

Université de Montréal

**Entre aspirations et contraintes: analyses du vécu de
l'allaitement maternel chez les primipares au prisme des
inégalités sociales**

Par
Annick Vallières

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* (Ph. D.)
en sociologie

Octobre 2020

©Annick Vallières, 2020

Université de Montréal
Département de sociologie, Faculté des Arts et des Sciences

Cette thèse intitulée

Entre aspirations et contraintes: analyses du vécu de l'allaitement maternel chez les primipares au prisme des inégalités sociales

Présentée par

Annick Vallières

Sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Bilkis Vissandjée
Présidente-rapporteuse

Estelle Carde
Directrice de recherche

Phyllis L. F. Rippey
Membre du jury

Béatrice Jacques
Examinatrice externe

Résumé

Cette thèse porte sur les inégalités dans le vécu de l'allaitement maternel. Elle vise à : 1) étudier où se situent les aspirations prénatales d'allaitement des mères et leurs réalités postnatales ; 2) explorer la manière dont les différences sociales peuvent façonner le vécu de l'allaitement maternel ; 3) saisir leur articulation.

Dans le cadre de cette recherche, la collecte des données s'est déroulée en quatre volets : un suivi longitudinal du prénatal au postnatal avec 20 femmes primipares; la tenue de journaux de bord par les mères ; des entretiens semi-dirigés avec 21 professionnelles de l'allaitement ; de l'observation lors de cours prénataux et de soutien à l'allaitement.

Comme l'échantillon est composé de mères qui expérimentaient l'allaitement pour la première fois, les écarts entre l'imaginaire et le réel ont entraîné des désillusions pour la totalité des participantes, et ce, à différents niveaux : 1) entre les aspirations initiales et les recommandations de la santé publique (allaitement exclusif jusqu'à six mois et poursuite jusqu'à deux ans et plus) ; 2) entre les aspirations des mères et les réalités d'allaitement ; 3) entre la conception normée d'un allaitement dit « réussi » selon les recommandations de la santé publique et cette même conception telle que vécue par les femmes.

Ensemble, le vécu des mères et l'expérience des professionnelles permettent de montrer qu'en réalité, ce sont les interactions constituant la positionnalité des femmes qui « contraignent » l'allaitement. Ils contraignent dans les deux sens du terme : pour le limiter ou au contraire pour le rendre moralement obligatoire. L'analyse du discours des participantes rend compte du fait que ces contraintes à l'allaitement sont inégalement distribuées et se basent principalement sur des rapports sociaux de sexe/genre, d'ethnicité, de classe, d'immigration et de « race ».

Finalement, une tendance émerge parmi les professionnelles de l'allaitement rencontrées, la majorité estimant qu'elles font varier leurs pratiques en fonction de la clientèle, que cette différenciation est nécessaire et que d'y arriver est un motif de fierté. Si les catégorisations ont tendance à exagérer l'homogénéité des groupes et à produire des stéréotypes, elles ont également des effets concrets sur les services.

Cette thèse permet de mieux comprendre l'ambivalence au cœur de l'expérience de l'allaitement ainsi que les rapports complexes qu'ont les mères avec les recommandations de la santé publique, la promotion de l'allaitement et les professionnelles de l'allaitement.

Mots-clés : inégalités sociales, allaitement maternel, intersectionnalité, maternité, santé publique, analyse de discours, discriminations, stéréotypes, division sexuelle du travail

Abstract

This thesis examines diversity and inequalities in breastfeeding experiences. It seeks to: 1) understand how mothers' initial breastfeeding aspirations compare with their post-birth realities; 2) explore how inequalities related to gender, "race", class, and immigrant status influence breastfeeding experiences from the perspective of both mothers and breastfeeding professionals; and 3) capture how mothers articulate and make sense of their diverse experiences .

In this study, four data collection techniques were used: longitudinal semi-structured interviews with 20 first-time mothers conducted when they were pregnant and then approximately six months after the birth of their child; documentary analysis of maternal diaries; semi-structured interviews of 21 breastfeeding professionals; and observation during prenatal classes and breastfeeding support sessions.

As the sample is composed of women attempting breastfeeding for the first time, many women felt disillusioned by three types of discrepancies they felt between what they imagined breastfeeding would be and the reality of their experiences: 1) between the initial aspirations and recommendations of public health and medical literature; 2) between their own expectations and their lived realities of breastfeeding; and 3) between the standardized conceptions of successful breastfeeding experiences according to public health recommendations and the concept of success as experienced by the women. Further, the data from both mothers and breastfeeding professionals demonstrate that constraints on breastfeeding are unevenly distributed and founded mainly on social relations such as sex, gender, ethnicity, class, immigration, and race.

This study also discovered a tendency among breastfeeding professionals to pride themselves on their ability to differentiate between their clientele on the basis of these categories. While sometimes appropriate, these classifications tend to exaggerate the homogeneity of subgroups, relying on and reproducing stereotypes. An important implication of this is that such practices lead to substantial differences in the services rendered by these professionals.

Overall, this thesis provides a better understanding of the ambivalence at the center of the breastfeeding experience and the complex relationships mothers undertake with public health recommendations, the promotion or encouragement of the act of breastfeeding and breastfeeding professionals.

Keywords: social inequality, breastfeeding, intersectionality, maternity, public health, discourse analysis, discrimination, stereotypes, gendered division of labor

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	4
Listes des tableaux et des figures	10
Abréviations officielles	11
Abréviations personnelles pour faciliter la lecture	11
Lexique	12
Féminisation et visibilité des femmes	13
Anonymisation	13
Remerciements	15
CHAPITRE 1. Introduction : Problématisation et contexte	17
1.1 Le contexte de promotion de l’allaitement au croisement des discours dominants sur le « risque » et sur la maternité	19
1.1.1 Médicalisation de l’alimentation du nourrisson (1900-1960)	19
1.1.2 Institutionnalisation de l’accouchement et mouvement de démedicalisation (1960-1980)	21
1.1.3 La « redécouverte » de l’allaitement maternel (1980-aujourd’hui)	24
1.1.3.1 Les stratégies internationales	25
1.1.3.2 La santé publique, une entreprise normative	27
1.2 La problématique	30
1.2.1 Le discours de promotion de l’allaitement au Québec au moment de mener la recherche	30
1.2.2 Les deux objectifs de recherche principaux et les questions qui leurs correspondent	31
1.3 Organisation de la thèse	32
PREMIÈRE PARTIE : Aspects théoriques, méthodologiques et épistémologiques	35
CHAPITRE 2. État des connaissances	36
2.1 Représentations et normes sociales relatives à l’alimentation du nourrisson	37
2.1.1 La nature	38
2.1.2 La santé	38
2.1.3 La bonne mère allaitante	39
2.1.4 Représentations des seins et allaitement en public	43
2.2 Influence du réseau	46
2.2.1 Influence des pères	47
2.2.2 Les modèles d’allaitement et le partage des connaissances	50
2.2.3 Quartiers et hôpitaux	52
2.3 Les barrières socialement différenciées	56
2.3.1 L’allaitement maternel comme privilège de « classe »	56
2.3.1.1 Combiner travail et allaitement	59
2.3.1.2 Accès à des congés de parentalité	61
2.3.1.3 Le corps allaitant en milieu de travail	63
2.3.2 L’allaitement maternel comme privilège de « race »	67
2.3.2.1 Discriminations ethniques et raciales	68
2.3.2.2 Le processus migratoire et l’acculturation	72
2.3.2.3 L’allaitement en tant que comportement influencé par la culture et la tendance culturaliste de la littérature	74
2.4 La diversité des expériences d’allaitement et de non-allaitement	80
2.4.1 L’allaitement en tant que projet des classes privilégiées	83

2.5 Conclusion de chapitre	85
CHAPITRE 3 : Cadre théorique et questions de recherche	88
3.1 Questions de recherche	88
3.2 Objectifs de la recherche	90
3.3 Affiliation théorique : constructivisme social et co-construction des rapports sociaux	91
3.3.1 Généalogie et concepts fondateurs de l'intersectionnalité	93
3.3.1.1 Éléments du concept et débats sur la définition et la pratique	97
3.4 Définitions des concepts	101
3.4.1 Inégalités sociales et rapports de pouvoir : la construction sociale de la « race », du sexe/genre et de la classe	101
3.4.1.1 Rapports sociaux de « race »	102
Critiques de l'essentialisation de la « race »	102
Racialisation et précisions sémantiques	103
3.4.1.2 Rapports sociaux de sexe/genre	104
3.4.1.3 Rapports sociaux de classe	108
3.4.2 Maternité, entre oppression et pouvoir	111
3.4.3 Floya Anthias (2005 et 2008) et la notion de positionnalité	116
3.4.4 Cadre conceptuel	118
3.5 Conclusion	122
CHAPITRE 4 : Perspectives épistémologiques et cadre méthodologique	123
4.1 Devis de recherche et collecte des données	123
4.1.1 Suivi longitudinal auprès des mères : entretiens et journaux de bord	124
4.1.2 Observation lors de cours prénataux de préparation à la naissance et à l'allaitement	128
4.1.3 Entretiens semi-dirigés auprès de professionnelles de l'allaitement	129
4.2 Le recrutement et les critères de sélection des participantes	130
4.2.1 Les mères	130
4.2.2 Les professionnelles de l'allaitement	133
4.3 Description des participantes	135
4.3.1 Description des mères	135
4.3.2 Description des professionnelles	138
4.4 Méthode d'analyse des données	140
4.5 Perspectives épistémologiques	145
4.6 Conclusion de chapitre	151
DEUXIÈME PARTIE : Présentation des résultats de la recherche	152
CHAPITRE 5 : Aspirations, préconceptions et appréhensions prénatales : l'imaginaire en action	153
5.1. Prise de décision : allaiter ou non	154
5.1.1 Préconception 1 : La naturalité de l'allaitement	155
5.1.2 Préconception 2 : L'allaitement est une affaire de femmes	156
5.1.2.1 Une décision qui revient aux femmes	157
5.1.2.2 Une décision qui allait de soi	158
5.1.2.3 « L'allaitement, pas une affaire d'hommes »	159
5.1.2.4 Un respect conditionnel du choix	162
5.1.3 L'influence du réseau sur la prise de décision	163
5.1.3.1 L'expérience de sa propre mère : « devoir faire mieux » ou « ne pas se mettre de pression »	163
5.1.3.2 Injonction d'« essayer » l'allaitement	164
5.1.4 L'influence du réseau de la santé	166
5.1.4.1 Rôle des cours prénataux dans cette prise de décision	167

5.1.4.2 Absence d'informations sur les PCN : « elles ne parlent pas vraiment de la formule, elles parlent de l'allaitement ! »	169
5.1.4.3 « Ce n'est pas du tout des outils, mais plus un brainwashing » : visions critiques de la promotion de l'allaitement	172
5.2 Aspirations quant aux modalités d'allaitement envisagées	172
5.2.1 Durée : entre conformité et détachement face aux recommandations de la santé publique	173
5.2.3 Exclusivité	175
5.2.3.1 Préconception 3 : La supériorité du lait maternel	176
5.2.3.1.1 C'est le contenu qui importe, non le contenant	176
5.2.3.1.2 Envisager le tire-allaitement : question d'urgence, de liberté d'action, de négociation ou de nécessité	178
5.2.3.1.3 Ouverture à demi-mot aux PCN	182
5.2.4 Au-delà des recommandations officielles : la diversité des aspirations	184
5.2.4.1 Préconception 4 : La santé autant physique que psychologique de l'enfant	184
5.2.4.2 Préconception 5 : Le côté pratique et la facilité de l'allaitement	188
5.2.4.3 Préconception 6 : Vivre une expérience unique avec potentiel d'accomplissement personnel	189
5.2.4.4 Préconception 7 : La gratuité de l'allaitement	191
5.3 Appréhensions	194
5.3.1 Préconception 8 : La douleur inévitable de l'allaitement	197
5.3.1.1 Les histoires d'allaitement de l'entourage	199
5.3.2 Préconception 9 : Une production de lait insuffisante et les autres complications pouvant empêcher l'allaitement	200
5.3.3 Préconception 10 : La co-dépendance de l'allaitement	204
5.3.4 Malaise anticipé quant à l'allaitement devant d'autres personnes	204
5.3.5 Émotions envisagées quant à un éventuel arrêt précoce de l'allaitement	210
5.3.5.1 Rapport à l'inconnu de l'allaitement	214
5.4 Conclusion de chapitre	215
CHAPITRE 6 : Les réalités postnatales de l'allaitement : désillusions, ambivalence et transformations dans les discours	218
6.1 Au-delà des critères officiels de l'allaitement « réussi » : les pratiques effectives des mères	218
6.1.1 Évolution des aspirations en termes de durée : le prolongement surprenant	219
6.1.2 Les expériences de tire-allaitement	221
6.1.3 Introduction de la nourriture solide	227
6.1.4 Arrêts précoces	230
6.2 L'ambivalence au cœur du vécu de l'allaitement maternel : « L'allaitement est la plus belle chose que j'ai vécue, mais aussi une des choses les plus exigeantes et difficiles »	233
6.2.1 L'allaitement magique : sentiment de puissance et de contrôle	234
6.2.2 Variation dans le temps et acquisition de compétences en allaitement	235
6.2.3 Sentiment de fierté	237
6.2.4 Les nuances du sacrifice maternel	239
6.3 Transformations majeures dans les discours	241
6.3.1 Les désillusions sur la facilité et la naturalité	242
6.3.2 Diminution de l'importance de la santé de l'enfant et augmentation de l'attachement	244
6.4 Typologie des vécus d'allaitement	247
6.4.1 Les « chanceuses »	248
6.4.2 Les « combattantes »	250
6.4.3 Les « performantes »	251
6.4.4 Les « spirituelles/engagées bio »	253
6.4.5 Les « amères »	254

6.4.5.1	Entre rigidité et contradiction : conseils des infirmières en post-partum immédiat	257
6.4.5.2	Enjeux organisationnels et obstacles institutionnels à l'allaitement	262
6.5	Conclusion de chapitre	264
TROISIÈME PARTIE : Approfondissements, synthèse et discussion		266
CHAPITRE 7 : Approfondissement intersectionnel des résultats prénataux et postnataux		267
7.1	Contraintes liées aux rapports de sexe/genre	268
7.1.1	Rôle de la bonne mère allaitante intériorisé	268
7.1.1.1	Considérations intersectionnelles sur la bonne mère	271
7.1.2	Division sexuelle du travail domestique et familial : amplification des rapports inégalitaires de sexe/genre	272
7.2	Contraintes liées à l'immigration	277
7.2.1	« Chez nous » : influence des normes du pays d'origine sur les aspirations d'allaitement	277
7.2.2	L'éloignement du réseau du soutien et l'ingérence familiale	280
7.2.2.1	Considérations intersectionnelles sur l'éloignement du réseau de soutien en contexte migratoire	282
7.2.3	Résistance face aux recommandations de santé publique du Québec	285
7.2.4	Suivre à la lettre les recommandations de la société d'accueil de crainte d'être prise en faute	286
7.2.5	Perceptions des professionnelles de l'allaitement : « Nous, on est plus société-biberon et eux, sont plus société-allaitement »	288
7.3	Contraintes liées au capital économique et capital culturel	291
7.3.1	Économies d'argent	291
7.3.2	Accès aux ressources, services et connaissances	294
7.3.3	Remise en question de la gratuité de l'allaitement : un marché lucratif	298
7.3.4	Perceptions des professionnelles de l'allaitement et interventions différenciées selon les enjeux socioéconomiques	300
7.3.5	Considérations intersectionnelles sur contraintes liées aux rapports socioéconomiques et à l'éducation	304
7.4	Contraintes liées à la « race » et à l'ethnicité	307
7.4.1	Tendance culturaliste chez les professionnelles de l'allaitement	307
7.4.2	Trois figures récurrentes : « l'Africaine », « la femme musulmane/arabe » et « la Québécoise de souche »	309
Figure 1	: les femmes « africaines »	309
Figure 2	: les femmes « musulmanes/arabes »	314
Figure 3	: les femmes « québécoises de souche »	317
7.4.2.1	Considérations intersectionnelles sur la figure de la « Québécoise de souche »	320
7.5	Conclusion de chapitre	324
CHAPITRE 8 : Synthèse et discussion		328
8.1	Synthèse des principaux résultats de recherche	328
8.1.1	Enjeux prénataux et mises en perspective	332
8.1.2	Enjeux postnataux et mises en perspective	334
8.2	Au-delà de la question de l'alimentation du nourrisson : regards sur des enjeux plus larges	337
8.2.1	Intégration des personnes migrantes	338
8.2.2	Inégalités sociales dans l'accès et la qualité des soins	339
8.2.2.1	Différences de traitements et discriminations dans les soins et les conseils reçus	339
8.2.3	Médicalisation du corps des femmes	341
8.2.4	Division sexuelle du travail	342

8.3 Limites et forces de la recherche	344
8.4 Conclusion de chapitre	348
CHAPITRE 9 : Conclusion générale	350
9.1 Apports et implications	350
9.2 Directions futures	353
Bibliographie	357
Annexes	393
Annexe A - Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel	393
Annexe B - Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	394
Annexe C - Formulaire d'information et de consentement des mères	395
Annexe D - Grille thématique de l'entretien prénatal	398
Annexe E - Grille thématique de l'entretien postnatal	400
Annexe F - Lignes directrices pour compléter le journal de bord	402
Annexe G - Formulaire d'information et de consentement pour les professionnelles de l'allaitement	403
Annexe H - Grille thématique de l'entretien avec les professionnelles de l'allaitement	406
Annexe I - Affiche pour le recrutement des femmes enceintes	408
Annexe J - Affiche pour le recrutement des professionnelles de l'allaitement	409

Liste des tableaux et des figures

Figure 1. Représentation schématique des mécanismes de construction du vécu de l'allaitement maternel

Figure 2. Arbre thématique

Tableau 1. Critères de diversification visées versus critères de diversification dans l'échantillon

Tableau 2. Description des caractéristiques sociodémographiques des mères

Tableau 3. Description des caractéristiques des professionnelles de l'allaitement

Tableau 4. Gabarit générique de l'intersectionnalité

Tableau 5. Raisons principales évoquées par les participantes pour décider d'allaiter

Tableau 6. Principales appréhensions mentionnées par les femmes lors des entretiens prénataux

Abréviations officielles

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

IAB : Initiative Amis des bébés

IBCLC : *International Board Certified Lactation Consultant*

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RQAP : Régime québécois d'assurances parentales

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Abréviations personnelles pour faciliter la lecture

PCN : Préparation commerciale pour nourrissons

RFÉ : Revenu familial élevé (100 000 \$ et plus)

RFF : Revenu familial faible (40 000 \$ et moins)

RFM : Revenu familial moyen (entre 40 000 \$ et 80 000 \$)

Lexique

Allaitement maternel : L'allaitement est défini par le fait que le nourrisson reçoit du lait maternel directement par le sein ou par réception passive, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon. Dans cette thèse, « l'allaitement » fera référence à « l'allaitement maternel ».

Allaitement exclusif : L'allaitement exclusif signifie que le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel. Les vitamines, les minéraux et la majorité des médicaments n'interfèrent pas avec le caractère exclusif de l'allaitement. Le nourrisson n'est plus considéré comme exclusivement allaité dès qu'il consomme d'autres liquides (lait de vache, de chèvre, de soya, PCN, eau, jus, tisane) ou des aliments solides ou en purée.

Allaitement mixte : L'allaitement est qualifié de mixte lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.

Sevrage : Arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Maternage : Ensemble de soins qu'une mère prodigue à son enfant.

Féminisation et visibilité des femmes

L'idée que le masculin représenterait l'universel est vivement critiquée par les féministes (Lessard et Zaccour, 2017 ; Viennot, 2014). La règle grammaticale indiquant que le masculin l'emporte sur le féminin est l'une des formes de la domination patriarcale dans la langue française. Dans cette thèse, la primauté du féminin sera mobilisée pour participer à cette dénonciation. Cette décision se justifie aussi par l'objet de la recherche. En raison des thématiques abordées, notamment l'allaitement, la maternité et le féminisme, la très grande majorité des autrices citées sont des femmes. De plus, toutes les participantes rencontrées — mères et professionnelles — sont des femmes.

Au-delà des raisons grammaticales évoquées, l'effacement des femmes des fonctions intellectuelles découle aussi d'une histoire complexe passant, notamment, par la masculinisation des titres. Ceci invisibilise d'autant plus les femmes d'influence lorsqu'on omet leur prénom (Lessard et Zaccour, 2017), comme il est pratique courante de le faire dans les écrits scientifiques. Considérant que derrière l'écriture se cachent des constructions historiques et sociales sexistes (Viennot, 2014), j'adopte donc une stratégie d'action simple qui passe par l'insertion systématique du prénom lors de la mention des références (autant dans la bibliographie que tout au long du texte, lorsque cela s'applique) dans le but de participer à contrer l'invisibilisation des femmes en recherche.

Anonymisation

L'ensemble des prénoms utilisés dans le cadre de cette thèse pour les femmes rencontrées sont fictifs afin de conserver l'anonymat et le respect de l'intégrité de chacune et de sa sphère privée. Ils ont été choisis afin de refléter au mieux le « profil sociologique » des personnes. Selon la sociologue Emmanuelle Zolesio (2011), « il se trouve en effet que les noms, comme les prénoms, ne sont pas construits ni distribués au hasard dans la population, et qu'ils ne sont pas porteurs des mêmes connotations ».

À Collin

Pour nos « moments magiques »

Remerciements

La rédaction de cette thèse a été longue et ponctuée de nombreux obstacles tels une grossesse au repos obligatoire, un accouchement prématuré et une pandémie... tout ça au même moment d'un dépôt imminent. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui m'ont accompagné dans ce parcours.

Tout d'abord, ma gratitude va aux mères qui ont été extrêmement généreuses de leur temps en acceptant de me rencontrer en fin de grossesse et en post-partum, malgré la fatigue et les autres défis de leur quotidien. Je remercie également les professionnelles de l'allaitement qui, dans leur horaire chargé, ont trouvé le temps de m'exprimer leur perception de l'alimentation du nourrisson au sein de leur travail.

Ensuite, je souhaite remercier ma directrice, Estelle Carde, pour sa grande disponibilité, sa forte compréhension et surtout, ses relectures attentives et rigoureuses. La justesse et la précision de ses commentaires m'ont permis de pousser plus loin mes réflexions.

Par la suite, je tiens à exprimer mon immense reconnaissance aux membres du jury final, Béatrice Jacques, Phyllis L. F. Rippey et Bilkis Vissandjée.

Je tiens aussi à souligner le soutien reçu aux quatre coins du département de sociologie de l'Université de Montréal. Un merci tout particulier à Sirma Bilge, Céline Lafontaine et Cécile Van de Velde pour avoir contribué à l'évaluation de mon examen doctoral ou mon projet de thèse. Cette thèse bénéficie de leur regard critique et leurs commentaires avisés.

Ce projet doctoral a bénéficié du soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC), la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'UdeM (FESP), le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) ainsi que le département de sociologie de l'Université de Montréal. Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans ce généreux financement.

Je souhaite aussi remercier infiniment *Thèsez-vous* et la *Station de biologie dans les Laurentides* (SBL). J'ai pu tirer profit à plusieurs reprises des conditions idéales à la rédaction grâce à leur équipe respective. En ce sens, je me dois de faire une mention spéciale aux cuisinières exceptionnelles ainsi qu'au magnifique quai de la SBL.

Cette thèse doit sa concrétisation à l'appui indéfectible de nombreuses personnes. Merci à mes collègues de rédaction (Alexandra, Nataly, Julie et tous les autres), qui, à coups de *pomodoro*, m'ont motivée à poursuivre et rester concentrée sur la tâche à accomplir. Merci également à Alexis et Samuel qui m'ont chacun enlevé un poids énorme en m'aidant respectivement pour la révision linguistique finale et pour la retranscription de certains entretiens (60 entretiens, c'était beaucoup !).

Je suis particulièrement redevable à mes amis et collègues en sociologie. Je tiens à souligner particulièrement les relectures, les échanges et les encouragements répétés de Karelle et de Mathieu. Ils ont su me stimuler sociologiquement et me rassurer lorsqu'il le fallait. Même si le syndrome de l'imposteur m'habite toujours, je suis certaine que tous ces échanges ont fait de moi une meilleure sociologue.

Bien que le milieu académique et la production d'une thèse ne leur soient pas familiers, j'ai bénéficié des encouragements des membres de ma famille tout au long de ce parcours doctoral. Un merci particulier aux trois femmes de ma vie : ma mère, ma sœur et ma grand-mère. Leur amour inconditionnel m'a nourri et m'a permis d'être la femme assumée que je suis.

Finalement, je suis profondément reconnaissante envers Julien, qui m'accompagne depuis plus de quinze ans. Son soutien a joué un rôle des plus importants, et ce, surtout dans l'essoufflement du dernier mois de rédaction qui était couplé à la fatigue des courtes nuits inévitables de la vie de nouveau parent. Sans ton amour sous forme d'« *act of service* », je ne serai pas arrivée au bout ou bien j'y serai arrivée affamée et avec une tonne de ménage à faire.

Enfin, je dédie cette thèse à mon fils Collin. À l'image de mes participantes, j'ai débuté ce projet nullipare et je le termine primipare. Malgré la surprise que tu nous as faite de venir au monde deux mois avant la date à laquelle on t'attendait, je te remercie pour les moments remplis de douceurs et de câlins-refuges qui ont embelli mes derniers mois de rédaction.

CHAPITRE 1. Introduction : Problématisation et contexte

L'allaitement maternel fait couler beaucoup d'encre et suscite fréquemment des controverses. Mon premier contact avec les débats sur l'allaitement maternel a eu lieu en 2012, suite à la diffusion d'une publicité affirmant qu'« Allaiter, c'est GL-AMOUR ». Dans cette publicité, produite par la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et promouvant l'allaitement maternel, on voit l'actrice Mahée Paiement en robe de soirée et talons hauts, coiffée et impeccablement maquillée, en train d'allaiter sa fille. Plusieurs mères n'y reconnaissent pas leur expérience difficile d'allaitement, jugée loin du glamour. Il s'en est suivi de multiples parodies et textes d'opinion dénonçant, notamment, l'association entre le glamour et l'allaitement, l'image idéalisée de la femme allaitante véhiculée dans cette publicité, ou encore l'entrevue sur la question réalisée avec l'actrice à l'émission *Tout le monde en parle* – où elle défend la campagne. Dans ces débats, on abordait par exemple la pression et la culpabilité ressenties par les mères face à l'enjeu d'alimentation du nourrisson.

Bien que l'allaitement maternel soit considéré par les autorités de santé publique comme « ce qu'il y a de mieux » pour la santé de l'enfant, il peut parfois être perçu dans l'espace public comme « anormal » à partir d'un certain âge, « inapproprié » dans les lieux publics ou encore « inacceptable » lorsqu'il est pratiqué avec l'enfant d'une autre. C'est ainsi qu'une photo montrant une femme allaitant deux enfants, dont celui d'une amie, est récemment devenue virale sur les réseaux sociaux, générant au passage des débats enflammés. Simultanément, les publicités et campagnes de promotion exposent fréquemment les individus à des images idéalisées de l'allaitement. Le choix de l'alimentation du nourrisson est donc submergé d'injonctions normatives. Évidemment, loin de ces représentations, il y a les histoires de femmes qui ne parviennent pas à allaiter et qui se sentent coupables et honteuses; qui ne désirent pas le faire et qui font face aux jugements moraux de leur entourage ou des professionnelles de la santé; ou encore qui allaitent sans pour autant s'épanouir.

La tension qui en découle a poussé plusieurs autrices à critiquer la notion de « choix » individuel, libre et éclairé concernant l'alimentation du nourrisson. Le terme de

choix ne serait pas approprié dans le contexte où l'allaitement se présente comme le seul choix « rationnel », voire le seul choix « moral » lorsque l'on en connaît les avantages pour la santé de son enfant (Kukla, 2006 ; Wolf, 2010). De façon complémentaire, certaines soutiennent que ce « choix » est soumis à différents impératifs (Blum, 1999 ; Carter, 1995 ; Krtolitz et Rosenblum, 2015 ; Law, 2000 ; Smith, Hausman et Labbok, 2012). La littérature sur cette question fait par exemple état d'écart dans les taux d'initiation, d'exclusivité et de durée de l'allaitement selon différentes caractéristiques sociodémographiques des femmes, telles que le niveau de revenus, la « race » ou l'ethnicité et le niveau d'éducation.

Ce qui précède tend à indiquer qu'il n'est pas vraisemblable que toutes les femmes aient les mêmes chances de vivre une expérience d'allaitement « réussie » selon les critères de la santé publique. Cette vision du « succès de l'allaitement » en termes de durée et d'exclusivité, sans prendre en compte les aspirations des femmes et leur vécu de l'allaitement maternel, s'avère problématique. Dans cette thèse, je propose donc de m'intéresser à ce qui se présente comme un angle mort de la santé publique, à savoir le vécu des femmes. Pour ce faire, cette thèse donne une place privilégiée au point de vue des femmes tout en adoptant une posture critique dans l'examen des pressions qu'elles peuvent vivre quant au contrôle de leur corps.

Bien que la majorité de la littérature scientifique sur l'allaitement maternel provienne des sciences de la santé, les études se multiplient en sciences sociales depuis le milieu des années 1990. Considérant la prémisse des sciences de la santé d'après laquelle l'allaitement maternel est bien pour toutes les femmes¹ et surtout tous les enfants², cette thèse sociologique se démarque des perspectives de santé qui ont pour objectif d'augmenter le taux d'allaitement. Il est à mon avis essentiel de centrer le regard sur le vécu subjectif

¹ À l'exception des femmes séropositives au VIH ou pour d'autres raisons de problèmes de santé spécifiques (lésions d'herpès sur la poitrine, tuberculose active, etc.).

² Mentionnons que la majorité des études qui appuient les bénéfices-santé de l'allaitement sont des études observationnelles pour lesquelles les risques de biais sont admis. Plusieurs autrices critiquent la survalorisation des potentiels bénéfiques pour la santé de l'enfant (Artis, 2009; Colen et Ramey, 2014 ; Kiefer, 2015 ; Rosin, 2009; Rothman, 2008; Wolf, 2007). Considérant qu'en moyenne les femmes qui allaitent sont plus instruites et ont de meilleurs revenus, la plupart des effets bénéfiques à long terme généralement attribués à l'allaitement maternel peuvent être principalement dus à l'environnement social de l'enfant (Colen et Ramey, 2014).

des femmes pour documenter les écarts possibles entre leurs aspirations initiales et leurs réalités d'allaitement. Accorder de la visibilité à des femmes aux différents vécus d'allaitement maternel permettra par exemple de mettre en évidence des expériences dérogeant aux normes de santé publique tout en étant ressenties comme « réussies » et « positives » – suivant les critères que les femmes se sont elles-mêmes fixés ; ou encore des expériences conformes aux objectifs de la santé publique, mais vécues négativement par les femmes.

1.1 Le contexte de promotion de l'allaitement au croisement des discours dominants sur le « risque » et sur la maternité³

L'allaitement est à la fois un fait biologique et culturel. À travers le temps, parce qu'ils sont traversés par de multiples enjeux (professionnels, sanitaires, sociaux, politiques, etc.), les différents modèles d'alimentation du nourrisson ont évolué au sein de normes et de valeurs sociétales parfois contradictoires. Dans une perspective sociohistorique, plusieurs autrices montrent que l'allaitement maternel est depuis des siècles un moment privilégié de moralisation des femmes que l'on soumettait au flux des normes sociales, avant qu'il devienne une question de santé publique (Apple, 1987 ; Badinter, 1980 ; Baillargeon, 2004 ; Baillargeon, 2014 ; Bartlett, 2004 ; Fildes, 1986 ; Knibiehler, 2003 ; Nathoo et Ostry, 2009 ; Yalom, 2010).

1.1.1 Médicalisation de l'alimentation du nourrisson (1900-1960)

Au Canada, comme en France et aux États-Unis, les premières interventions publiques en faveur de l'allaitement maternel surviennent vers la fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle, au sein d'un mouvement hygiéniste plus large. Elles sont alors justifiées par les taux préoccupants de mortalité infantile. L'historienne Denyse Baillargeon (2014) précise que l'attention quasi exclusive accordée par les médecins aux problèmes intestinaux (dont les diarrhées associées à l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons [PCN]) s'explique par le fait que ceux-ci étaient à peu près la seule cause sur laquelle ils croyaient pouvoir agir. L'« ignorance des mères » quant aux

³ Une version bonifiée de cette section a été acceptée pour publication dans le n° 135 de la *Revue des politiques sociales et familiales*.

PCN était perçue comme la cause principale de mortalité infantile, conduisant à négliger d'autres causes pouvant expliquer la non-adhésion aux consignes d'hygiène et de stérilisation (Desrosiers et Gaumer, 2006). De ce fait, les autorités de santé publique ont axé leurs interventions sur la prévention via l'éducation des mères. Le gouvernement fédéral canadien, qui privilégiait l'allaitement maternel, considérait qu'éduquer les mères sur les bénéfices de cette pratique pour la santé du nourrisson suffirait à les convaincre de l'adopter.

Dans le contexte post-Deuxième Guerre mondiale⁴, l'allaitement maternel a été dépeint comme un acte naturel, politique, moral et patriotique (Baillargeon, 2014 ; Nathoo et Ostry, 2009). Les médecins hygiénistes ont joué un rôle important dans la propagation de ce discours incitatif : « N'est mère qu'à moitié celle qui n'a pas nourri. Nourrir son enfant est le premier devoir d'une mère. L'allaitement maternel conserve la vie à 90 % des nourrissons. Jeune mère, nourrissez votre enfant. Il a droit à ce que vous lui continuez la vie que vous lui avez donnée. La race progresse sur les pieds des petits enfants » (Calendrier d'hygiène de 1924, cité dans Angers, 1998). Pourtant, comme le mentionnent plusieurs autrices (Baillargeon, 2004 ; Goulet, 2002), différents facteurs indirectement liés à l'alimentation pouvaient expliquer le taux de mortalité infantile (par exemple les conditions de vie insalubres, l'état des connaissances médicales, les défauts d'accessibilité aux services de soins de santé, l'absence d'installations sanitaires adéquates, etc.).

Grâce au respect de règles d'hygiène strictes, telles que la consommation de lait pasteurisé, le contrôle de la qualité du lait de vache, la stérilisation des biberons et tétines, et le lavage des mains avant la tétée, la mortalité infantile amorça une régression tandis que les taux d'allaitement maternel diminuaient progressivement dans toutes les classes sociales, et ce, malgré les efforts de promotion « nationaliste » de l'allaitement maternel entrepris par les médecins hygiénistes. Bien que le cursus universitaire des études en médecine de l'époque soutenait alors, en théorie, la supériorité de l'allaitement maternel, plusieurs théories, innovations et pratiques médicales remettaient indirectement en question les propriétés attribuées au lait maternel et la capacité de toutes les mères à allaiter avec succès (Nathoo et Ostry, 2009). À la faveur de ces tendances, les médecins des

⁴ Au Canada, entre 25 % et 50 % des mères allaitaient en 1950 (Nathoo et Ostry, 2009).

années 1950 et 1960, ne craignant plus la mort précoce des nourrissons associée à l'usage du biberon, se mirent à chercher ce qui pourrait remplacer le plus avantageusement possible le lait maternel. Jumelée à l'influence de diverses découvertes scientifiques sur la pratique médicale ainsi qu'à la commercialisation de produits de substitution du lait maternel, ces efforts ont favorisé la redéfinition des perceptions du lait maternel dans les termes d'une médicalisation. Paradoxalement, la médecine scientifique (« *science-based medicine* »), valorisant en principe l'allaitement, se faisait complice de son déclin en accordant une place importante aux substituts de lait maternel dans la pratique médicale (Apple, 1987).

1.1.2 Institutionnalisation de l'accouchement et mouvement de démedicalisation (1960-1980)

La période 1960-1980 voit coexister l'institutionnalisation de l'accouchement à l'hôpital et la démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement, deux mouvements contradictoires dont le deuxième répond directement au premier. Dans les années 1960, sauf parmi les femmes de certaines communautés autochtones, l'alimentation au biberon était maintenant pratique courante chez les mères canadiennes. D'ailleurs, cette méthode d'alimentation du nourrisson convenait davantage aux femmes, qui commençaient à entrer massivement sur le marché du travail (Goldin, 2006). Depuis quelques années déjà, la mortalité infantile n'était plus un problème majeur de santé publique. À titre comparatif, entre 1900-1904 et 1965-1969, le taux de mortalité infantile dans la ville de Montréal est passé de 274,7 à 19,9 cas pour 1 000 naissances (Gaumer, Desrosiers et Keel, 2002). Les médecins se désintéressèrent donc de l'alimentation du nourrisson pour se concentrer sur d'autres causes de mortalité infantile associées à l'accouchement à domicile et au suivi prénatal des femmes enceintes – telles que la prématurité, les malformations congénitales et l'insuffisance du poids à la naissance. C'est ainsi que les médecins firent de l'accouchement institutionnel leur nouvel objet de lutte.

Animée par les mentalités scientifiques du paradigme du risque, l'institutionnalisation de l'accouchement qui suivit mena à la prise en charge plus fréquente de la grossesse par la médecine scientifique et à la standardisation des procédures d'accouchement. De fait, elle affecta les conditions post-partum pour la mère et l'enfant,

dont les pratiques d'alimentation du nourrisson. En 1940, seulement 35 % des femmes accouchaient à l'hôpital tandis qu'en 1961, suite à la mise en place de l'assurance hospitalisation, la proportion passait à 97 %. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement augmenta considérablement l'influence des médecins et des infirmières en matière de soins des enfants, bien qu'ils fussent peu formés pour répondre aux questions entourant l'allaitement maternel. Puisque les femmes intéressées ne trouvaient personne pour les aider, ni chez les professionnels de la santé ni dans leur propre réseau social, cette perte de savoirs partagés sur l'allaitement peut-être de la conséquence la plus importante de la médicalisation de l'allaitement :

Scientific medicine, not women's lay knowledge, now guided the birth process. A lack of practical experience, coupled with unsympathetic hospital procedures, made breastfeeding a challenging prospect even for women who wanted to breastfeed. At a two-generation remove from a time when breastfeeding was the norm, many women had lost the skills and knowledge needed to breastfeed. As well, the values, beliefs, and social structure that had once supported breastfeeding had now been replaced.
(Nathoo et Ostry, 2009, p. 104)

De plus, dans les années 1960 et 1970, les pratiques hospitalières n'étaient pas favorables à l'allaitement maternel — accès restreint à l'enfant⁵, horaires stricts de prises de lait et suppléments donnés à l'enfant par le personnel — et entretenaient la représentation d'une équivalence entre les PCN et l'allaitement maternel. En effet, les messages véhiculés par les institutions hospitalières étaient ambigus puisque, d'un côté, on affirmait que l'allaitement maternel était le meilleur choix pour la santé de l'enfant et, de l'autre, on accordait plus de temps à la discussion des alternatives en plus d'offrir des échantillons gratuits de PCN aux nouveaux parents.

En réponse à la médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement dans le Canada d'après-guerre, des groupes féministes de « deuxième vague » revendiquèrent, à partir de la fin des années 1960 et tout au long des années 1970, une démedicalisation de la grossesse et de la naissance. Un nombre croissant de femmes s'opposait à la médicalisation de leur corps, à travers les enjeux de la contraception, de la sexualité, de l'accouchement et de la ménopause. Une vague de critiques dénonça,

⁵ Le nourrisson était placé dans une pouponnière (une chambre séparée de la mère où l'on retrouvait tous les bébés) et l'accès était « contrôlé » par les infirmières qui transportaient l'enfant vers sa mère aux heures de prises de lait.

notamment, l'inefficacité de la médecine et son effet iatrogène (ASPQ, 2019). La démedicalisation renvoie au processus par lequel on cesse de considérer qu'un phénomène relève du domaine médical ou qu'il devrait être défini en termes médicaux. Ces revendications prenaient forme dans le contexte plus large d'un mouvement pour la santé des femmes⁶ et d'un mouvement parallèle d'humanisation des soins à la naissance s'opposant, entre autres, aux violences obstétricales. Ces revendications de démedicalisation émanaient surtout de féministes radicales, qui luttaient pour l'autodétermination, la réappropriation et le contrôle par les femmes de leur corps. En réaction à la dépossession des femmes de leur allaitement, la démedicalisation est donc perçue par ce mouvement comme un moyen de libération face à l'autorité médicale et scientifique (Dumont et Toupin, 2011).

La Leche League fut l'un des organismes-clés de la mobilisation promouvant le retour à l'allaitement maternel au Canada entre 1960 et 1980, et ce, en adoptant une perspective plus maternaliste et expérientielle, c'est-à-dire centrée sur le vécu d'allaitement des mères comme une expérience positive et unique. *La Leche League* fut fondée en 1956 par un groupe de sept mères de Chicago. Une branche canadienne vit le jour dès 1961. En 1965, on comptait cinq groupes de *La Leche League* au Québec, en Ontario et en Alberta. L'organisation prit rapidement de l'expansion et, en 1976, on comptait 140 groupes à travers le Canada (Nathoo et Ostry, 2009). Valorisant l'expérience des femmes allaitantes en soi plutôt que les seules propriétés bénéfiques du lait maternel, *La Leche League* avait, et a toujours, comme objectif de fournir soutien et encouragement aux femmes désirant allaiter en fournissant des informations de mère à mère. L'allaitement est perçu comme un « art de femme »⁷ et non pas un enjeu médical. De ce fait, *La Leche League* remettait en question la médecine scientifique et les avancées technologiques qui nuisaient à l'allaitement maternel. L'organisme souhaitait rediriger les efforts sur l'importance de

⁶ Dans un chapitre intitulé « Le mouvement pour la santé des femmes », Francine Saillant (1985) décrit comme suit le passage souhaité de la médicalisation à l'auto-santé : « Ce mouvement privilégie l'auto-santé comme principe de sa réflexion et de son action. Il cherche avant tout l'appropriation des connaissances par les groupes, le partage de ces dernières entre ses membres, la remise en question de toute forme de pouvoir en matière de santé et, aussi, la genèse d'un mode de connaissance du corps et de la santé qui serait propre aux usagères ».

⁷ « Womanly art » est l'expression anglaise tirée d'un manuel publié par *La Leche League* pour la première fois en 1958, intitulé *The Womanly Art of Breastfeeding*.

l'expérience et les savoirs des femmes concernant les pratiques d'allaitement. Comme cette approche se distinguait fortement des discours médicaux, l'organisme était vu par la plupart des médecins comme « radical », mais cette perception se modifia lorsqu'un partenariat entre le gouvernement fédéral, la Société pédiatrique canadienne et *La Leche League Canada* permit de lancer une campagne nationale de promotion de l'allaitement maternel en 1979 (Nathoo et Ostry, 2009). Cette campagne visait toutes les femmes et n'avait pas comme but de favoriser l'allaitement maternel, mais plutôt de s'assurer que les mères qui le choisissaient avaient les informations nécessaires pour le réussir. Par ce partenariat, le gouvernement canadien répondit, en partie, au mouvement qui s'intensifiait pour l'humanisation des naissances et la tendance du retour à l'allaitement qui y était associée.

1.1.3 La « redécouverte » de l'allaitement maternel (1980-aujourd'hui)

Pour qu'un tel partenariat soit mis sur pied lors d'une campagne de promotion de l'allaitement maternel alors que la mortalité infantile n'avait jamais été aussi basse et les alternatives au lait maternel aussi sécuritaires, il aura fallu que la science « redécouvre » l'allaitement maternel et ses bénéfices en plus de reconnaître les connaissances pratiques des femmes dans ce domaine. Toutefois, comme le soulignent Tasnim Nathoo et Aleck Ostry (2009), les autorités médicales ne « redécouvrirent » les bienfaits de l'allaitement qu'après un accroissement fulgurant des taux d'initiation à l'allaitement maternel. Le mouvement de démedicalisation avait déjà eu des répercussions sur les pratiques des femmes et l'intérêt était grandissant pour un retour à l'allaitement. Bien qu'ils aient possiblement consolidé ce retour à l'allaitement maternel en s'appuyant sur une « autorité médicale », les efforts officiels de promotion n'auraient pas provoqué la tendance, mais plutôt suivi l'élan du mouvement de démedicalisation (Chumova, 2014). Notons en outre que les efforts des autorités de santé publique se concentrèrent sur le soutien et la protection de l'allaitement, plutôt que sur sa seule promotion.

Cette « redécouverte » des bienfaits de l'allaitement maternel par la médecine scientifique dans le dernier quart du XX^e siècle fut également appuyée par la psychologie et la psychanalyse. Tout d'abord, le discours psychanalytique hérité de Sigmund Freud contribua à renouveler l'idée de place centrale de la mère dans la famille ainsi qu'à

revaloriser l'allaitement. Suivant cette théorie, l'allaitement maternel se présente comme la première preuve d'amour de la mère pour son enfant et cette première relation, établie avec la mère, fournit les bases pour toutes les relations affectives et sociales ultérieures de l'enfant. Mélanie Klein, psychanalyste britannique d'origine autrichienne, affirme qu'« *en psychanalyse, on découvrira toujours, chez des personnes qui ont été élevées [au biberon], un désir profond du sein qui n'a jamais été satisfait. Il est permis de dire que, d'une façon ou d'une autre, leur développement aurait été différent et meilleur s'il avait bénéficié d'un allaitement réussi* » (Klein, cité dans Badinter, 1980, p. 319). Notons aussi l'influence exercée par le concept d'attachement (« *bonding* ») sur la perception de l'allaitement maternel, en tant que clé d'un lien mère-enfant conçu comme essentiel pour l'enfant. Évoquons à cet effet les travaux du psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby durant les années 1950 et 1960, penchés sur le besoin de contact qu'éprouverait l'enfant envers sa mère pour se sentir en sécurité et développer un lien d'attachement.

Ces théories et concepts tendent à s'arrimer à l'idéologie de la « bonne mère » et donc à la culpabilisation des « mauvaises mères » qui refuseraient l'allaitement à leur enfant, à titre de pièce constitutive de son développement psychologique. Si ce discours marque un changement radical, celui-ci concerne moins les connaissances médicales que la perception de l'allaitement maternel comme un devoir moral, naturel et biologique de la mère. Ce devoir est pensé comme allant au-delà des bienfaits du lait pour l'enfant et valorisant le lien affectif entre la mère et l'enfant.

1.1.3.1 Les stratégies internationales

Depuis 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du nourrisson, puis de le poursuivre jusqu'à deux ans ou plus en l'accompagnant des aliments complémentaires appropriés. Ces recommandations sont relayées par les autorités de santé publique internationales et ont été émises en réaction à des taux de mortalité infantile alarmants en Afrique (Nathoo et Ostry, 2009).

