétée. À ce sujet, elles sont partagées en ce qui concerne le confort de leur bébé au sein, certaines disant que celui-ci était inconfortable et d'autres trouvant plutôt qu'il était confortable. Des témoignages supplémentaires auraient permis de départager à savoir si généralement, des tétées difficiles représentent ou non un moment d'inconfort pour le bébé. Aussi, il aurait été souhaitable d'obtenir plus d'appuis, particulièrement pour certains points touchant la relation mère-bébé. Par exemple, très peu de mères ont parlé de la connaissance de leur bébé et de la communication avec lui en contexte d'allaitement difficile, quelques-unes se sont prononcées en tentant une explication, mais il aurait été intéressant d'avoir plus de mères s'exprimant sur les raisons du peu de découverte et de communication en contexte d'allaitement difficile. Par ailleurs, un échantillon de 12 participantes, était supérieur à celui d'études antérieures décrites au chapitre 2.

Une autre limite vient d'un échantillon qui présente des caractéristiques sociodémographiques et cliniques non représentatives de l'ensemble de la population. En général, les mères étaient plus scolarisées que la moyenne, bénéficiaient d'un revenu confortable et vivaient avec le père de leur bébé. Ceci peut avoir influencé les résultats. Par exemple, des mères monoparentales avec un faible revenu auraient pu présenter des situations de stress supplémentaires affectant la relation avec leur bébé. De plus, les participantes ont obtenu des résultats démontrant une bonne sensibilité maternelle, ce qui les prédisposait à développer une relation positive avec leur bébé. L'établissement de la relation avec leur bébé aurait pu être différent si la sensibilité maternelle avait été moins bonne. Un échantillon présentant d'autres conditions de vie aurait pu générer d'autres résultats, même avec une expérience d'allaitement difficile similaire.

Parmi les limites, trois biais sont à souligner. Le biais de volontariat était présent : les personnes qui acceptent de participer aux études ont souvent plus de facilité à s'exprimer et verbaliser l'expérience visée, elles se différencient donc souvent de celles qui refusent. Les mères rencontrées pouvaient avoir des caractéristiques différentes par rapport au phénomène à l'étude elles étaient possiblement très attentives à leur vécu et à celui de leur bébé. Ce biais se retrouvait également dans les études similaires décrites au chapitre 2.

L'étude comportait aussi un biais de mémoire. Puisque la rencontre était postérieure à l'expérience d'allaitement difficile, il leur était demandé de se souvenir et de rapporter des éléments ayant eu lieu auparavant.

Finalement, un biais de maturation des bébés a été identifié. Par exemple, il a été présenté que suite au passage au biberon, les mères connaissaient mieux leur bébé et communiquaient davantage avec lui. Cependant, la connaissance du bébé et la communication avec lui tendent à augmenter plus le bébé grandit. L'évolution rapportée suite au passage au biberon par les mères pourrait être partiellement due à l'évolution naturelle qui se produit avec le temps dans une relation mère-bébé.

## 5.5 Contributions à la clinique

Les résultats de cette étude suggèrent un certain nombre de retombées pour l'accompagnement offert aux mères en post-partum afin de les aider dans l'établissement de la relation avec leur bébé, particulièrement si elles vivent des difficultés d'allaitement.

La première intervention à favoriser est l'expression des sentiments ressentis par la mère envers son bébé, mais aussi sur son expérience d'allaitement. Ainsi, les intervenants (infirmières à l'hôpital et en visite à domicile, consultantes en lactation, etc.) pourraient rapidement savoir comment la mère vit son expérience d'allaitement et comment ceci se reflète sur son nouveau-né, pour être en mesure d'offrir un soutien précoce et adéquat à la relation mère-bébé. L'étude a mis en lueur que les difficultés d'allaitement limitaient la connaissance du bébé. Il faudrait donc encourager les mères à se concentrer sur leur nouveau bébé en l'observant davantage. Pour communiquer avec lui, elles pourraient être encouragées à se mettre dans la peau de leur bébé et à lui refléter ce qu'elles perçoivent de son vécu. D'une part, ceci encourage la mère à être sensible à son bébé et ce qu'il vit, mais aussi à lui communiquer les émotions perçues. La proximité physique est un élément apprécié dans l'allaitement, même s'il est difficile. Il s'agit d'un élément significatif pour les mères afin d'établir le lien avec leur bébé. Il est donc important de l'encourager dans l'optique de favoriser la relation mère-bébé, surtout quand l'allaitement présente des problèmes. Lorsqu'un intervenant, en particulier les infirmières en visite à domicile, se rend compte que les conditions d'allaitement difficiles mobilisent toute l'attention de mères devenues épuisées, il serait judicieux de diriger l'attention des mères sur d'autres aspects de la relation que l'alimentation du bébé. Refléter aux mères les soins qu'elles prodiguent, les occasions où elles communiquent avec leur bébé, tout ce qu'elles connaissent de lui ainsi que les émotions qu'elles partagent avec lui, pourrait être une manière de les conscientiser au développement adéquat de la relation avec leur bébé malgré les défis de l'allaitement.

Aussi, les mères aux prises avec des difficultés d'allaitement doutent de leur capacité à réussir à satisfaire leur bébé au niveau nutritionnel. Des interventions ciblant la confiance en soi pourraient être très utiles face à cette insécurité. Dans cette optique, il est important de refléter aux mères les compétences qu'elles possèdent afin de répondre aux

besoins de leur bébé. Étant conscientes de ces compétences, les mères pourraient développer plus d'assurance envers leur bébé.

Les mères ont également besoin de soutien suite à leur décision de sevrer. Pour la relation mère-bébé, il faut les encourager à identifier des aspects de l'allaitement qu'elles appréciaient pour la relation avec leur bébé et les aider à les maintenir en sevrant. Par exemple, la proximité physique qui est tant appréciée en allaitant devrait être réinvestie suite au sevrage pour favoriser la relation. Les mères ont rapporté qu'elles regrettaient la disparition de soutien des intervenants suite au sevrage, il importe de le maintenir. Prolonger le soutien au sevrage a été proposé par Larsen et Kronborg (2013). Elles ont besoin de soutien instrumental pour le processus de sevrage, mais surtout, comme mentionné par Larsen et Kronborg, et appuyé par cette étude, elles réclament du soutien émotionnel face au sentiment de culpabilité vécu en réaction à l'échec de l'allaitement et au sevrage du bébé.

## **5.6 Contributions à la formation**

Les mères et les infirmières pourraient profiter de formations plus adaptées à l'éventualité de rencontrer des défis d'allaitement et dans la relation mère-bébé. Les prochaines sous-sections proposent des éléments de formation pour les mères et ensuite pour les infirmières.

### **5.6.1 Formation des mères**

Dans leurs témoignages, certaines mères ont exprimé qu'elles n'ont pas été bien préparées durant leur grossesse à l'éventualité de rencontrer des défis avec l'allaitement. Elles ont dit avoir reçu une panoplie d'informations sur les aspects positifs de l'allaitement, mais ont mentionné qu'elles auraient aimé aussi entendre parler des difficultés possibles comme l'éventualité d'avoir à tirer du lait pour combler un allaitement non fonctionnel ou encore, être sensibilisées aux tourments d'émotions qui peuvent accompagner un contexte d'allaitement difficile. Il apparaît donc que comme professionnel de la santé, il y a un besoin de formation pour couvrir ces aspects avec les mères en période prénatale. Il serait utile que durant leur suivi de grossesse, les dépliants sur l'allaitement incorporent des informations sur les défis et les émotions reliés à l'allaitement. Par exemple, le Mieux vivre

avec notre enfant de la grossesse à deux ans (Institut national de santé publique du Québec, [INSPQ], 2015), pourrait élaborer sur ces sujets. Aussi, les cours prénataux représenteraient une opportunité de choix pour offrir une formation incluant ces thèmes.

Un autre constat des résultats est que les mères ont toutes quitté l'hôpital avec des difficultés d'allaitement. Surtout dans cette éventualité, il est primordial que les infirmières en post-partum informent les mères sur les ressources disponibles appropriées disponibles pour les aider précisément avec les difficultés qu'elles rencontrent.

### **5.6.2 Formation des infirmières**

Les infirmières sont formées à soutenir l'allaitement. Le besoin est donc de leur offrir aussi de la formation pour soutenir les dyades mère-bébé au niveau de leur relation. Elles devraient être formées à reconnaître les indices qu'une dyade mère-bébé établit ou non une bonne relation. Même quand les indices indiquent le développement d'une relation harmonieuse, il faudrait qu'elles sachent comment offrir du renforcement positif. Dans le cas contraire, elles doivent être formées à mettre en place des interventions pour pouvoir accompagner les dyades mère-bébé dans l'établissement de leur relation. Par exemple en aidant les mères à se concentrer sur les aspects positifs de la relation avec leur bébé. En contexte d'allaitement difficile pouvant représenter un défi pour l'établissement de la relation mère-bébé, il est particulièrement important que les infirmières soient aptes à soutenir la relation tel que décrit dans la section 5.5. Finalement, elles doivent aussi être sensibilisées à continuer à soutenir la relation mère-bébé suite au sevrage.

## **5.7 Contributions à la gestion**

Les gestionnaires responsables des programmes, celles par exemple qui implantent la désignation IHAB, pourraient aussi aider des mères comme celles de la présente étude en ayant une préoccupation dans leur programmation pour celles qui sèvent surtout suite à une expérience d'allaitement difficile. Les programmes mis en place pourraient inclure des interventions et des recommandations pour ces dyades mère-bébé. Aussi, il est de leur ressort d'offrir des formations aux infirmières, telles que décrites à la section 5.6.2.

## 5.8 Contributions à la recherche

Au niveau scientifique, il s'agit de la première recherche qui porte spécifiquement sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage, il est donc important de la répliquer. De nouvelles études mixtes ou simplement qualitatives sont essentielles pour mieux comprendre l'établissement de la relation mère-bébé dans un tel contexte. Toutefois, celle-ci permet un début de compréhension. Pour pousser davantage les connaissances apportées par cette recherche, il serait intéressant d'en réaliser une similaire avec des mères qui vivent une expérience d'allaitement difficile, mais qui décident de ne pas sevrer leur bébé. Les résultats pourraient servir à déterminer par exemple si c'est le sevrage ou le temps qui résout les défis relationnels rencontrés pendant l'expérience d'allaitement difficile. Une telle démarche permettrait de documenter à quel point le biais de maturation est important pour l'établissement de la relation dans un contexte d'allaitement difficile. Une nouvelle recherche devrait comporter plus de participantes pour être en mesure de contenir des données étayées par une plus grande proportion de mères.



## CONCLUSION

Cette étude visait à comprendre l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage. Les objectifs étaient de dégager des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des protagonistes, de décrire leur expérience d'allaitement difficile et de décrire l'établissement de la relation mère-bébé dans ce contexte.