Les recommandations de l’OMS ont eu un impact considérable au Canada. Entre 1960 et 2012, l’augmentation des taux d’initiation à l’allaitement maternel y est passé de moins de 30 % à 89 % (Gionet, 2013)⁸. Cette augmentation résulterait, entre autres, des stratégies internationales de promotion de l’allaitement maternel, telles que la *Déclaration « Innocenti » sur la protection, l’encouragement et le soutien de l’allaitement maternel* (1990) et la *Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (2003). Depuis la seconde moitié du 20^e siècle, ces protocoles internationaux impliquant le Canada se concentrent sur l’éducation des mères aux bénéfices de l’allaitement pour l’enfant, l’adoption de pratiques hospitalières favorisant l’initiation à l’allaitement maternel et le contrôle du marketing de l’industrie de l’alimentation artificielle, en particulier quant à la distribution de PCN dans les hôpitaux. Sur la voie visant à protéger, soutenir et promouvoir l’allaitement maternel, voire à créer une « culture de l’allaitement », le Canada a progressivement endossé ces stratégies entre 1980 et la fin du siècle.

Au Québec, l’*Initiative Amis des Bébé*s (IAB), une certification développée conjointement par l’OMS et l’UNICEF en 1991, est recommandée par le *Comité sur les lignes directrices provinciales en matière d’allaitement maternel* (MSSS, 2001), le *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et la *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008). Pour recevoir cette certification, les intervenantes des divers établissements de services de santé et de services sociaux doivent faire la promotion de l’allaitement. Aussi, les établissements doivent respecter les *Dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel*⁹, respecter le *Code international de commercialisation des substituts de lait maternel*¹⁰ et avoir un taux d’allaitement exclusif égal ou supérieur à 75 % lors du séjour à l’hôpital de la mère et de l’enfant suite à la naissance (MSSS, 2001). À titre comparatif, en 1998, un seul hôpital canadien était certifié « Ami des bébés » et il était situé dans la province de Québec. En 2014 le seul Québec comptait 84 établissements reconnus « Amis des bébés » : soit 6 maisons de naissance, 6 hôpitaux, 71 centres locaux de services communautaires (CLSC) et 1 centre de santé (MSSS, 2014).

⁸ Voir Laura Haiek et al. (2007) pour approfondir ce changement dans les taux d’allaitement au Québec.

⁹ Les dix conditions sont reproduites dans l’annexe A.

¹⁰ Le code est reproduit dans l’annexe B.

1.1.3.2 La santé publique, une entreprise normative

Dans ce contexte, les bénéfices nutritionnels et immunologiques de l'allaitement pour l'enfant sont systématiquement mis de l'avant par les professionnelles de la santé pour encourager les mères à suivre ces recommandations de santé publique. Ce discours dominant présente toute alternative à l'allaitement comme « risquée » pour l'enfant. Tout comportement maternel qui semble augmenter le risque, même minimal, de maladies ou autres désavantages pour l'enfant a le potentiel d'attirer le blâme sur la mère (Murphy, 2000). En d'autres termes, on attend des mères qu'elles minimisent les risques menaçant la santé de leur nourrisson et qu'elles se conforment aux exigences se rapportant au statut social de « bonne mère » en allaitant selon les recommandations de la santé publique (Afflerback, Carter, Anthony et Grauerholz, 2013). Ceci sous-entend que les mères doivent se conformer aux prescriptions des autorités de santé si elles ne veulent pas être perçues, et se percevoir elles-mêmes, comme des mères irresponsables ou de « mauvaises mères ». Ainsi, les discours institutionnels entourant l'allaitement maternel sous-tendent des arguments qui sont à la fois de nature médicale et morale.

Dans « La théorie queer et les revers de la promotion de l'allaitement », Marjolaine Héon et Patrick Martin (2013) examinent les conséquences perverses du mouvement de régulation qu'engendrent les discours promouvant l'allaitement. « La sédimentation des normes du genre féminin en contexte de maternité, la fabrication de phénomènes sociaux tels que la “bonne mère” ainsi que la définition de l'identité maternelle à partir d'idéaux socioculturels sont les possibles effets pernicioeux de la promotion de l'allaitement maternel » (Héon et Martin, 2013 : 15). Cette autorégulation témoignerait du pouvoir que certains discours parviennent à exercer sur les individus, contribuant à la « normalisation » de comportements particuliers au détriment d'autres, qui deviennent marginaux, voire décriés. Dans ce contexte, l'utilisation de PCN ou l'arrêt « précoce » de l'allaitement est ressenti par certaines mères comme un échec qui « contribue à remettre en question leur identité de mère et leur capacité d'être une “bonne” mère » (Bayard, 2012 : 55). Le souci

de favoriser l'allaitement maternel chez celles qui désirent allaiter conduirait donc « insidieusement à des effets pervers, dans la mesure où un discours trop monolithique de promotion de l'allaitement peut s'avérer inadapté auprès de certaines femmes, et surtout culpabilisant auprès de certaines autres » (Gojard, 2003 : 137).

Ainsi, en s'arrimant au discours dominant sur la maternité, la posture présentant le non-allaitement comme un risque s'apparente à une entreprise de contrôle social des mères dans leurs pratiques d'alimentation du nourrisson. Dans un tel discours, on balaye du revers de la main la réalité de l'ambivalence maternelle. Pourtant, les difficultés physiques rencontrées par les femmes allaitantes, telles que le sentiment de vulnérabilité physique, la douleur¹ et l'inconfort peuvent constituer des barrières insurmontables pour certaines mères, notamment celles qui ne parviennent pas à avoir accès à un soutien adéquat (Kelleher, 2006). Ces barrières apparaissent infranchissables surtout lorsqu'elles sont conjuguées à un dispositif de promotion de l'allaitement qui infantilise les femmes en négligeant de leur présenter la diversité des expériences d'allaitement, plutôt que de les informer adéquatement, par crainte que la réalité puisse les décourager de tenter l'expérience (Bayard et Chouinard, 2014; Leurer et Misskey, 2015). En ce sens, la sociologue Chantal Bayard (2012) a démontré que l'épuisement, la douleur, la dépression, la perte d'identité, l'impression d'être limitée dans ses mouvements, les difficultés liées à l'environnement social, culturel et matériel — manque de soutien de l'entourage, de ressources financières et malaise quant à l'allaitement en public — sont des thèmes peu abordés dans le discours de promotion de l'allaitement maternel tenu par les professionnelles de la santé québécoises.

Dans la mesure où l'allaitement maternel est représenté dans les discours de promotion comme « naturel », par exemple, celles qui rencontrent des difficultés en viennent vite à culpabiliser, voire à mettre en doute leurs capacités maternelles et l'affection qu'elles portent à leur enfant. La culpabilité ressentie en rencontrant des difficultés d'allaitement témoignerait de l'intériorisation par certaines mères de cette obligation morale et des enjeux identitaires sous-jacents (Dubé, 2016 ; Moreau, Tahon, et Daigle, 2010 ; Ryan, Bissell et Alexander, 2010), tant est persuasive l'injonction appelant à fournir « ce qu'il y a de mieux » à l'enfant. La réalité construite par ce dispositif de

promotion de l'allaitement ne tient pas compte de la spécificité des besoins et des aspirations de toutes les mères. De ce fait, le discours véhiculé par la santé publique et les professionnelles de la santé du Québec n'est pas moralement neutre :

Les informations choisies témoignent plutôt d'un parti pris en faveur de l'allaitement maternel, tant sur le plan national qu'international, contribuant, d'une part, à la construction idéalisée de cette pratique et, d'autre part, au renforcement de l'idée que l'allaitement est le comportement rationnel à adopter par une mère responsable présentée généralement comme une « bonne » mère. (Bayard, 2012 : 67-68)

Cela a poussé plusieurs analystes à voir dans ce dispositif promotionnel un outil de persuasion et de coercition sociale, plutôt qu'un outil éducationnel permettant aux mères de faire un choix libre et éclairé (Bayard, 2012 ; Héon et Martin, 2013).

De plus, l'application générale et systématique d'un seul modèle d'allaitement, soit l'allaitement maternel exclusif, s'est construite sur des données physiologiques relatives aux propriétés du lait maternel. De ce fait, la prémisse est que l'allaitement est bon pour toutes les femmes et tous les bébés. Pourtant, dans tous les pays développés, ce sont les femmes du même « profil » qui allaitent davantage selon ces modalités. Elles ont généralement plus de trente ans, appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle élevée, exercent une profession, ne fument pas, suivent les cours de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, et bénéficient d'un long congé maternel (Debonnet-Gobin, 2005). La vision de l'allaitement ainsi construite se base sur celle vécu par les femmes américaines ou européennes, hétérosexuelles, de classe favorisée et évoluant au sein de familles nucléaires (Turcotte, 2006). Or, en tenant compte des rapports sociaux inégalitaires, toutes les femmes ne sont pas également susceptibles de répondre à l'image idéalisée de la « bonne mère » telle que déterminée par les critères évoqués au long de cette section. Là où les discours dominants sur l'allaitement peuvent s'avérer gratifiants pour les unes, ils peuvent être oppressants pour les autres. Plusieurs autrices (Blum, 1999 ; Collins, 1994 ; Glenn, 1994) critiquent cette vision universaliste, précisant qu'elle ne s'applique pas à tous les contextes. Les réalités de la maternité et de l'allaitement sont des expériences plus ambivalentes et complexes que ne le laissent entendre les discours institutionnels. Quoiqu'il en soit, ces discours dominants participent du contexte décisionnel avec lequel composent les femmes en matière d'alimentation du nourrisson et ils affectent par la suite leur vécu de l'allaitement ou du non-allaitement.

1.2 La problématique

1.2.1 Le discours de promotion de l'allaitement au Québec au moment de mener la recherche

Ce qui précède constitue le contexte de construction des normes de santé publique et des autres normes sociales (véhiculées par les membres de la famille, les amis et les médias) encadrant la pratique de l'allaitement au Québec. Des normes sociales qui ne concernent pas directement l'allaitement entrent en contradiction avec les directives de santé publique et viennent freiner sa pratique. Ces normes sociales, qui envisagent l'allaitement comme moral quand il n'est pas choisi et sexuel quand il est pratiqué en dehors des espaces privés — parfois même à l'intérieur de ces espaces —, imposent une double contrainte aux pratiques d'allaitement. Ceci fait en sorte que certaines femmes se retrouvent en butte à l'une ou l'autre de ces contraintes, quel que soit le comportement qu'elles décident d'adopter. Ainsi, les décisions quant à l'alimentation du nourrisson se prennent dans un climat où l'on valorise l'allaitement au point d'y voir une obligation morale, mais où l'on fait peu pour le soutenir en dehors des établissements reconnus. En somme, le discours de promotion de l'allaitement maternel a essuyé de nombreuses critiques. On lui a reproché une vision monolithique de l'allaitement manquant de neutralité morale, qui se révèle culpabilisant dans beaucoup de cas.

Prenons l'exemple du thème du « libre choix ». Pour certaines mères, en effet, le choix qu'on prétend leur offrir n'en est pas un (de Montigny, 2014), dans la mesure où « le discours de promotion de l'allaitement s'objectivise (sic) en créant un cadre normatif contraignant dans lequel doivent s'inscrire toutes les mères, quels que soient leur réalité, leurs désirs, leur possibilité ou leur impossibilité d'allaiter » (Héon et Martin, 2013 : 21). Suivant la logique qu'il propose, lorsqu'une mère est bien informée, l'allaitement est le « bon » choix, le seul choix « rationnel » et « moral » au vu des bénéfices pour la santé de l'enfant. Ce faisant, il offre moins un choix qu'il érige un modèle de « bonne maternité » dans lequel les types de méthodes d'alimentation du nourrisson sont hiérarchisés. Il exprime l'idée suivant laquelle la société attend des mères qu'elles minimisent les « risques » de santé potentiels pour leur enfant en allaitant conformément aux

recommandations de la santé publique, y voyant un signe marquant le statut social de la « bonne mère » (Carter, 1995; Law, 2000; Murphy, 2000; Gojard, 2003; Kukla, 2006; Moreau, Tahon, et Daigle, 2010; Wolf, 2010 ; Bayard et Chouinard, 2014; Méthot, 2016).

1.2.2 Les deux objectifs de recherche principaux et les questions qui leurs correspondent

Si les paradoxes d'un tel discours ont pu être mis en évidence par plusieurs chercheuses, le point de vue des principales intéressées demeure peu documenté. Quelles sont les attentes des mères face à l'allaitement maternel et comment vivent-elles cette expérience ? De quelles manières les représentations sociales de l'allaitement peuvent façonner le « projet » d'allaitement des femmes enceintes et leur vécu ? Pour répondre à ces questions, je m'intéresserai dans cette thèse au vécu subjectif des femmes face aux écarts possibles entre leurs aspirations initiales (la décision d'allaiter ou non, les modalités de l'allaitement en termes de durée et d'exclusivité, les préconceptions et motivations) et leurs réalités d'allaitement. Cette manière de procéder, pour ce premier volet de la recherche, permettra d'identifier les écarts entre les aspirations initiales et les expériences vécues de même que les éventuelles désillusions.

De plus et comme je l'ai laissé entendre plus haut, il est vraisemblable que la rhétorique du choix cache les réalités sociales marquant les expériences des femmes par rapport à l'allaitement, dont les facteurs structurels :

The focus on choice in public health promotion of breastfeeding, a focus created by educational messaging concerning the health contributions of breastfeeding without attention to the differing and difficult contexts that define women's lives, does little to acknowledge how race and class dynamics affect maternal infant feeding decisions. Choice paradigms tend to lump all women together in one category and define good or bad decisions according to their alignment with public health goals. [...] Choices paradigms, in other words, implicitly imagine women as white and middle-class, with the typical resources available to realize individual goals. (Smith, Hausman et Lobbok, 2012 : 5-6)

En fait, les femmes font face à différents obstacles socialement différenciés. Considérant que les femmes ne proviennent pas des mêmes milieux sociaux, n'ont pas les mêmes aspirations d'allaitement et ne rencontrent pas les mêmes obstacles, il s'avère important de se questionner sur la manière dont les différences sociales peuvent façonner de façon inégalitaire le vécu de l'allaitement maternel des femmes. En s'intéressant aux inégalités

dans le vécu de l'allaitement maternel, ce deuxième volet de la recherche répond à la question suivante : comment le positionnement social des femmes le long de divers axes d'oppression sociale (tels que la « race », la classe et le genre) différencie-t-il leurs aspirations en termes d'allaitement et les contraintes auxquelles elles font face pour réaliser ces aspirations ? Pour en rendre compte, je m'intéresserai également aux inégalités sociales dans la manière dont les normes d'allaitement sont vécues. La littérature en dit peu sur la manière dont s'articulent les rapports sociaux inégalitaires à l'œuvre dans les mécanismes de construction du vécu de l'allaitement. Pour étudier ces inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement, je propose une approche intersectionnelle. Cette approche consiste à se pencher sur l'interaction de différents types de rapports sociaux « dans la production et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009a : 70) – plutôt que d'analyser sous l'angle d'un seul rapport, ou de concevoir la relation entre rapports en les additionnant ou en les multipliant. Cette perspective renouvelle entre autres l'enjeu de la co-construction des rapports sociaux de sexe/genre, de classe et de « race » pour explorer le vécu de l'allaitement. L'objectif de ce volet de la thèse est de mieux saisir l'articulation de multiples rapports sociaux inégalitaires et l'impact de cette articulation sur le vécu de l'allaitement maternel.

1.3 Organisation de la thèse

La suite de la thèse s'organise comme suit. Le chapitre 2 se consacre à la revue de la littérature sur les contraintes à l'allaitement, en mettant au jour les limites des pratiques d'allaitement et ce qui peut faire de lui une obligation morale. Sont ensuite discutés les trois principaux thèmes qui en émergent. Ces thèmes sont : les représentations et normes sociales relatives à l'alimentation du nourrisson, les barrières et privilèges socialement différenciés dans les pratiques d'allaitement ainsi que la diversité des expériences d'allaitement et de non-allaitement qui en découle.

Cette revue de la littérature permet de dégager certaines pistes de réflexion. Dans le chapitre 3, les questions et les objectifs de recherche sont formulés à partir des lacunes dans la littérature identifiées au chapitre précédent. Après quoi un cadre théorique et conceptuel est élaboré en suivant l'objectif prioritaire d'éclairer la co-construction des

rapports sociaux dans la production et la reproduction des inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement maternel. Le cadre retenu s'appuie sur le constructivisme social, particulièrement l'approche intersectionnelle.

Dans le chapitre 4, le cadre méthodologique et les perspectives épistémologiques sont abordés. Les trois volets de la collecte de données sont détaillés : 1) suivi longitudinal auprès des femmes enceintes/mères ; 2) observation lors de cours prénataux de préparation à l'accouchement et à l'allaitement et 3) entretiens semi-dirigés avec des professionnelles de l'allaitement. Par la suite, la procédure de recrutement des femmes enceintes et des professionnelles de l'allaitement est présentée. Une description de l'échantillon des mères, de celui des professionnelles et de la méthode d'analyse retenue est proposée. Ce chapitre présente également la posture épistémologique adoptée ainsi que ma positionnalité, en portant attention à l'impact de cette dernière sur la collecte des données et sur ma conception des savoirs produits dans cette thèse.

Les chapitres 5 et 6 présentent les résultats. Ils établissent les bases des représentations et pratiques des femmes rencontrées entourant l'allaitement, en portant attention au contraste entre les anticipations prénatales et le vécu postnatal.

Le chapitre 5 expose les résultats pour la période prénatale. J'y explore, tout d'abord, les aspirations initiales des femmes rencontrées quant à leur décision en matière d'alimentation du nourrisson (allaiter ou non) ainsi que les modalités de l'allaitement envisagé (durée et exclusivité). J'aborde aussi leurs motivations et leurs appréhensions. Le chapitre se conclut sur l'identification des dix principales préconceptions des participantes de l'étude sur l'alimentation du nourrisson.

Le chapitre 6 présente les résultats pour la période postnatale, c'est-à-dire les réalités d'allaitement. J'y détaille les pratiques effectives des mères, ce qui permet de mettre en évidence les écarts par rapport aux aspirations initiales abordées dans le chapitre précédent.

Le chapitre 7 revient sur certains cas pour les analyser à travers le prisme intersectionnel. La visée de ce chapitre est de comprendre comment les aspirations et les réalités postnatales en matière d'allaitement se sont construites selon la positionnalité des

femmes. Pour y arriver, je procède à la triangulation des données recueillies auprès des mères et auprès des professionnelles de l'allaitement. Les analyses explorent les contraintes liées aux rapports de sexe/genre, à l'immigration, au statut socio-économique, à l'ethnicité et à la « race ». Une fois les principales contraintes déconstruites selon les rapports sociaux, l'approche intersectionnelle permet d'affiner l'analyse des réalités des femmes de l'étude.

Finalement, le chapitre 8 propose une synthèse des résultats, discute les limites de la recherche et offre des pistes de recherche future.

PREMIÈRE PARTIE : Aspects théoriques, méthodologiques et épistémologiques

CHAPITRE 2. État des connaissances

L'allaitement maternel, contrairement à d'autres activités liées à la reproduction comme la grossesse ou l'accouchement, reste peu exploré en sciences sociales (Aubin, 2018 ; Charrier et Clavandier, 2013 ; Clavandier et Charrier, 2015 ; Carricaburu, 2007 ; Gagnon, 2017 ; Jacques, 2007, 2010 et 2016 ; Laurendeau, 1983 ; Martin, 2003 ; Quéniart, 1988 ; Rivard, 2014). La littérature scientifique sur l'allaitement maternel provient de manière dominante des sciences de la santé (épidémiologie, santé publique, psychologie, nutrition, médecine, sciences infirmières, etc.). Ces études se concentrent globalement sur deux enjeux : l'identification des bénéfices-santé pour l'enfant allaité et la mère allaitante (Horta, 2019 ; Turck et al., 2005) et l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs à l'allaitement (Bai et al., 2017 ; Bell et al., 2012 ; Benoit, 2012 ; Caillavet et al., 2014 ; De Jager et al., 2014 ; Dubois et Girard, 2003 ; Girard et al., 2016 ; Huet et al, 2016 ; Johnston et Esposito, 2007 ; Meedya, Fahy et Kable, 2010 ; Semenic, 2005 ; Tendel et al., 2012). Le premier enjeu informe sur le contenu de la principale norme en matière d'allaitement, sur laquelle se construit une part des attentes envers les mères, c'est-à-dire les justifications de l'allaitement au regard du bénéfice qu'il représente pour la santé de l'enfant. Les connaissances sur le deuxième enjeu renvoient au fait que toutes les femmes ne vivent pas les mêmes barrières à l'allaitement, ce qui est nécessaire pour penser son vécu socialement différencié.

Ce chapitre se focalisera sur le second enjeu, soit l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs à l'allaitement. Un large pan de la littérature scientifique a dégagé les relations causales entre les caractéristiques sociodémographiques des mères et leurs pratiques d'allaitement pour comprendre les barrières et les facilitateurs de l'allaitement, en accentuant l'initiation, la durée et l'exclusivité¹¹. Ces études s'inscrivent souvent dans le discours sur les risques du non-allaitement. Les relations mises de l'avant dans ces études quantitatives sont décrites en termes de « facteurs de risque » ou « facteurs de protection »,

¹¹ Prenons l'exemple du Canada en ce qui concerne l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. Actuellement, au Canada, le fait de détenir un diplôme d'études postsecondaires, de faire partie du quintile le plus élevé concernant le revenu du ménage, d'être mariée ou d'avoir un conjoint de fait, d'être non-autochtone ou d'être âgée entre 35-55 ans ; tous ces « facteurs » sont en corrélation avec l'allaitement exclusif jusqu'à six mois post-partum (ESCC, 2009-2010, cité par Santé Canada, 2012).

puisque le non-allaitement est considéré, par les professionnelles de la santé et les autorités de santé publique, comme un comportement maternel mettant à risque la santé de l'enfant. L'apport de ce type de recherches est principalement de fournir une vue d'ensemble des tendances d'allaitement, ce qui permet par exemple de dégager les éventuels écarts entre différentes populations – groupes raciaux ou ethniques, niveaux de revenu ou de scolarité, selon les caractéristiques des mères, etc. (Burdette, 2013 ; Chin, Myers et Magnus, 2008 ; Flacking, Dykes et Ewald, 2010 ; Griffiths, Tate et Dezateux, 2005 ; Kersuzan et al., 2014 ; Tenfelde, Finnegan, Miller et Hill, 2012).

Dans ce chapitre, je vise à donner une idée globale de la littérature scientifique sur les contraintes à l'allaitement, pensées comme ce qui peut limiter les pratiques d'allaitement *et* ce qui peut les rendre moralement obligatoires. Il s'agit d'exposer les connaissances sur les contraintes sociales, idéologiques, économiques, matérielles et politiques à l'allaitement. La recension des écrits a fait ressortir quatre thèmes principaux. Ces thèmes, qui s'avèrent transdisciplinaires, ont été dégagés par induction après analyse des documents sélectionnés. Ces thèmes sont : les représentations et normes sociales relatives à l'alimentation du nourrisson (2.1), l'influence du réseau dans la prise de décision et la mise en pratique de l'allaitement (2.2), les barrières et privilèges socialement différenciés (2.3), ainsi que la diversité des expériences d'allaitement et de non-allaitement qui en découle (2.4).

2.1 Représentations et normes sociales relatives à l'alimentation du nourrisson

De nombreuses représentations sociales et normes entourent l'alimentation du nourrisson. Les autorités de santé publique et les professionnelles de la santé ne sont pas les seuls véhicules diffusant des normes sur l'allaitement. Les femmes sont exposées à un ensemble de normes diverses et à des influences autres que le milieu médical dans leur réseau social (Marshall, Godfrey et Renfrew, 2007). Les médias diffusent aussi des normes entourant l'alimentation du nourrisson. À cet égard, plusieurs études (Desrochers, 2012 ; Desrochers et Renaud, 2014 ; Foss, 2010 ; Foss et Blake, 2019 ; Frerichs, Andsager, Campo, Aquilino et Dyer, 2006) montrent que les messages médiatiques concernant l'alimentation du nourrisson changent en fonction de l'idéologie dominante de l'époque.

Pour qualifier ce contexte actuel hautement favorable à l'allaitement, Courtney Jung (2015) propose la notion de « lactivisme ».

Certaines normes sociales viennent tout de même s'opposer aux recommandations de la santé publique et nuire à la pratique de l'allaitement maternel : les attitudes sociales face à l'allaitement en public, la perception que l'allaitement maternel puisse être un obstacle à l'implication du père et à sa relation avec l'enfant, la sexualisation du corps des femmes, les inquiétudes des femmes quant aux potentiels changements de leur corps et de leur sexualité, etc.

Au final, plusieurs facteurs sociaux, depuis le réseau familial jusqu'aux interactions avec les professionnelles de la santé, influencent la manière qu'ont les mères de négocier leurs pratiques d'alimentation des nourrissons (Head, 2017).

2.1.1 La nature

L'allaitement est souvent considéré naturel. Cette représentation sociale contribue à l'idéalisation de l'allaitement. Iain Williamson et al. (2012) identifient l'écart que de nombreuses femmes allaitantes éprouvent entre leur expérience difficile d'allaitement et la construction sociale de l'allaitement comme étant un acte « naturel » et donc, « simple ». Plusieurs études (Faircloth, 2017 ; Marshall, Godfrey et Renfrew, 2007 ; Martucci et Barnhill, 2018) confirment la prédominance des thèmes liés à la nature dans les discours portant sur l'allaitement. Dans son analyse du discours, Glenda Wall (2001) note la prépondérance des thèmes liés à la nature dans la littérature éducative et promotionnelle canadienne sur l'allaitement. Elle soutient que l'idéologie de la nature et la notion d'instinct maternel qui y prévalent tend à rendre invraisemblable que les femmes puissent « réellement » éprouver des problèmes d'allaitement. De ce fait, il serait ardu, voire impossible, d'accepter et de parler de ses difficultés d'allaitement.

2.1.2 La santé

Étant donné que les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant dominent la littérature scientifique en sciences de la santé, il n'est pas surprenant que cette idée soit

répandue parmi les parents. Par exemple, dans la brochure canadienne à l'intention des parents, intitulée *10 bonnes raisons d'allaiter votre enfant* (ASPC, 2009), les éléments nutritifs et la protection de la santé de l'enfant occupent le premier rang tandis que le deuxième porte sur le développement cognitif de l'enfant. Ce discours sur l'allaitement à titre de « meilleur choix pour la santé de l'enfant » fait partie des stratégies mobilisées explicitement et implicitement pour persuader les mères d'opter pour cette pratique.

Des recherches sociologiques s'intéressent à cette reprise des discours sur la santé par les mères. Dans l'article « *What Science Says is Best* » : *Parenting Practices, Scientific Authority and Maternal Identity*, Charlotte Faircloth (2010b) s'intéresse à la manière dont les « preuves scientifiques » sont mobilisées dans les récits des mères concernant leur décision d'allaiter à long terme. En tant que connaissance faisant autorité, les femmes utilisent la « science » lorsqu'elles parlent de leur décision d'allaiter à long terme, pour défendre une pratique non-conventionnelle en soutenant qu'il a été « prouvé » qu'elle est la plus « saine », la « meilleure » ou la plus « adaptée » pour l'enfant. Cette étude montre que la « scientisation » de l'allaitement ne se limite pas aux recommandations de santé publique ou à la littérature scientifique, mais qu'elle est aussi interprétée, internalisée et mobilisée par certaines mères. D'une façon similaire, Lula Mecinska (2018) montre comment les lactivistes¹² en ligne se réapproprient preuves et discours biomédicaux pour valoriser l'allaitement maternel. Le recours à ces preuves et discours permet en outre aux femmes de se sentir autorisées à jouir de certains droits – notamment pour l'obtention de congés de maternité payés ou arriver à combiner allaitement et travail salarié).

2.1.3 La bonne mère allaitante

L'association entre l'image de la « bonne mère » et l'allaitement est fortement présente dans la littérature (Bayard, 2008 ; Carter, 1995 ; Hardison-Moody, 2017 ; Jung, 2015 ; Knaak, 2010 ; Lee, 2008 ; Murphy, 1999 ; Spencer, Wambach et Domain, 2015). L'allaitement a souvent été analysé comme un comportement socialement imposé par le biais du construit de la « bonne mère » allaitante et travail moral (« *moral work* ») y étant associée (Ryan, Bissell et Alexander, 2010 ; Wall, 2001). Le dispositif de promotion de

¹² Activistes défendant les droits des personnes allaitantes.

l'allaitement en viendrait à contraindre les femmes à se conformer à l'image de la « bonne mère », sous peine de sanctions sociales et de nécessité de se justifier en cas de comportement déviant (Murphy, 1999). La pression sociale relative à l'allaitement ressentie par les mères peut s'exprimer sous forme d'expression d'un jugement moral porté sur leur choix de mode d'alimentation, s'il n'est pas l'allaitement exclusif (Hunt et Thomson, 2017).

Dans la littérature féministe, plusieurs autrices considèrent l'allaitement (particulièrement exclusif, à la demande et prolongé) comme un élément crucial de la « maternité intensive » (Afflerback et al., 2013 ; Hanser et Li, 2017; Lee, 2008). La maternité intensive présente non seulement l'enfant comme central dans la vie de la mère, mais décrit également le rôle maternel comme une dévotion complète, orientée vers le développement du plein potentiel de l'enfant. La sociologue Sharon Hays (1996), à l'origine du concept, l'explique en trois temps. Premièrement, la maternité intensive implique de considérer la mère comme le parent principal. Deuxièmement, un tel maternage exige beaucoup de temps, d'énergie et de ressources matérielles dédiées à l'enfant. Troisièmement, la mère considère que le maternage est plus important que son travail rémunéré (Porter et O'Reilly, 2005). Cette conception de la maternité s'arrime à la notion de « sacrifice au féminin » présenté par Élisabeth Badinter (2010). D'ailleurs, dans l'étude exploratoire de Chantal Bayard (2008), l'analyse des représentations sociales de l'allaitement maternel chez onze Québécoises enceintes de leur premier enfant qui manifestaient le désir d'allaiter met de l'avant le discours qu'« être une mère, c'est faire passer les besoins de l'autre avant les siens », rhétorique de base de la « maternité intensive ». Même si elles étaient convaincues de la nécessité d'allaiter, les participantes de cette étude s'entendaient pour dire que l'allaitement demande une grande disponibilité physique et mentale.

La sociologue Linda Blum (1999) est la première à mettre en évidence des différences sociales dans les significations et le vécu de l'allaitement par classe et par « race ». Cette autrice a mené des entretiens en profondeur auprès de mères de l'organisme

*La Leche League*¹³. Elle mentionne que les femmes blanches de classe défavorisée de son étude aspiraient à « maternité intensive », dans un contexte où celle-ci était fortement véhiculée par *La Leche League*. Pour les femmes blanches de classe défavorisée, l'écart entre leurs aspirations et leur réalité les menait à un sentiment de culpabilité et d'incompétence maternelle. Les entretiens auprès de femmes noires de classe défavorisée étaient, à l'inverse, exempts de culpabilité face à leur décision de cesser l'allaitement et d'utiliser de la PCN, malgré le fait que leur compréhension des bénéfices-santé était la même que les femmes blanches appartenant à la même classe sociale. En bref, les mères noires rejetaient l'idéal de genre féminin dominant de la « maternité intensive » et proposaient une définition plus large de ce que signifie être une « bonne mère ». Cette figure incluant notamment pour elles le fait de subvenir aux besoins de sa famille par un emploi ainsi que l'implication de la famille élargie dans le soin des enfants. Au contraire, les femmes blanches de classe défavorisée aspirant à l'idéal intensif souffraient de ne pouvoir l'atteindre, en raison de contraintes économiques étrangères aux mères blanches de classe moyenne.

Les résultats de Blum rejoignent ceux d'une autre étude (Papadopoulos, 2018) s'intéressant à la manière dont les mères afro-américaines définissent la bonne mère. L'auteur suggère que cette définition n'associe pas la « bonne maternité » à l'allaitement maternel. Il est à noter que, contrairement à la plupart des recherches dans ce domaine qui se concentrent sur les mères afro-américaines à faible revenu, cette étude se penche sur la classe moyenne. Les résultats de ces deux études (Blum, 1999; Papadolous, 2018) montrent que, dans certains cas, être une bonne mère signifie prendre soin et subvenir aux besoins de la famille, notamment par un emploi salarié. Elles montrent aussi l'impact considérable des politiques familiales et congés de maternité sur la possibilité de pratiquer l'allaitement maternel exclusif.

Comme le soulignent Phyllis Rippeyoung et Mary Noonan (2012a), l'allaitement de longue durée pourrait être représentatif de la « maternité intensive » (Hays, 1996), par

¹³ Un groupe d'entraide entre femmes qui prône une vision maternaliste et expérientielle de l'allaitement maternel, c'est-à-dire centrée sur le vécu des mères comme une expérience positive et unique. Ce groupe a été fondé à Chicago en 1956 par sept mères blanches catholiques de classe moyenne.

lequel une certaine classe de femmes serait prête et pourrait se permettre de sacrifier sa carrière et ses revenus pour être perçue comme une bonne mère :

[The authors] nonetheless see that the ability to intensively mother via long-duration breastfeeding is class-biased: on average, women who breastfeed are more likely to be married to college-educated men, men who are capable of supporting a family during the period when wives reduce their labor supply. Privileged women are thus more likely to be disconnected from the labor force when they have children, and less-privileged women are less likely to be seen as good mothers. (Rippeyoung et Noonan, 2012a : 216)

Cette dimension est très importante pour comprendre que la promotion de l'allaitement peut reproduire des inégalités de genre, de classe et de « race » si la pratique de l'allaitement n'est pas appuyée adéquatement sur le plan économique et social.

Les représentations de la bonne maternité peuvent également rejoindre celles sur la santé de l'enfant, abordées précédemment. Ellie J. Lee (2008) soutient que la notion de « maternité risquée » est culturellement associée aux PCN. Selon Katie Margavio Striley et Kimberly Field-Springer (2014), le risque en question correspondrait à une construction sociale générant chez les mères la peur profonde d'être une « mauvaise mère » ou d'être perçue comme telle. Au-delà des risques pour la santé associés au choix de méthode d'alimentation du nourrisson, il y aurait des risques sociaux et moraux, soit d'être rejetée socialement à titre de « mauvaise mère » pour avoir choisi le biberon, sans autre forme de procès (Striley et Field-Springer, 2014), d'où l'intériorisation des comportements à adopter pour être une « bonne mère » socialement acceptée, au premier chef l'allaitement. Selon l'étude de Séverine Gojard (2003), cette intériorisation découlerait du discours d'expertise relatif à l'alimentation du nourrisson.

En résumé, ce qu'est une « bonne mère » peut impliquer l'allaitement maternel pour certaines femmes, particulièrement les femmes blanches, tandis que plusieurs études suggèrent que ce ne serait pas le cas chez les femmes noires qui privilégieraient une définition plus large de la bonne maternité. Dans tous les cas, les représentations et normes entourant la maternité influencent les prises de décision et les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson. Suivant les cas, ces représentations peuvent agir comme un facteur facilitateur (si les préférences concordent avec les normes sociales) ou une barrière (si les préférences divergent des normes sociales).

2.1.4 Représentations des seins et allaitement en public

Plusieurs autrices (Bayard, 2014 ; Boyer, 2012 et 2018 ; Owens et al., 2018 ; Groleau et al., 2013 ; Mahon-Daly et Andrews, 2002 ; McCarter-Spaulding, 2008 ; Stearns, 1999) soulèvent la perception sociale du sein en tant qu'objet érogène, entraînant de l'embarras autour de l'allaitement en public. La sexualisation des seins dans les sociétés occidentales compliquerait l'allaitement, rendant les mères inconfortables, vulnérables et gênées d'allaiter en public (Blum, 1999 ; Earle, 2000 ; Johnston-Robledo et Fred, 2008 ; Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010 ; Libbus, Bush et Hockman, 1997 ; Mahon-Daly et Andrews, 2002 ; Mitra, Khoury, Hinton et Carothers, 2004 ; Loewy, 2013 ; Mohamad, Latiff, Rahim et Pawanteh, 2013 ; Murphy, 1999 ; Yalom, 2010).

Prenons en exemple l'étude d'Aimee Grant (2016). Elle analyse le discours des 884 commentaires en ligne qui ont suivi la publication sur le site *Mail Online* d'un article rapportant une manifestation soutenant le droit des femmes à allaiter en public au Royaume-Uni. Les résultats suggèrent que les femmes qui allaitent en public sont considérées comme de mauvaises mères, peu attrayantes, paresseuses et se manquant de respect à elles-mêmes. Plus précisément, les femmes qui allaitent en public se voyaient qualifiées d'exhibitionnistes (« *flashers* ») ou accusées d'inviter les hommes à des contacts sexuels. L'autrice souligne le contraste dans les discours entre l'allaitement en public, jugé sévèrement comme étant inapproprié, et l'allaitement au sein à la maison, considéré comme le moyen censé de nourrir son nourrisson.

Comme tend à le montrer le contraste entre les travaux d'Aimee Grant (2016), menés au Royaume-Uni, et ceux de Katherine Russel et Amira Ali (2017), menés en Ontario, les perceptions sociales de l'allaitement en public diffèrent selon les pays. Dans le deuxième cas, 75 % des répondants trouvent acceptable qu'une mère allaite son enfant au restaurant ou dans un centre commercial. Dans cette étude, les personnes exprimant une perception négative de l'allaitement en public n'avaient pas d'enfant ou avaient un niveau d'éducation plus faible.

La sexualisation des seins des femmes contraindrait les pratiques d'allaitement en imposant des gestes précis, tels que la dissimulation du mamelon lors de l'allaitement en

public ou encore l'extraction du lait avant les sorties. Selon l'analyse effectuée par Sally Johnson et al. (2009) du discours de 16 mères ayant fait l'expérience de l'extraction de lait, cette mesure serait un moyen de gérer l'anxiété associée à l'allaitement devant les autres ou dans un lieu public. On retrouve également cette perception de l'espace public en tant qu'environnement hostile dans une étude de Cindy Stearns (1999). Cette perception ferait naître des appréhensions quant aux interactions sociales, chez les mères allaitantes lors de leurs déplacements. Cette anxiété serait cycliquement amplifiée par la médiatisation de cas d'expulsion de femmes d'endroits publics (Stearns, 1999). De ce fait, les mères choisissant d'extraire leur lait éviteraient un contexte potentiellement menaçant (Johnson, Williamson, Lyttle et Leeming, 2009), tandis que les mères choisissant d'allaiter en public seraient astreintes à la négociation, c'est-à-dire « allaiter sans être vue » (Bayard, 2014 : 119). Dans une analyse sociologique sur l'expérience de 51 femmes américaines ayant allaité en public, Cindy Stearns (1999) montre que la construction du bon corps maternel (« *good maternal body* ») requiert des femmes de la discrétion et d'apprendre à discerner les espaces jugés appropriés ou non pour l'allaitement. Cette capacité des mères allaitantes de discerner les endroits acceptables et inacceptables proviendrait de leur sentiment d'embarras et de leur désir d'intimité, tels qu'associés à la connotation sexuelle des seins (Mahon-Daly et Andrews, 2002).

Cette « invisibilité » serait recherchée afin d'éviter, d'un côté, l'inconfort que la vue d'un sein allaitant pourrait créer chez ceux et celles qui partagent l'espace de la mère et, de l'autre côté, le malaise que ce potentiel regard causerait chez la mère elle-même (Murphy, 1999 ; Stearns, 1999). Les femmes qui allaitent craignent qu'en se découvrant les seins pour allaiter, leur geste soit interprété, à tort, comme une invitation sexuelle, de l'exhibitionnisme ou un autre comportement sexuel déviant (Murphy, 1999 ; Stearns, 1999). À ce propos, plusieurs études décrivent des expériences négatives d'allaitement en public, incluant des regards offensés ou sexuels et la réception de commentaires réprobateurs, obscènes et même violents (Kukla, 2006 ; Mohamad et al., 2013). Selon Chantal Bayard (2014) :

[L]a discrétion devient problématique lorsqu'elle est imposée aux femmes. Effectivement, cette injonction contribue à leur isolement, car elle les encourage – même si elles ne le souhaitent pas – à donner le sein à l'abri des regards : à la maison, dans une salle d'allaitement, ou en retrait (comme si elles étaient en « punition »), ce qui renforce l'idée

que l'allaitement est un geste intime et personnel, qui doit s'exercer en privé. (Chantal Bayard, 2014 : 130)

Autrement dit, l'« allaitement transforme le rapport des femmes à leur environnement » (Bayard, 2014 : 127) et à leur corps. Cette compréhension modifiée des espaces ne se limiterait pas à la division privé-public. Certaines études laissent entendre que ce n'est pas nécessairement l'endroit qui importe, mais les gens qui l'occupent. Un espace peut ainsi passer de privé à public en présence d'hommes (Mahon-Daly et Andrews, 2002; Stearns, 1999).

Les barrières à l'allaitement en public seraient particulièrement présentes dans les milieux défavorisés (Bentley, Dee et Jensen, 2003 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Heinig et al., 2006 ; Kukla, 2006). Par exemple, Danielle Groleau, Catherine Sigouin et Nicole Anne D'Sousa (2013) mentionnent que le faible niveau d'éducation des Québécoises de classe sociale défavorisée limite leur pouvoir discursif, nécessaire pour négocier l'hypersexualisation des seins. Plus précisément, à la fois le faible niveau d'éducation et les faibles revenus limiteraient le développement des capacités et l'accès des femmes aux connaissances nécessaires pour remettre en question les points de vue majoritaires dans les sociétés occidentales, où c'est une alimentation à base de PCN que l'on s'attend à voir dans les espaces publics.

L'étude qualitative de Leslie Kaufman, Swarna Deenadayalan et Adam Karpati (2010), qui porte sur les pratiques d'allaitement de 28 familles afro-américaines et portoricaines à faible revenu dans les quartiers nord et central de Brooklyn, est un exemple pertinent pour comprendre la manière dont la sexualisation des seins a un impact différencié dans certains milieux. L'étude constate que son échantillon est confronté à une forte contrainte à l'allaitement en public, l'exposition des seins durant l'allaitement étant vu comme un acte sexualisé, suspect moralement, voire décadent. L'allaitement en public est perçu si négativement qu'il conduit à la « séquestration » des femmes dans leurs maisons et à l'incapacité des mères à intégrer l'allaitement maternel dans leur routine quotidienne, ce qui fait que sa pratique est difficile à maintenir (Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010 : 703). Ajoutons que, que la « séquestration » discutée par l'étude est problématique ou impraticable à plus d'un égard, plusieurs de ces femmes à faible revenu rapportant vivre dans des appartements où il manque des portes et où le partage de chambre

à coucher avec d'autres membres de la famille est courant. Ici, les rapports de sexe/genre s'entremêlent avec les rapports de classe. L'intimité, rendue impossible en raison de la précarité économique, s'ajoute à la sexualisation des seins qui fait de l'allaitement devant les autres un acte dangereux, perçu comme un risque de corruption des enfants plus vieux. Notons au passage que ce type d'étude, concentrée sur des familles afro-américaines et portoricaines ne permet pas de comparaison avec les pratiques et les discours des femmes blanches ou de classe sociale favorisée.

En résumé, la sexualisation des seins serait à l'origine de contraintes imposées officieusement aux femmes dans l'espace public en ce qui concerne l'allaitement. Devoir se couvrir ou se retirer du regard des autres peut ainsi devenir une responsabilité des mères allaitantes. Pour certaines, particulièrement chez les plus jeunes et celles de classes défavorisées, le malaise associé à cette tension entre le sein érotique et le sein nourricier influencerait le désir d'initier l'allaitement et/ou de le maintenir. L'état des connaissances laisse entendre que le malaise face à la sexualisation des seins peut potentiellement toucher toutes les femmes. Cependant, certaines femmes, suivant leur position sociale et leur milieu de vie, peuvent ne pas avoir les capacités discursives ou ne pas jouir des conditions matérielles nécessaires pour négocier cette sexualisation de manière à s'aménager des pratiques d'allaitement confortables. Les stratégies pour assurer ce confort mises en œuvre par les mères selon leur position sociale sont peu documentées.

2.2 Influence du réseau

Comme je l'ai présenté précédemment, l'allaitement est révélateur de différentes constructions sociales ce qui implique notamment qu'il s'ancre dans une certaine temporalité et une pluralité de contextes qui façonnent, en partie, les représentations et les normes sur l'alimentation du nourrisson. De ce fait, celles-ci peuvent diverger suivant les réseaux des mères. Dans son mémoire, Anne-Marie Harbec (2017) rend compte de la multiplicité et de la variété des sources d'influences de l'alimentation du nourrisson. La chercheuse mentionne qu'une minorité des femmes qu'elle a rencontrées affirme que le rôle décisionnel leur revenait pleinement pour l'ensemble de leur expérience d'allaitement. De manière générale, les mères expriment ne pas avoir senti, à certains moments, qu'elles

occupaient une position d'agente décisionnelle durant leur expérience d'allaitement. On constate donc que les pratiques d'allaitement ne sont pas que des expériences individuelles féminines. Au contraire, les pères, les médecins, les infirmières, la famille, les amies, l'employeur prennent une part active dans les décisions d'alimentation du nourrisson, en définissant notamment des modalités et des normes plus ou moins contraignantes pour les mères. Dans cette section, j'aborderai l'influence du réseau social des mères sur la décision d'allaiter ou non et son soutien à la mise en œuvre concrète de l'allaitement, en débutant par les pères.

2.2.1 Influence des pères¹⁴

Dans la littérature consultée, les études intéressées par l'influence du père sur la décision de la femme d'allaiter ne sont pas unanimes. Certaines études démontrent que l'attitude du père face à l'allaitement influence la décision de la femme d'allaiter. En ce sens, on a mainte fois soutenu que, s'il est favorable à l'allaitement, sa partenaire est plus susceptible de faire ce choix (Dubois, Bédard, Girard et Beauchesne, 2000 ; Littman, Vanderbrug et Goldfarb, 1994 ; Rempel et Rempel, 2004 ; Scott, Binns et Aroni, 1997 ; Wang, Guendelman, Harley et Eskenazi, 2018). De manière similaire, dans le cadre d'une revue de la littérature, Hibah Maki Al Namir, Anne-Marie Brady et Louise Gallagher (2017) font ressortir que l'attitude bienveillante, l'implication et le soutien des pères auprès des mères influencent positivement le choix et la durée de l'allaitement. Le soutien du partenaire en tant que déterminant favorable d'une bonne expérience pour la mère est également souligné par Anne-Marie Harbec (2017), et ce, peu importe le type d'alimentation du nourrisson choisi. À titre indicatif, Annemarie E. Bennett, Daniel McCartney et John M. Kearney (2016) soulignent que 75 % des 417 pères irlandais approchés dans leur étude se sont dit impliqués dans cette prise de décision.

¹⁴ Le positionnement hétéronormatif de cette partie reflète la littérature retenue, majoritairement penchée sur des modèles de couple hétérosexuel. Sur les dynamiques d'allaitement rencontrées au sein des couples lesbiens, voir Phyllis Rippey et Laurel Falconi (2017). Pour explorer la perspective *queer* sur les enjeux d'allaitement, voir Robyn Lee (2019 ; 2018a) et Martha Jane Paynter (2019).

Cependant, d'autres études tendent à montrer que l'autre parent occupe une place minimale dans la prise de décision d'allaiter ou non (Bayard, 2008 ; Caroll et al., 2015 ; Sheehan, Schmied et Cooke, 2003).

La raison majeure de choisir le biberon pour les mères serait la possibilité de partager la responsabilité avec le père (Earle, 2000 ; Johnson et al., 2009 ; Murphy, 1999). La sociologue Elizabeth Murphy (1999) suggère que les femmes s'estiment responsables non seulement de faire des compromis face à une certaine possessivité sur l'enfant perçue par les autres, mais aussi d'assurer que leur partenaire s'adapte correctement au rôle paternel. Autrement dit, les mères qui décident d'allaiter s'inquiètent de devoir prouver qu'elles peuvent réconcilier les exigences d'un bon maternage avec ceux de leurs autres rôles, notamment être une bonne partenaire. Ces preuves peuvent par exemple prendre la forme d'une « permission » de s'impliquer accordée au père. Cette étude a démontré que, d'une part, les femmes qui choisissent le biberon sont appelées à justifier leur comportement d'allaitement déviant par l'implication du père, mais aussi que, d'autre part, les mères qui souhaitent allaiter doivent se défendre de diminuer l'engagement du père. Dans un cas comme dans l'autre, elles prendraient sur leurs épaules la responsabilité de réconcilier les besoins de l'enfant avec ceux de leur partenaire, ce qui passe souvent par l'extraction de lait, qui permet au père de s'impliquer en donnant des biberons.

L'extraction du lait serait un moyen de faire profiter les autres (surtout l'autre parent) du plaisir de nourrir l'enfant et d'avoir la possibilité de créer des liens de cette manière. Plusieurs études québécoises (de Montigny, 2014 ; de Montigny et al., 2018 ; Montigny, Larivière-Bastien et St-Arneault, 2017 ; Miron, de Montigny et Lacharité, 2008) soulignent le caractère symbolique de l'alimentation du nourrisson dans les représentations des pères quant à l'allaitement en tant que moment privilégié pour créer des liens avec l'enfant. Selon l'étude d'Annemarie Bennett, Daniel McCartney et John Kearney (2016), 41 % des pères sentent qu'ils ont peu d'occasions de rapprochement physique avec leur nourrisson. Un constat que Gill Thomson et Fiona Dykes (2011) formulent également, cette fois eu égard à la frustration de ne pas pouvoir nourrir leur enfant. Dans cette étude, l'allaitement mixte était présenté tel un compromis favorisant le soutien du partenaire dans la décision d'allaiter.

Dans un contexte d'allaitement exclusif, l'acceptation par les pères de leur « moindre » place auprès de l'enfant est acceptée et justifiée par les bénéfices-santé pour l'enfant (Miron, de Montigny et Lacharité, 2008). Ce type de discours serait un reflet des messages de promotion de l'allaitement (de Montigny, 2014). D'ailleurs, l'exclusivité de l'allaitement serait menaçante pour plusieurs pères, susceptibles d'y voir une forme de rejet (de Montigny, 2014 ; Jordan et Wall, 1990 ; Nickerson, Sykes et Fung, 2012).

Cette norme, qui associe les décisions et les responsabilités de la naissance et de l'allaitement au corps de la femme, met l'accent sur l'aspect physique de l'événement, aspect que l'on ne peut nier, mais qui réduit l'expérience en faisant fi des autres aspects. (de Montigny, 2014 : 165)

Selon la professeure et chercheuse Manon Niquette (2014), il faudrait, dans la promotion de l'allaitement, déployer des moyens pour que les pères sachent comment agir pour assumer leur part de responsabilité dans l'allaitement. Cela passerait par une révolution de l'institution de la maternité, qui voit encore dans la mère le parent principal. D'autres études vont dans ce sens (Nickerson, Sykes et Fung, 2012 ; Rempel et Rempel, 2011) en suggérant que le partage des tâches n'est nécessairement inégalitaire en contexte d'allaitement, et que l'implication du père est possible¹⁵. Toutefois, l'emphase mise par les discours de promotion de l'allaitement sur le corps de la mère en tant source de nourriture pour l'enfant tend à accentuer la différence des rôles au sein du couple (Miron, de Montigny et Lacharité, 2008 ; Rippeyoung et Noonan, 2012b).

Si l'on revient sur la tension entre sein sexuel et sein nourricier, certaines études rendent compte de la sexualisation du corps des femmes en tant que propriété des pères comme facteur de leur malaise possible face à l'allaitement. La recension des écrits réalisée par Marjorie Atchan, Maralyn Foureur et Deborah Lee Davis (2011) souligne que les pères interrogés dans les études dépouillées étaient majoritairement inconfortables avec l'allaitement en public. Prenons en exemple une citation troublante d'un père de deux enfants âgés de 21 ans, qui illustre le type de point de vue extrême que certaines personnes peuvent véhiculer sur la sexualisation et l'appropriation des seins des femmes :

¹⁵ Par exemple, en s'impliquant dans les autres soins au nourrisson (bain, couches, etc.), en prodiguant un soutien physique, en amenant l'enfant à la mère lorsqu'il doit être nourri, en le stimulant pour qu'il reste éveillé, en s'occupant des tâches domestiques (ménage, cuisine, etc.), en s'occupant des autres enfants ou en aidant la mère lorsque vient le temps de changer l'enfant de position ou de sein.

« Your breasts is one of your personal spots, you can't just pull that out or show that anywhere, That's for you only, you and your companion. If a guy sees a breast, his hormones will react to what he sees. I think that breastfeeding out in the public will cause you to get raped or something » (extrait d'entretien de Jensen, 1998 cité dans Bentley, Dee et Jensen, 2003 : 308S)

Finalement, Iris Marion Young (2005) affirme que les hommes peuvent développer de la jalousie envers leur enfant. Plusieurs études rapportent des cas de partenaires masculins croyant que les seins de la femme sont pour eux et non pour l'enfant (Bentley, Dee et Jensen, 2003 ; de Montigny, de Montigny Gauthier et Dennie-Fillion, 2014). Pour certains hommes, cette incompatibilité du sein nourricier et du sein sexuel serait si forte qu'ils « attendront le sevrage pour se *réapproprier* les seins comme objet sexuel et de plaisir » (de Montigny, de Montigny Gauthier et Dennie-Fillion, 2014 : 145 ; je souligne).

En résumé, bien que l'influence du père dans la prise de décision d'allaiter ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature, les attitudes qu'ils affichent quant à l'alimentation du nourrisson peuvent agir comme des contraintes à l'allaitement. Ces contraintes peuvent faciliter les pratiques d'allaitement (par exemple quand le père s'implique auprès de l'enfant autrement que dans l'alimentation) ou leur nuire (par exemple quand le père exige de partager la responsabilité de nourrir l'enfant ou quand l'allaitement public le laisse mal à l'aise).

2.2.2 Les modèles d'allaitement et le partage des connaissances

Au-delà de l'influence des pères, la recension des écrits met en évidence l'influence d'autres acteurs et actrices. Une revue de la littérature effectuée par Marjorie Atchan et al. (2011) souligne que les femmes favorables à l'allaitement ont été allaitées par leur mère ou ont des amies qui allaitent. La plupart des autrices posent cet enjeu en termes de « modèles d'allaitement », qui renvoie au fait d'avoir des personnes expérimentées dans son entourage. Ainsi, une corrélation significative a été établie entre l'absence de modèles et l'arrêt de l'allaitement exclusif de manière précoce (Séguin et al., 1998). Ce lien a aussi été proposé par Leslie Kaufman, Swarna Deenadayalan et Adam Karpati (2010), qui notent le peu d'expérience d'allaitement de la famille et des amies de la majorité des femmes afro-américaines défavorisées de leur étude. Selon Danielle Groleau, Catherine Sigouin et Nicole Anne D'Sousa (2013), le fait d'avoir un faible revenu, avec les limites de pouvoir

d'action que cela implique, rend les mères plus dépendantes des critères du « bon maternage » tels que déterminés par les connaissances expérientielles de leurs proches.

Toujours relativement à l'influence du réseau, Luisa Molino (2012) affirme que les choix, les pratiques et l'expérience des femmes en matière d'alimentation du nourrisson résultent de l'interaction entre objectifs d'allaitement et attentes personnelles, d'une part, et les normes dominantes du réseau social, d'autre part. Les analyses qu'elle propose, qui s'appuient sur les témoignages livrés par 52 Québécoises lors de discussions de groupe, suggèrent que les discours biomédicaux et politiques actuels sur l'alimentation du nourrisson ont une influence déterminante. Il est à noter que, une fois la décision d'allaiter prise, l'initiation et le maintien de l'allaitement se sont révélés difficiles pour la plupart des participantes, particulièrement les primipares, en raison du manque de soutien informel et de modèle d'allaitement parmi l'entourage.

Les résultats de l'étude de la sociologue Séverine Gojard (2012) m'apparaissent aussi pertinents pour éclairer les dynamiques à l'œuvre pour les femmes qui n'ont pas de modèle d'allaitement. Elle dégage quatre cas de figure maternels, deux provenant de femmes françaises de classe populaire et deux provenant de femmes françaises de classes moyennes et supérieures. Les premières permettent, d'une part, de discerner un modèle d'éducation « à l'ancienne », indépendant des recommandations de la santé publique et privilégiant les conseils familiaux. Elles permettent, d'autre part, de discerner un modèle du « quant-à-soi », réticent aux normes de santé publique et considérant que la gestion d'un quotidien difficile, marqué par des contraintes de budget et de temps, est un signe suffisant de compétence maternelle. Dans cette étude, les femmes « les moins diplômées tendent ainsi à privilégier des critères d'efficacité pratique [de la gestion domestique] plutôt que la conformité aux recommandations émanant de professionnels du secteur médical ou paramédical » (Gojard, 2012 : 3). À l'inverse, les femmes de classes moyennes et supérieures suivent soit un modèle « à la lettre », soit un modèle d'éducation au « *feeling* ». Le modèle « à la lettre » priorise les recommandations de la santé publique, quitte à être en rupture avec le modèle familial, lorsqu'elles sont en contexte d'ascension sociale. Le modèle d'éducation au « *feeling* », souple et adaptable, compte sur l'expérience ou les connaissances pratiques des mères quant aux soins à apporter aux nourrissons. Cette étude

montre comment l'appartenance de classe de la mère implique un rapport socialement différencié aux normes sociales entourant l'allaitement maternel.

Finalement, la famille, les pères, les collègues et le personnel médical ne seraient pas les seules personnes à avoir de l'influence sur le choix du mode d'alimentation du nourrisson. L'étude de Robert McKeever et Brooke McKeever (2017) soulève l'importance d'Internet dans la recherche de soutien et d'informations chez 455 mères. Ils ont montré par corrélation statistique que plus les mères passent de temps sur Internet, moins l'allaitement se prolonge. De manière similaire, les résultats de l'étude de Victoria Fallon et al. (2016) relatent que le tiers des mères qui donnent le biberon préfèrent l'information trouvée sur Internet à celle qui est fournie par les professionnelles de la santé. J'estime que ce résultat peut s'expliquer, entre autres, par le manque d'informations transmises par les professionnelles de la santé sur les PCN et le biberon, en contexte de promotion de l'allaitement, ainsi que par le sentiment de honte ressenti par les mères qui choisissent des alternatives et qui, par conséquent, ne se sentent pas à l'aise d'en discuter avec les professionnelles de la santé – par crainte de se faire culpabiliser.

2.2.3 Quartiers et hôpitaux

Plusieurs études indiquent que les normes sociales du quartier influencent les pratiques d'allaitement. Le milieu de vie est l'une des pistes d'explication pouvant éclairer les inégalités dans les taux d'allaitement selon la classe sociale. Par « milieu de vie », j'entends le contexte du quartier, ses normes et les ressources qu'il rend disponibles (par exemple le soutien formel et informel de la communauté ou les politiques des hôpitaux). Le quartier habité, en tant que milieu de vie, peut influencer la perception et les barrières à l'allaitement.

Dans les quartiers défavorisés, il peut s'avérer que les modèles d'allaitement soient rares (Bentley, Dee et Jensen, 2003). Selon Renée A. Milligan et al. (2000), le peu de modèles d'allaitement serait une barrière pour les femmes à faible revenu, ce qui les rendrait moins susceptibles d'initier l'allaitement. Dans l'étude de Leslie Kaufman, Swarna Deenadayalan et Adam Karpati (2010), la plupart des femmes afro-américaines et portoricaines à faible revenu rapportent ne jamais avoir vu de femmes allaiter dans leur

quartier et ne pouvoir s'imaginer allaiter en public. Elles considèrent que, dans leurs quartiers, l'allaitement en public est jugé inapproprié. Ces femmes anticipent la réprimande des résidents du quartier, surtout de la part de jeunes hommes tentant de contrôler la pratique des femmes. La même observation a été faite à propos de l'échantillon constitué par Nurit Guttman et Deena R. Zimmerman (2000), où 15,3 %¹⁶ de femmes à faible revenu déclarent ne jamais avoir vu de femmes allaiter.

De plus, les quartiers perçus comme non-sécuritaires peuvent décourager les résidents d'établir des interactions sociales, ce qui réduirait le soutien social disponible pour les femmes allaitantes des milieux défavorisés (Burdette, 2013 ; Bentley, Dee et Jensen, 2003). Par exemple, Margaret Bentley, Deborah Dee et Joan Jensen (2003) utilisent un cadre d'analyse socioécologique pour explorer les liens entre les niveaux macro et micro dans les pratiques d'allaitement de 136 femmes afro-américaines à faible revenu de Baltimore. Elles conçoivent le milieu de vie en termes d'environnement et de communauté, ce qui inclut le quartier, le soutien de la communauté et les politiques des hôpitaux et des milieux de travail. Toutes les femmes de l'échantillon vivaient dans des quartiers dangereux présentant des taux élevés de criminalité ; presque toutes utilisaient le transport en commun et mentionnaient craindre pour leur sécurité et celle de leur enfant. Les autrices concluent qu'il est compréhensible que l'allaitement dans les lieux publics soit considéré impraticable, ce qui peut avoir une influence sur leur décision d'allaiter de manière générale. Le fait de ne pas pouvoir s'imaginer allaiter à l'extérieur de la maison peut être perçu comme un obstacle à la mobilité, ce qui favoriserait l'utilisation des biberons de PCN.

Au-delà de l'aspect de défavorisation sociale des quartiers, certaines études d'attardent aux quartiers sous l'angle ethnique. Le lien entre quartier multiethnique et pratiques d'allaitement ne fait pas consensus dans la littérature. Selon certaines études, la ségrégation résidentielle peut jouer sur les pratiques d'allaitement (Burdette, 2013 ;

¹⁶ Nurit Guttman et Deena R. Zimmerman (2000) ne fournissent pas les pourcentages comparatifs exacts pour les femmes à faible revenu ayant déjà vu une autre femme allaiter. Ils mentionnent seulement, de façon plus vague, que la majorité des femmes interrogées se rappelait avoir vu une femme allaiter en public à une ou deux reprises, même si l'événement s'était produit il y a longtemps. Seulement quelques femmes interrogées, typiquement parmi celles qui ont allaité elles-mêmes, disaient avoir vu des femmes allaiter à de nombreuses reprises.

Griffiths, Tate et Dezateux, 2005 ; Griswold et al, 2018). Selon les analyses statistiques de Michele Griswold et al. (2018), vivre dans un quartier composé principalement de résidents noirs lorsqu'elles étaient enfant induit chez les mères des taux plus faibles d'initiation et de durée d'allaitement maternel que vivre dans un quartier à prédominance blanche durant l'enfance.

Selon Jennifer Lind et al. (2014), ce n'est pas uniquement une question de composition ethnique du quartier. Les autrices ont plutôt mis de l'avant qu'il existerait des disparités raciales dans l'accès aux services et aux pratiques de soins qui soutiennent l'allaitement maternel. Leurs résultats indiquent que les établissements de santé états-uniens situés dans les zones avec des pourcentages plus élevés de personnes noires étaient moins susceptibles de répondre à cinq indicateurs sur dix du *Maternity Practices in Infant Nutrition and Care* (qui évalue l'application des recommandations en matière de soins de maternité et d'allaitement maternel) et plus susceptibles de répondre à un seul indicateur. Les différences les plus importantes concernaient l'initiation précoce de l'allaitement maternel, l'utilisation limitée de PCN et la cohabitation de la mère et du nourrisson pendant le séjour à l'hôpital.

Finalement, les facteurs communautaires, tels que les pratiques des hôpitaux du quartier, peuvent influencer les contraintes à l'allaitement. Un horaire de prises de lait flexible en milieu hospitalier serait fortement associé à l'initiation de l'allaitement tandis que le fait d'avoir reçu des bouteilles ou des échantillons de PCN à la sortie de l'hôpital est associé de façon significative à l'arrêt de l'allaitement exclusif avant 70 jours post-partum (Séguin, Goulet, Frohlich, Dumas et Desjardins, 1998).

Selon les données de Margaret Bentley, Deborah Dee et Joan Jensen (2003), portant exclusivement sur des mères afro-américaines, celles ayant reçu gratuitement de la PCN pour nourrissons à l'hôpital sont moins susceptibles d'initier l'allaitement. L'étude de Brent Langelier, Pia Chaparro et Shannon Whaley (2012) révèle que la réception d'échantillons gratuits de PCN diminuerait de 45 % les chances des mères d'allaiter exclusivement à six mois par rapport à celles n'en ayant pas reçu. Cette association entre PCN gratuite et arrêt précoce de l'allaitement est confirmée dans l'étude de Indu B. Ahluwalia et al. (2012), dans laquelle les femmes qui étaient moins susceptibles d'allaiter

au-delà de dix semaines rapportaient avoir expérimenté les pratiques hospitalières suivantes : donner une sucette à l'enfant, recevoir des paquets-cadeaux de formule, et recevoir de l'aide des employés de l'hôpital dans l'apprentissage de l'allaitement. Ce dernier résultat semble paradoxal, mais l'explication pourrait résider dans les difficultés motivant les demandes d'aide :

Perhaps this might be associated with seeking assistance for difficulties women experienced with breastfeeding in the early post-partum period. The circumstances under which assistance was sought, difficulties experienced by women in the early post-partum period, or the specific assistance provided, as well as the quality of service provided needs to be explored further. (Ahluwalia, Morrow, D'Angelo et Li, 2012 : 1677)

Une autre limite de cette étude est qu'il est impossible de savoir si les mères participantes avaient accouché dans un hôpital certifié « Amis des bébés », réputé pour des pratiques qui encourageant l'allaitement. Cependant, mentionnons que les résultats de l'étude quantitative de Candice Belanoff et al. (2012) indiquent que les politiques de *Maternity practices in Infant Nutrition and Care*, qui sont normalement associées à des taux plus élevés d'initiation et de durée d'allaitement, n'expliqueraient que faiblement la variabilité des taux d'allaitement entre les États des États-Unis. En revanche, on peut penser que le marketing agressif des compagnies de lait en poudre, qui consiste à donner des échantillons gratuits aux hôpitaux (ce qui contrevient aux conditions de la certification « Amis des bébés »¹⁷), est susceptible de freiner l'allaitement pour cause de messages institutionnels contradictoires (Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010). La distribution gratuite de PCN par les professionnelles de la santé viendrait miner le discours de promotion de l'allaitement comme meilleure méthode d'alimentation du nourrisson en laissant sous-entendre que les PCN sont tout aussi adéquates. De plus, certaines pratiques hospitalières laissent perplexe quant à la volonté du système de santé de respecter le libre choix des femmes concernant l'alimentation du nourrisson. Prenons un exemple tiré de l'étude de Meredith Jane Heinig et al. (2006) menée auprès de 65 femmes à faible revenu via des groupes de discussion (quatre groupes avec des participantes parlant l'anglais et quatre groupes avec des participantes parlant l'espagnol). Des mères ont confié avoir eu un sentiment d'impuissance totale pendant leur séjour à l'hôpital, alors que des infirmières

¹⁷ Pour connaître l'ensemble des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement », voir annexe A.

donnaient à leur enfant de la PCN dans un biberon sans leur consentement et malgré leurs objections¹⁸.

En résumé, on constate par ces diverses études que, pour comprendre les contraintes à l'allaitement, il faut s'intéresser aux interactions de la vie quotidienne, qu'elles soient informelles (père, entourage, etc.) ou institutionnelles (ressources en matière d'allaitement, hôpitaux, etc.). On constate aussi qu'il importe de distinguer la promotion de l'allaitement et les pratiques du personnel hospitalier. Alors que les rapports sociaux s'organisent de multiples façons sous de multiples apparences, les hôpitaux et les milieux de vie peuvent être des lieux de contraintes à l'allaitement. Au-delà de l'accès aux ressources selon le quartier habité, les pratiques d'alimentation du nourrisson peuvent aussi être influencées par les normes en vigueur dans un quartier donné. Bien que certaines pistes se dégagent de ce qui précède, il faudrait approfondir les résultats pour explorer les rapports sociaux contraignant l'allaitement en fonction de la position sociale des mères, telle que leur statut socioéconomique, leur « race » et leur ethnicité. La littérature approchée laisse entendre que ces questions sont déterminantes, mais qu'elles demandent à être davantage approfondies sous l'angle de l'articulation des rapports sociaux.

2.3 Les barrières socialement différenciées

2.3.1 L'allaitement maternel comme privilège de « classe »

Dans la littérature sur les méthodes d'alimentation du nourrisson, les femmes à faible revenu ont tendance à avoir des attitudes négatives par rapport à l'allaitement et à avoir l'intention d'allaiter pour une plus courte durée que les femmes de classes favorisées. Ce constat peut paraître surprenant puisque l'on pourrait s'attendre à ce que les femmes plus pauvres préfèrent l'allaitement, pour faire des économies sur l'achat de PCN. En fait, elles font face à une variété de facteurs influençant négativement leurs pratiques

¹⁸ Spécifions que le faible sentiment de contrôle des mères ne provenait pas seulement des situations vécues avec le personnel soignant à l'hôpital, mais aussi des difficultés rencontrées, telles que les problèmes de succion, le retour au travail ou à l'école, le délai de production de lait. Les personnes dont on a rapporté qu'elles nourrissaient les enfants sans égard pour la décision des mères, comprennent les infirmières, les membres de la famille et les amis.

d'allaitement. Parmi ces facteurs, notons de niveaux faibles d'auto-efficacité¹⁹, le retour au travail ou à l'école, l'envie que les autres soient en mesure de nourrir l'enfant, l'anticipation de la douleur ou de l'inconfort physique, des problèmes tiers plaçant les soucis d'allaitement au second plan, l'embarras associé à l'allaitement en public, etc. (pour des recensions des « facteurs » influençant l'allaitement chez les femmes à faible revenu, voir entre autres Barron et al, 1988 ; Johnston-Robledo et Fred, 2008 ; Milligan et al., 2000 ; Raisler, 2000).

Les résultats de l'étude de la sociologue Linda Blum (1999) permettent de mettre de l'avant des distinctions de classe dans les perceptions de l'allaitement et des barrières qui lui sont relatives. Elle constate que, bien que les mères blanches de classe moyenne aux États-Unis puissent voir l'allaitement comme une expérience émotionnellement enrichissante et positive, les mères de classe ouvrière ont plutôt tendance à le voir comme un fardeau ou comme irréalisable dans le contexte de leur vie quotidienne. La sociologue Elizabeth Murphy (1999) abonde dans le même sens en montrant que, en raison de contraintes liées, entre autres, à l'emploi et à l'accès limité à des conseils médicaux, les femmes blanches de classe ouvrière, pour la plupart, n'allaitaient pas. Ces femmes étaient moins susceptibles d'avoir des emplois permettant l'intimité et le temps requis pour extraire leur lait. De plus, elles étaient moins susceptibles d'avoir accès à un congé de maternité, qu'il soit rémunéré ou non. La perception des femmes à faible revenu d'après laquelle l'allaitement maternel est un « privilège de classe »²⁰ revient dans d'autres études (Chin et Dozier, 2012 ; Chin et Solomonik, 2009 ; Gojard, 1998 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Jung, 2015 ; Lucas et McCarter-Spaulding, 2012).

Certaines études soutiennent que le stress vécu par les femmes de statut socioéconomique faible induit des difficultés d'allaitement. Une étude (Bryant, Coreil, D'Angelo, Bailey et Lazarov, 1991) a noté que les femmes à faible revenu, issues d'un échantillon principalement composé de femmes d'origine latine, rapportaient avoir peur que leur anxiété gêne ou contamine leur lait maternel. Ceci tend à indiquer que l'association

¹⁹ L'auto-efficacité (ou le sentiment d'efficacité personnelle) désigne la confiance d'un individu en sa capacité d'effectuer ou non une tâche; ici, la capacité d'allaiter (Bandura, 1997).

²⁰ Je tiens à préciser que cette affirmation varie selon les pays. Par exemple, dans l'étude d'Emma Mohamad et al. (2013) portant sur les expériences d'allaitement en Malaisie, le privilège de classe était le fait de pouvoir se payer de la PCN dans les milieux ruraux.

entre stress et allaitement peut renvoyer à des croyances culturelles. Par ailleurs, les plaintes des mères à propos de l'« insuffisance » de la production de lait seraient une métaphore du contexte social dans lequel les femmes défavorisées doivent nourrir leur enfant et non seulement une réponse physiologique. À cet égard, Fiona Dykes et Catherine Williams (1999) expliquent que l'insuffisance de la montée de lait peut se présenter comme une prophétie autoréalisatrice, causée par la crainte de ne pas produire de lait maternel en quantité suffisante, ce qui inhiberait temporairement le réflexe d'éjection du lait. Selon Nancy Chin et Anna Solomonik (2009), le manque de temps et de soutien expliquerait les réponses physiologiques pouvant réduire la production de lait maternel.

The question of inadequacy has dual significance for social life. On the one hand, we can ask if the lives of low-income women are inadequate in terms of material items, we as U.S. citizens deem minimal for negotiating daily life, such as housing, safe neighborhoods, transportation, health care, training, and employment. On the other hand, we can ask if low-income women feel inadequate in fulfilling the multiple social roles that are demanded of them as workers, mothers, partners, and family members. (Chin et Solomonik, 2009 : S-42).

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude de cas menée par Nancy Chin et Ann Dozier (2012). Ces chercheuses utilisent le cadre socioécologique en conjonction avec le concept de violence structurelle pour analyser l'histoire d'Athena, une mère de cinq enfants, à faible revenu, afro-américaine et monoparentale. Dans le cas précis d'Athena, le manque d'accès à un tire-lait, le manque d'intervention des professionnelles de la santé lorsqu'elle connaît une dépression, le harcèlement pendant l'allaitement en public, le fait qu'elle doive utiliser les transports en commun et ses revenus faibles en raison de l'incarcération de son conjoint ; tout cela met en évidence des contraintes à l'allaitement au-delà du contrôle individuel. Les autrices concluent que, dans des conditions de pauvreté et de vulnérabilité, même chez les mères qui souhaiteraient allaiter, les PCN s'imposent comme choix logique et rationnel, puisque les risques du quotidien dépassent de loin les risques de cette méthode d'alimentation.

De plus, la position sociale déterminerait également les ressources (financières et sociales) pour faire face aux difficultés, comme il a été montré précédemment. L'un des thèmes récurrents dans les entretiens menés par Nurit Guttman et Deena Zimmerman (2000) avec des femmes à faible revenu était les circonstances de la vie., c'est-à-dire des situations personnelles stressantes vécues à la maison qui sont perçues comme des barrières

à l'allaitement – problèmes relationnels avec les autres membres de la famille à la maison, devoir s'occuper de ses enfants plus âgés et d'autres membres de la famille ou un logement surpeuplé [« *too crowded* »], par exemple. De la même façon, l'analyse des groupes de discussion menés avec 65 femmes à faible revenu par Meredith Heinig et al. (2006) a révélé que plusieurs femmes évoquaient des circonstances stressantes auxquelles elles faisaient face et qui les empêchaient de suivre les recommandations d'alimentation du nourrisson. Autrement dit, l'allaitement ne pouvait être leur priorité.

Pour conclure cette sous-section, il faut mentionner que, pour la plupart de ces études, il est impossible de savoir si les facteurs discutés sont spécifiques aux classes sociales défavorisées. En effet, une grande partie de ces études n'effectue pas d'analyse comparative entre les classes, mais se concentre uniquement sur des échantillons de mères à faible revenu. De plus, lorsque des études quantitatives en sciences de la santé explorent ces thématiques, on présente souvent une vision réductrice des émotions et des attitudes en raison de l'usage d'échelles standardisées. Cela dit, certaines études menées dans les disciplines de la santé demeurent utiles pour broser un portrait global et schématisé d'une population en fonction des pratiques d'allaitement. La contribution de ce type d'études se limite souvent à la mise à jour de différentes corrélations qui tentent de « prédire » les pratiques d'allaitement sans pour autant parvenir à répondre aux questionnements sur le vécu socialement différencié de l'allaitement.

2.3.1.1 Combiner travail et allaitement

L'une des expressions du privilège de classe réside dans le défi de combiner allaitement et travail salarié (Libbus, Bush et Hockman 1997). C'est ce que rapportent Nurit Guttman et Deena Zimmerman (2000) dans *Low-income mothers' views on breastfeeding*, qui présente une analyse des perceptions des femmes à faible revenu qui auraient voulu allaiter, mais qui ont choisi une PCN. Les femmes de cette étude suggéraient que les femmes favorisées pouvaient plus facilement se permettre d'allaiter pour une durée de six mois et plus. Elles résumaient ainsi leurs sentiments à propos de l'allaitement comme un privilège socioéconomique : « *it is easy for women to breastfeed if they are financially secure and don't have to work* » (Guttman et Zimmerman, 2000 : 1467) ou encore, face à leur vision de la bonne mère allaitante : « *of those perfect, stay-at-home moms who doesn't*

have to work » (Guttman et Zimmerman, 2000 : 1467). Dans le même sens, Courtney Jung (2015) affirme que l'allaitement d'un enfant pendant six mois est un défi insurmontable pour de nombreuses femmes aux moyens financiers limités. De ce fait, seules les femmes ayant des emplois bien rémunérés, des horaires flexibles, des congés de maternité remboursés ou la possibilité de rester à la maison en raison du salaire de leur partenaire, pourraient se conformer à la recommandation d'allaiter pendant six mois. Par conséquent, l'autrice conclut que l'allaitement maternel est un marqueur de classe sociale.

Afin de répondre aux recommandations de l'OMS concernant la durée de l'allaitement maternel, de nombreuses femmes doivent combiner l'allaitement maternel avec le retour au travail ou aux études. Différents obstacles rencontrés lors du retour au travail ou aux études conduisent les mères à cesser l'allaitement (Kim et al., 2017). D'ailleurs, l'éventuel retour au travail serait l'une des principales raisons évoquées par les mères pour cesser l'allaitement de manière précoce ou pour ne pas l'initier du tout (Guttman et Zimmerman, 2000 ; Langelier, Chaporro et Whaley, 2012).

Par ailleurs, malgré la représentation sociale de la gratuité de l'allaitement, les coûts de l'allaitement ne sont pas nuls. C'est ce qui expliquerait, en partie, la corrélation entre les taux d'allaitement et les revenus. Phyllis Rippeyoung et Mary Noonan (2012a) ont exploré les conséquences de l'allaitement sur les revenus des femmes et ont déconstruit le mythe de la gratuité. Leurs analyses indiquent que les femmes ayant allaité pour une courte durée et celles qui ont utilisé le biberon ont expérimenté des pénalités de revenus similaires tandis que les femmes qui ont allaité pour une longue durée, soit plus de six mois, expérimentent un plus grand déclin économique dans les cinq années post-partum. Elles concluent que l'allaitement à long terme n'est pas gratuit puisqu'il y a des coûts associés ; en conséquence desquels les femmes l'ayant pratiqué sont plus susceptibles d'être sans emploi ou d'effectuer peu d'heures de travail par la suite, ce qui a un impact considérable sur leur carrière (Rippeyoung et Noonan, 2012a). Les autrices elles-mêmes précisent que les raisons expliquant ce coût de l'allaitement ne sont pas claires. Elles suggèrent cependant que cela peut relever d'une orientation préalable plus familiale que professionnelle chez les mères, d'un changement d'opinion par rapport au travail suite à la maternité ou encore de l'incompatibilité du lieu de travail avec l'allaitement. Dans ce dernier cas de figure, on

peut penser que les femmes préfèrent l'allaitement à long terme à la carrière au nom de la santé de leur enfant et pour ne pas contrevenir aux normes sociales de la « bonne mère » :

[The authors] nonetheless see that the ability to intensively mother via long-duration breastfeeding is class-biased : on average, women who breastfeed are more likely to be married to college-educated men, men who are capable of supporting a family during the period when wives reduce their labor supply. Privileged women are thus more likely to be disconnected from the labor force when they have children, and less-privileged women are less likely to be seen as good mothers. Because breastfeeding promotion focuses almost exclusively on encouraging women to breastfeed -without providing adequate economic and social supports to facilitate the practice- it reproduces gender, class, and racial inequality. (Rippeyoung et Noonan, 2012a : 216)

Bref, faute de soutien économique adéquat ou d'accommodements au travail pour les femmes allaitantes, la combinaison entre le travail salarié et l'allaitement pourrait contraindre les pratiques d'allaitement. L'association négative entre le travail et la durée d'allaitement fait consensus (Blum, 1999; Gatrell, 2007 et 2019 ; Langelier, Chaparro et Whaley, 2012 ; McKinley et Hyde, 2004 ; Rippeyoung et Noonan, 2012a ; Ryan, Zhou et Arensberg, 2006).

2.3.1.2 Accès à des congés de parentalité

La différenciation sociale selon la classe pourrait être attribuée en partie, du moins aux États-Unis, à de courts congés de maternité, à une position moins élevée dans la hiérarchie professionnelle et à une protection sociale insuffisante. La politique du travail, et plus particulièrement la durée des congés de maternité accordés, semble être une voie à privilégier pour penser les inégalités sociales en matière d'allaitement (Ogbuanu et al., 2011). En effet, Michael Baker et Kevin Milligan (2008) ont montré une corrélation entre les taux d'allaitement au Canada et la durée du congé maternel. Manon Niquette (2014) précise qu'au Québec « [c]e ne sont pas toutes les femmes qui, après l'accouchement, arrêtent de travailler contre rémunération », sans pour autant transmettre de données sur ce type de femmes. Relativement aux hypothèses économiques pouvant expliquer que des femmes continuent à occuper un emploi rémunéré après l'accouchement, il est difficile de savoir s'il est question de femmes occupant un poste élevé ou bas dans les hiérarchies professionnelles. Dans le deuxième cas, on peut se figurer qu'il soit difficile ou impossible de vivre avec 70 % de son salaire (selon le Régime québécois d'assurance parentale en vigueur, 2014).

Dans la littérature, la durée du congé payé accordé aux mères est connue pour son influence sur l'allaitement maternel. Plus la durée du congé est grande, plus il facilite l'allaitement. Dans une étude islandaise (Farstad, 2015), l'allaitement est présenté comme la principale raison des mères pour demander un congé plus long et, inversement, le fait de disposer d'un long congé de maternité est vu comme une raison d'allaiter. Le milieu du travail n'étant pas toujours adapté pour l'allaitement, les congés parentaux et de maternité permettraient un allaitement de plus longue durée. Quelques études se sont intéressées à cette question et arrivent aux mêmes constats (Borrell et al., 2014 ; Cooklin, Rowe et Fisher, 2012). Contrairement à ces résultats, Samuel Paré (2015), qui a évalué l'impact de l'entrée en vigueur du régime québécois d'assurance parentale (RQAP)²¹ en 2006, n'a trouvé aucun effet durable de la réforme sur le temps que la mère passe avec l'enfant durant la première année de vie ni sur la durée de l'allaitement maternel²².

Quoi qu'il en soit, peu d'études se sont concentrées sur l'effet des congés de paternité sur l'allaitement maternel. Renée Flacking, Fiona Dykes et Uwe Ewald (2010) se sont intéressées aux effets, en Suède, du statut socioéconomique des pères et de leur utilisation des congés de paternité sur la durée de l'allaitement maternel jusqu'à un an. Tout d'abord, cette étude montre que les pères ayant atteint un niveau plus élevé d'éducation et ceux ayant un niveau de revenu plus élevé sont plus susceptibles d'utiliser leurs congés de paternité. En tenant compte du niveau d'éducation maternelle et du statut socioéconomique du père, les analyses montrent aussi que les enfants dont les pères n'ont pas pris de congé de paternité lors de la première année post-partum, comparativement à ceux dont les pères ont pris des congés, étaient moins susceptibles d'être allaités à deux mois, à quatre mois et à six mois. Les résultats n'étaient pas significatifs pour l'allaitement à 9 mois et à 12 mois. Les autrices concluent qu'en permettant aux pères de s'impliquer auprès de l'enfant dès la première année de vie par des congés de paternité payés, ceux-ci peuvent avoir des effets bénéfiques sur l'allaitement maternel jusqu'à six mois. Pour expliquer leurs résultats, les

²¹ Le RQAP prévoit le versement de prestations à toutes les travailleuses et à tous les travailleurs – salariés et autonomes – admissibles qui prennent un congé de maternité (pour un maximum de 18 semaines), un congé de paternité (pour un maximum de 5 semaines), un congé parental (un maximum de 32 semaines partageables entre les parents) ou un congé d'adoption (un maximum de 37 semaines partageables entre les parents adoptants).

²² Une partie de ce paragraphe est tiré de la recension des écrits que j'ai rédigée pour le compte du Conseil de gestion de l'assurance parentale du Québec (Vallières, 2016 : 30).

autrices formulent notamment l'hypothèse selon laquelle les pères, sachant qu'ils prendront un congé de paternité et donc qu'ils auront du temps avec leur enfant, s'engagent dans le processus d'allaitement. Ils parviennent à se défaire de sentiments négatifs quant à l'allaitement maternel, tels que le fait de se sentir inutile ou le fait de sentir que l'allaitement leur enlève des occasions de créer un lien avec l'enfant. Malheureusement, les autrices ne fournissent pas d'information sur la durée du congé utilisé par les pères et n'indiquent pas si leur durée (et non uniquement leur utilisation) influence l'allaitement.²³

2.3.1.3 Le corps allaitant en milieu de travail

Un autre des aspects qui permettrait d'expliquer le privilège de classe en matière d'allaitement est son lien avec le milieu de travail. À titre d'exemple, Judith Galtry (1997) soutient que les femmes dans les postes les plus défavorisés sur le marché du travail sont plus limitées en termes de choix de méthode d'alimentation du nourrisson que les femmes dans des postes professionnels ou semi-professionnels²⁴. Ces dernières tendraient à avoir un meilleur accès à des ressources matérielles sur le lieu de travail, permettant d'intégrer l'allaitement ou l'extraction (garderie et lieu d'extraction et de conservation de lait maternel), ainsi qu'un plus grand pouvoir de négociation, en fonction de leur position dans l'entreprise pour demander ces ressources.

Cela étant dit, les expériences d'allaitement des femmes de classe moyenne ou supérieure ne sont pas pour autant positives. Leurs expériences ont été négligées dans les études, la littérature se penchant surtout sur les groupes de femmes socioéconomiquement défavorisées, qui présentent les plus faibles taux d'allaitement. Au-delà de l'impossibilité pour certaines femmes de se prévaloir de congés de maternité sur une période prolongée, certaines études montrent toutefois que les femmes de classe privilégiée de profession libérale peuvent elles aussi vivre des expériences négatives d'allaitement et rencontrer des obstacles. Parmi ces obstacles, mentionnons les facteurs institutionnels qui sont non-favorables à l'allaitement en milieu de travail, tels que l'inflexibilité des horaires de travail,

²³ Ce paragraphe est tiré de la recension des écrits que j'ai rédigée pour le compte du Conseil de gestion de l'assurance parentale du Québec (Vallières, 2016 : 30-31).

²⁴ Rappelons que les femmes sont sous-représentées dans les échelons supérieurs des entreprises et qu'elles se concentrent plutôt dans des postes traditionnellement féminins, qui sont caractérisés par un statut social peu prestigieux et un bas salaire.

le nombre limité d'endroits pour extraire le lait en toute intimité ou pour le conserver, l'absence de garderie en milieu de travail, etc. (Smith, 2012 et 2013; Gatrell, 2007; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Galtry, 1997). Ces considérations éclairent la situation des femmes plus aisées et nuancent l'association entre difficulté d'allaitement et femmes de classe sociale défavorisée, c'est-à-dire que ces dernières ne rencontreraient pas *plus* de difficultés, mais des difficultés *différentes* selon la classe sociale.

En 2007, Caroline Gatrell a remédié en partie à cette lacune en se penchant sur les expériences d'allaitement de vingt femmes diplômées et retournant à un emploi de professionnelle avant un an post-partum – soit le groupe de mères dont les taux d'initiation à l'allaitement sont les plus élevés. Ses résultats indiquent que, en raison de l'aversion pour l'allaitement de leur milieu de travail, la majorité des mères ont été obligées d'extraire leur lait en cachette dans les toilettes durant leurs pauses, faute d'endroit plus approprié mis à leur disposition par l'entreprise ou encore, malgré leur souhait et les recommandations médicales, de poursuivre l'allaitement. D'après l'autrice, le faible soutien offert par les entreprises aux mères qui allaitaient indiquerait une profonde antipathie des employeurs envers le corps maternel, manifestée par un découragement actif et une négligence de leurs besoins :

[N]ew mothers being permitted to re-enter workplace space only on the condition that they controlled their leaky bodies, 'dressed smartly', and 'fitted in' with male embodied norms. Given these findings, this paper suggests that the 'scandal' of breastfeeding lies not in combining of breastfeeding with paid work, but in employers' expectations that mothers should problematize their own bodies and maternal desires. (Gatrell, 2007 : 403)

Dans une étude récente (2019), la même autrice confirme l'hostilité des entreprises envers l'allaitement. Elle montre comment les femmes qui allaitent et qui travaillent occupent une position inconfortable, aux frontières entre les idéaux de santé de la maternité et les notions entrepreneuriales de « bonne » travailleuse. Plusieurs autres autrices rejoignent ce constat et affirment que les femmes allaitantes font face à de la discrimination, au rejet et à la désapprobation de leurs collègues ainsi qu'à du harcèlement au travail si elles allaitent ou extraient leur lait maternel au travail (Smith, 2012 et 2013; Guttman et Zimmerman, 2000 ; McKinley et Hyde, 2004).

Selon Robyn Lee (2018b), les difficultés d'accommodement en milieu de travail résulteraient de la conception du corps et de l'intimité : tout ce qui concerne le corps serait

vu comme intime et l'intimité n'aurait pas sa place au travail. Comme il a été présenté dans la sous-section 2.1.4, le partage des espaces privé et public est un enjeu important pour les mères en raison de l'érotisation des seins, effet d'un discours dominant souvent hétéronormatif voulant que le sein appartienne nécessairement au registre de la sexualité (Benoit et al., 2016 ; Carter, 1995). De ce fait, les restrictions sociales de l'allaitement au travail dériveraient de l'idée reçue que les seins des femmes doivent être la possession des hommes. Autrement dit, la sexualisation du corps des femmes et de leurs seins créerait une contrainte puisque l'allaitement équivaldrait à apporter sa sexualité au travail, par où les femmes s'exposeraient au harcèlement sexuel.

L'extraction du lait s'avère nécessaire pour la plupart des femmes pendant les heures de travail. En effet, si l'enfant ne peut téter, l'engorgement des seins peut devenir trop intense et douloureux, en plus de risquer des fuites. Selon Patricia Mahon-Daly et Gavin J. Andrews (2002), ce type d'enjeu pèse sur la perception d'après laquelle les mères allaitantes seraient des êtres humains ne maîtrisant pas leur corps. Pour les mères de leur étude, les fuites de lait donnent l'impression d'être incapables de gérer les exigences de la maternité en plus de leur faire risquer la honte de paraître malpropre si les fuites deviennent visibles. Le contrôle du corps maternel et de ses fuites semble être un problème pour l'espace professionnel, réservé historiquement aux hommes « rationnels » possédant des corps solides et maîtrisés :

[t]he male body in late-modern Western culture is culturally represented as controlled, contained with rigid boundaries between self and Other. In contrast, the female body is constantly portrayed as uncontrolled, unclean and lacking defined boundaries, and therefore inferior. (Schmied et Lupton, 2001 : 245)

Autrement dit, la division sexuelle des sphères publiques et privées se laisserait percevoir dans le manque d'accommodements au travail, voire dans le rejet des corps allaitants (Gatrell, 2007). La représentation sociale des seins renforcerait les inégalités de genre, en favorisant la méconnaissance des contraintes touchant la décision d'allaiter et en reconduisant l'idéal du travailleur masculin : « *Allowing women the "choice" to perform as ideal workers without the privileges that support male ideal workers is not equality* » (Joan Williams, 1998 citée par Lucas et McCarter-Spaulding, 2012 : 149).

Des études montrent également que même dans les milieux adaptés à l'allaitement, les femmes peuvent vivre des expériences négatives (Burns et Triandafilidis, 2019 ; Johnson et Salpini, 2017). Prenons l'exemple de l'étude de Elaine Burns et Zoi Triandafilidis (2019). En usant d'une méthode mixte (79 réponses à un questionnaire en ligne et dix entretiens approfondis avec des étudiantes et des membres du personnel d'une université), les autrices montrent tout d'abord que *l'université est perçue comme un environnement positif et progressif pour l'allaitement maternel*. Ce thème explore les expériences du personnel et des étudiants en matière de congé de maternité, les horaires de travail flexibles et la garde d'enfants sur le campus, ainsi que leurs relations avec les tuteurs, les superviseurs, les gestionnaires et les collègues. Malgré cette perception trois thèmes ressortent de l'étude faisant état du fait, malgré cet environnement pensé comme favorable à l'allaitement, les femmes y vivent des difficultés : 1) *Trouver des espaces privés et sûrs pour l'allaitement maternel*. Ce thème présente les expériences du personnel et des élèves en matière d'utilisation de chambres, de stationnements, de couloirs, de salles de classe et de bureaux désignés pour allaiter et extraire le lait maternel, de même que leurs expériences en matière d'espaces pour conserver du lait maternel. 2) *Se sentir gênée et non professionnelle*. Ce thème reflète les expériences des femmes à la croisée entre vie professionnelle et personnelle, relativement au sentiment de culpabilité d'avoir pris du temps pour allaiter. 3) *La résilience au jugement*. Ce thème illustre la prise de conscience des femmes que l'allaitement maternel sur le campus nécessite le développement d'une « carapace » (« *thick skin* ») et la capacité de ne pas être offensée facilement.

En résumé, bien que l'allaitement soit perçu par les mères moins nanties comme un privilège de classe qui ne leur est pas accessible (non-accès à des congés de parentalité, lieux de travail non-compatibles avec l'allaitement, etc.), les diverses études abordées ici montrent que les femmes de classe sociale privilégiée peuvent également vivre des difficultés dans le vécu de leur allaitement. En effet, selon les études abordées, elles peuvent subir des obstacles spécifiques à leur position sociale. Ces nuances permettent de montrer que la position sociale des mères détermine, en partie du moins, leurs attentes face à l'alimentation du nourrisson et leurs ressources (financières et sociales) pour parvenir à leurs objectifs.