Il s'agit de la première étude portant directement sur l'impact d'un contexte d'allaitement difficile sur l'établissement de la relation mère-bébé. Les résultats obtenus suggèrent que les principales caractéristiques distinctives qui ressortent consistent en des conditions d'accouchement difficiles avec des problèmes d'allaitement rencontrés dès la naissance. Aussi, la description de cette expérience montre qu'un allaitement difficile est physiquement et émotionnellement ardu pour la mère et son bébé et que dans ce contexte, des défis se présentent pour l'établissement de leur relation. Plus précisément, les mères vivent de la douleur, de la fatigue et de la détresse avec des difficultés d'allaitement qui ne se résolvent pas et les bébés sont irritables, pleurent et démontrent de l'insatisfaction au niveau de la satiété. Le sevrage amène un sentiment de soulagement chez la mère qu'elle perçoit partager avec son bébé, mais il s'accompagne de culpabilité accentuée par la pression sociale. Au niveau de la relation, les difficultés d'allaitement prennent le dessus sur la connaissance du bébé et sur la communication durant les tétées. Le contact affectif peut aussi être affecté puisque les émotions partagées lors des tétées sont parfois positives et parfois négatives. Par contre, il s'agit de défis situationnels pour la relation se résolvant suite au passage au biberon avec le bébé. Dans ce sens, cette première étude sur ce thème apporte de nouvelles connaissances qui se différencient de ce qui se retrouve dans les écrits consultés sur le contexte d'allaitement difficile, qui suggère que la relation mère-bébé peut être compromise par les difficultés majeures d'allaitement. Alors que l'analyse des résultats de la présente étude suggère plutôt que la relation mère-bébé connaît des défis en contexte d'allaitement difficile, mais que somme toute, elle s'établit positivement. À la lumière du portrait global fait par les mères, dans chaque composante du modèle

d'établissement de la relation mère-bébé, des indices d'un développement harmonieux ont été dégagés peu importe le contexte.

Au niveau de l'intervention, les infirmières qui accompagnent les dyades mère-bébé devraient être sensibilisées à ces défis relationnels afin de privilégier des interventions visant à favoriser l'établissement de la relation mère-bébé quand des difficultés d'allaitement deviennent préoccupantes. Cependant, plus d'études sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact d'une expérience d'allaitement difficile sur l'établissement de la relation mère-bébé. Une compréhension plus claire de ce phénomène permettrait de pouvoir améliorer les interventions de soutien à la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile. En cas de sevrage, l'accompagnement devrait être maintenu pour soutenir la relation mère-bébé et pour aider les mères confrontées au sentiment de culpabilité.

## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes qui me sont très chères m'ont offert un soutien inestimable tout au long du parcours qu'a été cette maîtrise. Je tiens à présent à les remercier de leur support, de leur aide et d'avoir cru en moi quand, traversant des périodes de grands découragements, je ne croyais même plus en moi-même.

En premier lieu je tiens à commencer par remercier mes deux directrices, Linda Bell et Marie Lacombe. C'est grâce à elles que j'ai accompli ce projet. Elles m'ont prise sous leurs ailes et m'ont amenée à me dépasser allant toujours plus loin. Elles ont redéfini ma notion de certains concepts. De par leur exemple, j'ai appris à tout questionner, à aller toujours plus en profondeur, à toujours rechercher la qualité, à avoir le souci du détail et à atteindre la satisfaction d'avoir réalisé un défi. J'ai aussi appris à recommencer plusieurs fois s'il le faut et à ne jamais compromettre la rigueur. Mes six années auprès de Linda et Marie ont transformé la personne que je suis, si bien que j'aborde maintenant mes projets avec davantage de confiance en mes capacités personnelles.

Je dois maintenant rendre hommage à ma mère, Thérèse Tardieu, qui m'a élevée avec comme valeur la persévérance. Femme forte, elle a sillonné le chemin pour que je le devienne à mon tour. Sa fierté sans limite a su me donner de la force à des moments de découragement. Elle a toujours été là pour moi et même si elle détient de nombreuses responsabilités, elle mettait tout de côté pour lire, relire et considérer chaque argument, voir l'emplacement de chaque virgule pour chaque sous-section de ce mémoire. Sans le soutien de ma mère, je n'aurais pu accomplir le travail ardu exigé par des études supérieures et mon mémoire n'aurait pas atteint son niveau de qualité. « Merci Maman ! Cette victoire est aussi la tienne ».

Je voudrais maintenant souligner que ce projet n'aurait pas été possible sans la participation de 12 formidables mamans qui ont accepté de livrer en toute franchise ce qu'elles ont vécu avec leur bébé. Elles m'ont accueillie chez elles, dans leur intimité, et avec leur bébé dans les bras. Leur honnêteté et leur générosité sont à la base de la qualité

des résultats de cette étude. Aussi, je tiens à remercier le CSSS-IUGS et les infirmières de la liaison postnatale qui ont recruté les mères pour leur participation primordiale à ce projet.

Je remercie aussi les quatre expertes, Patricia Bourgault, Sylvie Boucher, Myrienne Ferland et Marie-Josée Martel, qui ont participé bénévolement au groupe Delphi pour la validation du guide d'entrevue. Aussi j'en profite pour mentionner la participation appréciée de trois professionnelles : Nathalie Carrier statisticienne, Julie Castan graphiste et Guylaine Jean secrétaire.

Lorsqu'un projet s'est écoulé sur près de six ans, il est difficile de retracer toutes les personnes qui ont pu offrir leur soutien, mais je tiens à remercier quelques personnes qui ont participé à ce mémoire : Julie-Alexandra Langué Dubé a été la première personne à lire la formulation de mes résultats. Ses commentaires m'ont permis de prendre conscience de la grande richesse des témoignages que j'avais recueillis. Mélissa Liautaud qui m'a apporté une aide considérable avec la transcription du codage dans NVivo. Jean Day qui a lu quelques parties, mais surtout qui a imprimé mes chapitres un nombre incalculable de fois. Marie-Hélène Dubé qui trouvait la manière juste, précise et claire d'exprimer des idées complexes ou nébuleuses. Béatrice Langué-Dubé qui m'a apporté son aide pour le travail long et monotone de formation et de vérification des références. Jean-Édouard Tardieu qui a su me sortir de quelques impasses avec les graphiques et figures. Thierry Tchanga qui m'a maintes fois persuadée que j'avais toutes les ressources en moi pour être capable de tout accomplir.

Finalement un projet de six ans ne se déroule pas sans côtoyer les défis personnels de la vie de celle qui le mène. Alors que se déroulait ma maîtrise, j'ai été confrontée à la maladie. Il me faut donc souligner que ma famille, mes proches, mes directrices, en plus de m'offrir le soutien infailible décrit ci-haut, m'ont offert leur appui et leur amour à travers cette épreuve personnelle. Je suis entourée de gens au grand cœur et c'est grâce à eux que j'obtiens ce grade de maître tout en ayant réussi à combattre la maladie.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abou-Dakn, M., Schäfer-Graf, U., & Wöckel, A. (2009). Psychological stress and breast diseases during lactation. *Breastfeeding Review*, *17*(3), 19-26.
- Ahluwalia, I., Li, R., & Morrow, B. (2012). Breastfeeding practices: Does method of delivery matter? *Maternal and Child Health Journal*, *16*, 231-237.
- Ainsworth M.D.S., & Wittig, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: B.M. Foss (ed.), *Determinants of Infant Behaviour*. (p. 11–136). London, United Kingdom: Wiley.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1972). *Mother-Infant Interaction and the Development of Competence*. États-Unis: Department of health, education & welfare office of education.
- Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. in M. P. M. Richards (Éds.). *The integration of a child into a social world* (p. 99-135). New York: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Akobeng, A. K., Ramanan, A. V., Buchan, I., & Heller, R. F. (2006). Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(1), 39-43 5p.
- Amankwaa, L. C., Younger, J., Best, A., & Pickler, R. (2002). Psychometric properties of the MIRI. *Unpublished manuscript*.
- Anaf, S., Drummond, C., & Sheppard, L. A. (2007). Combining case study research and systems theory as a heuristic model. *Qualitative Health Research*, *17*(10), 1309-1315.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, *20*(8), 1019-1040.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], (2015). Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, *Childbearing Families, et Newborns*, *44*(1), 145-150.
- Bai, Y. K., Middlestadt, S. E., Joanne Peng, C. Y., & Fly, A. D. (2009). Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: An elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *22*(2), 134-140.
- Baker, S.E., & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough? : Document téléaccessible à l'adresse <[http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how\\_many\\_interviews.pdf](http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf)>. Consulté en mars 2015.

- Barclay, A. R., Russell, R. K., Wilson, M. L., Gilmour, W. H., Satsangi, J., & Wilson, D. C. (2009). Systematic review: The role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatrics*, *155*(3), 421-426.
- Barnard, K. E. (1994). *Nursing Child Assessment Satellite Training: Caregiver/Parent-Child Interaction Feeding Manual*. Seattle, WA: Katherine E Barnard.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.
- Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, *125*(5), e1048-e1056.
- Bascom, E. M., & Napolitano, M. A. (2015). Breastfeeding Duration and Primary Reasons for Breastfeeding Cessation among Women with Post-partum Depressive Symptoms. *Journal of Human Lactation*.
- Beaudry, M., Chiasson, S., Lauzière, J., & Ebrary, I. (2006). *Biologie de l'allaitement*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attachment and human development*, *12*(1-2), 3-141.
- Bell, L. (1996). *Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Bell, L. (2002). *Perceptions parentales de l'établissement de la relation avec leur enfant à la période périnatale et en contexte familial*. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Bell L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, *5*(2), 39-43.
- Bell, L., Fontaine, A., Puentes-Neuman, G., & Lajoie Y., (2015). *La rétroaction vidéo : une pratique de pointe pour intervenir sur la relation parent-enfant*, Direction de la santé publique de l'Estrie : inédit.
- Bell, L., Fontaine, A., Lajoie, Y., & Puentes-Neuman, G., (2012). Une approche basée sur la sensibilité pour favoriser la sécurité dans la relation parent-enfant. in F. Montigny (Éds.). *La naissance de la famille* (p.78-95). Montréal: Chenelière Éducation.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., & Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective infirmière*, *1*(6), 12-22.
- Bell, L., Lacombe, M., Gallagher, F., Ferland, M., & Couture, M. (2012). Les facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement maternel (french). *Soins, Pédiatrie/Puériculture*, *269*, 39-45.
- Bell, L., Lacombe, M., Yergeau, É., Moutquin, J., St-Cyr Tribble, D., Royer, F., & Garant, M. (2008). Les facteurs facilitant et contraignant l'allaitement maternel en Estrie (Québec). *Canadian Journal of Public Health*, *99*(3), 212-215.