2.3.2 L'allaitement maternel comme privilège de « race »

Une part non-négligeable de la littérature s'intéresse à l'influence de l'ethnicité ou de la « race » sur l'initiation et le maintien de l'allaitement. De nombreuses études démontrent des écarts dans les taux d'allaitement selon ce critère. Aux États-Unis, les femmes des minorités ethniques et raciales, à l'exception des Hispaniques et des Asiatiques (Merewood, 2006), présentent de plus faibles taux d'allaitement que les femmes blanches (Forste, Weiss et Lippincott, 2001). Au Royaume-Uni, les femmes noires initient moins fréquemment l'allaitement et sont plus nombreuses à connaître des complications que les femmes blanches (Griffiths et al., 2007). Cette étude montre également que, concernant le maintien de l'allaitement après quatre mois, un statut socioéconomique confortable est associé positivement à cette pratique chez les mères blanches alors qu'il ne l'est pas chez les mères non-blanches. Au Canada, c'est le contraire. Selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée par Santé Canada* (2009), significativement plus de mères asiatiques et noires ont allaité leur dernier enfant comparativement aux mères blanches.

Finalement, certaines études laissent entendre que les dimensions socioéconomiques et ethniques (ou de « races ») pourraient s'influencer et même s'exacerber mutuellement. Par exemple, l'étude de David Bee et al. (1991) a montré que le statut socioéconomique avait un impact plus fort sur la décision d'allaiter chez les femmes noires que chez les femmes des autres groupes raciaux. Ce type de résultats souligne l'importance de se concentrer sur plus d'un axe d'oppression.

Les résultats rendant compte des écarts entre les taux d'allaitement selon la « race » ou l'ethnicité des femmes manquent d'explication, mais ils démontrent bien le caractère contextuel des rapports sociaux de « race » et d'ethnicité de même que leurs impacts sur les contraintes à l'allaitement. L'une des failles de ces recherches est qu'elles envisagent la « race » en tant que variable individuelle, même si elle constitue en fait une construction sociale plutôt qu'une réalité biologique. Elle devrait donc être conceptualisée comme une variable contextuelle puisqu'elle varie selon le temps et l'espace et n'est pas inhérente à la personne (Jones, 2001). Autrement dit, ce qui m'intéresse à titre de sociologue, c'est que la « race » renvoie à une identité socialement imposée qui gouverne la distribution des

risques et des opportunités dans la société et assigne l'exposition conséquente aux contraintes sociales associées à cette identité (réelle ou attribuée) particulière. Or, peu d'études sur l'allaitement conçoivent les différences ethniques ou de « race » comme les produits de rapports sociaux. Sous cet angle, trois thématiques principales ressortent de la recension des écrits : les discriminations ethniques et raciales, l'acculturation et l'allaitement comme comportement influencé par la culture.

2.3.2.1 Discriminations ethniques et raciales

Les différences dans les taux d'allaitement selon l'origine ethnique ou raciale pourraient s'expliquer, en partie, par le faible niveau d'engagement des professionnelles de l'allaitement envers les femmes afro-américaines à faible revenu (Reno, Barnhart et Gabbe, 2018). Dans l'étude de Roberta Cricco-Lizza (2006), les 130 mères noires non-hispaniques qui ont été rencontrées rapportent avoir reçu des informations et du soutien insuffisants en ce qui concerne l'allaitement de la part des professionnelles de la santé. Elles ont également exprimé avoir été méfiantes lors des rencontres avec les professionnelles. Elles ont aussi vécu de l'anxiété face à la façon dont elles ont été traitées par les infirmières et les médecins.

Les traitements racialement différenciés dans le système de soins de santé semblent ainsi être une piste pour expliquer les écarts raciaux et ethniques en ce qui a trait aux taux d'initiation et de maintien de l'allaitement. Dans une étude menée dans trois maternités publiques franciliennes, Alexandra Nacu (2011) évoque le danger que les stéréotypes sur les femmes « migrantes » orientent les pratiques médicales. Par rapport à l'allaitement, l'autrice met de l'avant l'insistance, dans les discours des professionnelles, sur la plus grande facilité (perçue) des patientes « africaines » à allaiter, et ce, sur fond d'explications culturalistes.

Il est intéressant de remarquer que dans les études américaines, les stéréotypes dont font l'objet les femmes noires à propos de l'allaitement sont inverses par rapport à ceux évoqués dans la région parisienne, c'est-à-dire que les femmes noires sont le plus souvent perçues comme ayant davantage de difficultés à allaiter, ce qui pourrait affecter l'information et l'aide qu'elles reçoivent.

Plusieurs études montrent que, les femmes afro-américaines, souvent à faible revenu, rapportaient ne pas avoir reçu d'information pratique ou d'instruction à propos de l'allaitement lors d'un séjour à l'hôpital, et ce, malgré leur intérêt (Beal, Kuhlthau et Perrin, 2003; Dodgson, 2012 ; Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010). Il pourrait s'agir d'un profilage racial à l'intérieur même des institutions hospitalières états-uniennes basé sur le fait que « statistiquement » les femmes noires allaitent peu par rapport aux femmes blanches. On pourrait donc parler d'un cercle vicieux : les femmes noires allaitent peu parce qu'elles ne reçoivent pas d'informations sur l'allaitement. L'hypothèse du profilage racial est d'ailleurs confirmée dans une étude récente d'Erin V. Thomas (2018), intitulée « "Why Even Bother; They Are Not Going to Do It?" The Structural roots of Racism and Discrimination in Lactation Care ». En se fondant sur les analyses d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 36 consultantes en lactation, l'autrice rend compte de formes diverses de discrimination raciale à l'encontre des mères recourant aux services de soutien à la lactation. L'étude évoque notamment des biais implicites qui font que les conseils sont moins fréquents et que les soins sont de moindre qualité ; ou encore des propos stéréotypés racistes concernant les patientes noires.

Les résultats de Michele Griswold et al. (2018) vont plus loin. Tirés d'une étude statistique basée sur les données de *Black Women's Health Study*, ils indiquent que le racisme en milieu de travail est associé à une plus faible probabilité d'allaitement entre trois et cinq mois post-partum. Le racisme de la police est quant à lui associé à une probabilité plus élevée d'initiation de l'allaitement et de durée d'allaitement de trois à six mois. Pour expliquer ce résultat surprenant, les autrices suggèrent de recourir aux concepts de force, de résilience et de résistance associés aux femmes noires des États-Unis dans des contextes historiques d'oppression. Le fait que les problèmes d'alimentation des nourrissons sont profondément ancrés dans l'histoire de l'oppression des mères noires aux États-Unis (Carter et Anthony, 2015) fait en sorte que, pour celles qui s'identifient à ces concepts, l'allaitement se produit probablement en dépit d'expériences de racisme, et non à cause d'expériences de racisme. Les autrices concluent leur étude en affirmant que les expériences de racisme institutionnalisés ont influencé l'initiation et la durée de l'allaitement maternel.

L'effet du lien entre la classe sociale et la « race » sur les contraintes à l'allaitement n'est pas clair dans les études et certaines hypothèses se confrontent. Par exemple, selon Nancy Chin et Ann Dozier (2012), la santé publique américaine se concentrant sur les différences ethniques ou raciales, elle tend à sous-estimer l'influence de la classe sociale sur l'alimentation du nourrisson, pourtant plus grande. Les autrices considèrent que les attitudes d'un groupe racial ou ethnique par rapport aux pratiques d'alimentation du nourrisson importent peu lorsque ce groupe se trouve au-dessous d'un certain niveau de revenu, c'est-à-dire qu'à mesure que la violence structurelle devient plus contraignante, la volonté d'allaitement ne pourrait pas être mise concrètement en pratique.

Dans un autre ordre d'idées, la thèse de Janelle S. McClain (2019) s'intéresse aux croyances, intentions et attitudes face à l'allaitement maternel de 13 femmes afro-américaines enceintes. Les barrières à l'allaitement identifiées le plus fréquemment nommées par ces femmes sont les expériences antérieures négatives d'allaitement, les commentaires négatifs et conseils défavorables à l'allaitement de la part de la famille et des amies, la douleur potentielle et l'insuffisance de la production de lait. Contrairement aux études (Bartlett, 2004 ; Blum, 1999 ; Collins, 2012 ; Gross et al., 2015) qui suggèrent que les effets post-traumatiques et transgénérationnels de l'esclavage font obstacle à l'allaitement des femmes noires, cet enjeu n'a pas été soulevé par les participantes de l'étude de Janette McClain (2019).

Pour les femmes afro-américaines de classe défavorisée de son étude, Linda Blum (1999) précise que le rejet de l'allaitement maternel est une façon d'exercer leur autonomie sur leur propre corps. En effet, en réponse à l'histoire coloniale, certaines mères noires de classe ouvrière réagissent négativement à l'allaitement maternel parce qu'elles croient que cette pratique renforce les stéréotypes racistes sur le corps de la femme noire comme menaçant ou animal. En rejetant les recommandations médicales de l'allaitement maternel, les mères noires de classe ouvrière affirment ainsi un certain contrôle sur leur propre corps et se dégagent de l'emprise colonialiste des autorités de santé publique. L'étude de Linda Blum me semble importante pour montrer que les vécus d'allaitement des femmes sont construits selon des rapports sociaux de « race » et de classe. Malheureusement, la

chercheuse n'a pas fait d'entretiens avec des femmes noires de classe moyenne, ce qui aurait permis de compléter et de comparer les discours des mères de l'étude.

Compte tenu des contraintes associées à la combinaison de l'allaitement et de l'emploi salarié, la ségrégation professionnelle par « race » et genre semble être une bonne piste pour réfléchir à l'imbrication des rapports sociaux (Lucas et McCarter-Spaulding, 2012 ; McCarter-Spaulding, Lucas et Gore, 2011). Comme il a été présenté précédemment, les femmes, et plus particulièrement les femmes racisées, sont sous-représentées dans les postes professionnels et de direction, et ont ainsi moins accès à des lieux de travail proposant des programmes de lactation ou des endroits appropriés pour extraire et conserver le lait de façon hygiénique – ce que Jennifer Lucas et Deborah McCarter-Spaulding appellent des « *breastfeeding friendly workplace* ». Selon ces autrices, les différences socioéconomiques et raciales en milieu de travail contribuent de manière importante aux écarts socioéconomiques et raciaux relevés dans les taux d'allaitement. La « race », le statut socioéconomique, les caractéristiques d'emploi et les politiques publiques aux États-Unis interagissent pour créer une structure qui aide certaines femmes à combiner emploi rémunéré et allaitement tout en excluant les moins privilégiées, ce qui a pour effet d'exacerber les inégalités sociales relatives à l'initiation et à la durée de l'allaitement.

Notons par ailleurs qu'Amanda Marie Lubold et Louise Marie Roth (2012) ont confirmé l'hypothèse selon laquelle les différences dans les taux d'allaitement suivant la « race », l'ethnicité, le statut matrimonial, le statut socioéconomique et l'éducation, sont indissociables des différences rencontrées face aux mesures favorables à l'allaitement au travail. Les autrices concluent que les politiques d'allaitement aux États-Unis avantagent certaines femmes et en désavantagent d'autres :

Historically, pump use has been more available to workers with private work spaces and scheduling autonomy, increasing breastfeeding disparities among employed women. [...] While we found few robust effects of race or ethnicity, white non-Hispanic mothers were substantially more likely to have access to their infants while at work than their non-white and Latina counterparts, and they breastfeed six to seven weeks longer after resuming employment. [...] As a result, differences in availability of maternity leave and job characteristics, like work hours, access to the baby while working, and ability to pump and store milk, contribute to known disparities in breastfeeding. The most privileged workers are also more likely to have jobs that allow them the time, space, flexibility, and privacy to breastfeed or express and store milk at work. (Lubold et Roth, 2012 : 164-165)

En résumé, peu d'études portent sur le processus par lequel la « race » devient significative dans un contexte particulier, la plupart adoptant plutôt une approche essentialiste où la « race » se présente comme une caractéristique fixe. Dans ce sens, penser la « race » comme un « facteur de risque » ou « de protection » est réducteur. Lorsque vient le temps d'expliquer les disparités raciales ou ethniques dans les taux d'initiation et de maintien d'allaitement, la « race » est souvent articulée avec le statut socioéconomique, mais analyse rarement les liens avec d'autres variables contextuelles potentiellement plus importantes. De plus, il ne fait aucun doute que le racisme est présent dans les services en allaitement. En revanche, ce n'est pas dans tous les pays que les minorités ethniques présentent les plus faibles taux d'allaitement (voir l'Irlande, l'Angleterre et même le Canada). Il est important de bien situer et contextualiser les recherches pour mieux parvenir à comprendre le rôle des rapports sociaux de « race » et d'ethnicité dans les contraintes à l'allaitement.

2.3.2.2 *Le processus migratoire et l'acculturation*

Les études s'attardant aux populations immigrantes font le constat que les personnes nées à l'étranger allaitent plus souvent et plus longtemps que celles nées au Canada ou aux États-Unis (Griswold et al., 2018 ; Singh et Siahpush, 2002). *L'allaitement des nourrissons nés au Québec de mères immigrantes : la diversité culturelle au rendez-vous* est la plus récente étude sur ce sujet. Les résultats montrent que les enfants des mères immigrantes ont été plus nombreux à être allaités, et ce, plus longtemps, que les enfants des mères nées au Canada. L'autrice mentionne que : « Malgré le fait que la majorité des enfants des mères immigrantes ont été allaités pendant six mois, voire davantage, l'étude révèle que seulement le cinquième d'entre eux a été exclusivement allaité pendant six mois » (Dubois, 2018 : 29). Selon l'étude montréalaise *Allaitement maternel en milieu pluriethnique* (2003), la région géographique d'origine de la mère est la seule variable sociodémographique associée de façon statistiquement significative à l'initiation de l'allaitement et à la poursuite jusqu'à six mois post-partum.

Mentionnons que parmi les femmes migrantes, les femmes réfugiées présentent les taux d'allaitement maternel exclusif les plus bas, qui sont d'environ 20 % inférieurs à ceux des demandeurs d'asile et des immigrantes non-réfugiées (Dennis et al., 2012).

Une enquête menée par le Bureau de santé publique de Toronto et *Access Alliance* (2010) apporte une autre nuance. Les mères immigrantes récentes, c'est-à-dire celles qui vivent au Canada depuis cinq ans ou moins, sont 1,6 fois plus susceptibles que les mères nées au Canada de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de six mois. Si l'on considère que l'allaitement est favorable au développement d'une bonne santé, ce résultat est convergent avec l'« effet de la bonne santé des immigrants et des immigrantes » remarqué dans différents pays (Brown, 2018 ; Vang, Sigouin, Flenon et Gagnon, 2015) : la santé des immigrants et des immigrantes est généralement meilleure que celle de la population native, particulièrement à leur arrivée dans leur nouveau pays.

Lorsque le degré d'acculturation²⁵ est étudié, les populations les moins « acculturées » tendent à maintenir des taux d'initiation à l'allaitement plus élevés. Une publication de Santé Canada (1997) rapporte que les femmes immigrantes et réfugiées ont le sentiment que le recours aux PCN est le mode d'alimentation du nourrisson le plus répandu au Canada. Ainsi, en plus des raisons économiques qui les obligent à retourner rapidement sur le marché du travail, ces femmes mentionnent choisir l'utilisation du biberon afin de s'adapter aux pratiques de la société d'accueil. Ce qui était d'actualité à l'époque de cette étude risque de ne plus l'être aujourd'hui si l'on tient compte de la promotion de l'allaitement en cours au Canada. À Montréal, les mères immigrantes sondées dans l'étude d'Alex Battaglini, Sylvie Gravel et Laurence Boucheron (2000) mentionnent diverses raisons de cesser l'allaitement, similaires à celles évoquées par les mères nées au Canada dans d'autres études : le manque de lait (45 %), l'habitude ou la préférence de l'enfant pour le biberon (15 %), le côté pratique du biberon (11 %) et la fatigue ou le stress de la mère (11 %).

Les femmes immigrantes, peu importe l'origine, ont un taux d'initiation et de durée d'allaitement supérieur à celui des femmes nées aux États-Unis, et ce, même après ajustement pour prendre en compte le statut socioéconomique et les différences démographiques (Singh et Siahpush, 2002). De cette étude, retenons la proposition suivant laquelle les niveaux de diplomation et de revenus du ménage jouent un rôle crucial pour

25 Ce terme désigne les processus complexes qui résultent de l'assimilation par les membres d'un groupe des traits culturels d'un autre groupe avec lequel il est en contact (Blin, 2007).

les populations nées aux États-Unis, contribuant à augmenter les taux d'allaitement, alors que ces deux facteurs tendent à avoir l'effet inverse sur les immigrantes récentes.

Toujours aux États-Unis, l'étude statistique de Maria Gibson et al. (2005) a montré que, relativement à la maîtrise de la langue du pays d'accueil, le taux d'allaitement est plus élevé chez les femmes les moins « acculturées » que chez les plus « acculturées » (59 % contre 33 %). On peut lier ce résultat à celui du mémoire de maîtrise de Bushra Muzammal (2016), qui recueille le témoignage de neuf femmes immigrantes ayant donné naissance à un nourrisson de petit poids dans un hôpital de Montréal. Cette autrice suggère que les mères immigrantes issues de pays dont la culture favorise traditionnellement l'allaitement (« culture d'allaitement ») ont des difficultés à accéder à des cours prénataux sur l'allaitement et à du soutien postnatal approprié. Selon cette recherche, les problèmes d'allaitement de ces femmes peuvent être attribués à : 1) des barrières linguistiques ; 2) un faible niveau d'éducation et un statut socioéconomique faible et à 3) un manque de compréhension, de la part des professionnelles de la santé, des besoins particuliers des mères immigrantes en matière d'allaitement. On peut en conclure que différents facteurs agissent comme des barrières spécifiques à l'allaitement pour les femmes immigrantes, et ce, suivant leur niveau d'acculturation.

2.3.2.3 L'allaitement en tant que comportement influencé par la culture et la tendance culturaliste de la littérature

Certaines études (Chen, 2010 ; Groleau, Soulière et Kirmayer, 2006) suggèrent que l'allaitement est un comportement fortement ritualisé et influencé par la culture, et ce, même en contexte d'immigration. Par exemple, dans une étude qualitative, Wil-Lie_Chen (2010) explore les perceptions de 15 mères chinoises de première génération d'immigration, deux mois après leur accouchement à Vancouver, à propos de l'allaitement et de la santé de leur enfant. À la suite de l'analyse des entrevues, l'autrice suggère que les croyances et pratiques culturelles des femmes chinoises retardent l'initiation de l'allaitement. En effet, toutes les participantes ont appliqué le *zuo yuezi*, une pratique postnatale traditionnelle qui consiste à rester confinée à la maison pour un mois dans le but de restaurer la santé de la mère avec du repos. Le corps de la mère doit retrouver son

« harmonie » pour produire suffisamment de lait maternel. Une participante mentionne que le corps est trop faible immédiatement après l'accouchement pour produire une quantité suffisante de lait, mais qu'après l'ingestion de nourritures spécifiques, le lait viendra « naturellement ». Le *zuo yuezi* consiste à éviter le contact avec les matières froides, augmenter la consommation d'aliments chauds et recevoir l'assistance de la famille élargie pour s'occuper de l'enfant et des travaux domestiques. Cette pratique ne concorde pas avec la recommandation des professionnelles de l'allaitement de mettre le bébé au sein dès sa première heure de vie. Ce confinement est accepté par ces mères chinoises de première génération d'immigration comme une intervention familiale traditionnelle servant à les guider et à les protéger de la maladie et de la fatigue suite à l'accouchement. Certaines femmes indiquent que les croyances « traditionnelles » chinoises sur la santé ne sont pas importantes pour elles, mais qu'elles les suivent par respect pour les personnes âgées. De plus, l'autrice montre que les femmes chinoises de sa recherche, contrairement aux mères occidentales, ne semblent pas faire attention aux récompenses émotionnelles associées à l'allaitement, telles que le sentiment de gratification. Les mères occidentales mettent davantage l'emphase sur les sentiments de satisfaction personnelle et de réalisation associés à l'allaitement (Bayard, 2012 ; Ryan, Bissell et Alexander, 2010).

De manière similaire, l'étude qualitative de Danielle Groleau, Margot Soulière et Laurence Kirmayer (2006) discerne, dans les pratiques d'allaitement de 20 immigrantes vietnamiennes, un rite de passage à la maternité qui comprend différents rituels corporels et nutritionnels. Le réseau social de la mère joue un rôle crucial pour faciliter la mise en œuvre différents rituels. De ce fait, les résultats indiquent que le contexte de migration et l'absence des membres de leur famille et de leur communauté ont une influence importante sur leurs pratiques d'allaitement, en les empêchant de suivre les rituels corporels et nutritionnels qu'elles estiment nécessaires à la production de lait maternel de qualité. Bref, il peut s'avérer qu'une pratique et une croyance culturelles jouent sur l'allaitement.

En parallèle des études présentées ci-haut, il y a une forte tendance culturaliste dans la littérature. Autrement dit, certaines autrices emploient la « culture » comme fil interprétatif des différences dans les pratiques d'allaitement quand d'autres raisons, dont les inégalités sociales, peuvent expliquer ces différences. Tout d'abord, en accord avec

Didier Fassin (2001), dans un chapitre intitulé « Le culturalisme pratique de la santé publique : Critique d'un sens commun », je définis le culturalisme comme « *la figure intellectuelle* qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines. Il est en effet défini par la combinaison d'une opération de *réification de la culture* [...] et un processus de *surdétermination culturelle* » (Fassin, 2001 : 186 ; c'est l'auteur qui souligne).

Il semble pertinent de débiter en se penchant sur une critique formulée par Penny Van Esterik (2012) sur la tendance de certaines chercheuses à réduire les différences culturelles à des traits mesurables. En effet, elle soutient que la catégorisation des identités ethniques ou culturelles en groupes homogènes crée des stéréotypes et suggère une « surdétermination culturelle », pour reprendre les mots de Didier Fassin (2001). Elle donne l'exemple d'une charte proposée par Kathleen Riordan et Jan Auerbach (1993) à l'intention du personnel de santé, censée informer sur la manière dont les croyances et pratiques culturelles peuvent affecter l'allaitement chez les mères asiatiques, afro-américaines et hispaniques :

The chart, while intending to help health professionals be sensitive to cultural differences, misses the fluidity of ethnic identity and essentializes large segments of the population [...]. Instead of addressing issues of power between groups, community empowerment as a vague ideal becomes the way to deal with health disparities. (Van Esterik, 2012 : 56)

De plus, elle souligne que le revenu du ménage, l'expérience d'un abus ou encore la religion sont des éléments absents de ladite charte ; des éléments susceptibles d'influencer davantage les pratiques d'allaitement que l'identité culturelle ou ethnique des mères.

Plusieurs publications gouvernementales canadiennes, telles que *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada* (1997), tentent d'aborder les enjeux vécus par les femmes immigrantes en ce qui a trait à l'allaitement. Dans ce type de publications destinées aux professionnelles de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes, on propose généralement un résumé fondé sur la catégorisation géographique des croyances et pratiques culturelles de certaines communautés. Prenons à titre d'exemple une publication récente (2018) suivant le *Guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrantes et réfugiées* dans lequel on mentionne que les aliments couramment utilisés en guise de suppléments varient d'un pays à l'autre. Par exemple du

riz, des bananes écrasées et du gruau liquide, en Indonésie ; du glucose mélangé à des céréales en boîte ou une bouillie faite à partir de semoule de maïs, au Kenya ; des fines herbes mélangées à du lait de vache « pour prévenir les maux d'estomac ou assurer la croissance de l'enfant », au Mali ; des gouttes à base de plantes locales (*janamghuit*) données aux nourrissons d'environ un mois pour « nettoyer leur estomac et éliminer le contenu non-nécessaire en provoquant le vomissement », au Népal ; une bouillie de maïs ou de millet dilué, dans certains pays d'Afrique.

Dans la même veine, on retrouve le document *Naître ici et venir d'ailleurs* (2007) qui sert de guide d'intervention auprès des familles d'immigration pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Sa section sur l'allaitement maternel et l'introduction des solides comporte de nombreuses généralisations culturalistes abusives. Par exemple « En Europe de l'Est, l'allaitement maternel est considéré comme la façon idéale de nourrir son enfant », (Durand et al., 2007 : 55). En plus de manquer de références²⁶, la plupart des affirmations mériteraient plus de contextualisation.

En parallèle des publications gouvernementales, dans la littérature scientifique, quelques autrices affirment que des « pratiques et croyances culturelles » pourraient être nuisibles à l'allaitement. Prenons l'exemple de la pratique et croyance « *best of both or los dos* », c'est-à-dire l'idée qu'il est préférable de combiner le lait maternel avec de la PCN ou autres suppléments alimentaires. Dans une étude, Indu Ahluwalia et al. (2012) examinent les associations entre les pratiques maternelles de soins et la durée de l'allaitement chez différents groupes ethniques et raciaux, catégorisés comme blancs, noirs ou hispaniques. On peut critiquer la classification de cette étude, qui répartit les femmes en seulement trois groupes homogènes. La réalité étant plus complexe, chacune de ces catégories peut représenter plusieurs cultures et contextes sociaux différents. Parmi les associations proposées dans cette étude, notons par exemple que, pour les mères hispaniques, le fait de leur donner gratuitement des échantillons de PCN à l'hôpital est

²⁶ L'ensemble de la section se base sur le rapport de Santé Canada *Perspectives multiculturelles de l'allaitement maternel au Canada* (Agnew, Gilmore et Sullivan, 1997).

associé à l'arrêt de l'allaitement en moins de dix semaines²⁷. Les autrices y voient le reflet d'une « pratique/croyance culturelle » des mères hispaniques relative au « *best of both* ». Ce fil interprétatif s'avère problématique puisqu'il ne prend pas en compte d'autres études qui affirment que cette croyance culturelle est répandue chez plusieurs groupes ethniques et raciaux, laissant ainsi penser à tort qu'elle est spécifique aux femmes hispaniques. En effet, l'étude ethnographique de Leslie Kaufman, Swarna Deenadayalan et Adam Karpati (2010) montre que parmi 28 mères issues de familles portoricaines et afro-américaines de deux quartiers de Brooklyn, plusieurs complètent l'allaitement avec de la PCN ou en ajoutant des céréales au lait maternel. Ainsi, l'attribution de l'introduction de suppléments, de PCN ou de nourriture solide, à une norme « culturelle » est douteuse. L'utiliser pour expliquer les disparités ethniques et raciales dans la durée d'allaitement tend à produire une altérité artificielle.

Un autre exemple de cette tendance culturaliste est perceptible dans une étude menée en Malaisie par Emma Mohamad et al. (2013). Les chercheuses ont mis sur pied neuf groupes de discussion avec des mères ayant un enfant de moins de deux ans et ayant déjà expérimenté l'allaitement, même sur une courte durée. Dans cette étude, les autrices visent à examiner les enjeux religieux et culturels de l'allaitement. Pour y arriver elles citent même des extraits du Coran, dans le but de montrer que « *[i]n Islam, women are bound by religious rules that do not allow them to show their skin in the presence of non-Mahram males (except for the face and hand)* » (Mohamad, Latiff, Rahim et Pawanteh, 2013 : 264). La religion et la culture se confondent dans les propos des autrices. Les résultats indiquent que les femmes approchées considèrent nécessaire le retrait de l'espace public pour allaiter, ce qu'elles expliquent par la signification sexuelle attachée au sein des femmes. Comme il a été présenté précédemment, la sexualisation des seins dans les sociétés occidentales encourage l'adoption de comportements permettant d'« allaiter sans

²⁷ Voici d'autres exemples de propositions trouvées dans l'étude : La pratique d'allaiter dans la première heure est significativement associée à la durée de l'allaitement pour les mères noires et blanches, mais pas pour les femmes hispaniques. Pour les mères noires et hispaniques, l'allaitement sur demande est positivement associé à la continuation, mais pas pour les mères blanches. Deux pratiques de soins maternels, soit l'aide reçue de la part des employés de l'hôpital dans l'apprentissage de l'allaitement et le fait de donner au bébé une sucette, sont associées à un arrêt précoce de l'allaitement chez les mères blanches et noires. Cependant, pour l'ensemble des groupes raciaux et ethniques, le fait de donner uniquement du lait maternel est associé à l'allaitement jusqu'à dix semaines ou plus.

être vue ». Les autrices réinterprètent cette discrétion en termes de « culture/religion », comme un signe de conformité aux règles islamiques pour préserver leur intégrité et leur modestie en tant que femmes musulmanes.

It was observed that Muslim women's responses to public breastfeeding are slightly different from Western women who talk of respect and modesty and see public breastfeeding as signifying that they are sexually available women[...]. Religion is an important element in a society where faith and obedience to God are fundamental to their culture and daily lives, a society like the Malay. (Mohamad, Latiff, Rahim et Pawanteh, 2013 : 271)

En revanche, il faut noter que l'étude ne fournit pas d'information sur la religion des participantes. On pourrait supposer que certaines ne sont pas musulmanes. Les autrices en viennent à conclure que la religion joue un rôle important dans la construction de la culture d'allaitement en Malaisie, dans la mesure où elles décèlent un point de tension entre la normalisation de l'allaitement et la perception de l'allaitement en public comme culturellement/religieusement inacceptable. Les autrices ajoutent que, contrairement aux femmes occidentales, les femmes musulmanes ne pourraient pas défier le discours de sexualisation des seins en osant l'allaitement en public, car cela qui impliquerait de montrer de la peau (Mohamad, Latiff, Rahim et Pawanteh, 2013). La surdétermination religieuse effectuée par les autrices en conclusion laisse perplexe quand on soulève d'autres aspects de la même étude, en particulier les différences observées entre milieux urbains et ruraux. En effet, dans le groupe de discussion rural, les femmes mentionnent que l'allaitement est un comportement acceptable en public, et non « déviant ». Pour expliquer l'écart, les autrices mobilisent des facteurs socioéconomiques – par exemple le prix élevé des PCN dans le contexte de la concentration de la pauvreté en milieu rural). Ce résultat semble exiger de relativiser l'importance de la religion, car les habitantes du milieu rural sont probablement aussi musulmanes.

Ce pan de la littérature m'amène à conclure à une tendance à la surdétermination de la culture en ce qui concerne la prise de décision des mères et la mise en œuvre des pratiques d'alimentation du nourrisson. Contrairement à ce que cette littérature laisse entendre, il ne semble pas possible de séparer la culture des autres facteurs qui influencent ces pratiques. Au premier chef, on peut penser aux facteurs abordés plus haut, tels que les représentations et normes sociales, la sexualisation des seins, les attitudes et opinions de

l'entourage ou encore les facteurs économiques. Tous ces facteurs sont culturellement façonnés. La question n'est donc pas de savoir si la culture joue un rôle causal plus ou moins important par rapport aux autres facteurs, mais de comprendre son articulation à ceux-ci.

2.4 La diversité des expériences d'allaitement et de non-allaitement

Ce qui m'intéresse sur le plan des contraintes à l'alimentation du nourrisson, ce n'est pas uniquement ce qui oblige ou limite les différentes pratiques, mais aussi la manière dont les expériences d'allaitement ou de non-allaitement, submergées de contraintes, sont vécues par les mères. Un peu de littérature récente se penche sur la question des expériences d'allaitement des mères (Afoakwah, Smyth et Lavender, 2013; Andrews et Knaak, 2013 ; Charlick et al., 2019 ; Holmberg, Peterson et Oscarsson, 2014 ; Kronborg, Harder et Hall, 2015 ; Powell, Davis et Anderson, 2014).

À ce sujet, l'étude exploratoire de Denise Moreau se rapporte au vécu de la maternité d'une manière semblable à ce qui sera mobilisé dans cette thèse pour le vécu de l'allaitement, c'est-à-dire à partir de l'écart entre les attentes et la réalité. Les résultats de cette étude, qui présente le vécu d'allaitement de douze femmes de la région d'Ottawa, indiquent que plusieurs considèrent l'allaitement comme « l'épreuve la plus marquante dans la transition à la maternité [...] : l'allaitement semble constituer l'expérience la plus dévastatrice dans l'apprentissage de la maternité » (Moreau, 2011 : 33 et 35). Cette expérience s'est avérée pour de nombreuses mères être une source de culpabilité et de remise en question. Cette étude, bien que pertinente dans le cadre de ma recherche, s'avère insuffisante puisque les différenciations sociales dans l'expérience vécue ne sont pas mises de l'avant. L'échantillon est relativement homogène — femmes de classe moyenne âgées entre 26 à 35 ans, mariées, présentant un niveau d'éducation élevé²⁸. De plus, l'étude ne se penche pas sur la diversité des vécus des femmes en fonction de leur position sociale.

²⁸ Onze femmes sur douze ont un diplôme universitaire. Parmi elles, dix ont un emploi à temps plein. Une des participantes ayant un diplôme collégial a aussi un emploi à temps plein. Une seule est sans emploi, bien que détentrice d'un diplôme universitaire de droit dans son pays africain d'origine, où elle travaillait avant de venir au Canada. Pour six d'entre elles, le revenu du couple s'élève à plus de 100 000 \$; pour quatre participantes, il varie entre 40 000 \$ et 90 000 \$ (deux n'ont pas répondu à la question).

Dans le contexte québécois, Marie-Ève Couturier (2012) s'est penchée, dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sociologie, sur les expériences de 12 mères qui n'ont pas allaité ou qui ont allaité moins de deux semaines. Les participantes qui avaient fait le choix de donner des PCN à leur nourrisson ont vécu des expériences qu'elles qualifient de positives, et ce, même si sont allées contre les recommandations des autorités de santé publique. L'autrice démontre également que la décision prise au cours de la grossesse concernant la méthode d'alimentation du nourrisson peut se modifier en période post-partum, en raison de certaines difficultés vécues relatives à l'allaitement. Parmi les femmes de son étude qui avaient fait le choix d'allaiter ou d'extraire leur lait maternel, quatre ont décrit l'expérience d'utilisation des PCN comme positive tandis que deux mères considéraient cette expérience négative. Les premières y ont trouvé plusieurs avantages qu'elles n'avaient pas envisagés. En revanche, les secondes « ont très mal vécu la non-concordance entre leur décision et leur expérience. Elles disent avoir ressenti de la culpabilité et avoir vécu cette période de leur vie comme un échec » (Couturier, 2012 : 84). Comme nous le verrons, les sentiments d'échec et de culpabilité sont abordés dans d'autres études, et surviennent lorsque les attentes des mères en matière d'allaitement ne sont pas satisfaites (Blum, 1999 ; Dubé, 2016 ; Earle, 2002 ; Fallon et al, 2016 ; Holcomb, 2017 ; Knaak, 2010 ; Komninou et al., 2016 ; Robinson, 2018 et 2013 ; Spencer, Wambach et Domain, 2015 ; Thomson et Dykes, 2011 ; Thomson, Ebisch-Burton et Flacking, 2015).

Dans le même ordre d'idées, Rebekah Fowle (2015) s'est penchée sur le cas de sept mères primipares considérant avoir connu une expérience difficile d'allaitement. La chercheuse constate que leur expérience difficile a eu un impact sur leur identité de mère, les laissant avec des sentiments de frustration et de culpabilité. Les résultats indiquent que leurs récits sont fondés sur les discours « médicaux » et « naturels » dominants, dont j'ai déjà discutés.

Pour donner un autre exemple de la manière dont des émotions négatives peuvent être associées aux expériences d'alimentation du nourrisson, évoquons une recherche narrative menée par Catherine Robinson (2018) auprès de 22 femmes australiennes et explorant la détresse de l'allaitement. L'autrice identifie deux éléments majeurs de cette détresse : la douleur et l'inauthenticité. Dans le contexte d'idéalisation de la maternité et

de l'allaitement (Douglas et Michaels, 2005), les mères vivaient des émotions négatives telles que la honte et la culpabilité de ne pas être à la hauteur de leurs attentes, soit vivre l'idéal d'un allaitement exclusif et prolongé. La douleur et l'utilisation de méthodes d'alimentation alternatives, jugées « non-authentiques » par les mères (comme la méthode mixte, les biberons de lait maternel extrait ou les PCN), étaient au cœur du sentiment de détresse associé aux attentes idéalisées formulées.

Ces résultats rejoignent ceux de Sandrine Vallée-Ouimet (2019), obtenus à partir des neuf entretiens semi-dirigés réalisés auprès de Québécoises ayant initialement souhaité l'allaitement exclusif, mais qui ont finalement opté pour une alternative. L'autrice met de l'avant que les mères rencontrées ont pu vivre une tension identitaire manifestée par un sentiment d'échec, de déception ou de culpabilité, en cessant l'allaitement, ce qui aurait fait naître le besoin de justifier leur décision. Dans l'entreprise de légitimation de leur prise de distance par rapport à la norme de l'allaitement, plusieurs participantes se sont senties apaisées de pouvoir compter sur des facteurs extrinsèques, sur lesquels on ne peut exercer que peu de contrôle. Au nombre de ces facteurs, mentionnons la prise obligatoire de médication incompatible avec l'allaitement, une hypoplasie mammaire diagnostiquée ou une prise du sein inefficace ou douloureuse liée à un frein de langue trop court.

Plusieurs autrices, dont Élisabeth Badinter (2010), ont suggéré que la mère pouvait vivre une forme de culpabilisation lorsqu'elle s'éloigne de la norme sociale associée au modèle exclusif de l'allaitement maternel. La culpabilité ressentie face aux difficultés d'un allaitement témoignerait de l'intériorisation par les mères de l'obligation morale d'être une « bonne mère » (Moreau, Tahon, et Daigle, 2010 ; Ryan, Bissell et Alexander, 2010; Taylor et Wallace, 2012), fortement influencée par les recommandations de santé publique visant à fournir ce qu'il y a de « mieux » à l'enfant. Ellie J. Lee (2008) et Joan B. Wolf (2007) proposent ainsi de voir la culpabilité et le sentiment d'échec comme l'expression de l'intériorisation de la maternité intensive (Hays, 1996), dont j'ai déjà discutée.

Comme le montrent les exemples précédents, les récits des femmes permettent d'en connaître davantage sur ce qu'elles ressentent face à l'allaitement et comment elles le vivent. Les émotions et les craintes des femmes informent sur leur vécu de l'allaitement. On constate par ailleurs que l'expérience de l'allaitement n'est pas vécue de la même

manière chez toutes les femmes. Par exemple, dans une étude de Virginia Lupton et Deborah Schmied (2001), l'expérience d'allaitement s'avère être fortement sensuelle et émotionnelle pour les femmes interrogées. L'allaitement est une expérience inscrite dans le corps (« *embodied* ») très intense pour toutes les femmes de l'étude, mais vécue de manière différente. Pour toutes les participantes, l'allaitement maternel est considéré central à l'expérience de la maternité et cruciale pour leur identité maternelle en construction. La majorité des répondantes s'étaient engagées fortement à allaiter. L'allaitement était quelque chose que les femmes souhaitaient maîtriser. Les autrices précisent que ce résultat peut être dû à la constitution de leur échantillon, principalement issu de la classe moyenne. En revanche, alors que pour certaines femmes l'allaitement s'est révélé être une expérience plaisante et intime, pour d'autres, elle a été difficile et perturbatrice. Les mères originalement ambivalentes ou négatives par rapport à l'allaitement mentionnent que rien ne les avait préparées à faire face à l'intensité de l'expérience vécue, inscrite dans le corps. Ces dernières souhaitant avant tout retrouver un sentiment d'autonomie et d'individualité.

Les constats précédents rejoignent ceux de Sally Johnson et al. (2009) affirmant que le « bon maternage » associé à l'allaitement est un défi pour les mères aux prises avec les réalités et les valeurs de la vie contemporaine, incluant la faible participation de l'autre parent, le retour au travail et la volonté de garder du temps pour soi. En d'autres mots, la multiplicité des statuts accumulés par les femmes d'aujourd'hui en tant que travailleuse, conjointe, mère, etc., pourrait ne pas convenir à l'allaitement exclusif de longue durée et engendrer une pression de performance accrue sur chacun de ces rôles. Dans l'étude de Fiona Dykes et Catherine Williams (1999), les femmes participantes expriment le sentiment de devoir jongler avec trop d'activités et de tâches, ce qui les épuise, les rend anxieuses et conduit à limiter leurs pratiques d'allaitement.

2.4.1 L'allaitement en tant que projet des classes privilégiées

Dans la littérature, on constate que les femmes des classes privilégiées sont susceptibles de s'engager de manières différentes dans l'allaitement maternel que les autres femmes. Elles considéreraient l'allaitement comme un projet corporel essentiel à la réussite de l'individualité et de la maternité (Avishai, 2007 et 2011 ; Robinson, 2013 ; Waltz, 2014).

Par exemple, les représentations de la maternité chez les femmes de la classe moyenne en Afrique du Sud — plus précisément des femmes éduquées de la banlieue sud du Cap — semblent, selon Miriam Waltz (2014), avoir récemment été modifiées pour tendre vers le modèle de la « maternité intensive », en partie en raison d'un privilège de classe leur donnant accès aux ressources et aux informations concernant l'allaitement. Dans ce contexte, l'allaitement maternel est considéré comme un « projet » qui peut être géré par la planification, la mesure et l'application exacte des recommandations issues de l'expertise médicale. Cette même étude permet de montrer que même dans un contexte de privilège de classe et de soutien social, l'allaitement n'est pas une tâche facile et son succès n'est pas assuré.

Ces résultats rejoignent ceux d'Orit Avishai (2007 et 2011), fondés sur des entretiens menés auprès de 25 mères, majoritairement blanches, instruites et de classe socioéconomique privilégiée. Cette étude montre que les femmes de classe favorisée tentent de gérer leur allaitement comme un projet, c'est-à-dire comme une tâche à accomplir, planifier, évaluer et, ultimement, réussir en s'appuyant sur leur autodiscipline, mais également sur des connaissances d'experts, des conseils professionnels et la consommation de technologies ou d'outils pour soutenir l'allaitement. Cet encadrement de l'allaitement maternel en tant que projet contraste avec le plaisir, la relationnalité avec l'enfant et l'*empowerment* qui lui ait souvent associé. Bien que ses résultats soient similaires, l'étude de Catherine Robinson (2013) va plus loin en précisant que les mères qui allaitent qu'elle a rencontrées perçoivent qu'en performant « le naturel », elles ont accès à des expériences d'elles-mêmes en tant que « sujets disciplinés et moralement puissants ».

La littérature consultée permet de rendre compte de diverses stratégies de résistance face aux sentiments de culpabilité et de honte ressentis par certaines mères qui utilisent de la PCN. Par exemple, l'étude de Jeanne Holcomb (2017), qui s'appuie sur 96 entretiens effectués auprès de 22 mères d'un premier enfant, distingue trois stratégies d'adaptation aidant à maintenir une identité maternelle positive lorsque l'intention initiale d'allaiter fait place à la honte, suite à des difficultés ou au recours à de la PCN. Elles y parviennent en : 1) réinterprétant l'utilisation de la PCN comme un choix ; 2) reconnaissant leurs propres efforts d'allaitement et en 3) se concentrant sur leur propre santé et bien-être. Les résultats

indiquent que l'accent mis sur le choix individuel dans les discours de promotion de l'allaitement tend à exacerber la culpabilité et le sentiment d'échec. Quant à elles, Patricia Mahon-Daly et Gavin J. Andrews (2002) suggèrent que certaines femmes ont tendance à utiliser des expressions particulières servant à se distancer de leur corps et de l'échec que représentent pour elles les difficultés de l'allaitement (« *it not being emptied after each feed* », « *it not providing adequate milk* »).

2.5 Conclusion de chapitre

Cette revue de la littérature n'est pas exhaustive, mais permet tout de même de prendre conscience de la diversité des propositions sur les contraintes à l'allaitement. Elle permet également de mettre de l'avant les contraintes associées aux rapports sociaux de sexe/genre, de classe, d'ethnicité et de « race », dans lesquels sont prises les femmes et qui peuvent les empêcher de réaliser leurs aspirations en matière d'alimentation du nourrisson. Il apparaît de ce fait que le moyen le plus approprié de penser les contraintes à l'allaitement est de les situer dans la dynamique entre le discours institutionnalisé de la « bonne mère », traduisant un idéalisme, et les pratiques réelles au quotidien, telle que vécue par les femmes confrontées aux difficultés matérielles et sociales qui se dressent entre elles et leurs objectifs.

L'état des connaissances met aussi en évidence le fait que la prise de décision concernant l'alimentation du nourrisson est influencée par plusieurs facteurs qui ne sont pas toujours sous le contrôle des mères. Les difficultés associées à la combinaison de l'allaitement ou de l'extraction avec un emploi contraindraient plusieurs femmes à cesser l'allaitement, à modifier leurs pratiques ou à quitter leur emploi. À ce sujet, il semble que les dispositions nécessaires à un allaitement ou une extraction au travail soient plus fréquemment implantées dans les postes plus élevés dans la hiérarchie. D'ailleurs, les discours sur l'allaitement des femmes désavantagées économiquement laissent entendre que l'allaitement est un privilège de classe. De plus, le milieu de vie des classes défavorisées est souvent perçu comme non-sécuritaire et non-favorable à l'allaitement. Le biberon y constitue la norme et les modèles d'allaitement se font rares. De fait, l'accès aux

ressources et à un soutien formel ou informel adéquat est ardu dans les quartiers défavorisés.

De plus, l'attribution du travail de soins aux femmes par la division sexuelle du travail ainsi que la sexualisation des seins dans les sociétés occidentales — et autres sociétés où des représentations sexuelles des seins ont cours — nuiraient aux pratiques de l'allaitement à l'extérieur et à l'intérieur de la sphère privée. Les contraintes d'allaitement qu'expérimentent les femmes seraient symptomatiques de plusieurs inégalités de genre, telles que la difficulté d'intégrer les femmes allaitantes à la sphère publique et les iniquités économiques issues de l'engagement envers la famille – au prix de la carrière et de l'avancement personnel.

Il faut aussi retenir la diversité des vécus de l'allaitement allant de sensuel, émotionnel et/ou intime pour les unes, à perturbant, difficile et/ou dévastateur pour les autres. Sur ce point, il importe de tenir compte des obstacles à l'allaitement alimentés par les différences sociales, qui placent certaines femmes dans des positions privilégiées, tandis que d'autres femmes n'arrivent pas à envisager l'allaitement comme quelque chose de possible eu égard aux contraintes quotidiennes découlant de leur condition sociale. Il faut aussi garder en tête que les femmes réagissent différemment aux normes sociales entourant l'allaitement maternel : certaines adhèrent à celles-ci tandis que d'autres privilégient des aspirations qui divergent des recommandations des autorités publiques.