- Bell, L., Moutquin, J. M., Royer, F., St-Cyr Tribble, D., & Yergeau, E. (2006). *Allaitement maternel en Estrie : Qu'en est-il 5 ans plus tard? Estrie : Agence de santé et des services sociaux de Sherbrooke.*
- Bell, L., St-Cyr-Tribble, D., & Paul, D. (2001). Le point sur l'allaitement. *Revue officielle de L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 9(1), 12-22.*
- Bercheid, E., & Mazzalorso, H. (2004). Emotional experience in close relationships. In M. B. Brewer, M. Hewstone, M. B (Eds.), (pp. 47-69). Malden: Blackwell Publishing.
- Bigelow, A. E., Power, M., Gillis, D. E., Maclellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother–infant interactions over infants' first three months. *Infant Mental Health Journal, 35(1), 51-62.*
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite, 36(3), 201-210.*
- Biro, M., Anne, Yelland, J., Susanne., Brown, S., & Janne. (2014). Why are young women less likely to breastfeed? evidence from an australian population-based survey. *Birth: Issues in Perinatal Care, 41(3), 245-253.*
- Bornstein, M. H., & Lamb, M. E. (2002). *Development in infancy: An introduction.* Psychology Press.
- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., & Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, 104(S467), 85-95.*
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss (vol.1) second edition.* N.Y: Basic Books.
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). "Development of a scale of interpersonal sensitivity." *Journal of Psychiatry, 23, 341-351.*
- Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics, 118(5), e1436-e1443.*
- Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Maternal control of child-feeding during breast and formula feeding in the first 6 months post-partum. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 24(2), 177-186.*
- Brown, A., & Lee, M. (2011). An exploration of the attitudes and experiences of mothers in the United Kingdom who chose to breastfeed exclusively for 6 months post-partum. *Breastfeeding Medicine, 6(4), 197-204.*
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 84(4), 822-848.*
- Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies, 44(7), 1128-1137.*



- Castro-Dias, C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, *171*, 142-154.
- Cernadas, J. M. C., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, *19*(2), 136-144.
- Chalmers, B., Levitt, C., Heaman, M., O'Brien, B., Sauve, R., & Kaczorowski, J. (2009). Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *Birth*, *36*(2), 122-132.
- Chantry, C. J., Howard, C. R., & Auinger, P. (2006). Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*, *117*(2), 425-432.
- Chantry, C. J., Dewey, K. G., Peerson, J. M., Wagner, E. A., & Nommsen-Rivers, L. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *The Journal of Pediatrics*, *164*(6), 1339-1345.
- Chich-Hsiu, H., Chia-Ju, L., Stocker, J., & Ching-Yun, Y. (2011). Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(5), 666-674.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(S467), 96-113.
- Clinical Trials Centre, NHMRC (2011). *An international comparison study in to the implementation of the WHO code and other breastfeeding initiatives*. Document téléaccessible à l'adresse <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/1C29E44FE6BB3C4DCA257BF0001BDBC5/\\$File/111027%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/1C29E44FE6BB3C4DCA257BF0001BDBC5/$File/111027%20Final%20Report.pdf)>. Consulté en septembre 2015.
- Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 359-359.
- Colen, C. G., & Ramey, D. M. (2014). Is breast truly best? estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social Science et Medicine*, *109*, 55-65.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, EPTC (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Canada : Sa Majesté la Reine du chef du Canada.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., & Murray, L. (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *Bmj*, *338*, b974-b982.



- Courtois, E., Lacombe, M. et Tyzio, S. (2014). Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité parisienne. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 50-64.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crenshaw, J., Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (2004). # 6: No Separation of Mother and Baby with Unlimited Opportunity for Breastfeeding. *The Journal of perinatal education*, 13(2), 35.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Fort Worth : Harcourt Brace Jovanovich Collège Publishers.
- Centers for disease control and prevention [CDCP] (2011). Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus11.pdf>>, consulté en septembre 2015.
- Daly, A., Pollard, C. M., Phillips, M., & Binns, C. W. (2014). Benefits, Barriers and Enablers of Breastfeeding: Factor Analysis of Population Perceptions in Western Australia. *PloS one*, 9(2), e88204.
- De Chateau P., & Wiberg B. (1977a). Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post-partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 66, 137– 143.
- De Chateau P., & Wiberg P. (1977b). Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post-partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 66, 145–51.
- De Chateau P., & Wiberg P. (1984). Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post-partum. III. Follow-up at one year. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 12, 91–103.
- Demirtas, B. (2012). Strategies to support breastfeeding: a review. *International nursing review*, 59(4), 474-481.
- Dennis, C., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and post-partum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), 736-751.
- DiFrisco, E., Goodman, K., E., Budin, W., C., Lilienthal, M., W., Kleinman, A., & Holmes, B. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *Journal of Perinatal Education*, 20(1), 28-35.
- DiSantis, K. I., Collins, B. N., Fisher, J. O. et Davey, A. (2011). Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (89), 1-11.

- Doyon, M. (2010). *Étude pilote d'un programme préventif d'exercices physiques sur les symptômes dépressifs post-partum et la sensibilité maternelle*. Mémoire de maîtrise en Sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Duijts, L., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, *126*(1), 18-25.
- Du Verger, R. A. (2005). *The effect of mother-infant interactions on attachment*. Californie: Alliant International University.
- Drake, E. E., Humenick, S. S., Amankwaa, L., Younger, J., & Roux, G. (2007). Predictors of maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship*, *39*(2), 119-125.
- Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widström, A. M. (2005). "Struggling with life": Narratives from women with signs of post-partum depression. *Scandinavian journal of public health*, *33*(4), 261-267.
- Eidelman, A. I. (2012). The AAP's 2012 breastfeeding policy statement: Is there anything new? *Breastfeeding Medicine*, *7*(3), 203-204.
- Else-Quest, N., Hyde, J. S., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, *49*(4), 495-517.
- Fanello, S., Moreau-Gout, I., Cotinat, J. P., & Descamps, P. (2003). Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : Une enquête auprès de 308 femmes. *Arch. Pédiatr.(Paris)*, *10*(1), 19-24.
- Feldman, R. (1998). *Coding interactive behavior manual*. Bar-Ilan University, Israel: Unpublished manual.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *13*(2), 144-157.
- Ferland, M. (2011). *Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois chez des mères de la région de Chaudière-Appalaches*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Field, T. (1980). *Interactions of preterm and term infants with their lower and middle class teenage and adult mothers*. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A. Sostek (Eds.), *High risk infants and children: Adult and peer interactions*. New York: Academic Press.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ezell, S. & Siblalingappa, V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: Brief report. *Infant Behavior et Development*, *33*(2), 241-244.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais Á. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal et Child Health Journal*, *13*(4), 539-549.

- Forster, D. A., McLachlan, H. L., & Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months post-partum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal*, 1, 18-18.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e ed.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Gagnon, A. J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., & Platt, R. W. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 397-405.
- Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355-363.
- Gerd, A., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J., & Alm, B. (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica*, 101(1), 55-60.
- Gibbs, B. G., & Forste, R. (2014). Breastfeeding, parenting, and early cognitive development. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 487-493.
- Gionet, L. (2013). « *Tendances de l'allaitement au Canada* » *Coup d'œil sur la santé*, Novembre, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.
- Golen, R. P., & Ventura, A. K. (2015). What are mothers doing while bottle-feeding their infants? Exploring the prevalence of maternal distraction during bottle-feeding interactions. *Early human development*, 91(12), 787-791.
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr Tribble, D., Paul, D., & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071-1081.
- Greer, F. R., Sicherer, S. H., & Burks, A. W. (2008). Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*, 121(1), 183-191.
- Gremmo-Féger, G., Dobrzynski, M., & Collet, M. (2003). Allaitement maternel et médicaments. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 32(5), 466-475.
- Gribble, K. D. (2006). Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 1-15.
- Gutman, L., Brown, J. F., & Akerman, R. (2009). *Nurturing parenting capability: the early years [Wider Benefits of Learning Research Report No. 30]*. London: Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, Institute of Education, University of London.
- Guyer, J., Millward, Lynne, J., & Berger, I. (2012). Mothers' breastfeeding experiences and implications for professionals. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 724-733.
- Hackman, N. M., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., Rose, C. M., & Paul, I. M. (2015). Breastfeeding Outcome Comparison by Parity. *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 156-162.

- Halorsen, M., Langeland, E., Almenning, G., Haugland, S., Irgens, L. M., ..., & Sollesnes, R. (2015). Breastfeeding surveyed using routine data. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Række*, 135(3), 236-241.
- Haute Autorité de Santé, [HAS], (2006). *Favoriser l'allaitement maternel processus et évaluation*, Document réalisé et diffusé par la Coordination française pour l'allaitement maternel à l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel : France.
- Hegstermann, S., Mantaring, J. B. V., Sobel, H. L., Borja, V. E., Basilio, J., Iellamo, A. D., & Nyunt-U, S. (2010). Formula feeding is associated with increased hospital admissions due to infections among infants younger than 6 months in Manila, Philippines. *Journal of Human Lactation*, 26(1), 19-25.
- Hinsliff-Smith, K., Spencer, R., & Walsh, D. (2013). Realities, difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed: Primigravid mothers experiences in the early post-partum period (6–8 weeks). *Midwifery*, 30(1), e14-e19.
- Hoddinott, P., Craig, L., Britten, J., & McInnes M. R. (2012). A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. *BMJ Open*, 2, 1-14.
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015a). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 30-37.
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015b). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 14-19.
- Hsu N. Y., Wu, P. C., Bornehag, C. G., Sundell, J., & Su, H. J. (2012). Feeding bottles usage and the prevalence of childhood allergy and asthma. *Clinical and Developmental Immunology*, 2012, 1-8.
- Huang, H. C., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2004). Body Image, Maternal-Fetal Attachment, and Choice of Infant Feeding Method: A Study in Taiwan. *Birth*, 31(3), 183-188.
- Hunter, T., & Cattelona, G., (2014). Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. *Health promotion perspectives*, 4(2), 132-136.
- Ibanez, G., de Saint Michel, C. D. R., Denantes, M., Saurel-Cubizolles, M. J., Ringa, V., & Magnier, A. M. (2012). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Family Practice*, 29(3), 245-254.
- Institut de la Statistique du Québec (2011). *Zoom Santé L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada*. Gouvernement du Québec : Document téléaccessible à l'adresse <[www.stat.gouv.qc.ca/.../-sante/pdf2011/zoom\\_sante\\_sept11\\_no28.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/.../-sante/pdf2011/zoom_sante_sept11_no28.pdf)>. Consulté en mars 2013.
- Institut National de la Santé Publique du Québec (2015). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* : Document téléaccessible à l'adresse <[www.inspq.qc.ca/mieuxvivre](http://www.inspq.qc.ca/mieuxvivre)>. Consulté en mai 2016.

- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., ..., Lau J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Rockville: AHRQ Publication No. 07-E007.
- Jansen, J., de Weerth, C., & Riksen-Walraven, J. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship--A review. *Developmental Review*, 28(4), 503-521.
- Johns, H. M., Forster, D. A., Amir, L. H., & McLachlan, H. L. (2013). Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 212.
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 17-22.
- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, 19(1), 4-12.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., ..., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, et Allied Disciplines*, 52(8), 907-915.
- Klaus, M. (1998). Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics*, 102(Supplement E1), 1244-1246.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Parent-infant bonding*. St-Louis: Mosby.
- Klint-Carlander, A. K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(1), 27-34.
- Klopfert, M. J. (2009). *Examining the effectiveness of a multiple antecedent intervention for increasing secure infant attachment*. Marquette University.
- Koerber, A., Brice, L., & Tombs, E. (2012). Breastfeeding and problematic integration: Results of a focus-group study. *Health Communication*, 27(2), 124-144.
- Kramer, M. S., Fombonne, E., Igunnov, S., Vanilovich, I., Matush, L., Mironova, E., & Platt, R. W. (2008). Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: Evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*, 121(3), e435-e440.
- Labbok, M. H. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 143-158.
- Labbok, M. (2008). Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: The physician's role. *Journal of Human Lactation*, 24(1), 80-84.
- Lacharité, C. (2003). Parental sensitivity: its role in the prevention of child maltreatment and the promotion of child well-being. *Texte et Contexte Enfèrmagem*, 12, 275-279.
- Lacombe, M., Bell, L., Hatem, M., & Tronick, E. b. (2008). Allaitement et dèpression postnatale. *Soins Pèdiatrie/Puèriculture*. 242, 34-38.
- Lacombe, M., & Bell, L. (2006). Amour maternel et attachement : à ne pas confondre lors de la visite postnatale. *L'infirmière clinicienne*. 3(5), 18-23.