Dans le contexte international de promotion de l'allaitement, il me semble donc primordial d'examiner les effets des inégalités sociales sur le vécu de l'allaitement maternel. Lorsqu'on consulte la littérature, on constate un manque d'études abordant au premier plan l'impact de l'articulation des différentes inégalités sociales sur le vécu de l'allaitement maternel. D'une part, la plupart des études portant sur les inégalités sociales relatives à l'allaitement le caractérisent par ses dimensions objectives (initiation, durée et exclusivité). D'autre part, la plupart de ces études se focalisent sur un seul axe de différenciation sociale (par exemple le niveau de diplomation ou le statut socioéconomique ou l'origine ethnique) pour mesurer ses effets sur l'allaitement. De ce fait, les lacunes de ces études résident dans leur incapacité à montrer comment c'est en réalité l'interaction entre ces différents axes qui est « contraignant » pour l'allaitement (dans les deux sens du

terme : en le limitant ou en le rendant obligatoire). C'est cette lacune que la présente recherche tentera de combler grâce au cadre d'analyse intersectionnelle qui sera décrit dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 3. Cadre théorique et questions de recherche

Dans le cadre de cette thèse sur la co-construction des rapports sociaux dans la production et la reproduction des inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement maternel, le cadre théorique retenu est le constructivisme social, plus particulièrement l'intersectionnalité. Le présent chapitre abordera dans un premier temps les questions qui ont orienté la recherche. Je définirai les principaux concepts noyant les questions de recherche et mobilisés dans la thèse : inégalités sociales, rapports sociaux de « race », de sexe/genre et de classe, institution de la maternité, maternité-expérience et positionnalité. Dans un deuxième temps, les objectifs de la recherche seront exposés. Dans un troisième temps, la théorie du constructivisme social sera abordée, en prenant soin de soutenir la pertinence des idées de co-construction et d'intersectionnalité pour l'analyse des rapports sociaux à l'étude. Pour ce faire, la généalogie et les principes fondateurs du concept d'intersectionnalité seront présentés. Le chapitre se conclura sur une synthèse débouchant sur la formulation d'un cadre conceptuel sur trois niveaux.

3.1 Questions de recherche

Considérant la problématique proposée au chapitre 1 et les lacunes de la littérature savante exposées au chapitre précédent, plusieurs questions émergent. La première et principale question qui nous occupera peut être formulée comme suit : *Comment l'articulation des rapports sociaux inégalitaires affecte-t-elle le vécu de l'allaitement maternel ?* De manière plus précise, comment la positionnalité des femmes le long de divers axes de hiérarchies sociales (tels que la « race », le statut d'immigration, la classe et le genre) influence-t-elle leurs aspirations en termes d'allaitement maternel et les contraintes auxquelles elles font face pour réaliser ces aspirations ? En effet, considérant que les femmes ne proviennent pas des mêmes milieux sociaux, n'ont pas les mêmes aspirations d'allaitement et ne rencontrent pas les mêmes obstacles à ces aspirations, il s'avère important de se questionner sur la manière dont les différenciations sociales peuvent façonner de façon inégalitaire le vécu de l'allaitement maternel des femmes.

Je m'intéresse par là à la manière dont les obstacles à l'allaitement ressentis par les femmes sont structurés par les différences sociales. À cet égard, j'émetts l'hypothèse que ces différences placent certaines d'entre elles dans des positions privilégiées, facilitant un vécu d'allaitement ou un non-allaitement qualifiable de « facile » et « épanouissant », d'une part; tandis que d'autres femmes rencontrent impossibilités et contraintes au quotidien, d'autre part. La perspective sociologique qui sous-tend cette hypothèse s'inspire du concept de reproduction stratifiée (*stratified reproduction*²⁹) proposé par Shellee Colen (1986). Peu mobilisé dans les recherches francophones, ce concept contribue à mettre en lumière les relations de pouvoir qui amènent certaines femmes, suivant leur positionnalité, à être « *empowered* » par l'allaitement tandis que d'autres sont « *disempowered* ». En d'autres termes, la reproduction stratifiée accentue la diversité des expériences d'allaitement des femmes, les conditions matérielles et les rapports de pouvoir relatifs aux positions sociales.

Plusieurs sous-questions émergent de ce qui précède. Dans le contexte où le discours dominant sur la promotion de l'allaitement contribue à la régulation des femmes et de leur maternité en leur imposant des règles et des normes auxquels elles doivent se plier pour correspondre au construit social de la « bonne mère », on peut se demander : Comment, en fonction de leur positionnalité, les femmes vivent, négocient et résistent-elles à ces normes ? Malgré les impératifs moraux, de quelles manières certaines femmes parviennent-elles à faire de l'allaitement une expérience d'*empowerment* qui leur appartient – au sens où elles en retireraient un sentiment de pouvoir, de prise de contrôle, de maîtrise sur leur corps ? Est-ce que cet *empowerment* naît des mêmes prémisses chez toutes les femmes ?

Ces sous-questions font naître à leur tour des considérations sur l'inscription de l'allaitement dans des pratiques normatives relatives à la fabrication sociale de la « bonne mère », telle que véhiculée par le « dispositif de promotion de l'allaitement »³⁰. Comme

²⁹ Ce concept est défini par Faye Ginsburg et Rayna Rapp (1995 : 3) comme : « *the power relations by which some categories of people are empowered to nurture and reproduce, while others are disempowered* ».

³⁰ Un dispositif est « un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit [...] Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments » (Foucault, 1977 : 63).

l'ont montré Marjolaine Héon et Patrick Martin (2013), les professionnelles œuvrant en périnatalité jouent un rôle central en tant que participantes actives de ce mouvement de régulation sociale. Pour y voir plus clair, les formes d'exercice du pouvoir médical sur les mères concernant l'allaitement et le rôle des institutions (politiques publiques et lignes directrices officielles) seront examinées. Ces considérations esquissent une deuxième série de sous-questions : Comment ces normes agissent-elles sur les femmes et influencent-elles leur vécu de l'allaitement maternel ? Comment les discours et les pratiques de promotion de l'allaitement maternel interviennent-ils de manière socialement différenciée sur le vécu de l'allaitement ? Quels rôles jouent les professionnelles travaillant en périnatalité dans la transmission ou l'interprétation de ces normes ?

3.2 Objectifs de la recherche

Suivant ces questionnements, je vais présenter les objectifs de la recherche. Comme il a été souligné au chapitre précédent, la littérature sur l'allaitement provient dans une large mesure des sciences de la santé. Cette littérature se compose surtout d'études quantitatives qui peinent à identifier les processus sociaux participant de la fabrication et de l'articulation des inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement. L'objectif prioritaire de la présente recherche est de mieux comprendre les conditions matérielles et les rapports sociaux en cause, à travers les récits d'allaitement des femmes. Pour ce faire, les prémisses qui ont guidé cette recherche sont 1) de ne pas privilégier la sphère privée, mais d'examiner la vie sociale dans toutes ses dimensions ; et 2) de rendre compte des inégalités, des privilèges et des vécus non pas de manière théorique, mais tels qu'ils se construisent et prennent sens dans les relations sociales quotidiennes des femmes. Pour éviter de limiter l'étude à la compréhension de l'expérience d'allaitement en termes de rapports de sexe/genre, je souhaite étendre le regard aux rapports de domination et de pouvoir dans lesquels elle s'inscrit.

De fait, l'un des objectifs principaux de la recherche est de repérer l'articulation de multiples rapports sociaux inégalitaires et l'impact de cette articulation sur le vécu de l'allaitement. Autrement dit, je compte identifier les inégalités sociales subies par les

femmes qui sont susceptibles d'affecter leur vécu d'allaitement, puis penser leur articulation.

Le second objectif principal est d'explorer et de décrire le vécu des femmes quant aux écarts possibles entre leurs aspirations initiales en période prénatale et les réalités de l'allaitement maternel en période postnatale. Cette exploration vise à établir une typologie de la diversité des vécus, tels qu'ils sont susceptibles d'être influencés par les injonctions normatives et les obstacles rencontrés. La recherche vise aussi à dégager le système de normes et les rapports sociaux contraignants qui conditionnent le sentiment de « réussite » ou d'« échec » que peuvent ressentir les femmes par rapport au vécu de l'allaitement.

Au-delà de ses objectifs d'avancement des connaissances, cette thèse a également une portée sociale et pratique. En effet, l'identification des processus qui peuvent nuire à l'atteinte des aspirations d'allaitement des mères est une première étape pour proposer des moyens de réduire les inégalités en la matière. De plus, considérant la prémisse des sciences de la santé selon laquelle l'allaitement est à promouvoir auprès de toutes les femmes, étant bénéfique pour tous les enfants, ce projet se démarque des perspectives visant l'augmentation des taux d'allaitement. Les résultats de cette recherche permettront d'engager une réflexion avec les autorités de santé publique sur la diversité des besoins et des réalités des femmes. Il s'agit ainsi de contribuer à la sociologie des inégalités sociales affectant la maternité tout en soulevant un enjeu de justice sociale.

À terme, je compte partager mes résultats avec les professionnelles œuvrant en périnatalité. La connaissance des professionnelles œuvrant en périnatalité sur ces inégalités, leurs mécanismes et leurs processus, peut contribuer à l'atténuation de ces mêmes inégalités dans le vécu de l'allaitement maternel chez les femmes.

3.3 Affiliation théorique : constructivisme social et co-construction des rapports sociaux

Le cadre théorique de base est le constructivisme social, dont les théoriciens fondateurs sont Peter L. Berger et Thomas Luckmann. Dans *The Social Construction of Reality : A Treatise in the Sociology of Knowledge* (1966), les auteurs introduisent le concept de « construction sociale ». La prémisse est simple : le monde social dans lequel

nous vivons est le produit de l'activité humaine. Les auteurs cherchent par là à dépasser différents débats classiques en sociologie (individu/collectivité, nature/culture, idéal/matériel, objectif/subjectif) en appréhendant la réalité sociale comme un ensemble de « constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs ». Ils tentent de répondre aux questions suivantes : Comment se produit l'articulation entre les faits objectifs et les significations subjectives ? Par quels processus un ensemble typologique devient-il une réalité socialement établie ? Leurs réponses se condensent en deux thèses fondamentales.

Premièrement, la réalité et les phénomènes sociaux sont construits socialement, c'est-à-dire créés, institutionnalisés puis transformés en traditions ou en évidences, perçus comme allant de soi et inévitables. La définition de « réalité » qui en découle renvoie à « une qualité appartenant à des phénomènes que nous reconnaissons comme ayant une existence indépendante de notre propre volonté » (Berger et Luckmann, 1996 : 7). Deuxièmement, la sociologie de la connaissance se doit d'analyser les processus qui font apparaître cette réalité.

Le constructivisme permet de penser les structures sociales, les processus sociaux et historiques en ce qu'ils déterminent la différenciation sociale faisant sens dans une société et une époque donnée. Par où les modes de différenciation deviennent observables et identifiables. Ces différenciations sociales sont produites par des éléments stables de la réalité objective socialement construite, éléments qui inscrivent les différences dans un univers symbolique. La position sociale d'un individu, basée sur les différents rapports sociaux abordés dans les sections précédentes, n'est donc pas déterminée par la nature des choses, mais dépend de processus sociaux et historiques. C'est d'ailleurs ce que j'ai démontré à la section 1.1 de cette thèse en me penchant sur les modifications des normes d'alimentation du nourrisson au fil du temps et d'une société à l'autre.

Dans cette thèse, afin de se concentrer sur les mécanismes de construction sociale du vécu de l'allaitement et comprendre l'impact des différentes inégalités sur celui-ci, je penserai cette construction sociale de la réalité en termes de *co-construction* des rapports sociaux. Pour ce faire, l'intersectionnalité sera l'angle d'analyse privilégié, en raison de la grille d'analyse multidimensionnelle qu'il propose, qui tient compte des formes matérielles

et symboliques des différents modes d'oppression et de hiérarchisation, mais aussi de leurs interactions.

Il faut donc comprendre le cadre théorique mobilisé comme suit : 1) Une approche matérialiste et anti-essentialiste des « identités » ou catégories sociales. 2) Ces identités sont comprises comme des positions socialement construites par des rapports de pouvoir imbriqués. 3) Des rapports qu'il s'agit de déconstruire matériellement, notamment lorsqu'ils prennent la forme discursive de représentations et d'idéologies.

À ce jour, aucune étude sur les inégalités dans le vécu de l'allaitement n'a été menée dans une perspective intersectionnelle. Une lacune qui semble importante à combler. L'originalité de cette thèse réside notamment dans cette approche théorique. La recherche proposée vise à contribuer à la sociologie des inégalités sociales en documentant le vécu de l'allaitement selon diverses combinaisons de rapports sociaux inégalitaires. Cette approche permet d'aller au-delà des résultats des études présentées précédemment. Celles-ci tendent en effet à comparer des groupes identifiés par un seul axe de différenciation sociale (le statut socioéconomique ou l'ethnicité, par exemple), « toute chose étant égale par ailleurs ». Or, comparer par exemple le taux d'allaitement des femmes blanches et celui des femmes noires, après ajustement sur le niveau de revenu ou sur le niveau d'éducation, laisse dans l'ombre la co-construction des rapports sociaux³¹, c'est-à-dire la possibilité que la « race » n'affecte pas de la même façon le vécu de l'allaitement maternel selon la classe sociale des femmes.

3.3.1 Généalogie et concepts fondateurs de l'intersectionnalité

La littérature sur l'intersectionnalité situe souvent son origine dans les luttes des féministes noires états-uniennes des années 1960-1970, puis dans les *postcolonial studies* et *subaltern studies*. On peut cependant remonter plus loin dans le temps pour trouver une analyse appréhendant la hiérarchie comme un système complexe où se conjuguent les rapports de « race », de sexe/genre et de classe. Soit le discours *Ain't I a Woman*, livré par la féministe et abolitionniste africaine-américaine Sojourner Truth lors de la *Women's*

³¹ Des désaccords existent entre les approches des rapports de pouvoir. À ce sujet, voir l'article d'Elsa Galerand et Danièle Kergoat (2014) sur la distinction entre intersectionnalité et cosubstantialité.

Convention tenue en décembre 1851 dans la ville d’Akron, en Ohio. En voici un extrait percutant:

That man over there says that women need to be helped into carriages, and lifted over ditches, and to have the best place everywhere. Nobody ever helps me into carriages, or over mud-puddles, or gives me any best place! And ain't I a woman? Look at me! Look at my arm! I have ploughed and planted, and gathered into barns, and no man could head me! And ain't I a woman? I could work as much and eat as much as a man – when I could get it and bear the lash as well! And ain't I a woman? I have borne thirteen children, and seen most all sold off to slavery, and when I cried out with my mother's grief, none but Jesus heard me! And ain't I a woman?

Soit le récit de l’intellectuelle afro-américaine Anna Julia Cooper qui, dans *A Voice from the South* publié en 1892, écrivait : « *When further along [...] our train stops at a dilapidated station. I see two dingy little rooms with “FOR LADIES” swinging over one and “FOR COLORED PEOPLE” over the other. I wonder under which head I come* » (Cooper, 1892 : 96).

Ces deux femmes font partie des pionnières de ce que l’on désigne aujourd’hui comme la théorie de l’intersectionnalité³². Elles sont parmi les premières à mettre en mots la position sociale spécifique des femmes noires états-uniennes de l’époque, c’est-à-dire en marge de celle des femmes blanches, mais aussi de celle des hommes noirs. La pertinence des enjeux soulevés par Sojourner Truth et Anna Julia Cooper dépassent le contexte états-unien et traversent le temps. C’est en interpellant les féministes blanches qu’Hazel Carby (2008), pionnière du féminisme noir britannique, conclut son texte en demandant : « Que voulez-vous dire au juste lorsque vous dites NOUS ? » De ce fait, il s’agit de repenser ce « nous » collectif, cette catégorie sociale à laquelle les femmes non blanches ont du mal à s’identifier et dont elles se sentent exclues. L’approche intersectionnelle existe pour contrer ce faux universalisme féministe. Pour cette autrice, les femmes blanches occupent, dans leurs rapports de pouvoir avec les femmes noires, une position d’opresseur participant de l’impérialisme et du colonialisme. En fait, sa vision pourrait être qualifiée de bourdieusienne dans le sens où elle soutient que le groupe dominant (ici les femmes blanches) détient le pouvoir de définir les enjeux légitimes, les objets de recherche ainsi que les méthodes d’analyse.

³² On peut également mentionner l’écrivaine africaine-américaine Maria Stewart qui, en 1832, confronte déjà le fonctionnement imbriqué de l’oppression de « race » et de sexe (Bilge, 2010b).

La double exclusion, en tant que personne noire et en tant que femme, invisibilise l'oppression spécifique vécue par les femmes noires, de même que leur existence. Comme l'écrit bell hooks (1981) dans l'introduction de *Ne suis-je pas une femme ? Femmes et féminisme*, cette mise en parallèle implique que toutes les femmes sont blanches et que tous les Noirs sont des hommes³³. C'est l'un des points de départ de la déconstruction des catégories « Noirs » et « femmes », ouvrant sur le développement d'une analyse des expériences différenciées en fonction de l'articulation de multiples formes d'oppression et de privilège.

Cette approche sera nommée « intersectionnalité »³⁴ pour la première fois en 1991 par la juriste Kimberlé W. Crenshaw, à l'occasion de l'analyse de décisions rendues dans des causes de discrimination en milieu de travail portées devant les tribunaux américains par des femmes noires. Dans un des cas examinés, un groupe de femmes noires avaient intenté une action contre *General Motors* après avoir été licenciées, selon elles spécifiquement parce qu'elles étaient des femmes noires. Le tribunal a jugé qu'aux termes de la loi, l'action ne pouvait être intentée sous cette forme : soit les plaignantes étaient victimes de discrimination parce qu'elles étaient des femmes, soit parce qu'elles étaient noires. Aucune position juridique ne leur permettait à la fois d'être noires et d'être des femmes. Cet exemple constitue un rappel brutal de la situation des femmes afro-américaines de l'époque.

Avant d'être une théorie ou un cadre d'analyse « à la mode » dans les milieux universitaires et féministes (Davis, 2008), l'intersectionnalité est à l'origine une praxis politique émancipatoire (Bilge, 2015). En tant que savoir militant engagé pour la justice sociale et l'émancipation, ses origines se situent dans les luttes menées par les féministes noires états-uniennes des années 1960-1970, au plus fort des mouvements d'émancipation

³³ C'est aussi le titre d'un ouvrage collectif dirigé par Akasha Gloria Hull, Barbara Smith et Patricia Bell-Scott (1982) : *All the Women are White, All the Blacks are Men: But Some of Us are Brave*.

³⁴ Je tiens à souligner que de nombreux grands travaux par des intellectuelles noires contiennent une analyse explicite, bien qu'elle ne soit pas nommée « intersectionnelle », des articulations entre la race, la classe, le genre et la sexualité. Parmi ces ouvrages-phares, on peut penser à *Double Jeopardy : To Be Black and Female* de Frances Beal (2008 [1969]), *The Black Woman : An Anthology* de Toni Cade Bambara (2010 [1970]), *Civil Wars* de June Jordan (1995 [1981]), *Sister Outsider: Essays and Speeches* d'Audre Lorde (1984) et *Women, Race and Class* d'Angela Davis (1981). Ces exemples soulignent l'apport considérable des femmes noires dans les fondements de l'intersectionnalité et son entrée dans la sphère académique.

luttant contre un seul type de domination (par exemple, le mouvement féministe ou le mouvement antiraciste de l'époque). Le collectif Combahee River³⁵ joua un rôle fondateur dans l'analyse des oppressions multiples. L'extrait qui suit est tiré de son manifeste qui, est l'un des textes-clés de la pensée féministe noire, montre son engagement pour le développement théorique de ce qui sera nommé plus tard l'intersectionnalité :

La définition la plus générale de notre politique actuelle peut se résumer comme suit : nous sommes activement engagées dans la lutte contre l'oppression raciste, sexuelle, hétérosexuelle et de classe et nous nous donnons pour tâche particulière de développer une analyse et une pratique intégrées, basées sur le fait que les principaux systèmes d'oppression sont imbriqués [*interlocking*]. La synthèse de ces oppressions crée les conditions dans lesquelles nous vivons. En tant que femmes Noires, nous voyons le féminisme noir comme le mouvement politique logique pour combattre les oppressions multiples et simultanées qu'affronte l'ensemble des femmes de couleur.³⁶ (Combahee River Collective, 2006 [1977])

Les féministes noires³⁷ de l'époque critiquaient les discours des mouvements des femmes et des droits civiques états-unis, qui ne prenaient pas en compte l'expérience des oppressions spécifiques vécues par les femmes noires. « *Intersectionality was intended to address the fact that the experiences and struggles of women of color fell between the cracks of both feminist and anti-racist discourse* » (Davis, 2008 : 68). Les féministes noires reprochaient au féminisme majoritaire (blanc, bourgeois, hétérosexuel) de voir l'oppression des femmes comme le seul vrai problème, où les femmes forment une catégorie homogène. Elles lui reprochaient de demeurer aveugle à la domination et à l'exclusion qu'il peut lui-même perpétrer contre *certaines* femmes, en excluant la « race » des luttes féministes. De la même manière, les luttes antiracistes ne prenaient pas en compte le genre. Autrement dit, dans le mouvement des femmes, la perspective de la « race » était absente et vice versa dans le mouvement antiraciste. Les mouvements d'émancipation

³⁵ Le collectif Combahee River était une organisation féministe lesbienne radicale, active de 1974 à 1980 à Boston. Il regroupait de nombreuses membres qui constituent maintenant des figures emblématiques du féminisme noir, telles qu'Audre Lorde, Akasha Gloria Hull, Demita Frazier, Beverly Smith et Barbara Smith.

³⁶ La déclaration originale fut traduite en français par Jules Falquet en 2006. La déclaration au titre original *Combahee River Collective — "A Black Feminist Statement"* a été rédigée en 1977 et publiée pour la première fois en 1979 dans un recueil dirigé par Zillah Eisenstein : *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*.

³⁷ Le féminisme noir et l'expérience des femmes noires constituent un exemple. Les luttes féministes hispaniques, autochtones, musulmanes ou autres se basent aussi sur des principes théoriques et militants intersectionnels, et tentent de combattre les oppressions multiples.

luttant contre une seule domination sont qualifiés par Sirma Bilge (2010) de « monistes » et par Ange-Marie Hancock (2007) d'« unitaires ».

3.3.1.1 *Éléments du concept et débats sur la définition et la pratique*

Dans son texte *Intersectionality as a buzzword*, Kathy Davis (2008) démontre que le terme intersectionnalité n'est pas clairement défini. Elle explique comment l'engouement pour l'intersectionnalité a pu mener à un certain éparpillement quant au sens du terme et à son utilisation. L'intersectionnalité peut être utilisée à la fois comme un concept, une praxis ou un cadre d'analyse. Une telle prolifération d'usage peut éventuellement porter à confusion. Pour ma part, j'utiliserai la définition proposée par d'Avtar Brah et Ann Phoenix qui, à mon avis, prolonge la réflexion de Floya Anthias (2005) sur la positionnalité :

We regard the concept of 'intersectionality' as signifying the complex, irreducible, varied, and variable effects which ensue when multiple axis of differentiation – economic, political, cultural, psychic, subjective and experiential – intersect in historically specific contexts. The concept emphasizes that different dimensions of social life cannot be separated out into discrete and pure strands. (Brah et Phoenix, 2004 : 76)

Cette définition m'apparaît intéressante puisqu'elle ne se concentre pas sur les catégories sociales, mais plutôt sur les catégories d'exclusion et d'appartenance collective, toujours en relation avec d'autres groupes dont les frontières sont perméables et fluides. Elle évite ainsi le risque d'additionner les facteurs d'oppression et de marginalisation, c'est-à-dire qu'elle se détourne de la convention qui consiste à énumérer les catégories sociales possibles, et donc « l'embarras de l'et cetera ». Il s'agit de l'idée qu'« en alignant cette liste d'adjectifs, ces positions essaient d'englober un sujet situé, mais sans jamais réussir à boucler définitivement la liste » (Butler, 2005 : 269). De ce fait, l'identité est transformée en processus (Levine-Rasky, 2009).

Dans la foulée du manifeste de Combahee River, le terme se met à être utilisé pour désigner la situation des personnes subissant des formes combinées d'oppressions et de privilèges. L'intersectionnalité pense ainsi les catégories sociales de genre, de « race », de classe dans leur co-construction (Bowleg, 2012). Dans une logique co-constructive plutôt qu'additive ou multiplicative, l'approche intersectionnelle permet de montrer qu'une

femme, par exemple, n'est pas opprimée en tant que femme de la même façon selon qu'elle est noire ou blanche, riche ou pauvre, lesbienne ou hétérosexuelle. C'est à l'intersection de chacune de ces positions sociales qu'elle se trouve située dans l'espace social comme étant plus ou moins désavantagée par rapport à d'autres personnes localisées différemment au sein des hiérarchies sociales (Carde, Bernheim, Bernier et Giguère, 2015). L'idée est que l'on ne peut ni réduire le tout à la somme de ses parties ni déduire les parties de l'ensemble : « La race étant, par exemple, toujours sexuée, et le genre toujours racialisé » (Jaunait et Chauvin, 2012 : 20).

Dans *Intersectionality*, Patricia Hill Collins et Sirma Bilge (2016) présentent six idées fondamentales de l'intersectionnalité. La première est l'intérêt pour les *inégalités sociales*. En ce sens, l'intersectionnalité désigne l'articulation des rapports sociaux inégalitaires et le refus de les hiérarchiser. Elle implique la reconnaissance que les inégalités sociales sont rarement causées par un seul facteur et la mise en œuvre d'une analyse multifactorielle, en accentuant l'impact de la combinaison des facteurs sur le vécu des inégalités sociales.

La deuxième renvoie à l'importance du contexte social: « *Using intersectionality as an analytic tool means contextualizing one's arguments, primarily by being aware that particular historical, intellectual, and political contexts shape what we think and do* » (Collins et Bilge, 2016: 28). Il apparaît ainsi nécessaire de comprendre le contexte de production des inégalités sociales, en se penchant entre autres sur l'expérience des individus.

La troisième idée fondamentale renvoie à un mode d'analyse complexe qui s'appuie sur la critique des propositions universalistes et univariées.

La quatrième est la relationnalité. Patricia Hill Collins et Sirma Bilge la présentent ainsi : « *Relational thinking rejects either/or binary thinking [...]. Instead, relationality embraces a both/and frame. The focus of relationality shifts from analyzing what distinguishes entities, for example, the differences between race and gender, to examining their connections* » (Collins et Bilge, 2016: 27).

La cinquième idée, évoquée plus haut, fait de l'intersectionnalité une praxis politique émancipatoire (Bilge, 2015). Les recherches intersectionnelles se doivent d'être engagées, de poursuivre des objectifs de *justice sociale* et d'émancipation (Christoffersen et Hanvisky, 2008 ; Collins et Bilge, 2016 ; Rogers et Kelly, 2011). Les chercheuses engagées consacrent leurs efforts à changer la situation des groupes marginalisés et opprimés, notamment en agissant sur les « causes fondamentales » des inégalités sociales (Link et Phelan, 1995). Ces causes fondamentales sont des injustices structurelles, qui se trouvent en amont des individus, qu'on cherche à identifier pour tenter de les atténuer, voire de les éliminer.

La sixième idée fait de l'intersectionnalité est une analytique du *pouvoir*. J'approfondirai davantage ce point dans les prochains paragraphes en présentant deux tendances analytiques, toutes deux sensibles au pouvoir.

Au sein de la littérature intersectionnelle, on distingue deux principales tendances analytiques (Harper, 2012 ; Prins 2006 ; Staunæs 2003). La première, l'approche dite « systémique » ou « structurelle », a notamment été développée par les féministes noires états-uniennes (Collins, 1990 ; Crenshaw, 1991). Celles-ci soutiennent que les expériences des personnes sont « façonnées par la position sociale qu'elles occupent, position essentiellement déterminée par les structures sociales » (Harper, 2012 : 10).

La seconde, l'approche dite « socioconstructiviste » ou « poststructuraliste » (Dorlin, 2009 ; Prins, 2006), a plutôt été théorisée par des féministes blanches européennes. En donnant une plus grande place à l'acteur ou l'actrice, elles répondent aux critiques considérant la première approche trop déterministe. Cette deuxième approche permettrait ainsi une meilleure compréhension de l'agentivité (*agency*), que l'on peut définir comme « la capacité indépendante d'agir selon sa propre volonté » (Mackenzie, 2012 : 35). Au-delà de la capacité d'agir et d'acquérir plus de pouvoir, Patricia Hill Collins (1990) voit dans l'agentivité un processus de prise de conscience menant à la volonté individuelle et collective d'autodétermination. L'approche socioconstructiviste s'intéresse au point de vue de l'acteur ou de l'actrice et suggère que les personnes négocient les logiques structurelles qui pèsent sur leur vie, et qu'elles mettent ou non en œuvre des stratégies pour résister à l'oppression dans la vie quotidienne (Prins, 2006).

Les deux approches présentent le point commun de penser les rapports sociaux comme étant « produits/reproduits à la fois matériellement et symboliquement, et ayant des effets tant matériels que symboliques » (Bilge, 2009a : 81). En revanche, elles tendent à contraster dans l'usage des concepts de structure et d'agentivité.

Au final, bien que la distinction entre ces approches soit soulignée par la littérature, elle semble artificielle, voire inexistante dans plusieurs cas. Sirma Bilge (2015) souligne que cette distinction cache une hiérarchie racialisée des savoirs, puisqu'elle présente l'intersectionnalité « socioconstructiviste », largement produite par des féministes blanches, comme étant plus nuancée que l'intersectionnalité « systémique », laquelle est largement produite par des féministes de couleur. Nonobstant l'appellation de l'approche dite « socioconstructiviste », la reconnaissance de la construction sociale des catégories s'avère primordiale pour les deux approches. Comme le mentionne Sirma Bilge, « une telle division exprime une profonde ignorance du socioconstructivisme des écrits intersectionnels états-uniens » (Bilge, 2015 : 24). Loin des catégories essentialistes, cette approche ne repose pas sur des catégories sociales prédéfinies, préexistantes et distinctes qui s'influenceraient mutuellement, mais s'appuierait plutôt sur la reconnaissance de la co-construction de ces catégories à l'intérieur des rapports sociaux qui les constituent.

Les deux approches présentées préconisent une analyse à deux niveaux : « [a]u niveau microsocial, par sa considération des catégories sociales imbriquées et des sources multiples de pouvoir et de privilège, [l'intersectionnalité] permet de cerner les effets des structures d'inégalités sur les vies individuelles et les manières dont ces croisements produisent des configurations uniques. Au niveau macrosocial, elle interroge les manières dont les systèmes de pouvoir sont impliqués dans la production, l'organisation et le maintien des inégalités » (Bilge, 2009a : 73). La perspective intersectionnelle permet ainsi de postuler l'interaction des rapports sociaux « dans la production et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009a : 70). L'approche intersectionnelle comme cadre analytique structurant le vécu de l'allaitement maternel m'amène donc à appréhender celui-ci dans cette perspective « holistique » (Bilge, 2010b).

Combinée au sujet de la thèse, c'est-à-dire appliquée aux facteurs structurels limitant ou facilitant les pratiques d'allaitement des femmes en fonction des rapports

sociaux de sexe/genre, de classe et de « race », la perspective féministe intersectionnelle apporte une nouvelle façon d'aborder la fluidité des catégories identitaires et des opportunités qui leurs sont associées. Ce faisant, il faut garder en tête que la classe et la « race » ne sont pas uniquement des catégories identitaires, mais indiquent aussi les possibilités offertes aux femmes dans une société donnée. Comme Penny Van Esterik (2012) l'a montré, nombre d'interventions à court terme conçues pour améliorer les pratiques d'allaitement tombent dans la futilité parce qu'elles ne prennent pas en compte les conditions structurelles dans lesquelles vivent les femmes. Ce changement de paradigme permet d'orienter le débat vers le système social, qui ne soutient pas les femmes et leurs pratiques en matière d'alimentation du nourrisson, et vers les obstacles empêchant la réalisation de leurs aspirations.

3.4 Définitions des concepts

3.4.1 Inégalités sociales et rapports de pouvoir : la construction sociale de la « race », du sexe/genre et de la classe

D'après Pierre Aïach et Didier Fassin (2004), les *inégalités sociales* sont des écarts entre groupes sociaux dans l'accès à des biens et ressources, dans le cadre d'un ordre social hiérarchisé. Ces écarts sont produits par des rapports sociaux inégaux. Dans une perspective marxiste, on peut définir le rapport social comme « une tension qui traverse le champ social et produit des enjeux matériels et idéels autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagoniques » (Kergoat, 2012 : 17). Les groupes sociaux sont issus des rapports sociaux, institués par eux, et non l'inverse.

Suivant une logique essentialiste, les groupes minorisés (comme les femmes ou les minorités raciales ou sexuelles) tendent à être réduits à une « essence » particulière et statique, c'est-à-dire que ces groupes posséderaient des caractéristiques propres par essence, voire par nature, permettant de les classer par rapport au groupe social dominant (homme blanc, de classe moyenne, hétérosexuel). Cet essentialisme a fait l'objet de plusieurs critiques fécondes. Dans ce qui suit, j'examinerai rapidement les contributions fondatrices de Colette Guillaumin (1978, 1992, 1999, 2002), Nicole-Claude Mathieu

(1973, 1989 et 2000), Danielle Juteau (1996, 1999), Dorothy E. Roberts (1993, 1994, 1997 et 1998) et Paola Tabet (1998).

3.4.1.1 Rapports sociaux de « race »

Critiques de l'essentialisation de la « race »

J'envisage les rapports sociaux de « race » comme un construit social. Le concept présente deux volets. Le premier volet développé porte sur une critique de l'essentialisation de la « race » que j'examinerai à travers les écrits de Colette Guillaumin et Danielle Juteau. Colette Guillaumin s'est penchée sur l'essentialisation des catégories de sexe et de « race », estimant que ces catégories occupent une place spécifique dans les rapports sociaux, celle d'être considérées comme des catégories « naturelles », c'est ce qu'elle appelle l'effet idéologique (Guillaumin, 1992). En partant de l'idée de la « race » constituée comme une réalité matérielle, elle met en évidence les formes prises par cette « idée de Nature » dans les rapports sociaux de domination. Être « naturel » désigne des groupes humains engagés dans une relation inégalitaire spécifique d'appropriation, c'est-à-dire à titre de propriété d'un autre groupe humain. En ce sens, le sexage³⁸ des femmes et l'esclavage des personnes noires traduisent ce type de rapports de domination (ce que Guillaumin appelle « l'effet matériel »). L'appropriation peut prendre plusieurs formes, dont l'exploitation de la force de travail — physique, mais aussi mentale et affective.

En élaborant sur le marquage, Colette Guillaumin soutient que le système de marque s'est naturalisé en prenant les apparences d'un paradigme scientifique, suite à processus de hiérarchisation des individus à partir de traits somatobiologiques (physiologique, génétique, chromosomique, neuro-cérébral, etc.). D'après elle, cette naturalisation subordonne les rapports sociaux à la marque morphologique. Autrement dit, c'est le discours naturalisant qui crée « le groupe sur lequel la marque va — en raison

³⁸ Colette Guillaume définit le sexage comme un rapport d'appropriation collective de la classe des femmes par la classe des hommes manifestée par une appropriation sexuelle et reproductive de leur travail domestique. Les expressions particulières de ce rapport d'appropriation (celle de l'ensemble du groupe des femmes, celle du corps matériel individuel de chaque femme) sont : a) l'appropriation du temps ; b) l'appropriation des produits du corps ; c) l'obligation sexuelle ; d) la charge physique des membres invalides du groupe (les enfants, les personnes âgées ou malades et infirmes) ainsi que des membres valides de la classe des hommes (Guillaumin, 1978 : 10).

même du rapport social — être "vue" et attachée » (Guillaumin, 2002 : 336). C'est ainsi que naît et se consolide une idéologie raciste justifiant une condition matérielle d'exploitation et d'infériorisation déjà existante, c'est-à-dire que la marque de la nature ne détermine pas la place des groupes de la société, l'idée de nature venant plutôt légitimer des rapports existants. Renversant et déconstruisant par-là l'essentialisme racial, Colette Guillaumin montre que la notion de race est « [une] formation imaginaire, juridiquement entérinée et matériellement efficace » (Guillaumin, 2002 : 341).

Suivant une ligne de recherche similaire, la sociologue Danielle Juteau (1999) distingue les catégorisations raciale et ethnique en affirmant que la première est arbitraire et qu'elle tend à utiliser des marqueurs phénotypiques ; alors que la seconde est construite à partir des éléments culturels et historiques qui préexistent au rapport social de différenciation. Pour elle, les femmes et les relations de sexe sont au cœur de la construction de ce qu'elle nomme la face interne des frontières ethniques. Les femmes assumant largement la socialisation primaire, en effet, elles assurent la transmission culturelle, par où elles effectuent un travail d'ethnisation des enfants. Ce travail d'enculturation étant occulté dans l'espace public, l'ethnicité tend à se naturaliser (Juteau, 1999).

Racialisation et précisions sémantiques

Le deuxième volet porte sur la racialisation. La notion de « race » est parfois envisagée sous l'angle d'une classification sociale basée sur une appartenance à un groupe racial, réelle ou supposée, qui conditionne la plupart des expériences de la vie quotidienne et entraîne des différences profondes des chances et des privilèges dans la société (Carde, 2011). Ici, en reprenant des considérations de Colette Guillaumin et Danielle Juteau, la « race » désigne une identité socialement imposée, le résultat d'un processus cognitif de construction de catégories que Christian Poiret (2001, 2011) appelle racialisation. Cela dit, cet auteur bonifie l'analyse en précisant l'idée de processus de racisation. Celui-ci renvoie aux pratiques et attitudes orientées et justifiées – consciemment ou non – par la racialisation; pratiques et attitudes ayant pour effet d'actualiser l'idée de race en produisant des individus et des groupes racisés. Suivant Christian Poiret, la racisation gouverne la distribution des contraintes et des opportunités dans notre société, assurant que chacun soit

astreint aux contraintes sociales associées à sa catégorie particulière – par le biais de discriminations, ségrégation, harcèlement, agressions, extermination, etc.

Forte des propositions de Colette Guillaumin, Danielle Juteau et Christian Poiret, par « femme racisée » je désigne une personne qui appartient, de manière réelle ou supposée, à un groupe ayant subi un processus politique, social et mental d'« altérisation » (*otherness*, Spivak, 1988). Une telle définition renvoie au caractère socialement construit de la racialisation pour tenir compte de l'infériorisation de différents groupes, comme les immigrantes, les réfugiées, les musulmanes ou les personnes sans statut régulier.

Ajoutons que si l'idée suivant laquelle la « race » est une construction sociale n'est plus disputée en sociologie (Guillaumin, 2002, Miles, 1989), des débats subsistent à savoir si la notion de « race » doit être retenue dans le vocabulaire des sciences sociales en raison de son potentiel de réification et de ses origines (Gilroy, 1998, Miles, 1993, Wieviorka, 1998). Pour éviter l'écueil et souligner son caractère construit, je propose d'écrire le terme entre guillemets. Comme l'a montré Khiara Bridges (2011), dans *Reproducing Race : An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization*, la grossesse et l'accouchement (mais aussi l'allaitement) sont des lieux de racialisation. Les professionnelles de la santé et les autorités de santé publique pouvant en effet contribuer à réarticuler et renaturaliser la « race » dans le contexte des soins prénataux ou postnataux, elles sont susceptibles de perpétuer les inégalités sociales préexistantes.

3.4.1.2 *Rapports sociaux de sexe/genre*

J'envisage les rapports de sexe/genre dans la même perspective que les rapports de « race », ancrant à nouveau mes considérations dans les travaux de Colette Guillaumin. Dans *Le corps construit* (1992), elle soutient que ces rapports relèvent d'une construction à la fois matérielle et symbolique. Par de nombreux exemples, des interventions directes sur le corps (chirurgies, mode, répartition inégale de la nourriture, taille, poids) à la motricité personnelle (jeux développant l'agilité et la mobilité), elle montre comment la différence entre les sexes est socialement construite, entre autres via la socialisation. Elle montre comment les corps biologiques et anatomiques des humains sont le résultat d'un travail de *sexuation* des corps, comprenant notamment l'inculcation de rapports à l'espace,

au temps, à la présentation de soi et à l'hexis corporelle ; des rapports qui diffèrent pour les hommes et les femmes et qui construisent le corps en tant que corps sexué (Guillaumin, 1992).

Ces propositions de Colette Guillaumin présentent l'intérêt d'aller au-delà du dualisme entre idéalisme et matérialisme en ne laissant aucun doute quant au lien entre formes matérielles et formes mentales dans la dynamique des rapports de pouvoir. Cette théoricienne montre comment les contingences historiques et sociales, à travers le temps et l'espace, naturalisent les construits sociaux jusqu'à normaliser et légitimer la domination de la classe des hommes sur la classe des femmes, invisibilisant les rapports de pouvoir aux sources de cette domination. Ici encore, il faut souligner que c'est le rapport social qui produit la naturalisation et non la nature qui produit le rapport social.

L'allaitement est une pratique qui renvoie à la fois aux rapports de *sexe*, c'est-à-dire aux différences biologiques entre les hommes et les femmes³⁹, et de *genre*, puisqu'elle est acquise et varie d'une société, d'une culture et d'une époque à l'autre (Bartlett, 2002). Pour Paige Hall Smith (2013), les différences biologiques entre les hommes et les femmes — ici la capacité à produire du lait — seraient utilisées pour rationaliser la stratification des forces de travail suivant les sexes, mais elles n'expliqueraient pas les inégalités de genre :

Women's biological ability to lactate and the needs of breastfeeding mothers do not lead to an inevitable social role for women, and this biological sex difference is not responsible for the arrangement of socially determined economic, political and social expectations, rewards, and opportunities that construct gender inequalities. Negating the lactating body does not eliminate gender inequality for most women. [...] [N]egating the body serves to exaggerate gender differences, redistribute gender inequities, and raise costs of breastfeeding. These costs, in turn, may constrain women's lives and opportunities. (Smith, 2013 : 378)

Paige Hall Smith (2013) précise que les inégalités de genre joueraient un rôle médiateur dans la relation entre l'allaitement et ses effets contraignants. Autrement dit, les coûts de l'allaitement pour les femmes seraient amplifiés par la différenciation des rôles genrés qui mène, entre autres, à l'inégalité des rôles parentaux et des opportunités économiques.

³⁹ Bien que la lactation ne soit pas réservée aux femmes — les hommes trans, les femmes trans, les personnes non-binaires et les hommes cisgenres ont la capacité de produire du lait —, cette opposition binaire marque la majorité des études consultées, qui tendent à porter uniquement sur les expériences d'allaitement des femmes cisgenres.

Pour ces raisons, j'utilise l'expression « rapports sociaux de sexe/genre » dans une perspective similaire à celle de Gayle Rubin (2010) lorsqu'elle élabore la notion de « système de sexe/genre », qui renvoie à « l'ensemble des dispositions par lesquels une société transforme la sexualité biologique en produits de l'activité humaine et dans lesquels ces besoins sexuels transformés sont satisfaits » (Rubin, 2010 : 25). En parlant de rapports sociaux plutôt que de système, je souhaite appuyer le fait que ces rapports n'existent pas en dehors des relations sociales qui les actualisent, les reconfigurent ou les reconduisent. Ce concept me permet en outre de me positionner dans la filiation des sociologues et anthropologues féministes matérialistes qui, depuis les années 1970, théorisent les rapports sociaux de sexe en tant que mode de production domestique (Delphy, 1998 [1970]), voire en tant qu'appropriation par les hommes du corps et de la force de travail des femmes (Guillaumin, 1992), d'une part, ainsi que de la sexualité et du travail reproductif d'autre part (Tabet, 1998 ; 2010).

Cependant, la partie « sexe/genre » du « système de sexe/genre » de Rubin demeure pertinente. Elle peut me protéger du reproche de naturaliser les corps et les organes génitaux par l'emploi du mot « sexe ». Elle peut aussi m'aider à prendre mes distances des définitions des genres comme des construits sociaux détachés du corps et de sa matérialité (Mathieu, 2007 [2000]).

Pour préciser l'acception retenue ici des termes sexe et genre, et approcher les rapports qu'ils entretiennent, je m'appuie principalement sur les travaux de Nicole-Claude Mathieu et de la sociologue féministe Danièle Kergoat.

Pour Nicole-Claude Mathieu (2013 [1989], 2007 [2000]), il y a trois découpages possibles des rapports entre « sexe » et « genre » : Le premier renvoie à l'identité sexuelle des êtres humains, c'est-à-dire en tant qu'êtres mâles ou femelles, où le sexe biologique déterminerait le « sexe social » (le genre). Dans la mesure où le sexe social traduit le sexe biologique, cette théoricienne parle dès lors de correspondance homologique (Mathieu, 2013 [1989]).

Le deuxième découpage relève de l'identité sexuée où le genre constitue le référent fondamental, à titre de construit social. Au lieu de parler d'anatomie, il est ici question

d'une correspondance analogique entre sexe et genre, dans une perspective culturaliste plutôt que naturaliste (Mathieu, 2013 [1989]).

Le troisième découpage envisagé par Nicole-Claude Mathieu est celui qui retient notre attention. Il renvoie à l'identité de sexe, où « c'est l'idée même de cette hétérogénéité entre sexe et genre (leur nature différente) qui amène à penser, non plus que la différence des sexes est « traduite » ou « exprimée » ou « symbolisée » à travers le genre, mais que le genre construit le sexe » (Mathieu, 2013 [1989] : 235). Cette correspondance sociologique et politique permet successivement une différenciation et une hiérarchisation des hommes et des femmes – s'appuyant par exemple sur l'idée de Nature pour justifier l'oppression, l'exploitation et l'appropriation matérielle des femmes et de leur travail (Guillaumin, 1992). En d'autres mots, c'est parce qu'il existe « idéellement » des genres différents, qui ont chacun leur place dans la hiérarchie sociale et qui renvoient matériellement à des espaces et des réalités différenciées et hiérarchisées, que le sexe anatomique devient l'objet d'une construction symbolique.

La sociologue féministe Danièle Kergoat (2010) présente une analyse matérialiste de la division sexuelle du travail qui sera utile à cette thèse, voyant dans cette division l'un des enjeux principaux des rapports sociaux de sexe/genre. Selon elle, cette division sociale du travail a deux principes organisateurs : le *principe de séparation* (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) et le *principe hiérarchique* (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme) (Kergoat, 1998). La division du travail traduit donc un rapport de pouvoir, un rapport de « classes » (Guillaumin, 1992), entre les genres. Les principes de séparation et de hiérarchisation sont appliqués et légitimés par l'entremise de l'idéologie naturaliste. Les activités de soins des femmes envers les enfants, par exemple, seraient déqualifiées en raison de discours sur l'instinct maternel et les qualités « naturellement » féminines. Ainsi, le soin des enfants est perçu encore aujourd'hui comme une responsabilité de la femme. Comme l'écrit Danièle Kergoat :

[l'idéologie naturaliste] rabat le genre sur le sexe biologique, réduit les pratiques sociales à des "rôles sociaux" sexués, lesquels renverraient au destin naturel de l'espèce. Contradictoirement, la théorisation en termes de division sexuelle du travail affirme que les pratiques sexuées sont des construits sociaux, eux-mêmes résultats des rapports sociaux. (Kergoat, 2000 : 36)

La division sexuelle du travail fait l'objet d'une attention particulière dans ma thèse pour comprendre comment les enjeux de travail domestique et familial (soins à l'enfant et charge mentale) sont négociés dans le couple après l'arrivée d'un enfant, particulièrement en contexte d'allaitement. En effet, l'aspect biologique de l'allaitement vient cristalliser dans les représentations sociales attribuant la responsabilité des enfants aux femmes (Bayard, 2012), responsabilité qu'elles assument encore disproportionnellement par rapport aux hommes (Houle, Turcotte et Wendt, 2017)⁴⁰. En quelque sorte, le discours présentant l'allaitement comme « naturel » perpétue cette division sexuelle du travail : « Puisque leur corps leur apparaît comme étant conçu pour allaiter, les mères ressentent une obligation physique et morale d'endosser ce rôle intimement lié à leur genre » (Héon et Martin, 2013 : 19).