- Laible, D. J., & Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental psychology*, 34(5), 1038-1045.
- Lamb, M. E. (2012). Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Applied Developmental Science*, 16(2), 98-111.
- Lamontagne, C., Hamelin, A., & St-Pierre, M. (2008). The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: A descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 3, 1-13.
- Larsen, J., & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful -mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856.
- Lavelli, M., & Poli, M. (1998). Early mother–infant interaction during breast- and bottle-feeding. *Infant Behavior et Development*, 21(4), 667-683.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Giesbrecht, G., Dennis, C., Bhogal, S., & Watson, B. (2015). Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal–child attachment security. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 366-387.
- Li, R., Fein, S. B., & Grummer-Strawn, L. M. (2010). Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*, 125(6), e1386-93.
- Li, R., Magadia, J., Fein, S. B., & Grummer-Strawn, L. M. (2012). Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Archives of Pediatrics et Adolescent Medicine*, 166(5), 431-436.
- Lim, K., Corlett, L., Thompson, L., Law, J., Wilson, P., Gillberg, C., & Minnis, H. (2010). Measuring attachment in large population studies: a systematic review. *Educational and Child Psychology*, 27(3), 22-32.
- Lion, C. (2011). *Breastfeeding difficulties and symptoms of depression during the first 3 months post-partum*. Thèse de doctorat en psychologie, Walden University, Minnesota.
- Lodge, C. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., Tham, R., Lowe, A. J., ... & Dharmage, S. C. (2015). Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 38-53.
- Lou, Z., Zeng, G., Huang, L., Wang, Y., Zhou, L., & Kavanagh, K. F. (2014). Maternal reported indicators and causes of insufficient milk supply. *Journal of Human Lactation*, 30(4), 466–473.
- Lucchini, C., Márquez, F., & Uribe, C. (2012). Skin to skin contact effects in newborns and their mothers [spanish]. *Index De Enfermería*, 21(4), 209-213.
- Ma, P., Brewer-Asling, M., & Magnus, J. (2012). A case study on the economic impact of optimal breastfeeding. *Maternal et Child Health Journal*, 17(1), 9-13.

- Maccoby, E.E. (1999). The uniqueness of the parent-child relationship. In W.A. Collins and B. Laursen (Eds.) *Minnesota Symposium on Child Psychology, Vol. 29, Relationships as Developmental Contexts* (p.157-176). London, UK: Lawrence Erlbaum.
- Maleki, K. (2009). *Méthodes quantitatives de consultation d'experts : Delphi, delphi public, abaque de régnier et impacts croisés*. Paris: Publibook.
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *British Journal of Developmental Disabilities, 53*(2), 81.
- Mannan, I., Rahman, S. M., Sania, A., Seraji, H. R., Arifeen, S. E., Sinch, P. J., & Baqui, A. (2008). Can early post-partum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *Journal of Perinatology, 28*(9), 632-640.
- Martel, M. J. (2012). *L'établissement de la relation parents-enfant prématuré à l'unité néonatale*. Thèse de doctorat en sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Martone, D. J., & Nash, B. R. (1988). Initial differences in post-partum attachment behavior in breastfeeding and bottle-feeding mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 17*, 212–213.
- Mauri, P. A., Zobbi, V. F., & Zannini, L. (2012). Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. *Midwifery, 28*(6), 816-823.
- McAllister, H., Bradshaw, S., & Ross-Adjie, G. (2009). A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Review, 17*(3), 11-15.
- McKee, M. D., Zayas, L. H., & Jankowski, K. (2004). Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: Relationship to maternal depressive symptoms and mother-infant closeness. *Journal of Reproductive et Infant Psychology, 22*(3), 167-181.
- McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C., & Cant, R. (2015). Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery, 31*(1), e1-e6.
- McNiel, M. E., Labbok, M. H., & Abrahams, S. W. (2010). What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Birth: Issues in Perinatal Care, 37*(1), 50-58.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth, 23*(4), 135-145.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing, 15*(3), 268-280.
- Mercer, A. M., Teasley, S. L., Hopkinson, J., McPherson, D. M., Simon, S. D., & Hall, R. T. (2010). Evaluation of a breastfeeding assessment score in a diverse population. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association, 26*(1), 42-48.

- Michaud, C., & Bourgault, P. (2010). Les devis de recherche non traditionnels. In M-F. Fortin (dir), *Fondements et étapes du processus de recherche* (p. 361-387). Montréal : Chenelière Éducation (2<sup>e</sup> éd. 2010).
- Miller, P. M., & Commons, M. L. (2010). The benefits of attachment parenting for infants and children: A behavioral developmental view. *Behavioral Development Bulletin*, 16(1), 1-14.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MSSS. (2001). *L'allaitement maternel au Québec*. Lignes directrices. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MSSS. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-836-01.pdf>>. Consulté en octobre 2015
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MSSS. (2015). Initiative amis des bébés Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>>. Consulté en février 2016.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MSSS. (2015). *MSSS - C11 Naissances - Évolution du taux d'accouchement selon le type, Québec*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=-Fkqc4MsEN5o>>. Consulté en décembre 2015.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed method design: Principles and procedures*. Walnut Creek: Left Coast Pr.
- Mozingo, J. N., Davis, M. W., Droppleman, P. G., & Merideth, A. (2000). "It wasn't working": Women's experiences with short-term breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(3), 120-126.
- Muller, M.E. (1994). A questionnaire to measure mother to infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2, 129-141.
- Murphy, A. C. (2011). *The experience of shame and guilt by mothers while breastfeeding a firstborn baby (Ph.D)*. Thèse de doctorate en psychologie, Saybrook Graduate School and Research Center, Californie.
- Neifert, M. R. (2001). Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), 273-297.
- Nishimura, T., Suzue, J., & Kaji, H. (2009). Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: A multi-center prospective study. *Pediatrics International*, 51(6), 812-816.



- Noirhomme-Renard, F., & Noirhomme, Q. (2009). Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois: une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 22(3), 112-120.
- Oddy, W. H., Robinson, M., Kendall, G. E., Li, J., Zubrick, S. R., & Stanley, F. J. (2011). Breastfeeding and early child development: A prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 100(7), 992-999.
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), 726-732.
- Olang, B., Heidarzadeh, A., Strandvik, B., & Yngve, A. (2012). Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *Int Breastfeed J*, 7(7), 1-7.
- Organisation mondiale de la santé, [OMS]. (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, OMS, Document téléaccessible à l'adresse <[www.who.int/nut/documents/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nut/documents/code_french.pdf)>. Consulté en mars 2013.
- Organisation mondiale de la santé, [OMS] et UNICEF. (1990). *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*- L'allaitement dans les années 90 : Initiative globale. Rencontre parrainée par l'OMS et l'UNICEF, Florence, Italie.
- Organisation mondiale de la santé, [OMS]. (1991). *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement*, WHO/CDD/SER/91.14, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé, [OMS] et UNICEF. (2009). *BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Produced by the World Health Organization, UNICEF and Wellstart International: Genève.
- Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Smith, G. D., & Cook, D. G. (2006). Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *The American journal of clinical nutrition*, 84(5), 1043-1054.
- Palmer, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health et Well-being*, 7, 1-10.
- Palmer, L., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2014). Existential vulnerability can be evoked by severe difficulties with initial breastfeeding: a lifeworld hermeneutical single case study for research on complex breastfeeding phenomena. *Breastfeeding Review*, 22(3), 21-32.
- Papp, L. M. (2014). Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child: Care, Health and Development*, 40(5), 740-746.
- Pearson, R. M., Lightman, S. L., & Evans, J. (2011). The impact of breastfeeding on mothers' attentional sensitivity towards infant distress. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 200-205.

- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M. F. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health, 16*(3), 227-236.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L., H., Modi, N., & Hyde, M., J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition, 95*(5), 1113-1135.
- Purdy, I. B. (2010). Social, cultural, and medical factors that influence maternal breastfeeding. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(5), 365-367.
- Porter-Lewallen, L., & Street, D.J. (2010). Initiating and sustaining breastfeeding in African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 39*(6), 667-674.
- Radtke, J. V. (2011). The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, and Newborns, 40*(1), 9-24.
- Ranson, K. E., & Urichuk, L. J. (2008). The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early Child Development and Care, 178*(2), 129-152.
- Reynolds, W. M., & Kobak, K. A. (1995). Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: A paper-and-pencil version of the Hamilton Depression Rating Scale Clinical Interview. *Psychological Assessment, 7*(4), 472.
- Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis: an evolutionary view. *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications, 2*, 77-102.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The Lancet, 387*(10017), 491-504.
- Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, 104*(S467), 3-13.
- Santé Canada, ESCC (2012). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes « Tendances dans les pratiques relatives à l'allaitement au Canada (2001 à 2009-2010) »*, Aliments et nutrition, version mise à jour le 24 avril 2012. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/trends-tendances-fra.php>>. Consulté en mars 2013, à l'automne 2015.
- Santé Canada. (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cphr-rspc03/index-fra.php>>. Consulté en mars 2013.

- Save the Children. (2012). *Nutrition in the first 1000 days: State of the world's mothers 2012*. Fairfield, CT: Author. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.savethechildren.ca/document.doc?id=195>> Consulté en octobre 2015
- Schmied, V., & Barclay, L. (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 15(4), 325-334.
- Schulze, P. A., & Carlisle, S. A. (2010). What research does and doesn't say about breastfeeding: A critical review. *Early Child Development and Care*, 180(6), 703-718.
- Schwarz, E. B., Brown, J. S., Creasman, J. M., Stuebe, A., McClure, C. K., Van Den Eeden, S. K., & Thom, D. (2010). Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: A population-based study. *The American Journal of Medicine*, 123(9), 863.e1-863.e6.
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20(3), 251-260.
- Shin, H., Park, Y. J., & Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early post-partum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 425-434.
- Shin, H., Young-Joo, P., Ryu, H., & Gyeong-A. S. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 304-314.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A., (Eds.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academies Press.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366.
- Skouteris, H., Nagle, C., Fowler, M., Kent, B., Sahota, P., & Morris, H. (2014). Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: A systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 9(3), 113-127.
- Smith, J. P., & Ellwood, M. (2011). Feeding patterns and emotional care in breastfed infants. *Social Indicators Research*, 101(2), 227-231.
- Société canadienne de pédiatrie. (2013). Comité de nutrition et de gastroentérologie, *Paediatr Child Health*, 18(4), 208-209.
- Spencer, R. L., Greatrex-White, S., & 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. (2012). Gouvernement du Canada : Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health91b-fra.htm>>. Consulté en novembre 2015
- Statistique Canada. (2014). *Tendances de la santé*. Produit n° 82-213-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 12 juin 2014. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/index.cfm?Lang=FRA>> Consulté en décembre 2015.
- Stern, D. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, MA: Harvard UP.

- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: A review of the literature. *Maternal and Child Nutrition, 10*(4), 456-473.
- Stievenart, M., Roskam, I., Meunier, J. C., & Van, D. M. (2011). The reciprocal relation between children's attachment representations and their cognitive ability. *International Journal of Behavioral Development, 35*(1), 58-66.
- Strong, G. (2013). Barriers to breastfeeding during the neonatal period. *Journal of Neonatal Nursing, 19*(4), 134-138.
- Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J. E., & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 294*(20), 2601-2610.
- Stuebe, A. M., & Schwarz, E. B. (2010). The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *Journal of Perinatology, 30*(3), 155-162.
- Summer, G., & Spietz, A. (1994). NCAST Caregiver/Parent Interaction Feeding Manual. Seattle: NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing.
- Svanberg, P.O. (1998). Attachment, resilience and prevention. *Journal of Mental Health, 7*(6), 543-578.
- Sweeney, G. M. (2007). Why childhood attachment matters: Implications for personal happiness, families, and public policy. In A. S. Loveless, T. B. Holman, A. S. (Eds.), *The family in the new millennium: World voices supporting the "natural" clan*, (p. 332-346). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Taraboulsy, G. M., Larose, S., Pederson, D. R., & Moran, G., (2000). *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Presses de l'Université du Québec. Ste-Foy.
- Tharner, A., Luijk, M. P., Raat, H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., ... & Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33*(5), 396-404.
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 38*(3), 259-268.
- U.S. Department of Health and Human Services, [USDHHS]. (2011). *The Surgeon General's call to action to support breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.surgeongeneral.gov/library/calls/-breastfeeding/>>. Consulté en octobre 2015
- Van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M., Van Daalen, E., Dietz, C., Buitelaar, J. K., & Van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development, 78*(2), 597-608.

- Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., Shin, N., & Vaughn, B. E. (2014). Associations between attachment security and social competence in preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly*, *60*(1), 80-99.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475-490.
- Vincent, S. (2011a). Skin-to-skin contact. Part one: Just an hour of your time. *The Practising Midwife*, *14*(5), 40-41.
- Vincent, S. (2011b). Skin-to-skin contact. Part two: The evidence. *The Practising Midwife*, *14*(6), 44-46.
- Voort, A. V. D., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. (2014). Sensitive parenting is the foundation for secure attachment relationships and positive social-emotional development of children. *Journal of Children's Services*, *9*(2), 165-176.
- Wambach, K. A., Aaronson, L., Breedlove, G., Domian, E. W., Rojjanasrirat, W., & Yeh, H. W. (2010). A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western journal of nursing research*, *(4)*, 486–505.
- Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D., & Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and post-partum depression. *Obstetrics and Gynecology*, *118*(2, Part 1), 214-221.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant–caregiver attachment. In J. Cassidy, et P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 68-88). New York, NY US: Guilford Press
- Wilkinson, R. B., & Scherl, F. B. (2006). Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*(1), 5-19.
- Williams, K., Donaghue, N., & Kurz, T. (2013). “Giving guilt the flick?”: An investigation of mothers’ talk about guilt in relation to infant feeding. *Psychology of Women Quarterly*, *37*(1), 97-112.
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior--A selective review. *Developmental Psychobiology*, *47*(3), 217-229.
- Zech, E., De Ree, F., Berenschot, F., & Stroebe, M. (2006). Depressive affect among health care seekers: How it is related to attachment style, emotional disclosure, and health complaints. *Psychology, health et medicine*, *11*(1), 7-19.

## **ANNEXE A**

Conditions pour l'obtention de la désignation IHAB



Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF :

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.

## **ANNEXE B**

Dépliant d'information de l'étude



## ● ● ● | But de l'étude

Félicitations ! Vous venez d'avoir un bébé ! Vous avez probablement reçu des informations sur les avantages de l'allaitement. Beaucoup d'informations sont disponibles à ce sujet, mais très peu d'entre elles nous renseignent sur ce que c'est que de vivre un allaitement difficile. Cette étude s'intéresse au point de vue des mères.

Le but principal de cette étude est d'obtenir une meilleure compréhension de l'établissement de la relation mère-enfant selon la perspective de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile.

Les deux objectifs spécifiques sont de :

- \* Décrire l'expérience d'allaitement de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile
- \* Décrire la perception des mères de la relation avec leur bébé en contexte d'allaitement difficile

Retombée :

Possibilité d'offrir un accompagnement plus approprié aux nouvelles mères et à leur bébé

## ● ● ● | Mères recherchées

### Critères de participation

- \* Être âgée de 18 ans ou plus
- \* Parler français
- \* Maman et bébé en bonne santé
- \* Bébé âgés entre 1 et 4 mois
- \* Allaitement cessé



[http://cache.magicmaman.com/data/photo/w515\\_h290\\_c1/3r/maman-epuisee-maman-fatigue.jpg](http://cache.magicmaman.com/data/photo/w515_h290_c1/3r/maman-epuisee-maman-fatigue.jpg) (copyleft)

## ● ● ● | Déroulement de l'étude

### En quoi consiste la participation ?

\* CHEZ SOI :

- \* Compléter un livret de questionnaires fréquemment utilisés pour comprendre le vécu en post-partum

- \* Participer à une entrevue sur votre vécu émotionnel avec votre bébé depuis sa naissance



<http://fr.depositphotos.com/6516327/stock-photo-teen-interview.html>  
(copyright, droits achetés à depositphotos)

● ● ● | Avantages et  
inconvénients

- ⇒ Opportunité de donner son avis et de partager ses émotions
- ⇒ Participation à l'avancement des connaissances
- ⇒ Demande le temps requis pour remplir les questionnaires et pour l'entrevue
- ⇒ Comme appréciation pour votre participation, vous recevrez un certificat de participation et un petit cadeau pour votre bébé

- Merci d'avoir pris le temps de lire ce dépliant !
- Votre participation a une valeur inestimable !

Vous pouvez rejoindre l'équipe de recherche pour toute question par courriel à l'adresse suivante :

Marie-Magdeleine.Dube@USherbrooke.ca

Recherche réalisée par:  
Marie-Magdeleine Dubé inf.,  
Étudiante à la maîtrise

Sous la direction de  
Linda Bell inf., Ph.D.  
Marie Lacombe inf., Ph.D.

## Perceptions des mères ayant sevré leur bébé suite à une expérience d'allaitement



Photo personnelle de l'étudiante chercheuse

Recherche réalisée par:  
Marie-Magdeleine Dubé inf.,  
Étudiante à la maîtrise  
Marie-Magdeleine.Dube@USherbrooke.ca

Sous la direction de  
Linda Bell inf., Ph.D.  
Marie Lacombe inf., Ph.D.

## **ANNEXE C**

Protocole lors des appels de recrutement

### Protocole de recrutement

Bonjour, j'aimerais parler à Mme \_\_\_\_\_ ?

Bonjour Mme \_\_\_\_\_, je m'appelle Marie-Magdeleine Dubé, je suis infirmière et étudiante à la maîtrise à l'université de Sherbrooke. Il n'y a pas longtemps, une infirmière vous a remis un dépliant, à l'intérieur il y avait un petit coupon où vous lui permettiez de me transmettre votre nom ainsi que votre numéro de téléphone pour que je puisse vous présenter notre projet de recherche. Puis-je prendre quelques minutes de votre temps pour vous parler de notre étude qui s'adresse aux mères qui ont eu une expérience d'allaitement non satisfaisante et donc ont ensuite sevré leur bébé?

- a) Si **NON**: Est-ce qu'il y aurait un meilleur moment pour en discuter? Quand? Si NON, je vous remercie pour votre temps.
- b) Si oui : Vous avez été approché par l'infirmière parce que vous aviez sevré votre bébé suite à une expérience d'allaitement difficile. Pour vérifier si vous correspondez aux mères que nous recherchons, j'aimerais savoir très brièvement ce qui vous a amené à sevrer votre bébé? Considérez-vous que votre bébé et vous êtes en bonne santé? Avez-vous accouché à entre 37 et 42 semaines? Recevez-vous des soins particuliers pour vous ou votre bébé?
- c) Si la participante ne répond pas aux critères de participations : Je vous remercie pour votre temps et l'intérêt que vous portez à notre étude, mais nous recherchons des mamans qui ont sevré à cause de la difficulté que représentait l'allaitement, parce que nous voulons comprendre ce vécu.
- d) Si la participante répond aux critères de participation (allaitement difficile) : ce que vous avez vécu est important pour nous puisque nous cherchons à mieux comprendre l'établissement de la relation mère-enfant selon la perspective de mères ayant sevré suite à une expérience d'allaitement difficile. Nous avons donc besoin du point de vue de mamans comme vous et nous voulons leur permettre d'exprimer ce qu'elles ont vécu en allaitant et ce qu'elles vivent avec leur bébé depuis sa naissance. Plusieurs mères qui ont eu une expérience difficile d'allaitement expriment par la suite qu'elles ont ressenti une pression à allaiter, sachez que dans notre étude, nous voulons au contraire examiner votre vécu et n'avons en aucun moment l'intention de le juger. Mais, connaître votre histoire pourra augmenter les connaissances sur le vécu des mères et pourra aider à développer de meilleurs services pour les femmes et leurs familles.

Si vous décidez de participer, vous recevrez chez vous un petit livret comprenant quatre courts questionnaires à remplir et le formulaire de consentement en 2 copies. Cela ne vous prendra pas plus de

20 minutes. Par la suite, vous recevrez la visite de l'étudiante à la maîtrise pour une courte rencontre d'une demi-heure à une heure à votre domicile. Vous recevrez un petit cadeau pour votre bébé, ainsi qu'un certificat de participation à une étude.

Avez-vous des questions jusqu'à maintenant?

Êtes-vous vous intéressée à participer?

a) Si **NON**: Non? Ça va. Merci beaucoup pour votre temps !

b) Si **OUI**: Soyez assurée que vous pouvez changer d'idée à n'importe quel moment, et aussi que les données resteront confidentielles.

Vous allez recevoir par la poste, le livret avec les questionnaires à compléter et deux formulaires de consentement un pour vous et un pour nos dossiers. Les consignes pour remplir les questionnaires se retrouvent au fur et à mesure dans le livret. Si vous avez des questions sur les questionnaires ou sur le consentement vous pouvez les poser à tout moment par courriel à l'adresse que vous retrouverez dans vos documents. Nous récupérerons le formulaire de consentement et les questionnaires lors de l'entrevue.

Avez-vous des questions?