3.4.1.3 Rapports sociaux de classe

Finalement, pour conclure la définition du triptyque des rapports sociaux au cœur de mon analyse, penchons-nous sur le concept de classe sociale. Des débats ont cours sur le principe ou le critère de stratification des classes sociales (Chauvel, 2001). Pour l'établir, certaines théoriciennes accentuent le statut socio-économique, portant le regard sur les revenus et les catégories socioprofessionnelles. D'autres tiennent plutôt compte des écarts de prestige entre les professions (Lenoir, 2004). Dans un sens le plus large, la classe sociale désigne « des groupes sociaux différenciés selon leur statut socioéconomique, leurs formes culturelles, pratiques ou modes de vie. La classe sociale fait référence à un groupe de personnes qui partagent une même localisation dans l'économie politique » (Collins, 2016 [2000]: 439).

Deux principaux courants sociologiques retiennent mon attention. D'un côté, on retrouve la tradition marxiste selon laquelle les classes sociales sont des « collectifs structurés par une position spécifique dans le système économique définie notamment au travers de la propriété des moyens de production, marqués par un conflit central

⁴⁰ À titre d'exemple, les données de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada indiquent qu'en 2015, les mères canadiennes consacraient plus de temps aux soins des enfants que les pères (respectivement 2,6 heures et 1,9 heure par jour en moyenne) (Houle, Turcotte et Wendt, 2017).

(l'exploitation), animés éventuellement par la conscience collective de leur être, de leur intérêt, de leur dynamique » (Chauvel, 2001 : 317). De l'autre côté, la tradition wébérienne suppose que les classes sociales sont des groupes d'individus semblables partageant approximativement les mêmes conditions sociales matérielles d'existence (ce que Max Weber appelle des « chances de vie semblables », 1922), sans qu'ils en soient forcément conscients (Bihr, 2012 ; Chauvel, 2001). Dans le courant wébérien, la classe sociale n'est pas autre chose, *a priori*, que la somme des individus que le chercheur ou la chercheuse décide d'assembler selon ses critères propres. Les classes ne peuvent exister comme telles dans la réalité que quand on *construit* une vision du monde constituée selon la théorie des classes (Lenoir, 2004). Ainsi, pour Max Weber (1922), la classe sociale est avant tout un mode de segmentation et de hiérarchisation sociale, c'est-à-dire une forme de regroupements macrosociologiques parmi d'autres. Autrement dit, « les classes sociales existent bien, mais toute la segmentation, la hiérarchisation et la conflictualité de la société ne se condensent pas en elles » (Bihr, 2012 : 8).

Par ses accents constructivistes, l'approche wébérienne admet plus facilement la pérennité des classes sociales (Chauvel, 2001) que l'approche marxiste. Suivant cette dernière, faute de conscience de classe, c'est-à-dire la compréhension plus ou moins vive de constituer un groupement distinct d'autres groupements et marqué par une conflictualité radicale, il n'y aurait pas de classe sociale. Une nuance qui tend à rapprocher notre perspective analytique du courant wébérien.

À mon sens, comme pour les rapports sociaux de « race » et de sexe/genre, lorsque l'on aborde la construction sociale des rapports sociaux de classe, il importe avant tout de montrer que les classes sociales n'existent pas en dehors des rapports qui les lient : « ce ne sont que dans et par ces rapports qu'elles se constituent, ce sont ces rapports qui leur donnent naissance et en déterminent les traits autant structurels que conjoncturels » (Bihr, 2012 : 16). De ce fait, la position d'un groupe dans la structure sociale n'est pas statique, mais socialement située et construite, s'actualisant dans les relations sociales. En d'autres termes, comme le présente Alain Bihr, il importe de montrer « comment les rapports capitalistes de production génèrent un ensemble de positions (de places et de fonctions) sur l'échiquier social, définies objectivement, c'est-à-dire indépendamment des volontés et

représentations des individus qui les occupent, en faisant ainsi apparaître différents groupements d'individus partageant précisément une situation sociale commune » (2012 : 18).

Face à ces considérations sur les positions de classe et les considérations précédentes sur les approches marxistes et wébériennes, j'ai décidé de me référer à la définition qu'Alain Bihr développe dans *Les rapports sociaux de classes* (2012), qui me semble la plus complète et pertinente pour décrire et détailler ce que j'entends par positions de classes : « elles ne font pas seulement apparaître des groupements différents, mais encore des groupements inégalement dotés :

- en *ressources matérielles* : en flux de revenus et en stocks de patrimoine, en espace à occuper et en temps à vivre, etc. ;
- en *ressources sociales et politiques* : en multiplicité et diversité des rencontres et des réseaux de socialisation, en pouvoir de se faire entendre et de défendre leurs intérêts et leurs droits, en positions institutionnelles valant des privilèges, etc. ;
- en *ressources symboliques* : en diplômes scolaires, en maîtrise des différents savoirs, en capacité de se donner une image cohérente du monde, des autres et de soi, voire en capacité de l'imposer ou de la proposer à d'autres. » (Bihr, 2012 : 6)

Enfin et à titre complémentaire, le sociologue Pierre Bourdieu (1979) distingue deux principes permettant de répartir les groupes en fonction de leur position de classe : le capital économique (soit l'ensemble des ressources économiques et des biens matériels d'un individu) et le capital culturel (soit l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu – par exemple les qualifications intellectuelles issues de l'environnement familial et les qualifications issues du système scolaire). Il s'agit de « principes qui se veulent explicatifs en ce sens qu'ils s'attachent à des propriétés socialement déterminantes qui permettent de distinguer et de rassembler des agents aussi semblables que possible (et donc aussi différents que possible des membres des autres classes) » (Lenoir, 2004 : 394). La position de classe se construit donc au-delà des dynamiques économiques, en intégrant des éléments subjectifs et culturels.

Toujours selon Pierre Bourdieu (1979), ces positions sociales de classes se traduisent sous la forme d'un espace de dispositions incorporées (de goûts, de désir,

d'affinités, de biens possédés) et de prises de position (opinions, représentations). Il exprime ces réalités par le concept d'habitus, qui réfère à « un ensemble de dispositions durables, acquises, qui consiste en catégories d'appréciation et de jugement et engendre des pratiques sociales ajustées aux positions sociales » (Wagner, 2012 : 70). Autrement dit, les comportements que l'individu adopte dans sa vie quotidienne, de manière apparemment spontanée et libre, sont en réalité guidés par ses conditions objectives d'existence, et donc conditionnés suivant sa classe sociale et l'époque. Ainsi, les individus partageant une même classe sociale partagent également un habitus, c'est-à-dire un ensemble de manières de vivre, d'agir et de penser ; un mode et un style de vie ; ainsi que des valeurs (Bihl et Pfefferkorn, 2008).

Pour Luc Boltanski (1971), la perception et l'interprétation des sensations corporelles relèvent de l'habitus. Il affirme qu'à besoin de santé équivalent, les membres des classes sociales populaires ont moins tendance à consulter un médecin, par exemple, car ils ont une moindre perception de leurs sensations corporelles anormales par rapport aux classes favorisées. Selon lui, cette moindre perception s'explique par *une moindre compétence médicale* (la capacité à verbaliser les messages corporels est acquise par la scolarisation et la fréquentation des médecins) et *une culture somatique différente* (les membres des classes populaires portent moins d'intérêt et d'attention à leurs sensations corporelles). La proximité entre membres des classes favorisées et les médecins et ses conséquences sur l'accès à l'information font partie des aspects importants de la présente recherche. Elle aide à formuler l'hypothèse suivant laquelle l'habitus de classe des femmes allaitantes peut influencer leurs perceptions corporelles liées à l'allaitement ainsi que leurs interactions avec les professionnelles de l'allaitement. Par voie de symétrie, on peut émettre l'hypothèse que les femmes des classes dites supérieures prêtent plus attention à leur corps, ont une perception plus aiguë des messages qu'elles en reçoivent et verbalisent mieux ces messages aux professionnelles de l'allaitement.

3.4.2 Maternité, entre oppression et pouvoir

Aborder la maternité diffère suivant le courant de pensée féministe adopté (Cardi et al., 2016; O'Reilly, 2004b, 2004c, et 2005; Porter, O'Reilly et Short, 2005). Ce qui m'intéresse ici est le fait que, dans la littérature féministe, il existe une tension entre

maternité valorisée – en tant que pouvoir de donner la vie, fonction sociale et posture politique de revendication – et maternité opprimée (Collin et Laborie, 2004).

Certaines théoriciennes féministes radicales se réclament du refus de la maternité (p. ex. : contraception, avortement, etc.), y voyant le lieu principal d'aliénation et d'oppression des femmes. Elles s'inspirent de Simone de Beauvoir qui, dans *Le deuxième sexe* (1949), établit que la cause profonde de l'oppression des femmes est la maternité:

Tout l'organisme de la femelle est adapté à la servitude de la maternité et commandé par elle [...] [H]abité par un autre qui se nourrit de sa substance, la femelle pendant le temps de la gestation est à la fois soi-même et autre que soi-même. [...] La femelle s'abdique au profit de l'espèce qui réclame cette abdication. (de Beauvoir, 1976 [1949]: 56-61)

Une autre figure emblématique du courant Betty Friedan dénonce, dans *La femme mystifiée* (1964), le fait que la fonction maternelle serve de prétexte à la domestication et la dégradation des femmes. Se penchant sur l'expérience de la situation des femmes mariées de la classe moyenne américaine, elle soutient celles-ci ne peuvent s'épanouir dans le travail ménager et le rôle de mère. C'est contre une vision idéalisée de la maternité présentée comme seule voie de réalisation des femmes que plusieurs féministes radicales matérialistes se positionnent, une idéalisation qui pousse les femmes « à accepter, voire à souhaiter, des conditions d'existence aliénantes qui non seulement les privent d'un projet de vie autonome, mais les enferment aussi dans des rapports de dépendance affective et économique » (Descarries et Corbeil, 2002 : 31).

Ces théoriciennes suggèrent de réorienter la réflexion vers l'appropriation du corps des femmes et de leur travail de production et de reproduction. Pour Paola Tabet (1998), par exemple, la reproduction est un travail exploité. L'autrice met de l'avant les mécanismes par lesquels « on passe d'une simple potentialité biologique à une reproduction imposée, voire forcée » (Tabet, 1998 : 84). D'une façon semblable, en utilisant le concept de « *motherwork* », plusieurs féministes de ce courant de pensée envisagent la maternité en tant que travail, critiquant l'invisibilité de ce travail et le fait qu'il soit une occupation perpétuelle où la mère est toujours sur appel (Davies, Collings et Krane, 2003). La reconnaissance de ce travail est liée à sa valorisation ; mais cette valorisation est rendue improbable, insistent les féministes radicales matérialistes, du fait

que ce travail gratuit sert les intérêts patriarcaux. Autrement dit, le pouvoir économique et social des hommes dépendrait de cette domesticité des femmes qui permettrait de dégager les hommes des responsabilités de la sphère privée et, ainsi, d'avoir plus de temps pour s'investir dans la sphère publique, aussi lucrative que valorisée socialement (Delphy, 1998 [1970]),

Cette posture tendant à passer sous silence l'expérience maternelle, un autre courant radical a émergé, soit *le féminisme de la spécificité* (ou féminisme différentialiste), qui théorise « la source de l'oppression centrée sur la quotidienneté du vécu maternel » (Descarries et Corbeil, 2002 : 33). Pour les féministes de ce deuxième courant, la réappropriation du corps des femmes passe par la réappropriation de la maternité et non pas son refus. Il tente de décrire et d'analyser l'expérience sociale, psychologique et émotionnelle de la maternité, y voyant un lieu de pouvoir et de savoir spécifiquement féminin (Gilligan, 1986 [1982]; Porter, O'Reilly et Short, 2005 ; Stearney, 1994). Tentons d'y voir plus clair.

Pour les féministes radicales de la spécificité, la nature oppressive de la maternité réside dans la responsabilité exclusive à l'égard des enfants et l'isolement des femmes dans la production domestique (Descarries et Corbeil, 2002). De fait, une partie de leur questionnement se penche sur la socialisation différenciée des genres, qui mène à une division sexuelle du travail dans laquelle les femmes ont la charge quotidienne des enfants. Elles « s'emploient à dégager les processus sociohistoriques à travers lesquels les femmes ont été dépossédées de leur histoire et désappropriées de leur pouvoir procréateur, de leur corps, de leur savoir-faire, de leur travail et même de leurs enfants » (Descarries et Corbeil, 2002 : 34), au profit des intérêts patriarcaux. Au-delà de l'essentialisme qu'on lui a reproché, ce courant a permis ce courant qui a permis de « démystifier la conception idéaliste de la maternité selon laquelle tout n'est qu'amour, disponibilité, altruisme et don de soi, pour faire place à une vision plus fidèle et matérialiste de l'expérience des femmes [...] » (Descarries et Corbeil, 2002 : 35).

En outre, pour le féminisme radical de la spécificité, « les mères ne sont pas des victimes passives et impuissantes face à une institution qui les oblige à se soumettre à l'image de la mère "idéale" à défaut de quoi elles seront considérées comme "mauvaises" »

et seront marginalisées dans l'espace public » (Damant, Charté et Lapierre, 2012 : 11). En effet, la maternité donnerait à certaines femmes une place reconnue et respectée. Par exemple, dans *Les femmes de droite*, Andrea Dworkin (2012) aborde la maternité comme un compromis patriarcal. Ce que l'auteur nomme « la maternité sanctifiée » se présente comme « la seule prétention à une nature sacrée qui soit accessible aux femmes dans le système de classes de sexe » (2012 : 190). Certaines femmes se plient donc aux rôles traditionnels en échange de promesses de sécurité, d'amour et de respect. Elles font le choix du « modèle de la ferme » – corps socialement contrôlé et sexuellement utilisé à des fins reproductives. La terre (la femme) est valorisée par sa moisson (les enfants). C'est ainsi que la maternité peut être perçue dans certains cas, comme la seule source potentielle de valorisation, de pouvoir et d'*empowerment* (O'Reilly, 2004c; Porter et O'Reilly, 2005). Cela dit, si l'enjeu proposé par ce courant est la réappropriation de la maternité, c'est signe que les femmes en ont perdu la maîtrise. Ce courant lutte effectivement contre l'oppression des femmes, il propose seulement d'autres « moyens de libération », soit la réappropriation de la maternité plutôt que son refus.

Les considérations de ces courants du féminisme radical sur la maternité sont applicables à l'allaitement maternel. En tant que geste de maternage, l'allaitement peut être perçu à la fois comme une source d'oppression et comme un savoir féminin spécifique, un lieu de pouvoir et de valorisation. Il s'agit d'ailleurs d'un point de tension récurrent dans les débats féministes. Pour certaines chercheuses, l'allaitement est une pratique libératrice, notamment de réappropriation de son corps sexualisé devant la médicalisation du corps des femmes. Pour d'autres, cette libération est illusoire tant la promotion de l'allaitement a un effet d'aliénation sur les femmes.

La grande majorité des écrits des deux courants féministes précédemment mentionnés ont construit leur concept de maternité sur l'expérience de femmes blanches, américaines, hétérosexuelles, de classe moyenne et membres d'une famille nucléaire. Selon les critiques émises par des féministes noires (Collins, 1994 ; Roberts, 1993, 1994, 1997 et 1998), ces approches n'arrivent donc pas à rendre compte du vécu des femmes noires. En effet, « les idéologies de la maternité et de la domesticité des femmes noires ont été construites en fonction, non pas de leur position dans leur propre foyer, mais de leur emploi

comme domestiques ou mères de substitution des familles blanches » (Carby, 2008 : 90). On reproche ainsi aux théories susmentionnées une tendance universalisante qui omet le vécu des femmes marginalisées (Collins, 1994). Les féministes noires ont ainsi farouchement critiqué le caractère ethnocentrique de la lecture féministe blanche de la maternité et son incapacité à rendre compte de la diversité des vécus maternels ainsi que leurs enjeux spécifiques (O'Reilly, 2004a et 2004 b).

Face à ces tensions multiples dans les approches féministes de la maternité, je me range du côté de Francine Descarries et Christine Corbeil (2002) :

sans nier l'intérêt de s'interroger sur l'identité maternelle ou de revaloriser la fonction maternelle en tant qu'espace d'altérité, il demeure que déconstruire celle-ci sans prendre en considération les conditions historiques matérielles et institutionnelles de son exercice pousse à faire une trop large place à « la mystique féminine » et constitue une voie d'évitement de la dimension sociopolitique de l'expérience maternelle. À l'inverse, ne proposer qu'une réflexion sur l'oppression maternelle revient en quelque sorte à nier aux femmes la spécificité de leur expérience et un lieu d'identification et d'affect des plus concrets et permanents. (Descarries et Corbeil, 2002 : 43-44)

Pour remédier à ce dilemme, je propose de déconstruire l'institution de la maternité à partir des apports de l'écrivaine Adrienne Rich dans son ouvrage *Of Woman Born* (1976). Cette autrice la maternité en tant qu'institution (« *motherhood* ») et en tant qu'expérience vécue (« *mothering* »). L'institution opprime les femmes par un ensemble de règles et de normes extérieures, face auxquelles les déviations font l'objet de fortes réprobations morales. L'expérience vécue a le potentiel d'être un lieu d'*empowerment*, si les femmes sont autorisées à définir et pratiquer le maternage pour elles-mêmes, en fonction de leur réalité spécifique. Cela dit, cette dernière avenue est, d'après Adrienne Rich, hors d'atteinte tant que l'institution patriarcale de la maternité exercera un contrôle sur les femmes pour qu'elles portent des enfants et les élèvent d'une certaine manière; et surtout tant que les politiques publiques et la médecine soutiendront cette contrainte.

Dans son analyse de l'apport théorique d'Adrienne Rich, Andrea O'Reilly met l'emphase sur les deux caractéristiques de la maternité patriarcale moderne qui sont particulièrement nocives pour les mères :

First is the assumption that mothering is natural to women and that child rearing is the sole responsibility of the biological mother and that as such it should be performed as what feminist writer Sharon Hays has coined «intensive mothering». Second is the practice that assigns mothers sole responsibility for motherwork but

gives them no power to determine the conditions under which they mother. (O'Reilly, 2004c: 5)

Dans ces conditions, la maternité en tant qu'expérience serait aussi vécue comme oppression :

[t]wo features of the modern ideology of motherhood make mothering deeply oppressive to women because the first belief—natural-intensive motherhood—requires the repression or denial of the mother's own selfhood, while the second—powerless responsibility—denies the mother the authority and agency to determine her own experiences of mothering. (O'Reilly, 2004c: 7)

La maternité en tant qu'institution sociale s'arrime bien aux questionnements sur les tensions entre la vision idéalisée de l'allaitement maternel et les réalités vécues des mères suivant la diversité des conditions d'existence matérielles auxquelles elles font face. De ce fait, je retiens la distinction d'Adrienne Rich (1980 [1976]) entre maternité-institution et maternité-expérience – en prenant acte des critiques formulées par les féministes noires. Elle est propice à la dénonciation des effets pervers de l'institution maternelle, lorsqu'elle néglige le vécu et les besoins des mères.

3.4.3 Floya Anthias (2005 et 2008) et la notion de positionnalité

Selon Floya Anthias, la position sociale renvoie à la position qu'occupe une personne ou un groupe par rapport et est intrinsèquement liée aux hiérarchies sociales qui découlent des différentes catégories sociales. Des hiérarchies de « race », de genre, de classe, de statut légal, de nationalité, d'âge, de sexualité, d'ethnicité, de statut d'immigration, de capacité, etc. La position sociale est façonnée par ces marqueurs identitaires, qui n'ont de sens qu'au sein d'une société donnée à une époque donnée. C'est ce que la sociologue Sirma Bilge (2015) appelle les vecteurs de pouvoir, et la sociologue Patricia Hill Collins (1990) *la matrice de domination*⁴¹. Floya Anthias met de l'avant la nature potentiellement changeante des positions sociales et l'impossibilité de prévoir l'effet de la combinaison des catégories sociales sur un individu. D'une part, elles peuvent se

⁴¹ Chez Patricia Hill Collins, l'idée de matrice de domination renvoie à « l'organisation d'ensemble des relations hiérarchiques de pouvoir dans une société. Toute matrice de domination particulière possède 1) une organisation spécifique des systèmes enchevêtrés d'oppression, par exemple, la "race", la classe, le sexe, la sexualité, le statut de citoyenneté, l'ethnicité et l'âge ; et 2) une organisation spécifique de ses domaines du pouvoir, à savoir les domaines structurel, disciplinaire, hégémonique et interpersonnel » (Collins, 2016 [2000] : 440).

renforcer mutuellement, par exemple chez une femme migrante chômeuse. D'autre part, la combinaison des différentes positions peut être relative et contradictoire, par exemple chez une femme subordonnée sur le plan du genre, mais bénéficiant de privilèges blancs (Anthias, 2013).

Le concept de positionnement social se réfère quant à lui à la façon dont les individus articulent, comprennent et interagissent avec ces positions, par exemple en les contestant, les définissant, les déconstruisant, les transformant, etc. (Anthias et Yuval-Davis, 2005). « *This involves looking at both where people are placed within relations of social hierarchy within a time and space framework, and how they position themselves in time and space and in terms of their narrations of their social position in relational terms* » (Anthias, 2011: 213). Le concept attire l'attention sur les conditions d'émergence d'une telle position, les facteurs qui la stabilisent et ses implications en lien avec les rapports de pouvoir qui la maintiennent. Ces processus concernent, notamment, une série de ressources sociales, économiques, politiques et culturelles auxquelles les personnes ont accès (Anthias et Yuval-Davis, 2005). Les actions de positionnement social renvoient notamment à la manière dont une femme utilise les ressources auxquelles elle a accès et à la manière dont elle s'organise lorsqu'elle n'y a pas accès ou seulement de manière limitée (Anthias 2005).

Prenant acte du fait que les femmes ou les personnes minorisées ne subissent pas passivement les systèmes d'oppression auxquels elles sont confrontées, mais qu'elles peuvent aussi développer des stratégies de résistance face à l'oppression et à l'exclusion, Floya Anthias (2005 et 2008) propose la notion de « positionnalité ». Celle-ci combine les idées de *position sociale* (un résultat associé à une identité et donnant accès aux ressources symboliques et matérielles correspondants) et de *positionnement social* (un processus renvoyant à la capacité de se situer, de se définir et de négocier des positions) (Anthias, 2005).

Ainsi, la positionnalité correspond au niveau d'analyse des dynamiques entre la position sociale construite et les pratiques et processus de positionnement social, permettant de cerner leur influence conjointe sur le vécu de l'allaitement maternel. Ce qu'introduit ce concept, par rapport à la seule notion de position, c'est notamment la résistance aux hiérarchies sociales qui s'imposent relativement à une position sociale

donnée. Par exemple, comme nous l'avons constaté dans la revue de la littérature, l'allaitement peut être perçu comme une pratique oppressante sur le plan du sexe/genre, de la « race » et de la classe. Par conséquent, vouloir allaiter ou non peut être une manière de résister à une oppression. Les femmes peuvent mettre en place dans leur quotidien des stratégies de négociation ou de résistance pour atténuer les effets de leur position, tels que ressentis dans leurs pratiques d'alimentation du nourrisson. Elles peuvent également se positionner face aux pressions sociales qu'elles perçoivent relativement à l'allaitement maternel et, ainsi, démontrer leur capacité à se situer et à se définir en tant que mères. Ici, la positionnalité se manifeste dans la manière dont les femmes comprennent et interagissent avec la position qui est la leur et les ressources auxquelles elles ont accès ou non. J'émet donc l'hypothèse que la positionnalité des femmes influe sur leurs aspirations et pratiques relatives à l'alimentation du nourrisson (allaiter ou non, durée, exclusivité, etc.).

3.4.4 Cadre conceptuel

Mon cadre conceptuel propose une échelle d'analyse, c'est-à-dire un ensemble hiérarchisé de niveaux. Au niveau macrosociologique, il s'agit d'étudier les représentations, idéologies, valeurs et normes sociales dans une société donnée. Les normes sociales définissent les comportements à adopter au détriment des autres possibilités. Elles constituent les modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une certaine pression ou incitation en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation, de sanction de la part de la société ou du groupe d'où émane la norme (Baril et Paquette, 2012). Ce niveau d'analyse renvoie également à la manière dont les catégorisations sociales sont susceptibles de se naturaliser ou de se réifier.

Au niveau intermédiaire, soit le niveau *mésosociologique*, on s'intéresse aux politiques, aux services publics et à la gestion administrative et bureaucratique. Il accentue le rôle du mode d'organisation des institutions et des politiques dans la reproduction des inégalités sociales. Dans le cadre de cette thèse, il me donnera l'occasion de me pencher sur le contrôle social, la surveillance et la régulation de certains groupes. Suivant François Chazel (2002), le contrôle social peut s'exercer de deux façons : la contrainte *externe*, qui est alimentée par la peur de sanctions, et la contrainte *intériorisée*, soit l'adoption de

certaines normes par socialisation. Dans le deuxième cas, la contrainte devient interne et prend la forme d'une obligation morale. La transgression des normes conduit alors à un sentiment de honte et de culpabilité.

Le niveau *microsociologique* désigne les manifestations de pouvoir individuel dans les interactions de la vie quotidienne, qu'elles soient informelles ou institutionnelles. Il implique d'explorer les affects, l'expérience subjective des personnes, la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et leurs attitudes – par exemple quant à leurs situations spécifiques de contraintes ou de privilèges. Cette dimension permet d'étudier comment les personnes vivent, intègrent, négocient et résistent aux normes sociales qui s'imposent à elles.

Ces trois niveaux de l'échelle d'analyse permettent d'explorer les multiples façons dont les rapports sociaux sont organisés et apparaissent dans la société. De manière complémentaire, la perspective intersectionnelle éclaire les interrelations entre ces rapports de pouvoir. Il en découle une analyse de la co-construction des rapports sociaux où les inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement maternel seront approchées suivant la positionnalité des mères.

Ce cadre conceptuel est schématisé dans la figure 1 (voir à la page 121). Ce qui suit a comme objectif de présenter la matière contenue dans cette figure. On y voit que le vécu de l'allaitement maternel, c'est-à-dire les réalités rencontrées par les femmes lors de l'allaitement, est influencé à la fois par leurs aspirations et par les contraintes qu'elles vivent vis-à-vis de leur allaitement.

Les *contraintes* sont doubles puisqu'elles peuvent être à la fois des *incitations* (formulées par les professionnelles de la santé, les médias et l'entourage) et des *obstacles* à l'allaitement (retour au travail, image corporelle, malaise face à l'allaitement en public, expérience antérieure d'agression sexuelle, conditions de travail ne permettant pas la combinaison de l'allaitement et du travail, non-accès à un congé de maternité, manque de soutien social, etc.).

Les contraintes à l'allaitement sont influencées à la fois par des facteurs se rapportant au niveau microsociologique (la distribution des tâches au sein du couple par exemple), au niveau mésosociologique (les politiques familiales par exemple) et au niveau

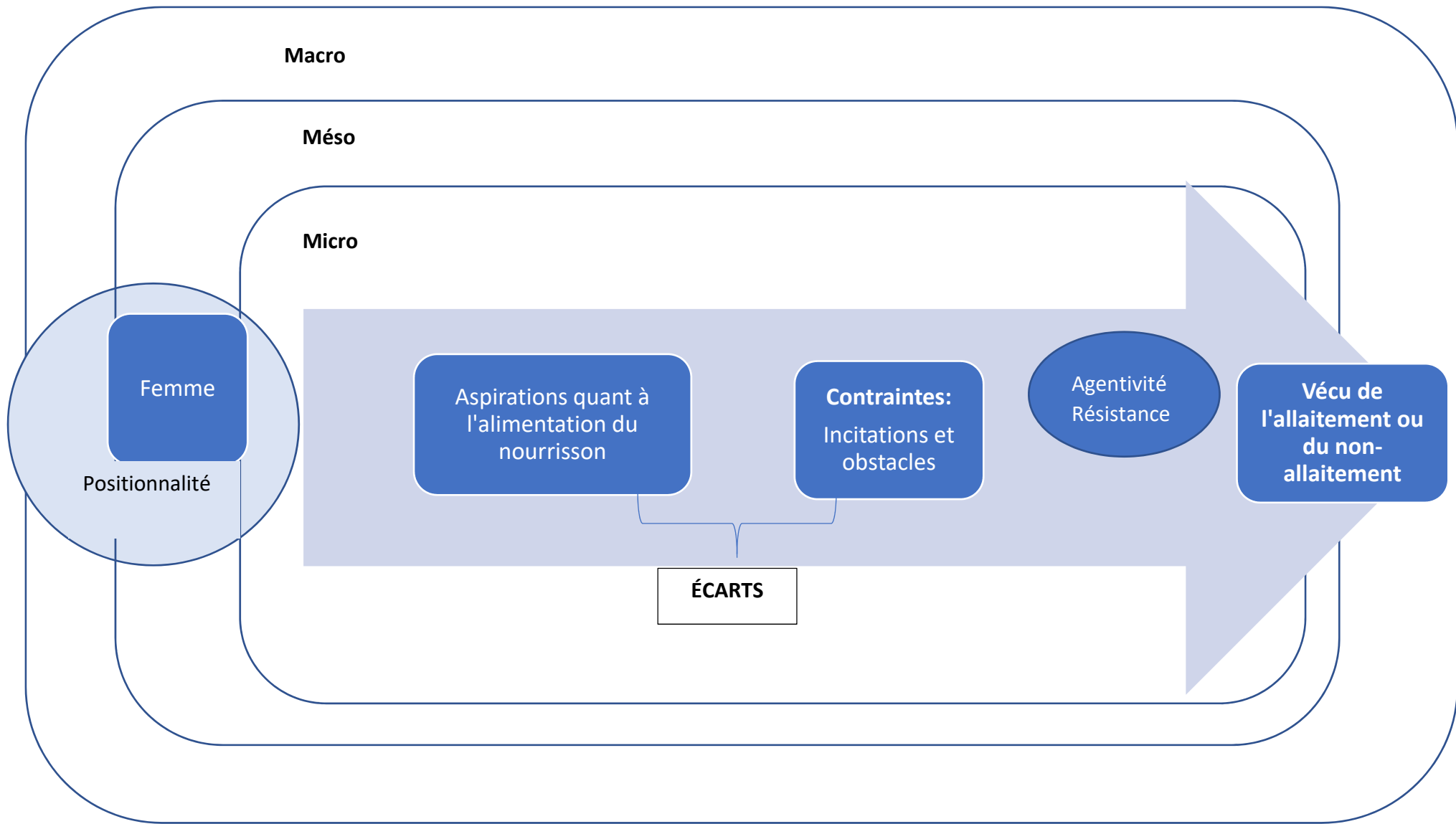
macrosociologique (les normes de genre par exemple) et peuvent se traduire sous la forme de différentes normes sociales pouvant être contradictoires. Par exemple, la promotion de l'allaitement par les autorités de santé publique peut inciter les mères à allaiter en même temps que la sexualisation des seins peut les décourager de le faire en public ou devant les membres masculins de leur famille.

De plus, les contraintes à l'allaitement se manifestent différemment selon la positionnalité des mères au sein des rapports de pouvoir. Ce sont les interactions des différenciations sociales qui « contraignent » l'allaitement (dans les deux sens du terme). La manière dont les contraintes affectent le vécu des femmes est en partie dépendante de leur agentivité. La positionnalité est composée par l'articulation de la position sociale, soit la combinaison des différentes catégories sociales d'un individu ou d'un groupe, et le positionnement social, c'est-à-dire la manière de comprendre et d'interagir avec ces positions. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les aspirations des femmes par rapport à l'allaitement sont socialement différenciées. En revanche, ces aspirations ne sont pas totalement déterminées par ces positions, mais elles le sont par leur positionnalité.

*L'expérience*⁴² est conçue comme « une construction inachevée de sens et d'identité » (Dubet et Martuccelli, 1997 : 57), qui n'est ni totalement libre, ni complètement contrainte et déterminée. Dans cette perspective, la mère n'est pas considérée seulement comme faisant face à des situations qui s'imposent à elle et qui comprennent des privilèges et des contraintes. Elle est plutôt comprise comme une actrice, ce qui signifie qu'elle est partie prenante de la construction de son expérience d'allaitement « à travers des choix culturels et des orientations, élaborant des stratégies et les significations de ses stratégies dans un système de relations sociales » (Dubet, Cousin et Guillemet, 1991 : 6). Finalement, l'ensemble des processus s'inscrit dans un contexte historique, politique, social et économique composé par des inégalités structurelles et des dynamiques spécifiques.

⁴² Il importe de clarifier la distinction qu'opère le fondateur de la sociologie phénoménologique, Alfred Schütz, entre le vécu et l'expérience. Le vécu devient expérience lorsqu'il y a conscience de ce vécu : il est expérimenté, contextualisé et, donc, analysé (Schütz, 1987). Ainsi, cette étude se base sur la prémisse que l'expérience de l'allaitement en tant que fait social total de la vie quotidienne est un objet de pensée, de réflexion, voire d'analyse pour les mères. En outre, l'expérience comme point de départ de l'analyse tant des défis quotidiens que des rapports sociaux inégalitaires sur lesquels ils se basent a largement été élaborée par les théoriciennes féministes, notamment à partir de l'idée que le privé est politique.

Figure 1. Représentation schématique des mécanismes de construction du vécu de l'allaitement maternel



3.5 Conclusion

À partir des constats émergents de la revue de la littérature – notamment le fait que les femmes ne proviennent pas des mêmes milieux sociaux, n’ont pas les mêmes aspirations d’allaitement et ne rencontrent pas les mêmes obstacles –, ce chapitre présente le cœur des questionnements qui alimentent cette thèse. Dans une volonté de saisir la diversité des expériences d’allaitement des femmes, mais aussi, et surtout, les conditions matérielles et les relations de pouvoir que leur position sociale sous-tend, j’ai formulé deux principaux objectifs p : 1) repérer l’articulation de multiples rapports sociaux inégalitaires et l’impact de cette articulation sur le vécu de l’allaitement maternel ; et 2) explorer le vécu des femmes quant aux écarts entre leurs aspirations relatives à l’alimentation du nourrisson, d’une part, et les réalités des pratiques d’alimentation du nourrisson, en prenant soin de relever les différentes contraintes rencontrées par elles.

Pour ce faire, le cadre théorique compte sur plusieurs concepts : inégalités sociales, rapports sociaux de « race », de sexe/genre et de classe, institution de la maternité, maternité-expérience et positionnalité. Ces concepts s’inscrivent dans une approche de constructivisme social intersectionnel, sur laquelle je me base pour penser la co-construction des rapports sociaux

CHAPITRE 4 : Perspectives épistémologiques et cadre méthodologique

Ce chapitre décrit les perspectives épistémologiques ainsi que la méthodologie adoptées dans cette thèse. Cela se fera en cinq temps. Sera d'abord discutée la collecte de données, suivant ses trois volets : suivi longitudinal, observation participante et entretiens semi-dirigés. Après quoi sera abordée la procédure de recrutement des femmes enceintes et des professionnelles de l'allaitement. Par la suite, une description détaillée de l'échantillon des mères et de celui des professionnelles sera présentée. Ensuite, une description de la méthode d'analyse des données recueillies sera présentée. Finalement, le chapitre se conclura sur la posture épistémologique adoptée. J'y présenterai ma positionnalité et comment celle-ci a eu un impact sur la collecte des données et sur ma conception des savoirs produits dans cette thèse.

4.1 Devis de recherche et collecte des données

La méthodologie adoptée est qualitative. La collecte des données s'est faite en trois volets : un suivi longitudinal (du prénatal au postnatal) avec les mères, de l'observation lors de cours prénataux et de soutien à l'allaitement, et des rencontres avec des professionnelles de l'allaitement. Pour y arriver, trois techniques ont été employées : la réalisation d'entretiens semi-dirigés (avec les mères et les professionnelles), la tenue de journaux de bord et l'observation. Les données qui en sont ressorties sont transversales et longitudinales, en plus de rendre compte des impressions consignées dans les journaux de bord et des réflexions suscitées par les entretiens.

Une collecte en trois volets et l'usage de plusieurs techniques permettent la triangulation des données. Cela contribue à assurer la qualité de l'étude dans la mesure où les résultats d'une méthode particulière offrent l'occasion de vérifier la validité des résultats obtenus par les autres méthodes (Greene, Caracelli et Graham, 1989), d'une part; et dans la mesure où le repérage des biais de la recherche est facilité (Jonsen et Jehn, 2007), d'autre part. La complémentarité des méthodes permet de clarifier, renforcer et illustrer les résultats en les abordant à partir de perspectives différentes (Greene, Caracelli et Graham, 1989).

Par exemple, comparer les propos des mères et des professionnelles, recueillis lors des entretiens semi-dirigés, a permis de faire ressortir des contrastes (Geertz, 2003). Cela dit, les bénéfices de ce type de croisement vont plus loin. En effet et en reprenant le même exemple, les entretiens avec les professionnelles ont permis de questionner ce que les rencontres postnatales avec les mères faisaient émerger. Les professionnelles ayant été rencontrées après les mères, il a été possible de revenir sur les enjeux soulevés par ces dernières. À l'inverse, lorsque des angles morts sont apparus, notamment à l'occasion de l'analyse préliminaire des entretiens avec les mères, il a été possible de revenir avec les professionnelles sur les questions concernées.

Les observations effectuées lors des cours prénataux ont servi de complément aux données colligées en entretien, par exemple en ce qui a trait aux informations transmises aux nouveaux parents qui y assistent ou à la dynamique des échanges entre mères et animatrices. En d'autres termes, ces observations ont fourni l'occasion de remarquer *sur quoi* portent les questions des mères, *quelles* informations sont transmises et, surtout, *comment* elles le sont. Et puisqu'il peut y avoir un écart entre ce que les mères retiennent d'un cours et ce qui y a été dit, la triangulation vient à nouveau jouer un rôle de contrôle des données.

4.1.1 Suivi longitudinal auprès des mères : entretiens et journaux de bord

L'un des moyens d'atteindre les objectifs de la recherche était de donner la parole aux femmes au sujet de leur expérience et de leur réalité. Il s'agissait de mettre les récits des femmes au centre de l'analyse pour me mettre en position d'apprendre sur ce qu'elles ressentaient quant à l'allaitement et comment elles le vivaient. C'est à partir de ces récits que j'ai cherché à cerner comment les mécanismes de construction du vécu de l'allaitement maternel sont socialement différenciés. Pour mieux comprendre le contexte de l'allaitement, incluant les expériences d'inégalités ou de privilèges, il importait de s'attarder à ce que les participantes disaient à propos de ce qui se passait, au quotidien, entre elles et les personnes autour d'elles susceptibles d'être les vectrices des normes sociales de l'allaitement maternel. Les entretiens individuels non-directifs en profondeur, se sont révélés être un accès privilégié à l'expérience des participantes (Michelat, 1975) :

L'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. Comme la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation du monde. (Baribeau et Royer, 2012 : 26)

L'analyse des récits des participantes a permis de comprendre leur vécu de l'allaitement et la manière dont elles percevaient le lien entre ce vécu, leurs contraintes à l'allaitement et leur position dans les rapports sociaux inégalitaires.

Dans la littérature sur le vécu de l'allaitement maternel, les méthodologies longitudinales, qui impliquent de suivre l'évolution d'un phénomène dans le temps, sont importantes pour souligner les écarts entre les intentions et les pratiques (Forgues, Vandangeon-Derumez et Garreau, 1999). Elles font progresser les connaissances sur les contraintes, qu'il s'agisse des pressions prénatales entourant la prise de décision, des obstacles ou des normes sociales qui, en période postnatale, peuvent nuire à la réalisation des aspirations de certaines femmes. Cela correspondant à l'un des objectifs principaux de la recherche, il a semblé naturel de faire ce type de suivi auprès des participantes. Cela s'est traduit par la constitution d'un devis de recherche combinant entretien prénatal avec les mères, journal de bord et entretien postnatal. Ces étapes successives font ressortir les changements dans la perception et le vécu de l'allaitement. La décision de faire un suivi longitudinal avec les participantes se basait sur l'hypothèse suivant laquelle réaliser un seul entretien rétrospectif en période postnatale comporte le risque d'obtenir des réponses faussées eu égard aux attentes et aspirations initiales. L'entretien prénatal ainsi que le journal de bord permettaient de réduire ce biais de mémorisation.

Les données ont été recueillies principalement par l'entremise d'entretiens en profondeur semi-dirigés menés en deux temps. Le premier entretien avait lieu lors du troisième trimestre de grossesse des participantes. Pour chaque participante, le consentement a été obtenu avant d'amorcer le premier entretien. Quelques minutes ont été consacrées à expliquer la recherche, les modalités de l'entretien et l'usage éventuel des données. Les informations correspondantes ont été transmises de façon verbale, accompagnées d'un document écrit dans lequel les participantes devaient indiquer si elles acceptaient que j'enregistre l'entretien. Le formulaire d'information et de consentement a

été signé en deux copies, par les participantes et moi-même, avant de commencer le premier entretien (voir annexe C). Ce formulaire précise explicitement le caractère confidentiel et anonyme de l'entretien.

Le premier entretien débutait par des questions sociodémographiques pour porter ensuite principalement sur le déroulement de la grossesse, le choix de l'alimentation du nourrisson, le soutien social et les résultats attendus de la méthode d'alimentation privilégiée. Les vingt premiers entretiens ont été menés entre le 4 juillet 2016 et le 7 mars 2017. Ils ont duré entre 37 minutes et 173 minutes, pour une durée moyenne de 75 minutes.

Le second entretien se déroulait de deux à sept mois après l'accouchement. Il devait avoir lieu le plus tôt possible suite à l'arrêt de l'allaitement (ou, en cas de non-allaitement, deux mois après la naissance du nourrisson) ou environ six mois après l'accouchement en cas d'allaitement de longue durée. En fonction des disponibilités des participantes, certains entretiens ont eu lieu sept mois après la naissance. Avant l'entretien, je rappelais brièvement la confidentialité des échanges, que la participante pouvait à tout moment refuser de répondre à une ou des questions, ou encore demander l'arrêt de l'entretien. Avant de démarrer l'enregistrement du second entretien, je reconfirmais l'accord des participantes.

Le second entretien portait principalement⁴³ sur le déroulement de l'accouchement⁴³, l'allaitement ou non-allaitement, les relations avec le personnel de soins, le soutien social perçu, la relation avec le conjoint, avant de revenir sur les attentes, les aspirations et l'identité de mère. Les 19⁴⁴ entretiens correspondants ont été menés entre le 11 octobre 2016 et le 6 octobre 2017. Ils ont duré entre 53 minutes et 196 minutes, pour une durée moyenne de 116 minutes.

Pour les deux séries d'entretien, les grilles thématiques (voir les annexes D et E) ont été construites à partir de la littérature existante sur le sujet, c'est-à-dire, suivant la

⁴³ Les entretiens postnataux avec les mères ont tous débuté par une question large par laquelle j'offrais la possibilité aux mères de me raconter leur accouchement. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'objet de ma recherche (même si les conditions d'accouchement peuvent avoir un impact sur les pratiques d'alimentation du nourrisson), plusieurs femmes ressentent l'envie, voire le besoin, de raconter cette expérience intense à la fois pour prévenir ou rassurer celles qui ne l'ont pas vécue. J'ai noté que raconter leur accouchement était surtout une sorte de « rite de passage » pour officialiser leur nouveau statut de mère.

⁴⁴ Une des vingt participantes n'a pu être contactée pour le suivi postnatal.

terminologie de Joseph A. Maxwell (2009), qu'elles ont fait l'objet d'une préstructuration. Les entretiens ont majoritairement eu lieu au domicile des participantes, mais quelques-uns ont eu lieu dans des cafés près des domiciles ou en milieu de travail. Sur les 39 entretiens, six ont été partiellement conduits en présence du conjoint/mari, de la sœur ou d'une amie de la participante. Les propos des autres personnes présentes (si elles prenaient la parole) ont été enregistrés et analysés de la même manière que ceux des femmes.

En plus des entretiens, l'option de tenir un journal de bord a été offerte aux participantes. Pour ce journal de bord, il était demandé aux participantes qu'elles écrivent ou enregistrent, à la fréquence qu'elles le souhaitaient et seulement si elles en ressentaient l'envie, leurs réflexions, anecdotes et sentiments relatifs à l'allaitement. Les données recueillies par l'entremise du journal de bord ont été considérées comme des données supplémentaires et complémentaires aux deux entretiens, mais facultatives, c'est-à-dire que la proposition du journal de bord n'engageait pas les participantes à le faire ni à le faire de façon régulière. De plus, la forme proposée était flexible (voir en annexe F pour les directives destinées aux participantes). La participante pouvait choisir le médium qui lui convenait le mieux, par exemple un carnet de notes, des courriels ou des enregistrements. En principe, le journal de bord devait m'être remis avant le second entretien pour favoriser une discussion plus en profondeur, en faisant usage des témoignages consignés. En raison de contraintes de déplacement et de logistique, seuls les journaux faits électroniquement ont pu m'être remis à temps.

Dix-huit participantes ont accepté de tenir un journal de bord lors de la rencontre prénatale. Parmi elles, treize sont allées jusqu'au bout de l'exercice : huit femmes ont rempli un carnet à la main, qu'elles ont reçu au premier entretien et remis au deuxième ; trois femmes ont produit un document Word qu'elles m'ont transmis avant le deuxième entretien ; et deux femmes ont procédé par courriels. À l'exception d'un journal de bord rédigé en espagnol (et traduit pour l'analyse), tous les journaux de bord étaient en français.

4.1.2 Observation lors de cours prénataux de préparation à la naissance et à l'allaitement

J'ai effectué de l'observation lors de cours prénataux de préparation à la naissance et à l'allaitement offerts par un organisme communautaire. Cet organisme a pour mission d'offrir un soutien nutritionnel et social aux femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants, afin de les outiller et de les aider à mettre au monde des enfants en santé. Situé dans un quartier multiethnique de Montréal, l'organisme vise notamment à encourager et soutenir l'allaitement. Ses services s'adressent aux femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants et vivant en situation de pauvreté.

Aux mois de novembre 2016 et février 2017, j'ai assisté à neuf ateliers : *Un bon allaitement*, *Préparation à l'accouchement (parties 1 et 2)*, *Positions d'allaitement* et *Arrivée du bébé et les soins à lui donner*. Chaque atelier était d'une durée de deux à trois heures. J'ai donc effectué une trentaine d'heures d'observation au total. Initialement, j'ai assisté aux ateliers dans le but de recruter des participantes. Cette façon de procéder a mené à la fois au recrutement de huit participantes et à une observation qui s'est avérée riche en informations.