Maintenant, je vais prendre en note votre adresse postale pour l'envoi des questionnaires... Merci. Maintenant je vais prendre avec vous le RDV pour l'entrevue. Quel est le meilleur moyen pour vous rejoindre en cas de problèmes ? Par téléphone? Courriel? Préférez-vous recevoir un message texte?

Avez-vous des questions?

Merci pour votre temps. Votre collaboration est très précieuse pour nous !

**ANNEXE D**  
Guide d'entrevue

## Guide d'entrevue (version 3)

### Bloc 1

- 1- Parlez-moi de votre expérience d'allaitement.
- 2- Pendant la période où vous allaitiez, racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé quand vous le mettiez au sein : ses satisfactions, ses inconforts, ses émotions et ses pensées.
- 3- Pouvez-vous me parler de ce qui vous a décidé à mettre fin à l'allaitement ?

### Bloc 2

- 4- Parlez-moi de la relation avec votre bébé depuis le passage au biberon.
- 5- Racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé au biberon : ses satisfactions, ses inconforts, ses émotions et ses pensées.

### Bloc 3

- 6- En quelques mots comment décririez-vous votre bébé ? (traits physiques, tempérament, son rôle dans la famille, pendant les boires, changements avec passage au biberon).  
Probes : Si vous préférez, nommez moi 3 adjectifs qui décrivent votre bébé ?  
6.1 : qu'aimez-vous le plus chez votre bébé ?  
6.2 : qu'aimez-vous le moins chez votre bébé ?
- 7- a) Est-ce que pendant les boires, que ce soit au sein ou au biberon, vous avez senti à un moment que vous établissiez un lien avec votre bébé ? Si oui, pouvez-vous me le raconter ?  
b) À cette occasion, avez-vous eu l'impression que vous communiquiez avec votre bébé et même que celui-ci vous répondait ? Si oui, pouvez-vous me le raconter ?
- 8- Parlez-moi d'un moment significatif pour l'établissement de la relation avec votre bébé.
- 9- Pensez-vous que votre bébé reconnaît ou ressent que **vous** êtes sa maman ? Quels sont les indices qu'il vous donne qui vous font penser cela ?

### Pour conclure :

- 10- De façon générale, comment vous sentez-vous dans votre rôle de mère (qu'est-ce qui vous apporte le plus de joie versus le plus de peine) ? Est-ce qu'il y a quelque chose dans votre rôle de mère que vous trouvez différent selon que vous allaitiez ou que vous donniez le biberon ?
- 11- Y a-t-il d'autre (s) élément (s) que vous voulez ajouter afin que nous puissions atteindre l'objectif de la présente étude qui est de mieux comprendre l'expérience des mères qui ont sevré suite à leur expérience d'allaitement ?

## **ANNEXE E**

Livret des quatre questionnaires





## Perceptions des mères ayant sevré leur bébé suite à une expérience d'allaitement difficile

- Ce questionnaire est strictement confidentiel. Il vous faudra environ 20 minutes pour le compléter.
- Merci de le compléter à la maison et de nous le remettre le jour de l'entrevue.



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

Ce livret comporte quatre courtes sections distinctes. Vous retrouverez les instructions pour remplir chaque section au début de celle-ci.

**A- Renseignements concernant la période où vous allaitiez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.**

**Q1.** Quelle était votre intention face à l'allaitement avant la naissance de votre bébé ?

- J'étais déterminée à allaiter mon bébé quoi qu'il arrive.
- Je voulais essayer d'allaiter et me disais que si cela allait bien je pourrais continuer.
- J'étais encore indécise face à l'allaitement au moment de l'accouchement.
- Autre (précisez) :

\_\_\_\_\_

**Q2.** Quelles étaient vos attentes concernant l'allaitement maternel pour vous et pour votre bébé ?

Pour vous : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour votre bébé : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Q3.** Avez-vous une expérience antérieure d'allaitement maternel ?

- oui
- non

**Q4.** Combien de temps aviez-vous prévu allaiter au moment de la naissance de votre bébé ?

- Moins d'une semaine
- 1 semaine
- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- Plus de 6 mois
- Non déterminé

**Q5.** Veuillez cocher LE ou LES problèmes rencontrés avec votre allaitement.

- Douleur aux mamelons ou aux seins
- Engorgement
- Gerçure et/ou crevasse
- Mastite
- Manque de lait
- Champignons pour vous ou votre bébé (mycoses)
- Aucun problème
- Autre (précisez) :

\_\_\_\_\_

**Q6.** Quel est votre degré de satisfaction du soutien reçu par les infirmières pour l'alimentation de votre bébé à l'hôpital ?

- Non satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Expliquez brièvement votre réponse :

---

---

**Q7.** Quel est votre degré de satisfaction du soutien reçu par vos proches lorsque vous allaitiez ?

- Non satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Expliquez brièvement votre réponse :

---

---

**Q8.** Qui est la personne qui vous offre le plus de soutien depuis la naissance de votre bébé ?

- Mon conjoint
- Ma mère
- Ma sœur
- Une amie
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Q9.** Votre bébé a-t-il reçu un complément de lait artificiel à l'hôpital ?

- oui,
- non

**B- Renseignements sociodémographiques.**

**Q10.** Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_

**Q11.** Vivez-vous en couple ?

- oui
- non

**Q12.** Combien d'enfant(s) avez-vous incluant celui-ci ? \_\_\_\_\_

**Q13.** Quelle est la date de naissance de votre bébé ? \_\_\_\_\_

**Q14.** Quel est le sexe de votre bébé ?

- Garçon
- Fille

**Q15.** Quel était le poids de votre bébé à la naissance ? \_\_\_\_\_ grammes.

**Q16.** Quel est votre revenu familial annuel (brut, avant déductions) ?

- Moins de 15 000
- 15 000 à 24 999
- 25 000 à 34 999
- 35 000 à 44 999
- 45 000 à 54 999
- 55 000 à 64 999
- 65 000 et plus

<b>C- Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous vivez <u>en ce moment</u> avec votre bébé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.</b>	Tout à fait d'accord	D'accord	Assez d'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	Ne s'applique pas
1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gêner.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amis.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je ne me sentais pas prête pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé pleure, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6
22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6
23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je vocalise avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

**D-** Veuillez cochez la réponse qui correspond le mieux à votre état d'esprit **AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS**, non seulement comment vous vous sentez aujourd'hui.

Voici l'exemple d'une question déjà complétée:

Je me suis sentie nerveuse:

- tout le temps
- presque tout le temps
- non, pas très souvent
- non, pas du tout

Ce qui voudrait dire: "Je me suis sentie nerveuse la plupart du temps" au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Veuillez compléter de la même manière les questions suivantes.

### Au cours des 7 derniers jours

1) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- autant que d'habitude
- pas vraiment autant que d'habitude
- certainement moins que d'habitude
- pas du tout

2) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- autant que d'habitude
- plutôt moins que d'habitude
- définitivement moins que d'habitude
- pratiquement pas du tout

3) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- oui, la plupart du temps
- oui, quelquefois
- non, pas très souvent
- non, jamais

4) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans raison :

- non, pas du tout
- presque jamais
- oui, quelquefois
- oui, très souvent

5) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison :

- oui, assez souvent
- oui, quelquefois
- non, pas vraiment
- non, pas du tout

6) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- oui, la plupart du temps, je n'ai pu m'organiser
- oui, il m'est arrivé quelquefois de ne pas arriver à m'organiser
- non, la plupart du temps je m'organise assez bien
- non, je m'organise aussi bien que dans le passé

7) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- oui, la plupart du temps
- oui, quelquefois
- non, pas très souvent
- non, pas du tout

8) Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- non, pas très souvent
- non, pas du tout

9) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- oui, très souvent
- oui, assez souvent
- seulement à l'occasion
- non, pas du tout

10) Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

- oui, assez souvent
- quelquefois
- à peu près jamais
- jamais

Date à laquelle le questionnaire a été complété ? \_\_\_\_\_

➤ Merci d'avoir pris le temps de compléter ce livret.

Nous le récupérerons chez vous le jour de l'entrevue

Date prévue de l'entrevue : \_\_\_\_\_



## **ANNEXE F**

Guide d'entrevue avec les questions pour le groupe DELPHI

Dans les pages qui suivent, vous trouverez le guide d'entrevue que nous comptons utiliser en discussion avec nos trois groupes de mères. Sur la première page, se retrouvent toutes les questions que nous aimerions couvrir avec les participantes. Ensuite, des pages 3 à 16 vous trouverez chaque question dans un encadré violet. Pour chacune d'entre elles, afin de les valider, nous aimerions que vous répondiez à 4 courtes questions. Vous pourrez insérer vos réponses directement dans le document. Il y a un espace prévu à la fin pour les commentaires généraux.

Merci!

Marie-Magdeleine Dubé, inf., étudiante à la Maîtrise.

Linda Bell, inf., PhD.

Marie Lacombe, inf., PhD.

## **Guide d'entrevue**

- 12- Parlez-moi de votre expérience d'allaitement.
- 13- Pouvez-vous me parler de l'élément déclencheur qui vous a décidé à mettre fin à l'allaitement.
- 14- Parlez-moi d'événements significatifs pour l'établissement de la relation avec votre bébé.
- 15- a) Pendant la période où vous allaitiez. Racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé durant l'allaitement. Ses pensées, ses émotions, ses satisfactions, ses inconforts.
- b) Et par la suite. Racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé au biberon. Ses pensées, ses émotions, ses satisfactions, ses inconforts.
- c) Diriez-vous que cela a changé quelque chose entre vous?

Éléments à investiguer pour les 5 composantes du modèle :

### **Découverte :**

- 16- En quelques mots comment décririez-vous votre bébé?

### **Communication, sensibilité et contact affectif :**

- 17- Pensez-vous que votre bébé sait que vous êtes sa mère? Quels sont les indices qu'il vous donne qui font penser cela?
- 18- a. Avez-vous senti à un moment pendant les boires que vous communiquez avec votre bébé? Si oui, pouvez-vous me le raconter?
- b. À cette occasion, avez-vous eu l'impression que votre bébé vous répondait? Si oui, pouvez-vous me le raconter?

### **Engagement et contact affectif :**

- 19- Quel a été le moment le plus marquant avec votre bébé depuis sa naissance ?

Pour conclure :

- 20- De façon générale, comment vous sentez-vous dans votre rôle de mère?
- 21- Y a-t-il autre(s) chose(s) que vous voulez ajouter afin que nous puissions atteindre l'objectif de la présente étude qui est de mieux comprendre l'expérience mère-enfant des mères qui ont sevré suite à un allaitement difficile?

## Guide d'entrevue (les 10 questions + questions de validation)

1- Parlez-moi de votre expérience d'allaitement.

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous qu'il soit judicieux de débiter les groupes de discussion avec cette question?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

2- Pouvez-vous me parler de l'élément déclencheur qui vous a décidé à mettre fin à l'allaitement.

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être discutée en deuxième lieu?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

3- Parlez-moi d'événements significatifs pour l'établissement de la relation avec votre bébé.

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

4- a) Pendant la période où vous allaitiez. Racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé durant l'allaitement. Ses pensées, ses émotions, ses satisfactions, ses inconforts.