La procédure typique pour indiquer ma présence lors de ces ateliers était la suivante. Chaque atelier débutait par un tour de présentation. Les femmes étaient invitées à se présenter, à indiquer le nombre de semaines de grossesse accomplies et s'il s'agissait d'un premier enfant. Cela servait en quelque sorte de premier tri, pour déterminer si une femme était admissible ou non à ma recherche. Lors du tour de présentation, je participais en expliquant la raison de ma présence et ma démarche de recherche. Je précisais que j'étais là pour observer l'atelier et recruter des participantes. J'indiquais que je ferais circuler un document lors de la pause, où elles pourraient m'indiquer leurs coordonnées si elles souhaitaient participer.

Au mois de février 2017, j'ai également effectué de l'observation participante lors d'une formation en soutien à l'allaitement offerte par un groupe communautaire de Montréal. Ce cours était suivi par de futures accompagnantes à la naissance ou par des personnes qui souhaitent offrir des services de soutien postnatal à domicile. Le cours se tenait sur deux journées, pour un total de 15 heures d'observation. Les principales

thématiques abordées étaient la physiologie de l'allaitement, l'allaitement à différentes étapes de vie de l'enfant (en post-partum immédiat, dans les premières semaines de vie, l'allaitement prolongé) et les difficultés d'allaitement les plus fréquentes.

Lors de ces observations, la prise de notes a été effectuée à la main sans grille d'observation précise. Le but d'une grille d'observation est de concentrer le regard lorsque beaucoup d'événements se déroulent en même temps (Martineau, 2005). Dans le contexte de cette thèse, pour chaque atelier, le nombre de participantes était limité et, habituellement, une seule personne parlait à la fois (sauf pendant les pauses). Ce contexte m'a encouragée à éviter de restreindre la portée de mon regard à partir d'éléments analytiques prédéterminés par une grille d'observation. En revanche, cette liberté d'observation qui en découle pose le problème de la position interprétative, c'est-à-dire que ma position épistémologique de chercheuse risquait d'orienter mon regard d'observatrice, et ce, exemple en me faisant voir certains phénomènes et en m'en cachant d'autres (Sellitz, Wrightsman et Cook, 1983). Pour éviter l'écueil, j'ai tenté d'accentuer la dimension descriptive de mon travail d'observation. J'entreprenais chaque séance d'observation en notant des informations factuelles, telles que la date, l'heure, le nom de l'atelier, le nombre de personnes présentes ; et en faisant un croquis du physique des lieux. Les notes prises à ces occasions rendent compte des situations observées, combinant description des ateliers (les informations transmises par l'animatrice, les questions posées, une description du matériel éducatif utilisé, les exercices ou activités proposées, etc.) et de la nature des interactions. En outre, je notais mes impressions et sentiments par rapport au déroulement des séances, dans le but d'objectiver ma subjectivité.

Finalement, les notes prises sur le terrain ont été retranscrites sur ordinateur pour en faciliter l'analyse ultérieure.

4.1.3 Entretiens semi-dirigés auprès de professionnelles de l'allaitement

Les données issues des professionnelles de l'allaitement ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été menés après les observations et après les entretiens avec les mères. Ceci a permis d'appliquer le principe de *développement*, qui consiste à employer les résultats d'une méthode mettre en œuvre une autre méthode (Greene, Caracelli et Graham, 1989). La grille d'entretien des professionnelles a ainsi été

construite sur la base de la préanalyse des données recueillies précédemment. Il en découle une relation de complémentarité.

Les 21 entretiens ont été menés entre le 21 septembre 2017 et le 23 novembre 2017. Ils ont duré entre 71 et 108 minutes, pour une durée moyenne de 86 minutes. Les professionnelles ont été rencontrées à l'endroit qui leur convenait le mieux, le plus souvent à leur domicile ou dans un café à proximité. Certaines professionnelles ont été rencontrées sur leur lieu de travail, d'autres dans un bureau de l'Université de Montréal. Leur consentement a été obtenu par écrit avant de commencer l'entretien. Comme pour les femmes enceintes rencontrées, je consacrais quelques minutes à expliquer la recherche, les modalités de l'entretien, et l'usage qui serait fait des données. Ces informations ont été exposées de façon verbale, en les accompagnant d'un document écrit — signé en deux copies (voir le formulaire d'information et de consentement pour les professionnelles en annexe G) — dans lequel les professionnelles devaient m'indiquer si elles acceptaient que j'enregistre l'entretien.

L'entretien portait sur les éléments suivants : leur emploi, leur perception de l'allaitement maternel et de la formule lactée, les éventuelles différences de pratiques ou de vécu de l'allaitement maternel parmi leur clientèle, la cause de ces différences et leurs pratiques d'intervention (voir la grille d'entretien avec les professionnelles en annexe H). Tous les entretiens se sont déroulés en français et ont été retranscrits intégralement.

4.2 Le recrutement et les critères de sélection des participantes

4.2.1 Les mères

Le recrutement des femmes enceintes a été effectué à partir de la technique d'échantillonnage théorique, aussi appelée par choix raisonné (« *purposive sampling* »), c'est-à-dire qu'elle a été déterminée d'abord et avant tout par mes questions de recherche. Suivant cette logique, lorsque suffisamment d'informations sont connues pour identifier les caractéristiques pouvant influencer les manifestations du phénomène étudié, on peut recourir à l'échantillonnage par « variation maximale » (« *maximum variation (heterogeneity) sampling* »). Ce dernier consiste à sélectionner des participantes qui présentent les caractéristiques recherchées, tout en cherchant à représenter un large éventail

de cas : « *Searching for cases or individuals who cover the spectrum of positions and perspectives in relation to the phenomenon one is studying, and would include both [...] extreme and typical cases plus any other positions that can be identified* » (Palys, 2008 : 697). Compte tenu de la perspective intersectionnelle au cœur de cette recherche et de l'importance de diversifier les profils des participantes, l'échantillon a été formé conformément au principe de diversification externe au regard des positionnements sociaux des femmes et des types de suivis de grossesse (sage-femme, accompagnante à la naissance, suivi médical, etc.).

Le tableau 1, à la page suivante, présente les critères de diversification initialement recherchés pour le recrutement de l'échantillon ainsi que le nombre de femmes dans l'échantillon final, dans un classement par catégorie⁴⁵. En établissant des critères de diversification pour la sélection de l'échantillon, l'objectif était que l'échantillon soit suffisamment hétérogène pour permettre des explorations inductives sur la manière dont les diverses catégories sociales peuvent, en se croisant, façonner différentes expériences d'allaitement maternel. De ce fait, pour mieux explorer dans une perspective intersectionnelle la co-construction des rapports sociaux inégalitaires à l'œuvre dans le vécu de l'allaitement, l'échantillon a été constitué en cherchant une diversité maximale en fait d'attitude et de réalité d'allaitement. Pour y arriver, j'ai tenté de recruter un nombre minimum de participantes pour chaque critère de diversification. Cette méthode a conduit au recrutement de femmes occupant différentes positions au sein des hiérarchies sociales, ce qui a permis de faire contraster les cas de figure.

⁴⁵ La présente section, portant sur la description de l'échantillon des mères, montre la diversité de l'échantillon. La section portant sur les limites de l'échantillonnage met de l'avant les critères de diversification qui ne se sont pas répercutés dans la constitution de l'échantillon – en raison de différentes difficultés lors du recrutement.

Tableau 1. Critères de diversification visés contre critères de diversification dans l'échantillon

Critères de diversification	Nombre minimum de femmes recherchées	Nombre de femmes dans l'échantillon ⁴⁶
Issues de minorités racisées et/ou ethnicisées	8-10 femmes	10 femmes
Immigrantes — Récentes (cinq ans et moins)	8-10 femmes 3-5 femmes	9 femmes 6 femmes
Niveau de revenus du ménage approximatif avant impôts – Moins de 25 000 \$ – Plus de 100 000 \$	3-5 femmes 3-5 femmes	4 femmes 5 femmes
Niveau de scolarité – Sans diplôme ou ayant un diplôme d'études secondaires – Diplômées universitaires	3-5 femmes 3-5 femmes	Aucune 16 femmes
Âge – Âgées de 18-20 ans – Âgées de 35 ans et plus	3-5 femmes 3-5 femmes	Aucune 7 femmes
Ne manifestant pas le désir d'allaiter	5 femmes	1 femme
Suivi de grossesse et accouchement avec sage-femme (ou accompagnante à la naissance)	5 femmes	8 femmes

Ainsi, j'ai privilégié la diversification externe plutôt que la saturation (Pires, 1997), c'est-à-dire que la recherche a donc porté vers le contraste intergroupe plutôt que de tenter de rendre compte exhaustivement des caractéristiques d'un groupe donné. Il s'agit de saisir les subtilités d'une expérience ou d'une situation en ce qu'elle a de similaire et de différent d'une femme à l'autre. Ce principe de diversification externe a guidé le choix des cas (Savoie-Zajc, 2007).

⁴⁶ Basé sur l'échantillon final, comprenant 20 femmes.

En raison de la diversité souhaitée dans l'échantillon, l'usage du français, le stade de la grossesse (avoir complété le second trimestre) ainsi que le fait d'être nullipare étaient les trois seuls critères d'inclusion. Le critère d'inclusion du stade de la grossesse a été établi à la fois afin de s'assurer que les femmes avaient décidé de mener la grossesse à terme et pour maximiser les chances qu'elles aient déjà pris leur décision concernant l'alimentation du nourrisson⁴⁷. Le critère des femmes attendant un premier enfant⁴⁸ se base quant à lui sur l'hypothèse suivant laquelle les femmes ayant plus d'un enfant ont développé un savoir expérientiel ; ce qui les rend potentiellement plus susceptibles de reproduire des comportements et des méthodes qui ont fonctionné avec leur(s) enfant(s) plus vieux. Il fallait s'assurer que les participantes soient face à quelque chose d'inconnu.

Le recrutement des femmes enceintes s'est déroulé entre juillet 2016 et mars 2017. Il s'est tout d'abord effectué sur internet, au moyen d'une affiche virtuelle invitant à participer à la recherche, que j'ai diffusée sur le réseau social Facebook en encourageant mes contacts à la partager (voir en annexe I). Je l'ai aussi transmise par courriel à différents organismes travaillant auprès de femmes enceintes, les invitant à afficher l'invitation dans leurs locaux. En cours du recrutement, l'affiche a été légèrement modifiée pour préciser les critères d'inclusion de la recherche, en fonction de profils recherchés ou manquants. Le recrutement s'est poursuivi lors des cours de préparation à l'accouchement et à l'allaitement (voir 4.1.2).

4.2.2 Les professionnelles de l'allaitement

J'utilise l'expression « professionnelles de l'allaitement » pour désigner les personnes travaillant (de manière rémunérée ou bénévole) auprès de femmes allaitantes, soit des infirmières en périnatalité, des sages-femmes, des aides-natales⁴⁹, des marraines

⁴⁷ Une large part des femmes enceintes décideraient en début de grossesse de la méthode d'alimentation du bébé et maintiendraient cette décision jusqu'à la fin de la grossesse (Earle, 2000).

⁴⁸ Pour être exacte, elles n'avaient jamais accouché (elles étaient nullipares) au moment du premier entretien, mais elles étaient primipares lors du second entretien (elles avaient accouché pour la première fois).

⁴⁹ L'aide-natale est une personne qui, dans une maison des naissances ou à domicile, assume un ensemble de tâches ayant pour but d'assister les sages-femmes. Une grande partie de son travail se fait en postnatal immédiat, si nécessaire sous forme de conseils en allaitement maternel.

ou monitrices d'allaitement⁵⁰ et des consultantes en lactation⁵¹. Bien que je fasse des distinctions d'approches et de formations lors de l'analyse, l'usage de la catégorie large « professionnelles de l'allaitement » se justifie par ce qui les unit au-delà des différences de position professionnelle et sociale, soit une expertise partagée qui érige une frontière entre professionnelles et profanes. Le fait qu'elles soient rémunérées ou non, qu'elles travaillent au sein d'un organisme communautaire ou d'une maison de naissance ; cela importe peu ici, en ce qu'elles sont perçues comme des « expertes » de l'allaitement. Par-delà le spectre des professions explicitement nommées dans l'appel à participation (voir annexe J), j'ai retenu des nutritionnistes, des consultantes de programmes de santé publique et une enseignante en soins infirmiers.

Les professionnelles devaient aussi travailler dans la région métropolitaine de Montréal pour des raisons de facilité de déplacement et pour favoriser la diversité ethnoraciale des femmes en suivi d'allaitement. Le recrutement des professionnelles de l'allaitement s'est déroulé entre septembre et novembre 2017. L'appel à participation a été lancé sur Facebook et transmis par courriel aux différents organismes ciblés. Cette approche d'échantillonnage par réseau a d'abord compté sur mes contacts qui correspondaient aux profils recherchés, puis sur les réseaux de ces contacts. Après quelques semaines, j'ai précisé l'appel pour ne cibler que les infirmières en périnatalité. Cette précision est survenue pour assurer que ces infirmières soient bien représentées dans l'échantillon, comptant parmi celles qui assistent les femmes à un moment important de l'allaitement, soit le post-partum immédiat.

⁵⁰ Les marraines et les monitrices d'allaitement sont des mères bénévoles qui ont une expérience d'allaitement maternel (une durée minimale est requise, variable selon les organismes communautaires) et qui offrent du soutien, le plus souvent par téléphone.

⁵¹ Les consultantes en lactation, aussi appelées *International Board Certified Lactation Consultants* (IBCLC), sont des intervenantes de la santé (du moins à partir de 2012, lorsqu'une formation en sciences de la santé est devenue obligatoire) spécialisées dans le domaine de l'allaitement maternel. Elles peuvent travailler dans les secteurs public (hôpitaux, CLSC, etc.), communautaire et privé (visites à domicile ou clinique privée).

4.3 Description des participantes

4.3.1 Description des mères

L'échantillon est constitué de vingt femmes nullipares qui, au moment du premier entretien, en étaient au 3^e trimestre de grossesse. La moitié des femmes de l'échantillon étaient potentiellement racisées et/ou ethnicisées en raison de différents traits : couleur de peau, marqueurs religieux, accent, etc. Pour être plus précise et en reprenant les catégories de minorités visibles de Statistique Canada, deux femmes étaient latino-américaines, cinq étaient noires et trois étaient arabes. Les femmes sélectionnées avaient toutes entre 24 à 40 ans, pour une moyenne de 32 ans – ce qui est un peu plus vieux que l'âge moyen des mères à la naissance d'un premier enfant au Québec, qui était de 29 ans en 2015 (Girard, 2018). Elles vivaient toutes en couple hétérosexuel, onze au titre civil de *conjointe de fait* et neuf à celui de *mariée*. Au moment du premier entretien, les relations correspondantes avaient duré entre près d'un an et 14 ans, pour une moyenne de 5,6 ans. Malgré l'intérêt de rencontrer des femmes vivant en couple lesbien, seules des femmes en couple hétérosexuel ont répondu à l'appel. Dans un cas, le conjoint avait déjà eu un enfant dans une relation précédente. Dans tous les autres cas, le conjoint vivait aussi pour la première fois l'expérience de la parentalité. Au moment des deux entretiens, toutes résidaient dans la région métropolitaine de Montréal et ses environs.

Types de suivi et particularités de la grossesse

Toutes les participantes rencontrées étaient enceintes depuis 28 à 40 semaines lors du premier entretien, pour une moyenne de 34 semaines. Parmi les vingt participantes, quatre avaient prévu accoucher en maison de naissance et étaient suivies par une sage-femme. Parmi les participantes en suivi médical et ayant prévu un accouchement à l'hôpital, quatre comptaient aussi sur les services d'une accompagnante à la naissance. Une seule grossesse était multiple (jumeaux). Quatre participantes avaient connu des difficultés pour tomber enceintes, dont des fausses couches. Deux ont eu recours à une technique de procréation médicalement assistée, la fécondation in vitro.

Revenu individuel et revenu familial

Le revenu individuel des participantes se situait entre 10 000 \$ et 60 000 \$. Trois participantes n'avaient aucun revenu. Le revenu individuel moyen des participantes était de 26 368 \$. Le revenu des ménages se situait entre 13 500 \$ et 120 000 \$. Le revenu familial moyen était de 61 982 \$. Considérant que le seuil de faible revenu avant impôt au Québec pour une famille de trois personnes était établi à 37 000 \$ en 2016 (Statistique Canada, 2016) et que je demandais aux participantes d'estimer leur revenu familial, j'ai considéré les revenus familiaux de 40 000 \$ et moins comme des *faibles revenus*. Les revenus familiaux de 100 000 \$ et plus ont été catégorisés comme des *revenus élevés*. Selon cette catégorisation, six participantes avaient des revenus familiaux faibles, tandis que cinq participantes avaient des revenus familiaux élevés. Les sept autres participantes avaient un revenu familial situé entre 40 000 \$ et 80 000 \$. Deux femmes n'ont pas déclaré leur revenu familial.

Niveau de scolarité et reconnaissance des diplômes

Le niveau de scolarité des participantes est élevé par rapport à la population de Montréal⁵². Seize participantes ont complété des études universitaires (pour la très grande majorité, il s'agit d'un baccalauréat). Pour quatre d'entre elles, les diplômes universitaires obtenus en dehors du Canada ne sont pas reconnus. Le reste des participantes (quatre) ont complété des études collégiales complétées et n'ont pas poursuivi des études universitaires. Huit participantes étaient aux études, à temps plein ou temps partiel au moment de la recherche.

⁵² Un peu plus de 46 % de la population de Montréal était titulaire d'un certificat ou d'un diplôme universitaire en 2016, une proportion qui passe à 80 % pour les mères de l'échantillon. Montréal présente la plus forte proportion de diplômé(e)s universitaires au Québec (Crespo, 2017).

Tableau 2. Description des caractéristiques sociodémographiques des mères

	Participant	Âge	Niveau de scolarité	Occupation principale	Revenu individuel estimé	Revenu familial estimé	Immigration
Minorités racisées et/ou ethniciées	Aïsha	29 ans	Universitaire	Sans emploi	0 \$	17 000 \$	oui, depuis 7 ans
	Aziza	37 ans	Universitaire	Informatique	48 000 \$	80 000 \$	oui, depuis 5 ans
	Bachra	24 ans	Universitaire	Aide en garderie/ étudiante	18 000 \$	20 400 \$	oui, depuis 1 an
	Bintou	32 ans	Universitaire	Sans emploi	0 \$	17 280 \$	oui, depuis 1 an
	Jacque	32 ans	Universitaire	Étudiante/ agente de recherche	17 500 \$	35 000 \$	oui, depuis 5 ans
	Joséphine	40 ans	Universitaire	Caissière	12 500 \$	36 500 \$	oui, depuis 6 ans
	Lyson	37 ans	Universitaire	Éducatrice spécialisée/ étudiante	35 000 \$	115 000 \$	non
	Malena	40 ans	Universitaire	Étudiante	n/d	n/d	oui, depuis 5 ans
	Rosalia	38 ans	Universitaire	Étudiante	0 \$	13 500 \$	oui, depuis 2 ans
	Zahira	37 ans	Universitaire	Éducatrice en garderie	24 000 \$	61 000 \$	oui, depuis 5 ans
Issues de la majorité	Anaïs	29 ans	Universitaire	Étudiante	35 000 \$	n/d	non
	Cynthia	31 ans	D.E.C.	Technicienne en diététique	35 000 \$	105 000 \$	non
	Ève	26 ans	Universitaire	Résidente en médecine	60 000 \$	120 000 \$	non
	Joanie	26 ans	D.E.C.	Éducatrice en garderie	20 000 \$	60 000 \$	non
	Julie	30 ans	D.E.C.	Éducatrice en garderie	25 000 \$	60 000 \$	non
	Laurence	30 ans	Universitaire	Étudiante/ employée à la permanence d'un comité	10 000 \$	30 000 \$	non
	Roxanne	26 ans	Universitaire	Enseignante au primaire	36 000 \$	60 000 \$	non
	Sandrine	35 ans	Universitaire	Archiviste	50 000 \$	100 000 \$	non
	Sarah	33 ans	Universitaire	Conseillère pédagogique	60 000 \$	100 000 \$	non
	Sophie	32 ans	D.E.C.	Massothérapeute et accompagnante à la naissance	15 000 \$	80 000 \$	non

Pays de naissance, statut d'immigration et langue

Onze participantes sont nées au Québec, neuf à l'extérieur du Canada (Sénégal, Haïti, Belgique, Congo, Algérie [2], Syrie et Venezuela [2]). Pour ces dernières, au moment de la recherche, il s'était écoulé entre moins d'un an et sept ans depuis leur arrivée au Canada, pour une moyenne de 3,9 ans. Six participantes peuvent être considérées d'immigration récente suivant le seuil de cinq ans et moins établi par Statistique Canada. Au moment du premier entretien, une participante était sans statut légal d'immigration. Tous les entretiens, à l'exception d'un⁵³, ont eu lieu en français. Le français n'était pas la langue maternelle de cinq participantes. L'accent faisait partie des critères de la détermination de l'appartenance à une minorité ethnicisée.

Religion

Trois participantes s'identifiaient comme musulmanes, dix comme catholiques, dont six pratiquantes et quatre non-pratiquantes, six se déclaraient athées. Une femme se disait croyante, mais non-pratiquante et sans affiliation à une religion en particulier.

4.3.2 Description des professionnelles

L'échantillon des professionnelles est constitué de 21 femmes (voir tableau 3 à la page 140). Plusieurs professions sont représentées : sage-femme, marraine d'allaitement ou monitrice d'allaitement, consultante en lactation, infirmière en périnatalité, nutritionniste en périnatalité, accompagnante à la naissance, aide-natale, consultante pour un programme public en sécurité des patientes en obstétrique, enseignante en soins infirmiers et autres métiers ayant une spécialisation en périnatalité (chiropraticienne, massothérapeute et ostéopathe). L'échantillon couvre une part considérable des services offerts pour les femmes allaitantes aux niveaux communautaire, privé et public.

⁵³ Un entretien a été réalisé avec l'aide d'une interprète non-professionnelle, pour faciliter la discussion avec une participante dont la langue maternelle est l'espagnol et qui avait plus de difficultés que les autres avec le français et l'anglais. Le verbatim de l'entretien correspondant comprend donc des extraits en français, en anglais et en espagnol. Quand une question posée en français ou en anglais n'était pas comprise par la participante, l'interprète la reformulait en espagnol. À l'inverse, chaque fois que la participante offrait une réponse en espagnol, l'interprète me la traduisait en français.

Plusieurs organismes communautaires sont représentés dans l'échantillon — même si les participantes collaboraient à titre personnel et non à titre de représentantes d'organisme : *Nourri-source*, *La Leche League*, *Amitié Matern'elle*, *Lactéa*, *La source en soi*, *Regroupement Naissance renaissance*, *Alternative-Naissance* et le *Dispensaire diététique de Montréal*. Plusieurs femmes rencontrées combinaient deux professions, soit simultanément soit successivement. Par exemple, l'une était à la fois marraine d'allaitement et aide-natale, l'autre avait été sage-femme par le passé et travaillait maintenant à titre de consultante en lactation. Toutes les professionnelles rencontrées travaillaient dans la région métropolitaine de Montréal, soit huit sur la Rive-Sud, une à Laval et onze à Montréal. Comparativement à la diversité ethnoraciale de l'échantillon des mères, celui-ci est en grande majorité blanc et homogène. Il présente quatre femmes racisées, dont une seule issue de l'immigration. Les professionnelles rencontrées ont une expérience de pratique en périnatalité qui se situe entre un et 24 ans, pour une moyenne de 9 ans.

Tableau 3. Description des caractéristiques des professionnelles de l’allaitement

Prénom	Profession	Nombre d’années de pratique	Lieu de pratique
Amélie	Marraine d’allaitement et aide-natale	7	Rive-Sud
Andréa	Consultante pour un programme en sécurité des patientes en obstétrique et ancienne sage-femme	6	Montréal
Anne	Consultante en lactation	7	Rive-Sud
Audrey	Accompagnante à la naissance	2	Montréal
Camille	Marraine d’allaitement	5	Rive-Sud
Charlotte	Enseignante en soins infirmiers, infirmière et ancienne marraine d’allaitement et accompagnante à la naissance	14	Montréal
Chloé	Marraine d’allaitement	12	Montréal
Christine	Massothérapeute et ostéopathe spécialisée en périnatalité et en allaitement	21	Montréal
Élise	Marraine d’allaitement	1	Rive-Sud
Élisabeth	Infirmière et consultante en lactation	15	Montréal
Élodie	Nutritionniste périnatale et formation de consultante en lactation en cours	8	Montréal
Emma	Consultante en lactation	9	Montréal
Fanny	Infirmière	11	Laval
Gabriela	Marraine d’allaitement	2	Montréal
Josée	Nutritionniste en petite enfance	10	Rive-Sud
Judith	Consultante en lactation et ancienne sage-femme	24	Montréal
Justine	Infirmière	11	Montréal
Kate	Consultante en lactation et monitrice d’allaitement	10	Montréal
Korine	Marraine d’allaitement	3	Rive-Sud
Nadira	Infirmière	10	Rive-Sud
Nicole	Chiropraticienne spécialisée en périnatalité et consultante en lactation	10	Rive-Sud

4.4 Méthode d’analyse des données

Avec l’autorisation des participantes, les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique à des fins de transcription. La transcription intégrale des entretiens sous la forme de verbatim permet de rapporter les propos exacts des participantes et facilite

l'organisation des données. L'organisation et l'archivage des données se sont faites par l'entremise de la plus récente version du logiciel QDA Miner. Ce logiciel est efficace pour l'analyse horizontale des données, c'est-à-dire une analyse qui compare des cas en quête de différences et de ressemblances. En permettant de lier chaque transcription aux données sociodémographiques et à la catégorie raciale de la participante, il rend ce discernement aisé et propice à une analyse approfondie.

Comme il a déjà été mentionné, l'analyse procède par triangulation des données issues des quatre sources de données (entretiens avec les mères, entretiens avec les professionnelles, journaux de bord et observations), de façon à croiser deux perspectives : celle des femmes (*via* les entretiens, les observations et les journaux de bord) et celle des professionnelles (*via* les entretiens et les observations). Je précise que l'analyse s'est faite chronologiquement, soit en commençant par les données prénatales, en poursuivant avec les données postnatales et en terminant sur les données provenant des professionnelles.

Pour chaque source, l'analyse s'est faite en deux étapes, en recourant à l'approche hybride (« *two-step hybrid approach* ») proposée par Sirma Bilge (2009b) pour les analyses qualitatives intersectionnelles, elle-même dérivée d'une méthode développée par Gloria Holguin Cuadraz et Lynet Uttal (1999). Cette méthode d'analyse des données combine une analyse thématique inductive orientée par les données et une analyse déductive orientée par la théorie. Lors de la première étape, inductive, il a fallu mener une analyse permettant d'identifier les thèmes et sous-thèmes émergents en prenant soin d'éviter de traiter les récits individuels des mères comme représentatifs de catégories sociales prédéfinies. À cette étape, toutes les données ont été codifiées pour éviter de rejeter prématurément certaines données. L'arbre thématique de base résultant de cette première étape est illustré à la figure 2 (voir page 144). L'arbre (lui-même réduit à l'essentiel) est divisé en deux sections : prénatal et postnatal. Au total plus de 60 codes et sous-codes ont été créés et répartis thématiquement. Il en a découlé cinq grands thèmes pour les entretiens prénataux (prise de décision, motivations, attentes, aspirations, appréhensions) et six grands thèmes pour les entretiens postnataux (obstacles, soutien perçu, discours sur la persévérance, médicalisation, diversité des vécus et expériences connexes).

Lors de la deuxième étape, déductive, de l'analyse, il s'agissait de réinterpréter les données, c'est-à-dire examiner les thématiques ayant émergées de la première étape. Pour ce faire, je me suis tournée vers le gabarit générique de l'analyse intersectionnelle proposé par Sirma Bilge (2009b), voir à la page suivante. J'ai procédé à l'analyse transversale des liens entre les récits individuels des participantes, leurs catégories sociales d'affiliation et le contexte social plus large. Autrement dit, cette étape a permis de détailler les façons dont les thèmes émergents s'articulaient avec les différents axes d'oppression sociale et comment ceux-ci s'imbriquaient les uns dans les autres. Ce type d'opération nécessite d'aller au-delà des données recueillies pour tenir compte des éléments contextuels potentiellement significatifs pour comprendre comment les récits des participantes ont pu se construire (Bowleg, 2008). À cet égard, les politiques institutionnelles des hôpitaux et les régimes d'assurances parentales du Québec, par exemple, peuvent être déterminants. De ce fait, cette étape s'ancre dans une approche constructiviste qui postule que les expériences vécues des mères sont socialement produites et reproduites plutôt qu'inhérentes à celles-ci.

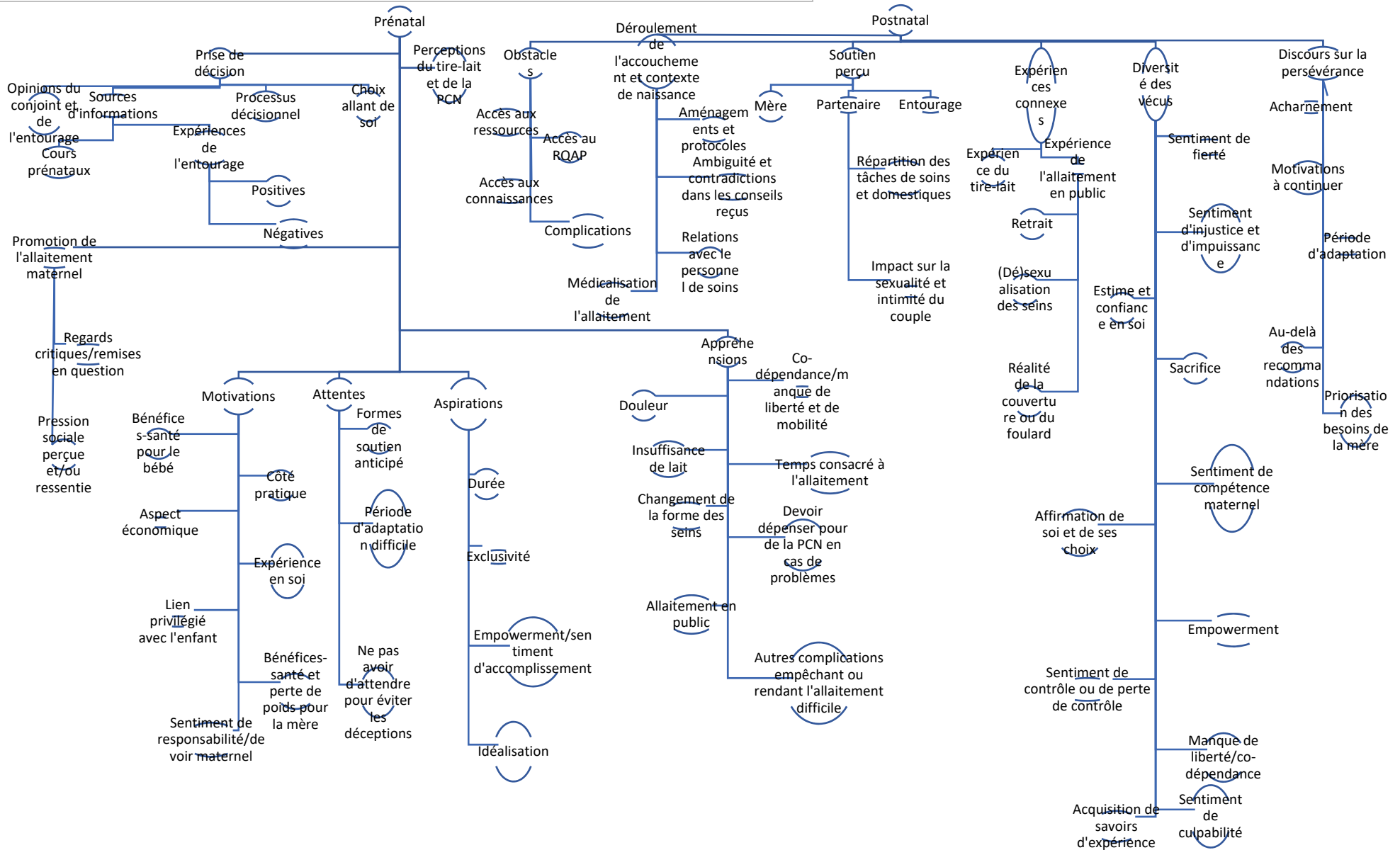
Au final, ces deux étapes analytiques ont facilité la mise au jour et la compréhension des articulations entre les différents rapports sociaux à l'œuvre dans les récits des femmes rencontrées (Hunting, 2014).

Tableau 4. Gabarit générique de l'intersectionnalité**A Generic Intersectionality Template**

Social Categories	Discrete consideration (1st step)	Intersectional consideration (2nd step)
Gender	How gender informs this individual account?	How gender interacts/intersects with other social categories in this individual account? <i>Or</i> which dimensions of the experience are interacting with gender?
Class	How class informs this individual account?	How class interacts with other social categories in this individual account? <i>Or</i> which dimensions of the experience are interacting with class?
Race	How race informs this individual account?	How race interacts with other social categories in this individual account? <i>Or</i> which dimensions of the experience are interacting with race?
Ethnicity	How ethnicity informs this individual account?	How ethnicity interacts with other social categories in this individual account?
Religion	How religion informs this individual account?	How religion interacts with other social categories in this individual account?
Sexual Orientation	How sexual orientation informs this individual account?	How sexual orientation interacts with other social categories in this individual account?
Age	How age informs this individual account?	How age intersects with other social categories in this individual account?
Handicap	How handicap/ablebodiness informs this individual account?	How handicap/ablebodiness intersects with other social categories in this individual account?
Other relevant categories (immigration status, family status, language, etc)	Are there other relevant social categories/relations informing this individual account?	How other relevant categories interact with previous social categories in this individual account?

(SOURCE : Bilge, 2009b : p. 7)

Figure 2. Arbre thématique



4.5 Perspectives épistémologiques

Dès lors que l'on souscrit à la conception de l'intersectionnalité, la question du cadre épistémologique devient capitale. J'aimerais donc discuter dans cette section des perspectives épistémologiques mises de l'avant dans cette thèse, alors que j'adopte une posture féministe.

Ma posture épistémologique s'inscrit dans la lignée du *feminist standpoint theory*, que je traduirai féminisme du positionnement⁵⁴. Cette théorie évacue l'idée de neutralité et insiste sur le fait que le positionnement dans le monde social et la façon dont on se représente ce positionnement influencent la manière dont nous l'expérimentons en tant que membre de différents groupes sociaux. Le positionnement d'un groupe social dans les rapports de pouvoir inégaux engendre des défis communs pour les personnes qui le constituent. Pour cette raison, le féminisme du positionnement octroie une place centrale au vécu qui se traduit par une diversité d'expériences et de réalités sociales en fonction de la position spécifique d'un acteur ou d'une actrice au sein des hiérarchies sociales (Kocadost, 2017). Comme l'ont entre autres théorisé Sandra Harding (1987, 1991) et Donna Haraway (2007), il ne s'agit pas de prétendre que l'expérience, encore moins l'identité, donne un accès direct et sûr au savoir, mais que nous créons des savoirs situés et des perspectives partielles qui sont liés à nos conditions de vie. Positionner ma recherche dans cette perspective, c'est reconnaître et revendiquer le fait qu'elle se soit formée à partir d'expériences en lutte politique (Harding, 1987). Le positionnement féministe amène donc un certain privilège épistémique, dans la mesure où il peut révéler des relations de pouvoir imperceptibles à partir d'une perspective masculine (Harstock, 1983). Autrement dit, comme l'écrit Maria Puig de la Bellacasa, « les conditions de vie sont aussi des conditions de *vue* » (citée par Dorlin, 2008 : 17).

Selon les prémisses de l'épistémologie féministe, toute approche scientifique doit viser la mise en lumière des présupposés sur lesquels elle s'appuie. Les postulats, les schèmes conceptuels,

54 Ce choix de traduction est celui de Sarah Bracke et María Puig de la Bellacasa (2013 : 48) : « Nous faisons le choix que *standpoint feminism* soit traduit par féminisme “du positionnement”, plutôt que du “point de vue”, alors que cette dernière expression est la plus courante en français et que le terme *standpoint* est, en anglais, synonyme de *viewpoint*. Mais le “point de vue”, ou encore la “perspective”, exposeraient notre propos à des interprétations perspectivistes voire relativistes, contraires à notre intention et à celle des autrices dont nous présentons les écrits. “Point de vue” ou “perspective” auraient aussi l'inconvénient de diluer l'intensité contenue dans le terme *standpoint* qui suggère la résistance, l'opposition, l'adoption d'une attitude, la prise de position. La traduction par “positionnement” permet dès lors d'insister sur le caractère politique, actif et construit du *standpoint*. »

les cadres théoriques et les choix méthodologiques qui précèdent l'étude de terrain doivent faire l'objet d'une évaluation critique. Les choix éthiques et politiques doivent également être explicités (Ollivier et Tremblay, 2000). La distance entre la chercheuse et son objet de recherche n'est donc pas une condition *sine qua non* de la recherche critique. Au contraire, celle-ci suppose un engagement personnel de la chercheuse envers son objet de recherche — engagement pratique pour une transformation des rapports sociaux. « Cela n'empêche pas la recherche féministe d'être rigoureuse et de viser une représentation fidèle de la réalité empirique. Cette scientificité se déploie toutefois dans un cadre paradigmatique qui se réclame d'un engagement éthique et social explicite plutôt que d'une neutralité qui ne peut être qu'illusoire » (Michèle Ollivier et Manon Tremblay, 2000 : 11).

À l'instar de Pierre Bourdieu (1990), je crois à une réflexivité qui ne se contente pas d'un retour sur la connaissance produite à partir des implications de la positionnalité de la chercheuse, mais qui s'exerce en continu sur la connaissance en cours de production. Cela étant dit, la réflexivité et la transparence à chaque étape de la recherche, par le biais notamment de l'énonciation de mes présupposés et orientations épistémologiques, contribuent à mon avis à la fiabilité et à la crédibilité des données. La fiabilité et la crédibilité se construisent également par le recours à une description explicite des procédures, devant permettre de reproduire les résultats de la recherche, ce qui inclut de réfléchir à la positionnalité de la chercheuse (Savoie-Zajc, 2010).

Les catégories raciales et ethniques issues, tel que discuté plus haut, de la volonté de diversifier mon échantillon, mettent en lumière le caractère dialectique du processus de racialisation : « en racialisant l'autre à partir d'attributs réels ou imaginés, on définit aussi son propre groupe, ne serait-ce qu'implicitement » (Bilge et Forcier, 2016 : 14). Pour cette raison, il m'apparaît nécessaire de me positionner et d'aborder les conséquences que peut avoir cette positionnalité sur la recherche. La connaissance produite dans le cadre de cette recherche sera donc influencée par un ensemble de positions sociales en tant que femme cisgenre⁵⁵ blanche, bisexuelle

⁵⁵ Cisgenre fait référence à la nature biologique du sexe, soit que l'identité de genre affirmée par une personne est en alignement avec le sexe médico-légal qui lui a été assigné à la naissance. L'usage de ce terme vise à ne pas occulter les variations de la catégorie « femme ». Celle-ci incluant, outre les femmes cisgenres, les femmes trans et toute personne s'identifiant comme appartenant à cette catégorie sociale.

vivant en couple hétérosexuel, non-migrante, originaire d'une famille de classe sociale défavorisée et étudiante universitaire de première génération.

C'est la reconnaissance de la partialité de ma perspective qui m'amène à affirmer que ma recherche aura des orientations différentes que celle que mènerait, par exemple, un homme blanc ou une femme immigrante racisée. Certaines facettes de ma positionnalité, en particulier celles qui sont perceptibles par les femmes rencontrées, ont un impact sur ma relation avec elles, et ne peuvent être ignorées. De manière générale, mon intérêt sincère pour les participantes m'a permis de diluer la relation asymétrique de pouvoir entre nous (Savoie-Zajc, 2010). Nourrir le lien de confiance était important pour moi. De ce fait, si une participante me posait des questions personnelles qui semblaient essentielles pour renforcer le lien de confiance entre nous, j'y répondais sincèrement pour altérer ce rapport chercheuse-participante. Il fallait « laisser les mères se dire afin de mieux les entendre et comprendre les contradictions observées entre leurs discours et leurs pratiques, déchiffrer leurs attentes et leurs besoins » (Descarries et Corbeil, 2002 : 534). Cela dit, plusieurs facettes de ma positionnalité se sont révélées décisives.

Premièrement, le fait qu'elles puissent considérer a priori que nous partagions une expérience similaire en tant que femmes cis hétérosexuelles (par défaut) pouvait encourager certaines participantes à moins nuancer leurs propos, estimant que notre vécu commun s'accompagnait de compréhensions communes. Le fait que près de la moitié des participantes aient pu m'identifier comme l'« une des leurs » – en termes de sexe, genre, sexualité, âge et ethnicité – m'a donné accès à un discours privilégié, authentique, décomplexé, et potentiellement proche de leurs convictions personnelles.

Deuxièmement, mon affiliation universitaire pouvait marquer une frontière avec certaines participantes, bien que la plupart soient également universitaires. J'ai tenté de briser le plus possible ce statut « d'experte ». Je l'ai fait notamment en portant une attention particulière à mon choix de ton et de vêtements décontractés lors des entretiens. De plus, le fait que la plupart des entretiens aient eu lieu au domicile des participantes, plutôt qu'à mon bureau à l'Université de Montréal, joue positivement dans ce sens.

Troisièmement, eu égard à l'objet de ma recherche, le fait de ne pas être mère, de ne pas avoir expérimenté moi-même l'allaitement et donc, de ne pas avoir à prendre de décision pour

l'alimentation d'un nourrisson, m'a permis de me mettre en posture d'humilité épistémique. Dans les entretiens, cette humilité épistémique se traduisait par un intérêt authentique et sincère envers les récits des femmes. Je m'explique.

L'un des apports significatifs de la réflexion féministe en sciences sociales est la prise en compte du déséquilibre de pouvoir dans la relation chercheuse-participante. C'est la prise de conscience que même une recherche menée dans une perspective féministe « ne fait pas disparaître la distinction au fondement de la science moderne : l'opposition entre le sujet connaissant et l'objet du savoir » (Kocadost, 2017 : 35). Dans cette recherche, je crois avoir réussi à donner du pouvoir aux participantes via mon statut de non-mère. En effet, presque toutes les participantes m'ont demandé si j'avais des enfants. Face à ma réponse négative en ce qui concerne mon statut de mère, je sentais une surprise de leur part sur le fait que je m'intéresse à l'allaitement sans l'avoir vécu, comme si ce n'était pas un sujet digne d'intérêt pour la recherche si on n'en avait pas soi-même fait l'expérience. De plus, comme le fait de ne pas avoir d'enfant pouvait être mal vu par les participantes, je me suis moi-même surprise à ressentir le besoin d'ajouter « pas encore ». Cette réponse et ce désir exprimé de l'enfantement mettaient automatiquement les femmes dans une certaine position d'autorité, à titre de détentrices de savoirs. Une disposition qui s'est particulièrement révélée au cours des entretiens postnataux, comme si de mères à (potentielle) future mère, elles m'expliquaient ce qui allait m'attendre si je décidais un jour d'allaiter. Des formulations comme « tu vas voir quand tu vas avoir un bébé » ou « crois-moi » soulignaient cette position de sujet connaissant. Le non-partage de cette facette de l'identité féminine ne permettait pas aux participantes de comparer leurs expériences à la mienne. En tant que non-mère, je portais une attention particulière au fait qu'elles ne se sentent pas craintives d'aborder librement les difficultés de leur maternité et de leur allaitement. Je maintenais une approche empathique et authentique, sans m'empêcher d'ajouter spontanément des « Ce n'est pas facile », « Je comprends » ou autres formules de validation des émotions exprimées, et ce, peu importe les distances sociales, culturelles, économiques, etc. qui nous séparaient.

Quatrièmement, on peut déduire de ce qui précède que le fait d'être une femme a été significatif : que je puisse un jour partager cette expérience de maternité et que la société tende à assumer que c'est ce que je souhaite, sont des éléments forts qui distinguent mon travail de celui qui aurait pu être fait par un homme. À mon avis, un homme n'aurait pas pu avoir la même relation

avec les femmes rencontrées, ni recueillir les mêmes données. J'ai la conviction que le fait d'être femme à femme a favorisé l'établissement d'un lien de confiance. La complicité entre femmes dans les entretiens entre chercheuse et participantes est aussi présente dans les suivis postnataux à domicile. La confiance établie lors du premier entretien a grandement facilité les entretiens postnataux, permettant d'aller plus loin et d'aborder plus rapidement les expériences d'allaitement. Cette confiance était notamment perceptible dans la mesure où les femmes n'ont pas hésité à allaiter devant moi ou me demander de tenir leur enfant.

Cinquièmement et en dépit de ce qui précède, plusieurs axes visibles de la positionnalité me différenciaient des participantes, notamment l'âge, l'ethnicité et la « race ». Ma couleur de peau, mon prénom et nom de famille francophones, ma maîtrise du français québécois et l'absence de marqueurs religieux ont probablement conduit les participantes à me catégoriser (correctement) en tant que Québécoise blanche d'origine française. Cette différenciation s'est avérée productive dans plusieurs cas, des participantes y trouvant motivation pour développer plus en détail certains aspects de leur vécu qu'elles savaient non partagés.

Inversement, partager avec plusieurs participantes, autant les mères que les professionnelles de l'allaitement, une identité d'ethnicité et de « race » a certainement influencé les discours recueillis. Par exemple, des propos parfois essentialisants ou altérisants à l'endroit de certains groupes ont été prononcés par des participantes. À partir de réflexions sur la blancheur des chercheuses (Davis et Linder, 2016 ; Deliovsky, 2017), je constate qu'un jeu de négociation s'était mis en place entre ma volonté de recueillir des propos non altérés par la crainte d'un jugement de ma part, et le potentiel d'accord tacite avec les propos pouvant découler de mon silence ou du fait de ne pas émettre d'objection. Mon malaise reposait aussi sur la tension entre la surprise que certaines se permettent d'exprimer autant de préjugés en entretien et l'impression de contribuer à leur approfondissement par mes questions.