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être une sous-question de la question 3?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si, non pour quelle raison?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

4-b) Et par la suite. Racontez-moi comment vous avez perçu l'expérience de votre bébé au biberon. Ses pensées, ses émotions, ses satisfactions, ses inconforts.

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être une sous-question de la question 3?

Oui\_\_

Non\_\_ si, non pour quelle raison?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse



4-c) Diriez-vous que cela a changé quelque chose entre vous?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être une sous-question de la question 3?

Oui\_\_

Non\_\_ si, non pour quelle raison?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

Éléments à investiguer pour les 5 composantes du modèle :

**Découverte :**

5- En quelques mots comment décririez-vous votre bébé?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

**Communication, sensibilité et contact affectif :**

6- Pensez-vous que votre bébé sait que vous êtes sa mère? Quels sont les indices qu'il vous donne qui font penser cela?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

7- a) Avez-vous senti à un moment pendant les boires que vous communiquez avec votre bébé? Si oui, pouvez-vous me le raconter?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être une sous-question de la question 7?

Oui\_\_

Non\_\_ si, non pour quelle raison?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

7-b) À cette occasion, avez-vous eu l'impression que votre bébé vous répondait? Si oui, pouvez-vous me le raconter?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que cette question devrait être une sous-question de la question 7?

Oui\_\_

Non\_\_ si, non pour quelle raison?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

**Engagement et contact affectif :**

8- Quel a été le moment le plus marquant avec votre bébé depuis sa naissance ?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

Pour conclure :

9- De façon générale, comment vous sentez-vous dans votre rôle de mère?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_\_

Non\_\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse

10- Y a-t-il autre(s) chose(s) que vous voulez ajouter afin que nous puissions atteindre l'objectif de la présente étude qui est de mieux comprendre l'expérience mère-enfant des mères qui ont sevré suite à un allaitement difficile?

a) Trouvez-vous cette question pertinente pour le sujet de recherche?

Oui\_\_

Non\_\_

b) Trouvez-vous la formulation de cette question adéquate?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, avez-vous une autre formulation à proposer?

Zone de texte pour taper votre réponse

c) Pensez-vous que l'ordre dans lequel apparaît cette question en discussion est adéquat?

Oui\_\_

Non\_\_ si non, dans quel ordre la poseriez-vous en groupe de discussion?

Zone de texte pour taper votre réponse

d) Auriez-vous une question à proposer que vous jugez meilleure que celle-ci?

Zone de texte pour taper votre réponse



**Commentaire général sur le guide d'entrevue s'il y a lieu :**

Zone de texte pour taper votre réponse

**ANNEXE G**

Certificat de participation à l'étude

Date: \_\_\_\_\_

**Perceptions des mères  
ayant sevré leur bébé suite  
à une expérience  
d'allaitement difficile**



Certificat de participation délivré à Mme. : \_\_\_\_\_

Votre collaboration à cette étude permettra de mieux comprendre l'établissement de la relation mère-enfant suite à une expérience d'allaitement difficile. Les données permettront d'offrir un soutien mieux adapté aux mères et à leurs bébés à la période postnatale quel que soit le mode d'alimentation choisi et les difficultés rencontrées.

**L'équipe de recherche vous remercie sincèrement !**

Linda Bell inf., Ph.D.

Marie Lacombe inf., Ph.D.

Marie-Magdeleine Dubé inf., étudiante à la maîtrise.



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

**ANNEXE H**  
Grille de codage

## Grille de codage

**1- PADetC (Perception d'accouchement difficile et complication)**

- 1.1- Impact BÉBÉ
- 1.2- Long
- 1.3- hémorragie

**2- EAD (Expérience d'allaitement difficile)**

- 2.1- impact maman
- 2.2- impact bébé
- 2.3- impact famille
- 2.4- contribution de bébé
- 2.5- Terminologie
- 2.6- Expérience allaitement hôpital
- 2.7- SPA stratégies persévérances allaitement
  - Dispositifs
  - Médicaments
  - Techniques d'allaitement
  - Phrase mantra (auto-motivation)
  - Consulter professionnel

**3- FI-EAD (Facteurs individuels qui influencent l'EAD)**

- 3.1- MMA (Motivation mère à allaiter pendant l'expérience)
  - prochain bébé
- 3.2-PA (Préparation à l'allaitement)
- 3.3-AAA (Attentes avantages face à l'allaitement)
- 3.4-PIL

**4- FF-EAD (Facteurs familiaux qui influencent l'EAD)**

- 4.1-Conjoint
- 4.2-amie
- 4.3-famille

**5- FE-EAD (Facteurs environnementaux qui influence l'EAD)**

- 5.1-soutien infirmières hôpital
- 5.2-soutien infirmières domicile
- 5.3-relation avec médecin
- 5.4-pression sociale
  - Peur de décevoir en sevrant

**6- RMS (Raisons ayant motivées le sevrage)**

- 6.1- État de maman ou famille

6.2- l'élément déclencheur

6.3- la prise de décision

**7- PB (Passage au biberon)**

7.1-Impact maman

sevrage

7.2-Impact bébé

7.3-Impact climat familial et papa

**8- ESER- IMA (Éléments significatifs établissement de la relation m-e indépendant du mode d'alimentation)**

8.1-Découverte

Tempérament

Régulation

Physique

Sociabilité

PM+ (ce que la mère préfère chez son bébé)

PM- (ce que la mère aime moins chez son bébé)

8.2-Proximité physique

8.3-Contact affectif

8.4-Communication

8.5-Engagement

RM (Rôle de mère)

8.6-relation globale avec bébé

**9- ESER-PA (Éléments significatifs établissement de la relation m-e pendant l'allaitement difficile)**

9.1-Découverte

PM+ (ce que la mère préfère chez son bébé)

PM- (ce que la mère aime moins chez son bébé)

9.2-Proximité physique

9.3-Contact affectif

9.4-Communication

9.5-Engagement

RM (Rôle de mère)

9.6-relation globale avec bébé

**10- ESER-PB (Éléments significatifs établissement de la relation m-e suite au passage au biberon)**

10.1. Découverte

PM+ (ce que la mère préfère chez son bébé)

PM- (ce que la mère aime moins chez son bébé)

10.2-Proximité physique

10.3-Contact affectif

10.4-Communication

10.5-Engagement

RM (Rôle de mère)

10.6- relation globale avec bébé

## **11- CGP (Commentaires généraux projets, recommandations des mères)**

11.1-retombées

11.2-Motivation à participer

## **ANNEXE I**

Approbation du comité d'éthique





PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 18 décembre 2012

Chantal Doré,  
Présidente  
Professeure-chercheuse

Monelle Parent,  
Éthicienne

Sophie Brisson,  
Juriste

Maryse Benoit,  
Professeure-chercheuse

Jacques Quinlin,  
Chercheur  
représentant le CLSC  
universitaire

Michel Nolin,  
Membre issu du public

Katia Mercier,  
Intervenante

Sébastien Carrier,  
Professeur-chercheur

Gilberte Fortin,  
Membre issu du public

Irma Clapperton,  
Chercheuse-experte

Jean-Gabriel Ntebutse  
Professeur-chercheur

Marie-Josée Donahue,  
Membre substitut  
Éthicienne

Kim Désilets,  
Membre substitut  
Juriste

Madame Linda Bell  
Professeure agrégée  
Université de Sherbrooke  
École des sciences infirmières  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Objet : Approbation conditionnelle  
Perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage  
Dossier 2012-17/Bell

Madame Bell,

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a évalué, à sa réunion du 13 décembre 2012, votre projet de recherche ci-dessus mentionné. Les documents examinés sont les suivants :

- Formulaire d'autoévaluation éthique d'un projet de recherche, daté du 30 novembre 2012
- Protocole de recherche, daté de novembre 2012
- Formulaire de consentement à la recherche, non daté
- Questionnaire A - renseignements concernant la période d'allaitement
- Questionnaire sur comment les mères vivent en ce moment avec leur bébé
- Guide d'entrevue
- Questionnaire - comment vous vous sentez
- Dépliant sur les perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage

Les documents fournis ont permis au comité de réaliser une analyse satisfaisante. Le projet de recherche a été approuvé, **conditionnellement** à ce que soient apportées les précisions et les modifications demandées.

Le CÉR a observé des écarts entre le protocole de recherche, le formulaire d'auto-évaluation éthique d'un projet de recherche et le formulaire de consentement. Par exemple, on parle de soutien d'un psychiatre pour les mères au formulaire d'auto-évaluation, mais pas au formulaire de consentement. Autre exemple : à la section « considération éthique » du protocole, on parle du comité d'éthique du CSSS-IUGS, alors que le projet est soumis au comité d'éthique des CSSS de l'Estrie. Il est important pour le CÉR qu'il y ait concordance entre le protocole de recherche et le formulaire de consentement.

Secrétariat  
500, rue Murray  
Sherbrooke (Québec) J1G 2N5  
Tel. : 819 780-2220, poste 4 709 7  
Télécopieur : 819 780-1303  
Courriel :  
[marcotte.linda-fujard@univ.sherbrooke.ca](mailto:marcotte.linda-fujard@univ.sherbrooke.ca)



**Le protocole de recherche**

Page 13, section 4.5 « Variables et instruments de mesure », 2<sup>e</sup> paragraphe : on parle du prétest des instruments auprès de deux mères et de leur enregistrements sur bande audio. Le CÉR désire savoir comment ces enregistrements seront traités et conservés.

Pages 14 et 15, section 4.6 « Analyse des données », la description des analyses qualitatives est bien décrite, mais le CÉR vous propose d'étoffer la section des analyses quantitatives en précisant le type d'analyse statistique envisagé.

Page 15, section « Considérations éthiques », comme mentionné précédemment, préciser que le projet ne commencera qu'à la suite de l'approbation par le comité d'éthique des CSSS de l'Estrie.

**Formulaire de consentement**

Page 2, rubrique « Nature de la participation », 1<sup>er</sup> paragraphe, on parle de trois questionnaires, mais il semble plutôt y en avoir quatre. De plus, ajouter la durée demandée pour remplir ces questionnaires : « Les questionnaires, d'une durée de trente minutes, seront à compléter à votre domicile... ».

Page 3, rubrique « Risques et inconvénients », le CÉR vous demande de bonifier cette rubrique à partir des éléments mentionnés dans le formulaire d'auto-évaluation éthique d'un projet de recherche que vous avez rempli lors du dépôt de votre projet au CÉR. Les risques et les inconvénients nommés de même que les mesures envisagées pour les atténuer devraient être mentionnés dans le formulaire de consentement. Le CÉR vous demande aussi d'ajouter que la répondante peut refuser de répondre à certaines questions.

Pages 3 et 4, rubrique « Confidentialité », le CÉR vous demande de préciser qu'au début de la rencontre de groupe, il sera demandé aux mères de respecter la confidentialité, mais qu'il est possible que les propos d'une participante soient rapportés.

Page 4, 1<sup>er</sup> paragraphe. On parle des normes en vigueur au CSSS-IUGS en matière de conservation et de destruction des dossiers de recherche. Il faudrait parler des normes de l'Université de Sherbrooke puisque le CSSS-IUGS ne tient pas de dossiers de recherche pour les participants.

Page 4, le CÉR demande de retirer le 2<sup>e</sup> paragraphe : « Les personnes suivantes pourront... des fins de surveillance » puisque le paragraphe suivant reprend les mêmes éléments.

Page 4, rubrique 8 « Communication des résultats », retirer la section portant sur le journal Encrêge. Ce journal publie les travaux de recherche provenant du Centre de recherche sur le vieillissement ce qui n'est pas le cas de votre projet.

Page 4, rubrique « Études ultérieures », si vous avez l'intention de recontacter les participantes, il vous faut préciser à l'intérieur de quelle période vous souhaitez le faire.

Page 5, rubrique « Compensation pour la participation à la recherche », il est mentionné au formulaire qu'un montant de 20 dollars sera remis comme dédommagement pour le déplacement. Cette même information apparaît sur le dépliant qui présente la recherche. Par contre, on peut lire au formulaire d'auto-évaluation éthique : « Les participantes aux groupes de discussion recevront une compensation d'une valeur de 20 \$ sous forme de carte-cadeau Walmart pour leur déplacement. » Le CÉR vous demande de ne pas remettre le montant sous forme de certificat cadeau, mais plutôt en argent ce qui laisse les personnes décider de l'utilisation du montant. De plus le CÉR s'interroge, mais n'est pas contre la remise d'un certificat attestant la participation au projet de recherche de l'Université de Sherbrooke. Le CÉR considère qu'une lettre de remerciements adressée aux participantes est suffisante comme témoignage de la reconnaissance d'avoir participé au projet.

Le recrutement des sujets de recherche ne peut commencer avant d'avoir obtenu l'approbation finale du CÉR des CSSS de l'Estrie.

Nous demandons à la chercheuse d'utiliser pour le projet de recherche le numéro de référence indiqué en objet pour toute correspondance avec le comité.

La présidente,

Chantal Doré, Ph.D.

CD/lt





**PAR COURRIEL SEULEMENT**

Sherbrooke, le 4 novembre 2013

Madame Linda Bell  
Professeure agrégée  
Université de Sherbrooke  
École des sciences infirmières  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Objet : Demande de modifications au projet de recherche intitulé  
*Perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage*  
Dossier 2013-339/Bell

Madame Bell,

Par la présente, nous accusons réception de votre demande de modifications au projet cité en rubrique et des documents suivants déposés sur Nagano :

- Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche, daté du 30 octobre 2013
- Annexe A, Dépliant de recrutement
- Annexe B, Livret des 4 questionnaires
- Annexe C, Formulaire de consentement avec amendements, version 2, datée du 29 octobre 2013
- Annexe D, Guide d'entrevue
- Protocole avec amendements
- Lettre de Mme Ferland, datée du 27 septembre 2013

Au vu de l'ensemble du dossier, le Comité approuve la modification de ces documents et leur utilisation auprès des participants.

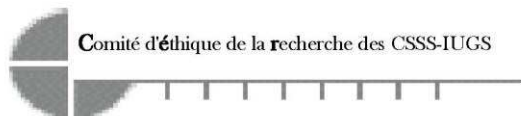
Je vous prie d'accepter, Madame Bell, mes meilleures salutations.

Chantal Doré, Ph.D.  
Présidente

CD/iv

**ANNEXE J**

Formulaire de consentement



Comité d'éthique de la recherche des CSSS-IUGS

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

**Titre du projet :** Perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage

**Numéro du projet :** 2013-339

**Source de financement :** aucune

**Chercheur principal :**

✓ *Linda Bell (PhD)*

**cochercheur et collaborateur :**

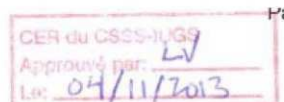
✓ *Marie Lacombe (PhD)*

✓ *Marie-Magdeleine Dubé (étudiante à la maîtrise Université de Sherbrooke)*

**Déclaration de responsabilité :**

Le chercheur principal (Linda Bell) ainsi que les chercheurs-collaborateurs (Marie Lacombe, Marie-Magdeleine Dubé) sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement à la recherche.

**Signature du ou des chercheurs responsables du projet :**



## 2<sup>e</sup> PARTIE :

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

#### 1. *Présentation*

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

#### 2. *Objectifs du projet*

Le présent projet vise une meilleure compréhension de l'expérience d'un allaitement difficile ayant mené au sevrage. D'une part nous voulons décrire le vécu de mères ayant eu une expérience d'allaitement difficile et d'autre part nous voulons comprendre comment s'établit la relation mère-enfant dans ce contexte.

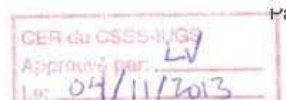
La durée totale du projet est de 18 mois. Nous prévoyons recruter dans la région de Sherbrooke un total de 18 mères ayant sevré leur bébé suite à un allaitement difficile.

#### 3. *Nature de la participation*

Votre implication désirée dans ce projet consiste à compléter un livret de 4 courts questionnaires ainsi qu'à participer à une entrevue individuelle. Les questionnaires d'une durée de 20 minutes seront à compléter à votre domicile au moment qui vous convient, avant la visite de l'étudiante à la maîtrise pour l'entrevue. Un rendez-vous sera pris pour que l'entrevue se déroule à votre domicile au moment qui vous conviendra le mieux. En entrevue, la discussion portera sur votre vécu d'allaitement, l'arrêt de l'allaitement et la relation avec votre bébé. Lors de sa visite, l'étudiante à la maîtrise récupérera les questionnaires complétés et une copie signée du formulaire de consentement.

Si vous le désirez, vous pouvez référer des mères de votre entourage qui ont aussi sevré leur bébé suite à un allaitement difficile pour une possible participation à l'étude. Si vous connaissez quelqu'un qui pourrait être intéressé, vous n'aurez qu'à lui transmettre le courriel de Marie-Magdeleine Dubé, inf., étudiante à la maîtrise : [Marie-Magdeleine.Dube@usherbrooke.ca](mailto:Marie-Magdeleine.Dube@usherbrooke.ca). Toutes les mères référées qui contacteront l'étudiante seront appelées.

#### 4. *Bénéfices*



**Perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage**  
Dossier 2013-339

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Vous aurez l'opportunité de donner votre avis et de partager votre vécu émotionnel.

Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances sur les moyens de soutenir les mères dans le choix d'alimentation de leur enfant.

## **5. Risques et inconvénients**

### **RISQUES**

- ✓ Dans le contexte social actuel où l'allaitement maternel est privilégié et valorisé, les mères qui choisissent de ne pas allaiter ou de mettre fin à leur allaitement, peuvent ressentir de la culpabilité et accusent les professionnels de la santé de mettre trop de pression sur elles pour poursuivre l'allaitement. Le principal risque encouru en participant à cette étude concerne ce sentiment de culpabilité qui pourrait survenir au récit de votre expérience. Il se pourrait donc que vous exprimiez de la colère, de la tristesse ou de la culpabilité d'avoir mis fin à votre projet d'allaitement suite à une expérience difficile et possiblement décevante. Des mesures seront mises en place pour vous assurer une écoute attentive et empathique. Vous serez interviewée par l'étudiante à la maîtrise qui est également infirmière en post-partum et qui possède une sensibilité particulière face à ce vécu. Lorsque nécessaire, vous serez invitées à poursuivre la discussion avec votre infirmière de votre CSSS. Enfin, advenant que vous présentiez des besoins particuliers, comme par exemple des symptômes élevés de dépression, une référence au Dre Daphnée Marussi, psychiatre intervenante auprès de mères en période périnatale, vous sera proposée.

### **INCONVÉNIENTS**

- ✓ Vous aurez à consacrer environ 20 minutes pour remplir les questionnaires et l'entrevue durera environ une heure. Il peut arriver que certaines mères se sentent mal à l'aise à répondre aux questionnaires ou encore aux questions de l'entrevue. Dans tous les cas, sachez que vous pouvez vous retirer en tout temps. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions.

## **6. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son équipe de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- ✓ Votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone et votre courriel.
- ✓ Les questionnaires que vous aurez complétés.
- ✓ L'enregistrement audio et les notes manuscrites pris lors de votre entrevue.
- ✓ Toutes les analyses découlant des questionnaires et des entrevues.

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. En aucun temps, il ne sera possible de vous identifier. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par le chercheur responsable. En



**Perceptions de mères ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage**  
Dossier 2013-339

entrevue, si nécessaire uniquement votre prénom sera utilisé. Lors des analyses votre prénom sera remplacé par votre numéro de code. À la fin du projet de recherche, vos données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il sera impossible de lier vos données à vos nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, elles pourront :

- ✓ Être publiées dans des revues spécialisées
- ✓ Faire l'objet de discussions scientifiques
- ✓ Servir pour d'autres analyses reliées au projet
- ✓ Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Concernant vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés pendant 10 ans après la fin du projet par le chercheur responsable et seront par la suite détruits selon les normes en vigueur à l'Université de Sherbrooke.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation au chercheur de transmettre au CSSS-IUGS ou certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des CSSS-IUGS pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

### **7. Retrait de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses collaborateurs.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, à moins que vous nous autorisiez à les conserver, les documents écrits vous concernant seront détruits.

### **8. Communication des résultats**

- ✓ Les résultats de la recherche seront publiés dans le mémoire de maîtrise de Marie-Magdeleine Dubé, étudiante à la maîtrise.
- ✓ Les participantes qui le désirent recevront un résumé des résultats.
- ✓ Il est également prévu que les résultats fassent l'objet d'un article scientifique.
- ✓ Les résultats pourraient être transmis durant des congrès en périnatalité.

### **9. Études ultérieures**

J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me proposer d'utiliser les données recueillies à mon sujet pour les fins d'une autre recherche ou pour me proposer de participer à un autre projet de recherche à l'intérieur d'une période de 5 ans.

Oui  Non

### **10. Compensation pour la participation à la recherche**





**Perceptions de mère ayant vécu un allaitement difficile ayant mené au sevrage**  
Dossier 2013-339

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour participer à ce projet de recherche. Cependant, un certificat attestant votre participation à un projet de recherche à l'Université de Sherbrooke vous sera remis ainsi qu'un petit cadeau pour votre bébé.

**11. Indemnisation en cas de dommages résultant de la participation à la recherche**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

**12. Personne à contacter de l'équipe de recherche**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- ✓ Linda Bell, chercheuse principale : 819-564-5224 ou par courriel à l'adresse suivante : linda.bell@usherbrooke.ca
- ✓ Marie-Magdeleine Dubé, étudiante de maîtrise : Marie-Magdeleine.Dube@USherbrooke.ca

**13. Droits en tant que sujets de recherche d'un établissement de santé**

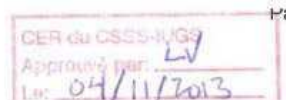
En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiendront ces informations.

Si vous voulez formuler une plainte en lien avec votre participation à cette recherche vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes, M. Germain Lambert au 819 780-2220, poste 40204.

**14. Approbation par le comité d'éthique de la recherche**

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS le 2 avril 2013. Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente de ce comité en contactant Lisa Veilleux, agente administrative du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.



### 15. **Consentement**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