D'ailleurs, les entretiens ont révélé la difficulté pour la plupart des femmes, particulièrement les femmes issues de la majorité (blanches, de classe moyenne et natives du Québec), de se positionner, c'est-à-dire de penser leurs privilèges ou les oppressions vécues. Par exemple, lors des entretiens postnataux, je les interrogeais sur leur vécu d'allaitement en tant que femmes marquées par tels ou tels référents sociaux, par exemple blanche, immigrante, à l'aise

financièrement ou détentrice d'un diplôme collégial. La majorité des femmes interrogées ne comprenaient pas le sens de la question. À l'aide de reformulations, je m'assurais de la compréhension des participantes. Malgré tout, l'impossibilité de penser l'impact de son positionnement social sur le vécu et les pratiques d'allaitement persistait pour plusieurs. Des réponses telles que « Bonne question, je n'y ai jamais réfléchi », « Pour ça non, je n'arrive pas à voir », « Je ne pense pas que ça ait un impact » sont fréquentes. La difficulté particulière pour les femmes privilégiées de répondre à ce type de questions révèle la norme implicite de l'identité majoritaire. Cette norme s'articule au fait d'être blanche, née au Québec, francophone, de classe moyenne ou supérieure et de descendance canadienne-française catholique. Cela indique que les privilèges sont rarement identifiables par celles qui les vivent. Cela étant dit, même si elles n'en sont pas conscientes, leurs paroles permettent d'éclairer leurs privilèges, d'où la distinction importante entre *ce que les mères disent* et *ce que j'analyse ou interprète*.

Ce qui m'amène à spécifier qu'il est clair que la plus grande part des participantes n'envisage pas comme moi les débats sur l'alimentation du nourrisson. Si elles avaient été en mesure d'intervenir dans le processus d'analyse de cette recherche, des aspects sans doute différents auraient été mis en lumière, à l'image de leurs subjectivités. La méthodologie adoptée ne permettait pas ce type d'intervention, mais mon travail a néanmoins consisté à m'efforcer de rendre justice aux propos recueillis tout en reconnaissant la tension et la distinction entre *ce que les participantes souhaitent communiquer* et *mon analyse de ce qu'elles ont communiqué*. Notons que cette tension et cette distinction se sont fait sentir avec le plus de force lors des entretiens avec les professionnelles de l'allaitement, qui semblaient avoir un « message » précis à transmettre sur l'allaitement.

En somme, l'« objectivité » que je poursuis s'accroît avec la reconnaissance et la prise en compte du positionnement du chercheur ou de la chercheuse (Zitouni, 2012). La présentation de mon *standpoint* constitue la première étape d'une réflexion critique sur la manière dont la positionnalité engendre une perspective particulière, « mais aussi une capacité de voir le monde différemment » (Zitouni, 2012 : 47). Bien que le partage de certaines positions sociales avec les participantes puisse aider à comprendre leur monde, j'occupe à leur égard une position de pouvoir à titre de chercheuse. Reconnaître que ma recherche découle de ma position en tant que chercheuse serait la deuxième étape de cette réflexion. En ce sens, il faut admettre que j'ai défini l'objet de

recherche et établi des relations avec les participantes d'abord dans mon propre intérêt. De même, les propos des participantes ont entièrement été évalués suivant mes considérations, et ce, à chacune des étapes de production de cette thèse, c'est-à-dire que j'ai encadré (par les questions de recherche), trié (dans le codage), interprété (dans l'analyse) et retenu (dans la sélection des extraits de verbatim pour la rédaction) uniquement ce que j'ai estimé pertinent en regard de mes questions et intérêts de recherche, eux-mêmes façonnés par mes perspectives théoriques sur ces enjeux et ma positionnalité. Ainsi, je ne me prétends pas être neutre, ayant la conviction que tout savoir est situé.

4.6 Conclusion de chapitre

Pour résumer ce chapitre et le lier au précédent, il faut souligner l'importance que prend la perspective féministe dans le cadre d'analyse, la méthodologie et l'épistémologie. Pour asseoir sa validité, cette étude s'inscrit dans la tradition scientifique de rigueur méthodologique, tout en menant une réflexion sur le statut accordé à la parole des actrices et sur les effets de ce statut sur l'« objectivité » et la neutralité en recherche. Il en ressort l'idée suivant laquelle le savoir scientifique féministe est nécessairement lié à la politique et qu'il se doit d'être engagé (Olliver et Tremblay, 2000).

Le devis de recherche présenté combine plusieurs méthodes de collecte de données : des entretiens en profondeur, des journaux de bord et des observations. Comme je l'ai expliqué, il s'agira maintenant de discerner des points problématiques dans l'expérience d'allaitement des participantes pour voir comment ils se vivent, se comprennent, se reproduisent et se négocient au quotidien. Les prochains chapitres présenteront les résultats. Les chapitres 5 et 6 présenteront les enjeux de représentations et de pratiques des participantes en matière d'allaitement tandis que le chapitre 7 abordera les inégalités sociales et l'impact de l'articulation des rapports sociaux dans le vécu de l'allaitement.

DEUXIÈME PARTIE : Présentation des résultats de la recherche

CHAPITRE 5 : Aspirations, préconceptions et appréhensions prénatales : l'imaginaire en action

Comme je le présenterai, les mères partagent différentes aspirations à l'égard des modalités de l'allaitement en termes de durée et d'exclusivité. Il s'avère donc essentiel de présenter les représentations sociales⁵⁶ des femmes rencontrées en ce qui concerne l'allaitement maternel. Elles partagent aussi différentes préconceptions à l'égard de l'allaitement maternel. Comme le définit Francine de Montigny, les « préconception sont le résultat de préjugés, d'idées reçues, de théories implicites, d'opinions et de représentations plus ou moins conscientes, qui teintent la manière dont l'allaitement ou son expérience est abordé » (2014 : 162-163). Les préconceptions peuvent être inspirées par les récits d'allaitement de leur entourage ou de leur famille, mais sont aussi le reflet des messages de santé publique. Dans ce chapitre, je porterai une attention particulière à dix préconceptions qui alimentent les aspirations et les appréhensions des femmes rencontrées en matière d'allaitement.

Dans ce chapitre, je répondrai donc aux questions suivantes : Dans le contexte actuel de promotion de l'allaitement, quelles sont les attentes des mères face à l'allaitement maternel ? De quelles manières l'idéalisation de l'allaitement peut façonner le « projet » d'allaitement des femmes enceintes ? Quelles sont les appréhensions et les préconceptions des mères concernant l'allaitement maternel ? Pour ce faire, ce chapitre présentera les aspirations des femmes en termes d'alimentation du nourrisson (allaiter ou non) ainsi que les modalités d'allaitement envisagées de cet allaitement (durée, exclusivité) s'il y a lieu. J'aborderai également la place que prennent le conjoint, le réseau social et les professionnelles de la santé dans cette prise de décision. Les principales motivations de l'allaitement seront par la suite présentées. Finalement, les appréhensions des femmes concernant leur futur allaitement seront explorées.

⁵⁶ Les représentations sociales sont « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1987 : 64).

5.1. Prise de décision : allaiter ou non

Toutes les femmes rencontrées en période prénatale, à l'exception d'une (sur vingt)⁵⁷, souhaitent allaiter. Pour la grande majorité des participantes, soit quinze participantes, la méthode d'alimentation du nourrisson n'a pas fait l'objet de questionnement. De ce fait, elles ne pouvaient pas identifier un moment ou un processus explicite de prise de décision. Elles affirment que « ça allait de soi », qu'elles ont « toujours pensé que si tu avais un enfant, tu l'allaitais ». C'est ce qu'explique notamment Lyson et Zahira, qui précisent ne pas s'être posées de question à ce propos et avoir su « depuis toujours » qu'elles allaient allaiter :

Je me suis pas posée la question. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Depuis toujours ! Oh non, y'a pas à dire ! (*petit rire*) C'est quelque chose de... Comment dirais-je... C'est-à-dire, pour moi, bébé, quand il naît, il doit se nourrir du lait de sa maman. C'est-à-dire, c'est automatique. Alors je vais le faire moi aussi. Voilà. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

La norme sociale « allaiter son enfant » a bel et bien été intériorisée par ces dernières. L'emploi du terme « toujours » dans ce contexte est intéressant, dans la mesure où il peut traduire l'efficacité des politiques publiques de promotion de l'allaitement maternel, capables d'amener des femmes à prendre la décision d'allaiter de façon à ce que leur justification soit qu'elles ont « toujours voulu ». Cela s'explique en partie par l'environnement social, puisqu'elles perçoivent que « tout le monde a allaité ». Lorsque qu'une femme perçoit que « tout le monde a allaité » dans son entourage, on peut soupçonner que l'influence consciente ou non du réseau social est à l'œuvre. D'un côté, il y a ainsi une plus grande pression pour initier et « réussir » son allaitement. De l'autre, il y a moins d'obstacles au niveau de l'entourage, c'est-à-dire qu'elle reçoit moins de commentaires négatifs, plus d'encouragements, de soutien, etc., que si elle était la première de leur famille à vouloir allaiter.

⁵⁷ Julie est la seule participante qui ne souhaitait pas allaiter. En entretien prénatal, elle explique qu'elle a une hypersensibilité aux seins qui l'empêcherait, selon elle, d'allaiter. Bien que ce soit la raison qu'elle mentionne en premier lieu, elle poursuit en précisant : « C'est la raison principale, mais mettons si j'avais pas eu ça, je... j'aurais pris la décision de donner le sein à l'hôpital, mais rendu à la maison de donner quand même la préparation. Je ne sais pas... j'ai vu du monde allaiter et c'est pas moi (rires). J'ai toujours dit que j'allaiterais pas. Même avant d'être enceinte. » Julie trouve que l'allaitement est trop demandant et que ce n'était pas ce qu'elle désirait.

5.1.1 Préconception 1 : La naturalité de l'allaitement

Bien que les pratiques d'alimentation du nourrisson soient des pratiques socialement construites, plusieurs femmes considèrent qu'elles n'ont pas eu à décider puisque « c'est naturel ». L'idée de « nature » revient chez la moitié des participantes. En revanche, comme le soulignent Jessica Martucci et Anne Barnhill (2018), le terme « naturel » pour désigner le lait ou l'allaitement maternel peut prendre diverses significations. Dans leur article, les autrices soutiennent que qualifier l'allaitement de naturel peut signifier 1) ce que l'on retrouve dans la nature, soit la première source d'alimentation chez les mammifères ; 2) ne pas recourir à des processus technologiques ou substances synthétiques ; 3) ce qui est instinctif ou inné ; 4) ce qui vient intuitivement. Chez les participantes ayant mentionné que l'allaitement était naturel, on retrouve aussi ces nuances :

Si le lait est là, c'est pas pour rien là. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Nous, on évacue, comme disait mon amie, et on allaite, *that's it!* (rires). C'est ça le corps humain, c'est ça la machine. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ben je veux allaiter de un parce que je pense qu'on est faite pour ça. Je pense que t'sais c'est la nature qui nous a fait comme ça. Pour moi, la bouteille c'est comme aller contre ça. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

C'est comme un instinct. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Parce que le lait maternel, c'est quelque chose de naturel, c'est Dieu qui l'a... C'est quelque chose qui vient naturellement. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

La capacité biologique des femmes de produire du lait et leur capacité physique d'allaiter vient cristalliser l'idée qu'elles se font de cette pratique comme le prolongement du cycle de la reproduction. Puisque l'allaitement maternel est perçu comme un comportement instinctif, naturel et universel, opter pour une autre manière de nourrir son enfant que de donner le sein reviendrait à se dresser contre le destin biologique féminin. Puisque leur corps leur apparaît biologiquement conçu pour allaiter, plusieurs des mères rencontrées se sentent dans l'obligation physique d'endosser ce rôle. L'idée de nature cache ainsi la construction des rôles sexués ainsi qu'une division sexuelle du travail.

En outre, la perception de la simplicité et de la naturalité du processus peut nuire à son apprentissage. Par exemple, lors de l'entretien prénatal avec Aïsha, lorsque je lui demande si elle a eu des cours prénataux, lu des livres ou consulté des sites internet concernant l'allaitement maternel, elle me dit que non, que la seule chose qu'elle sait, c'est que c'est simple :

Ben je sais seulement que l'allaitement, tsé, tu prends le bébé et tu le fais allaiter, *that's it!* Mon mari dit ça, là. (petit rire) [...], mais ben je sais que pour allaiter, il faut prendre le bébé pis que tu le mets pour qu'il tète. C'est tout. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Dans le cas d'Aïsha, la facilité perçue vient donc nuire à son apprentissage pratique et à l'acquisition de connaissances sur les manières de nourrir son enfant au sein.

Finalement, je note qu'une autre signification émerge de la recherche : dire que l'allaitement est naturel c'est aussi dire qu'il s'agit de la norme.

J'ai l'impression que tout le monde se dit, ben, c'est évident tu vas allaiter, franchement. [...] Pis les autres personnes à l'entour de nous, non plus. Elles évacuent [accouchent] et allaitent. Faque, ça d'l'air d'être la norme et c'est peut-être pour ça que moi aussi, j'ai juste fait, ben ça va être ça. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Mais nous... Comme... Pour nous, c'est ce qui naturellement doit se passer. Comme, y'a personne de ma famille qui n'a pas allaité ou... Donc c'est juste comme... c'est ça qui est normal. Donc ça serait anormal de ne pas allaiter (*petit rire*) (Bachra, 24 ans, racisée arabe, immigrante syrienne, RFF, suivi médical)

On peut y voir la preuve que les stratégies de promotion de l'allaitement maternel mis en place dans les dernières années ont rejoint plus que les femmes enceintes. Ce résultat s'explique, en partie, par le fait que cette pratique est maintenant établie comme une norme sociale au Québec.

5.1.2 Préconception 2 : L'allaitement est une affaire de femmes

La place du père dans la prise de décision de l'alimentation du nourrisson à privilégier serait plus déterminante que celle des professionnelles de la santé (Bar-Yam et Darby, 1997). Les résultats de la présente étude ne sont pas compatibles avec cette affirmation. En effet, pour la très grande majorité des femmes interrogées, l'autre parent — ici le mari ou le conjoint — n'était pas impliqué dans la prise de décision. Cette non-prise en compte de l'opinion du conjoint ou du mari s'explique principalement par deux raisons : 1) une décision qui revient aux femmes ; 2) une décision qui allait de soi, donc aucune discussion à avoir.

5.1.2.1 Une décision qui revient aux femmes

Premièrement, pour certaines, l'avis de leur conjoint n'a pas eu d'influence puisqu'elles perçoivent qu'il s'agit d'une décision qui concerne leur corps et qu'au final la décision leur revient. Ce résultat rejoint celui de l'étude de Jean-Marie Miron, Francine de Montigny et Carl Lacharité (2008), bien que celle-ci porte sur le point de vue des pères. Les pères interrogés avançaient l'idée selon laquelle « ton corps t'appartient » (p.32), en ajoutant que ce rapport au corps de la mère était un marqueur de distance pour leur implication dans la prise de décision associée à l'alimentation du nourrisson. La norme sociale qui s'en dégage est que les décisions et les responsabilités de l'allaitement reviennent aux femmes en raison de l'aspect physique de l'événement.

Ici, la non-implication du conjoint dans le processus décisionnel est perçue par les mères comme la marque d'un profond respect pour le choix de la femme et pour son autonomie corporelle.

Pour lui, c'était comme ma décision. C'était quelque chose qui m'appartenait. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

La décision finale me revenait, pis y était conscient. [...]. Mais ça vient quand même d'un choix où j'ai le dernier mot, pis c'est réfléchi. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ultimement, ça demeure ma décision, parce qu'il est très respectueux sur la possession de mon corps, ben, la non-possession de mon corps. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ces discours mobilisent la notion de « liberté de choix individuel ». Elle prend la forme d'une affirmation du pouvoir personnel des femmes. L'idée est que le fait de choisir volontairement et consciemment une situation préserverait d'une certaine manière les femmes de l'exploitation et de l'oppression. L'important ici est que le choix qui est fait soit le résultat d'une réflexion informée et réponde à un besoin personnel de la femme : ce qui importe, c'est de réfléchir, de se faire sa propre idée, de ne pas simplement faire ce qui va de soi. Ça se manifeste en remettant en question les attentes de la société, par exemple en verbalisant du même coup la pression sociale qui est mise sur les femmes pour allaiter, la disproportion de la charge de travail que ça implique pour les femmes d'allaiter, etc., mais ça ne signifie pas un rejet automatique de ce

choix. Ainsi, elles en viennent à la conclusion que, malgré tout et en fonction de leurs conditions de vie, ce choix recèle un potentiel d'épanouissement personnel. Ou alors, après réflexion, elles en viennent à penser que les bénéfiques pratiques de l'allaitement – soit ne pas avoir de mélange à préparer, ne pas avoir à faire chauffer, stériliser, nettoyer des biberons, etc. – leur conviennent. En ce sens, l'allaitement apparaît comme le choix le plus simple, autant en termes de temps que de charge de travail. Je note que ce processus réflexif est en opposition avec l'idée que « ça allait de soi ».

5.1.2.2 Une décision qui allait de soi

Ce qui m'amène à la deuxième raison pour laquelle des participantes n'ont pas discuté de leur décision d'allaiter avec leur partenaire. Plusieurs femmes ne consultent pas le père de l'enfant à naître puisque la décision « allait tellement de soi » pour elles et, donc, qu'il n'y avait pas de discussion à avoir sur la question. Reprenant les propos de Zahira, on constate d'ailleurs un amalgame intéressant entre le culturel et le naturel pour justifier la non-prise en compte de l'avis du père dans la décision de l'alimentation du nourrisson :

Euh... Décider à deux ? Non. Mais bon. C'est culturel. C'est évident. Un bébé, il boit le lait de sa mère. C'est-à-dire, s'il y a des complications, là on peut remplacer par un lait artificiel. Sinon, s'il y a pas de complications, t'as pas le choix, là, tu dois allaiter avec le sein. C'est-à-dire... Euh... C'est évident. C'est-à-dire, c'est clair ! Ça sert à rien de discuter pour une chose qui est claire ! Voilà. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Ici, le discours de « la liberté du choix individuel » tel que je l'ai présenté précédemment n'est pas mobilisé. Il s'agit plutôt de se conformer « aveuglément » à une norme sociale, sans y avoir réfléchi, simplement faire ce qui va de soi culturellement comme dans l'extrait, ou se plier de manière « infraconsciente » (pas tout à fait inconsciente ni consciente), aux attentes familiales ou sociales envers les mères. Ce qui est mis en évidence dans les paroles de ces femmes, c'est justement qu'elles sont conscientes des pressions en faveur de l'allaitement maternel, mais qu'elles usent de plusieurs stratégies infraconscientes (ou à tout le moins non spontanément appréhendables par la conscience) pour choisir ce qu'elles considèrent être la norme. Au même moment, elles ont l'impression subjective qu'elles n'ont pas cédé à la pression, que les discours pro-allaitement

s'adressent à d'autres qu'elles. Ainsi, elles concilient deux exigences contradictoires : ne se sentir ni marginalisée ni influençable.

L'une de ces stratégies est de verbaliser la pression sociétale, de s'en dissocier et de la critiquer en précisant que, de leur côté, elles trouvent cette pression dommageable et nuisible :

Ce qu'on entend c'est que c'est la meilleure chose à donner, que c'est beau, t'sais toutes les vedettes qui prennent des photos glamour, t'sais les Jacinthe René qui ne font que ça. Que c'est ça qu'il faut qu'on fasse. C'est ça que je vois. Mais, ça m'influence pas tant par exemple. C'est pas ça qui fait que je me dis que c'est bon. Ça me tape un peu sur les nerfs en fait, je trouve que c'est pas juste pour celles qui choisissent de ne pas allaiter parce que ça reste encore un choix là. On a le droit de ne pas le choisir. Je trouve ça, même dans les hôpitaux, je trouve que... je ne suis pas tant pour cette pression-là. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Je sais que les infirmières insistent beaucoup pour faire allaiter celles qui ne veulent pas et ça je trouve ça dommage. T'sais, comme ma sœur, elle ne veut pas allaiter, mais son médecin insiste tout le temps qu'elle devrait allaiter et les infirmières qu'elles rencontrent aussi pis ça je trouve qu'ils devraient accepter. T'sais, c'est bon qu'ils prônent l'allaitement, mais t'sais je pense que c'est pas correct de ne pas accepter le choix de la personne. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Leur discours peut être catégorisé de « pro-choix ». Comme ce que l'on retrouve dans l'extrait de Joanie, les participantes critiquent souvent l'approche des professionnelles de la santé qui, selon elles, ne respectent pas le choix des femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Plus spécifiquement, ce sont les infirmières qui sont construites comme étant le véhicule principal de cette pression à l'allaitement.

Dans tous les cas, que ce soit parce qu'il s'agit d'une décision qui allait de soi ou bien d'une décision qui appartient aux femmes, la décision prise par les femmes s'avère non-négociable : elles souhaitent allaiter leur enfant. C'est d'ailleurs ce qui explique en partie pourquoi il n'y a pas eu de décision prise communément avec le conjoint à ce propos.

5.1.2.3 « L'allaitement, pas une affaire d'hommes »

Même dans les cas où des discussions entre les futurs parents sur l'alimentation du nourrisson avaient eu lieu, ces discussions se sont limitées à l'énonciation par le père des arguments qui soutiennent l'allaitement au nom de la santé de l'enfant. Il s'agissait moins de prendre en compte l'avis du père ou de prendre une décision commune que de formuler une

approbation à travers le père, de manière à donner du soutien à une décision déjà prise par la mère. Prenons le cas de Julie, qui ne souhaite pas allaiter :

Non, c'était vraiment... c'était vraiment pour mon choix. Dans un sens, il n'a pas eu le choix de suivre. Dans un sens, si j'avais choisi l'allaitement, probablement qu'il aurait suivi pareil t'sais, mais, en même temps... [...] On parle beaucoup nous, depuis le début, on a beaucoup de communication, donc là-dessus, on était d'accord ensemble. Même si c'est comme quasiment juste moi qui a pris la décision. (Julie, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Dans tous les cas, il s'agit d'appuyer la décision de la mère. Selon ce que rapportent les mères, les pères ne tentent pas de dissuader leur conjointe ou épouse d'allaiter. Au contraire, certains tentent d'encourager ou de convaincre leur conjointe de le faire — même si ces dernières sont déjà convaincues. Voici deux extraits d'entretiens prénataux réalisés avec Joséphine et Jacquie, où elles me parlent de l'engouement de leurs maris respectifs pour l'allaitement maternel :

Oui, pour lui c'est très important. Je pense que lui il est pire que moi. Il est pire que moi ! Parce que quand je lui ai dit, « oui je veux allaiter, mais il faut t'attendre à ce que ça peut arriver que ça coule pas, t'sais. On ne peut pas laisser le bébé sans le lait là. » Donc, si ça coule pas parce qu'on m'a envoyé des échantillons de Similac, j'étais en train de préparer mes choses pour aller à l'hôpital et j'ai dit, je vais l'apporter si jamais le lait.. « Non non non non ! » [...] Mais lui là, il veut vraiment, il veut vraiment le lait maternel. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

C'est qu'il a longtemps travaillé sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants, donc il est à fond allaitement alors. C'est sûr qu'à chaque fois qu'on en a discuté, même par le passé, mais je lui disais enfin tu es un peu un ayatollah de l'allaitement et que voilà c'est pas... Mais c'est sûr que ça m'influçait, que ça m'influence, lui il est toujours à fond pour ça (rires) même si je sais que c'est mon choix. [...] Pis sinon, oui, c'est ses messages subliminaux de m'acheter une chaise d'allaitement (rires), des choses comme ça. Il sait que j'aime pas, enfin, il sait que... je sais qu'il veut que je le fasse et que je le fasse le plus longtemps possible éventuellement, mais il sait que pour... il ne peut pas me convaincre en me le disant comme ça (rires), donc qu'il doit être subtil pour me convaincre. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Les participantes citées ressentent que leurs maris respectifs tiennent plus à l'allaitement qu'elles et qu'ils essaient de les convaincre, de manière subtile ou non. Il est donc possible que l'autre parent mette une pression en faveur de l'allaitement maternel et, comme l'extrait de Jacquie le démontre, et cela peut influencer leur décision. En revanche, cette situation est plutôt marginale dans les résultats recueillis.

Contrairement aux avis fortement exprimés par les maris de Jacquie et Joséphine, la majorité des participantes expriment que leur conjoint ou mari, voire les hommes de manière

générale, n'ont pas vraiment d'opinion sur le sujet de l'alimentation du nourrisson ou bien que ça ne les concerne pas et que leur opinion n'est pas recherchée, ni requise.

C'est drôle, on s'en est jamais parlé vraiment à savoir est-ce que nous allaiterons ou pas. La façon dont les hommes voient ça on dirait, quand je dis ça je pense à mon conjoint et mon ami, c'est comme : « Bah, t'sais c'est toi qui va dire et moi je vais accepter ce que tu vas dire. T'sais, si tu veux allaiter, tu allaiteras. Si tu ne veux pas allaiter, ben, cool, on n'allaitera pas. » (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Pis les autres, évidemment... Les gars, c'est une « affaire de filles », faque y'ont aucune opinion sur la question. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

C'est un peu, c'est notre affaire à nous [les femmes]. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ici, une division sexuelle du travail semble jouer. La responsabilité des enfants et les soins des enfants est un lieu privilégié de cette division. Comme le dit une participante, l'allaitement est une affaire de femmes. Il y a un potentiel essentialisme derrière la facilité qu'ont les hommes d'aller dans le sens de la mère, surtout en considérant que la décision prise ici, l'allaitement, n'entraîne pas de charge de travail supplémentaire pour eux, et même leur enlève une tâche dans les soins de l'enfant. Il est aussi important de noter que le désir exprimé par les participantes de non-implication du partenaire dans cette décision pourrait être révélateur d'une posture essentialiste. Au-delà d'une reconnaissance de savoirs ou de connaissances par rapport à l'allaitement qui légitimerait que les femmes prennent ces décisions, c'est plutôt que les décisions à prendre en la matière reviennent aux femmes, c'est-à-dire qu'elles sont d'emblée perçues comme les principales responsables des décisions à prendre par rapport à l'enfant, parce qu'elles sont des femmes. Pourtant, cette responsabilité représente une charge mentale importante, et implique un travail supplémentaire : faire des recherches sur les avantages et inconvénients, aller aux cours prénataux de préparation à l'allaitement, etc. L'argument de l'autonomie du corps peut ainsi être une manière détournée de réaffirmer que les décisions en matière d'enfants reviennent, en dernière instance, aux femmes. Les femmes sont donc prises entre l'arbre et l'écorce, et une question reste en suspens : comment concilier autonomie des femmes et implication du conjoint ?

5.1.2.4 Un respect conditionnel du choix

L'ensemble des participantes supposent que leur conjoint appuie leur décision. En revanche, il apparaît que ce respect est conditionnel. En effet, dans l'éventualité où elles auraient opté, en période prénatale, pour de la PCN, elles sentent que leur conjoint n'aurait pas accepté ou s'en serait offusqué.

Tout ce que je décide et que c'est bon pour le bébé, il dit rien. [*Et si par exemple t'avais décidé de pas allaiter ?*] Ah ben là, c'est sûr qu'il allait dire que : « Comment il va se nourrir ? » Il s'inquiète toujours comment son enfant va se nourrir, genre. Lui, il s'en fout, là, lui ! Il veut juste que son bébé soit bien. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Pour lui c'est normal d'allaiter. Je crois que si j'avais dit « non j'allait pas » il m'aurait demandé « pourquoi tu veux pas allaiter ? » ! Il aurait été surpris ! [*Si, justement, tu avais dit non...*] Il aurait essayé de me convaincre. Je crois que la santé du bébé aurait été son argument. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

[*Et si, par exemple, pour n'importe quelle raison, tu n'avais pas voulu allaiter, comment ton mari aurait réagi tu crois ?*] Je pense il aurait pas accepté. Comme... y'aurait eu un problème (*petit rire*). (Bachra, 24 ans, racisée arabe, immigrante syrienne, RFF, suivi médical)

C'est sûr que j'aurais des problèmes avec mon conjoint parce qu'il est très catégorique là. Il sera fâché contre moi. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

J'dis ça, mais je pense qu'il aurait pas été d'accord, on se serait... Mettons que j'aurais choisi le non-allaitement il aurait dit : Ben non, voyons Roxanne, t'as pas écouté dans les cours (*rires*). (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Il est frappant de constater que les pères s'offusqueraient, selon leur conjointe, du non-allaitement plus que du contraire. C'est dire que les partenaires des femmes de la présente étude ont également intériorisé la norme sociale de l'allaitement maternel. Ceci concorde avec les résultats de l'étude de Francine Montigny et al. (2012), portant sur les perspectives de 28 pères d'un enfant alimenté autrement que par allaitement maternel. En effet, ces pères indiquaient ressentir de la pression sociale face à l'allaitement au sein, notamment de la part des professionnelles de la santé.

Dans le cas présent, c'est également le signe que les pères ont une opinion sur la question de l'alimentation du nourrisson, mais que, s'ils ne s'en formalisent pas, c'est qu'ils estiment que les mères rencontrées ont pris la « bonne décision ». Il y a là une contradiction frappante. Autrement dit, il n'y a pas eu de discussion ou de négociation sur le choix de l'allaitement

maternel, parce que c'est ce qui est bon pour la santé et le bien de l'enfant et que, d'après les mères, c'est cette dimension qui importe aux pères. Elles assument donc que leur conjoint connaît les bénéfices du lait maternel pour la santé de l'enfant. Dans le cas de Roxanne, par exemple, elle croit que son conjoint aurait bâti son argumentaire à partir des informations qui leur ont été transmises lors des cours prénataux.

5.1.3 L'influence du réseau sur la prise de décision

5.1.3.1 L'expérience de sa propre mère : « devoir faire mieux » ou « ne pas se mettre de pression »

La littérature sur l'allaitement maternel présente le soutien du réseau social de la mère comme un facteur favorisant l'initiation et la durée de l'allaitement maternel, en particulier quand il vient de sa propre mère ou d'une femme de son entourage ayant vécu une expérience positive d'allaitement (Dennis, 2002 ; Johnston et Esposito, 2007 ; Lévesque, 2013 ; Whalen et Cramton, 2010). La mère est souvent perçue comme une personne-clé dans la vie des femmes que j'ai rencontrées. L'importance que prend l'opinion de la mère sur l'allaitement est reconnue comme un facteur influençant la prise de décision des femmes d'allaiter ou non. Lorsque la mère de la femme n'a pas allaité ou a vécu une expérience négative, deux types d'approches semblent émerger. La première approche consiste à tenter de convaincre leur fille de « faire mieux » que ce qu'elles ont fait, c'est-à-dire de persévérer, de ne pas abandonner pour ne pas vivre les mêmes sentiments de regret, de déception et de culpabilité qu'elles ont vécus :

Ma mère m'a parlé d'allaitement, mais c'est comme si, parce qu'elle, elle n'a pas allaité beaucoup, je pense qu'elle a... et elle sait que je le sais... donc c'est comme si elle ne m'en n'a pas parlé beaucoup, mais elle a juste... je sens qu'elle essaie de me dire essaie de faire plus que moi. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Alors ma mère m'a dit : « J'essayais de tirer le maximum, pis mes seins ont gonflé, j'avais des œdèmes, ça me faisait mal, ça me faisait souffrir... Pis quand je vous voyais, j'avais de la peine pour vous, parce que je n'arrivais pas à vous donner ce qu'il fallait... » Pis elle a remplacé son lait avec le lait artificiel. Elle m'a dit : « J'aurais bien aimé vous donner tout ce que je pouvais, mais je ne pouvais pas. » Elle nous a conseillé toutes ses filles, si jamais on a des enfants, il faut les allaiter si on peut les allaiter. C'est mieux pour leur santé qu'au biberon. Elle m'a dit, elle nous a dit toutes : « Je vous ai privées de mon lait pis je me sens... ça me culpabilise ». (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Les expériences d'autrui justifient souvent la perspective des participantes sur la manière d'allaitement, soit mixte, de longue durée, tire-allaitement, etc. En se basant sur les expériences

d'autres femmes, elles conçoivent plus clairement ce qu'elles souhaitent par rapport aux modalités d'allaitement, et ce qu'elles ne veulent pas reproduire.

Le deuxième type d'approche adoptée par les mères de nos participantes et fondée sur une expérience négative, est d'afficher une attitude préventive de protection de leur fille. Elles préparent leur fille à la possibilité d'un allaitement difficile et leur recommandent de ne pas se mettre de pression, ni d'avoir trop d'attentes pour ne pas être déçue en cas de difficultés :

Moi, ma mère elle a eu mal, donc elle n'a pas allaité.... Mais elle n'a pas poussé. Pis t'sais, pour mon frère, elle a juste dit j'veux pas allaiter et elle s'est vraiment braquée, donc ils lui ont pas proposé. Donc, c'est sûr que ma mère est très, ne te mets pas de pression pour allaiter et tout ça. Ok. Mais là, elle me repose la question « veux-tu allaiter ? » Oui. Mais là, ne te met pas de pression pour allaiter. [...] Elle veut me protéger probablement et en plus de ça, ça part de bons sentiments. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Comme l'indique l'extrait de Sandrine, lorsque leurs mères adoptent cette attitude de protection, elles sont moins susceptibles de culpabiliser leurs filles par rapport à leur décision ou par rapport à des difficultés d'allaitement.

5.1.3.2 Injonction d'« essayer » l'allaitement

À l'inverse, la pression semble forte dans les familles où les autres femmes ont allaité et ont bien vécu cette expérience. Lyson, bien qu'elle le dise à la blague, anticipe les commentaires désapprobateurs de sa famille si elle n'allait pas sa fille :

J'ai pas vraiment de, de contre-indications contre l'allaitement. Sinon, on va me lancer des roches (rires). [...] Ma sœur je pense qu'elle m'aurait dit, *no, that's crap*, tu allaites ! Nous, on allaite ! (rires) Ma mère serait complètement outrée. Ça c'est sûr et certain. Ça c'est une personne qui va te dire, ben franchement, c'est imbécile ! (rires) Ma mère me dirait ça, c'est sûr. C'est clair que, selon ma mère, tu accouches, tu allaites, *that's it*. Il n'y a pas de... tu veux une solution miracle ? Tu allaites ! (rires) Tu ne vas pas acheter, tu allaites ! (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

De son côté, Zahira se remémore l'histoire d'allaitement de sa belle-sœur qui souhaitait cesser d'allaiter parce que son enfant buvait trop souvent, ce qui lui a valu d'être réprimandée par la famille :

Pour ma part, là, je me mêlais pas, parce que c'était pas de mes affaires. Mais pour la belle-maman, ma mère, elle disait des remarques tout le temps. « Ton lait, là ! Pourquoi tu donnes pas ton lait ? C'est mieux ! » Tu sais, les grandes personnes elles se mêlent de tout ! (*petit rire*) Oh là là ! (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Ici, on voit comment l'ingérence familiale dans les décisions d'alimentation du nourrisson peut peser sur les femmes. Zahira continue en décrivant la réaction de la famille face à la situation de femmes qui n'allaitent pas. Les jugements et les commentaires de l'entourage jouent sur le vécu des femmes :

Oh, j'ai connu pas mal de femmes qui ont subi une dépression par rapport à ça. [...] Mais j'ai connu des femmes qui étaient comme... persécutées, c'est-à-dire, euh... Des personnes de leur entourage qui ont insisté vraiment jusqu'à les faire pleurer, là. Oui. Jusqu'à ce qu'elles explosent et disent : « Mêlez-vous de vos affaires, là c'est mon bébé ! » pis euh... Pis voilà. Mais... moi je le ferai pas avec les autres. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que Zahira soit inquiète de ne pas réussir son allaitement, puisque, comme l'indique cette anecdote, sa famille la sanctionnerait.

Pour plusieurs participantes, l'acceptation (hypothétique) de leur réseau quant au recours aux PCN dépend de leur capacité à donner une explication ou une raison jugée « valable » pour se détourner de l'allaitement. Comme le soulignent Roxanne et Sarah, la nécessité d'avoir de « bons arguments » pour justifier son choix de ne pas allaiter ou de cesser d'allaiter est primordiale pour que l'entourage de certaines femmes accepte ou comprenne leur décision :

On dirait que je sens que si je disais que je choisisais de donner le biberon t'sais je le sais que ça ferait comme... t'sais sans raison mettons là. Si je dis que mettons il a une intolérance au lactose ou je sais pas quoi là ils comprendraient, mais j'aurais l'impression que... que ça serait bizarre un petit peu. Ben, peut-être parce qu'eux ils savent tous les bienfaits et ils diraient : comment ça tu décides de faire ça. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Si j'avais choisi de ne pas allaiter, peut-être auprès de mes parents, auprès de ma mère peut-être sauf que ... je me rends compte qu'en devenant parent il faut que tu justifies toutes tes choix, donc si j'avais fait un choix éclairé et que j'avais des bons arguments, c'est clair qu'on aurait respecté ma... mais, parce que je suis quand même, j'ai l'expérience des autres, ce n'est pas quelque chose que je dirais sans savoir pourquoi. Oui, je pense que ça serait accepté. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Autrement dit, comme le souligne Laurence dans l'extrait suivant, ce n'est pas nécessairement une opinion négative des PCN, mais plutôt une survalorisation de l'allaitement qui amènerait l'entourage à tenter de convaincre les femmes d'allaiter :

Je pense que, selon eux, c'est en extrême nécessité ou en dépit de pouvoir le faire. Je pense que c'est plus un plan B, ce qui est mis de l'avant. Parce que là, c'est ça. Mais en même temps, j'ai vraiment pas tant suivi les débats, là. C'est juste, je vois pas tant, c'est ça, le *shaming*

autour des biberons, mais je vois la valorisation genre excessive de l'allaitement. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Le « meilleur » choix est donc l'allaitement et, conséquemment, les PCN sont perçues comme une alternative de second ordre. Il est ainsi attendu socialement des mères « d'au moins essayer » d'allaiter :

La police des mœurs aurait embarqué [si je n'avais pas choisi l'allaitement], c'est sûr, là. C'est sûr et assuré. Mais euh... J'imagine que si un jour je change d'idée, ils vont faire : « Bon, ben au moins, t'as essayé ! » Mais c'est ça. Je pense que ça aurait été vraiment plus choquant, maintenant en 2017, avec tout ce qu'on sait sur le bienfait du lait maternel que... C'est-à-dire que malgré tout tu veux pas... (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ben si le bébé se nourrit pas, il a besoin de boire, là. Ils vont pas dire non, mais ils vont tout faire pour que moi je donne mon lait au bébé. C'est-à-dire, s'ils voient que j'ai le lait pis que je lui donne pas, tout le monde va me gronder. Ils vont être sur mon dos pis me dire : « Fais un effort ! Force-toi ! Fais ton possible ! » Mais sinon, s'ils voient que j'essaie pis j'y arrive pas, c'est normal. Il faut que le bébé se nourrisse ! (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Pour ces femmes, comme pour celles rencontrées dans d'autres études (Bayard, 2008; Murphy, 2000), l'allaitement apparaît comme le choix responsable. Face à cette représentation sociale de l'allaitement maternel, il y a donc une obligation morale « d'au moins essayer », à la fois pour ne pas avoir à se justifier de ne pas souhaiter allaiter (ce qui pourrait être le cas de certaines femmes) et pour ne pas être perçue comme une « mauvaise » mère.

5.1.4 L'influence du réseau de la santé

Selon une étude féministe portant sur les Gouttes de lait de Montréal, le fait d'avoir fait l'expérience de l'allaitement influence la perception de la nécessité (ou non) des conseils du personnel de soins : « À partir du troisième et quatrième enfant, il y avait plus de chances qu'elles [les femmes fréquentant les Gouttes de lait] soient moins assidues [dans leurs visites], autant parce que leur travail domestique devenait plus accaparant, que parce que, après deux ou trois grossesses, elles considéraient qu'elles avaient acquis assez d'expérience pour être en mesure de donner à l'enfant les soins requis » (Baillargeon, 2004 : 344). Les femmes primipares seraient ainsi plus susceptibles d'accorder du crédit aux discours médicaux et scientifiques bénéficiant d'une certaine autorité symbolique et donc de suivre la norme de santé publique recommandant l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois.

Cette hypothèse ne semble pas s'appliquer dans le contexte de la prise de décision des participantes de la présente étude puisque la grande majorité avaient décidé de donner le sein avant d'être enceintes et, donc, avant la première rencontre avec leur médecin ou sage-femme. En revanche, comme ce sont des femmes primipares, on pourrait croire qu'elles sont susceptibles de rechercher en plus d'informations pendant période prénatale, pour mieux se préparer à l'allaitement. La principale source d'informations des mères est les cours prénataux de préparation à l'allaitement.

5.1.4.1 Rôle des cours prénataux dans cette prise de décision

Au Québec, il existe cinq principaux types de cours prénataux. La formule la plus courante consiste à suivre ces cours dans un CLSC. Il s'agit d'un cours de groupe généralement animé par une infirmière. Les cours prénataux sont souvent gratuits, mais certains CLSC demandent des frais d'environ 50 \$ (*Naître et grandir*, 2014) et d'autres établissent des frais en fonction du revenu annuel des parents. Lorsque les femmes sont suivies en maison de naissance, elles peuvent participer gratuitement à des cours prénataux offerts par une sage-femme. Il est aussi possible de suivre des cours prénataux dans certains organismes communautaires. Pour remplacer ou compléter les cours au CLSC, certains parents optent pour des cours avec une accompagnante à la naissance. La plupart des accompagnantes offrent des cours privés au domicile des parents. Il s'agit d'un service payant, mais certaines accompagnantes remettent des reçus permettant de se faire rembourser une partie des coûts par des assurances privées. Finalement, certaines femmes choisissent des cours en ligne.

Évidemment, les informations transmises dans les cours prénataux ne sont pas standardisées, uniformisées et peuvent varier en fonction du milieu (CLSC, à domicile ou maison de naissance) et de la personne qui anime les rencontres (infirmière, accompagnante à la naissance ou sage-femme). Pourtant, un sujet semble faire l'unanimité comme étant primordial : l'allaitement maternel. Dans les cours prénataux en maison de naissance et en CLSC, un cours entier se consacre uniquement sur l'allaitement maternel.

Contrairement à ce qui a été répertorié par certaines autrices qui concluent, comme Sylvie Champagne (2002) à une forte influence des professionnelles de la santé (médecin, sage-femme, infirmière, nutritionniste) dans la prise de décision d'allaiter, les résultats de la présente recherche

tendent plutôt à indiquer que la proportion des femmes qui débutent des cours prénataux sans avoir déjà pris leur décision est minime. Toutefois, pour les indécises, ceux-ci peuvent contribuer à les persuader de privilégier l'allaitement maternel. Pour Roxanne, qui était initialement ambivalente quant à la méthode d'alimentation du nourrisson à adopter et qui a dû réfléchir pour se décider, la séance portant sur l'allaitement a joué un rôle majeur. Comme elle le mentionne, c'est suite aux cours prénataux qu'elle a été « convaincue » :

Ça été long. C'est à mes cours prénataux. T'sais avant j'étais ambivalente parce que t'sais ma mère elle n'a pas allaité... mais t'sais ça m'a convaincue. Pis t'sais j'ai des amies qui sont enceintes et elles vont toutes allaiter, mais t'sais je ne suis pas influençable là, mais quand même là... ça m'influence. Pis tout le monde nous vante les mérites de l'allaitement. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

L'extrait montre notamment l'influence que peuvent avoir les informations transmises dans les cours prénataux, permettant de « rattraper » celles, minoritaires, qui ne sont pas déjà convaincues des vertus de l'allaitement maternel. Cela pourrait s'expliquer du fait qu'une quinzaine d'années sépare mes résultats de ceux de Sylvie Champagne (2002). Des années marquées par une promotion intensive de l'allaitement maternel au Québec.

Globalement, les renseignements issus des cours prénataux et retenus par les participantes portent sur les bienfaits de l'allaitement et conviennent des informations pratiques (les positions, les techniques de conservation et de congélation du lait maternel, l'emploi du tire-lait, la prise au sein adéquate, l'importance du colostrum⁵⁸ et la montée de lait, les signes de faim chez le nourrisson, etc.). Les difficultés potentielles de l'allaitement maternel semblent ne pas avoir été systématiquement discutées lors des cours prénataux, ou alors peu retenues par les participantes.

Pour les difficultés, pas vraiment. En tout cas, c'est ce que j'ai retenu, donc c'est pas forcément ce que... Mais non... Par exemple, ils ne parlent pas trop, je ne me rappelle pas qu'elles aient trop parlé de... t'sais des douleurs qu'on peut avoir au mamelon ou des choses comme ça. En fait, je ne sais pas ce qu'elles peuvent être les problèmes parce que, oui. Je pense que j'en n'ai pas souvent entendu parler. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

En résumé, les cours de préparation à l'allaitement maternel auraient surtout comme effet de conforter les femmes dans leur décision et de convaincre les indécises de choisir l'allaitement

⁵⁸ Le colostrum est un liquide épais riche en protéines et anticorps qui est sécrété avant la montée de lait. D'après mes notes d'observation personnelles, il est aussi nommé le « premier lait » dans le langage commun.

maternel. Chantal Bayard arrive à la même conclusion : « [Le cours] a plutôt contribué à "rationaliser" cette décision. En effet, l'information reçue par les femmes a non seulement permis d'ancrer leur décision, mais aussi de la justifier grâce à des arguments de nature scientifique, par exemple » (2008 : 58).

5.1.4.2 Absence d'informations sur les PCN : « elles ne parlent pas vraiment de la formule, elles parlent de l'allaitement ! »

Pour celles qui décident d'utiliser des PCN, les cours de groupe s'avèrent peu utiles puisqu'aucune information à leur sujet ne semble y être fournie. C'est ce que confirme l'expérience d'Anaïs :

Cette fois-là, ils ont juste dit... ben c'est ça il y a quelqu'un qui avait posé la question s'il allait y avoir des informations sur d'autres types d'alimentation, oui, les autres façons de nourrir le bébé. Et, elle a juste dit : « ah non, on parlera pas de ça ici, on va juste parler de l'allaitement ». (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Cette situation marginalise les parents qui souhaitent avoir des informations sur les PCN et les biberons. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit avec Julie qui, en période prénatale, a pris la décision de ne pas allaiter son enfant.

Justement ce soir, ils parlaient d'allaitement, mais vu que je ne veux pas allaiter, je n'y vais pas parce qu'ils parlaient juste d'allaitement, j'ai posé la question à la dame à la dernière rencontre. Et elle m'a dit que ça serait seulement l'allaitement, qu'elle ne parlerait pas de biberon, de tout ça, donc j'ai dit : Regarde pour moi, c'est vraiment pas une option, donc ça me donne rien d'aller passer trois heures assise sur une chaise et écouter qu'est-ce que je ne veux pas faire t'sais. (Julie, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

L'observation que j'ai effectuée lors des cours prénataux va dans le même sens qu'une étude portant sur les différents établissements adhérant à l'IAB (Mander, 2008). Aucune information concernant les PCN ou les autres alternatives à l'allaitement maternel n'a été présentée lors de mes présences sur le terrain. Selon un groupe de travail sur l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* affilié à l'OMS/UNICEF, pour ne pas contrevenir à l'article 4 du Code, « les plans de rencontre prénatale ou postnatale de groupe ne doivent pas inclure de présentation sur l'utilisation des PCN ou autres substituts du lait maternel (démonstration de préparation des biberons, comment donner le biberon, etc.) » (2012 : 34). Pour se conformer au Code, l'information sur les PCN doit être livrée en session privée. Ce groupe de

travail met en évidence la présence d'autres consignes de cet ordre dans le Code, par exemple de ne donner d'informations sur les alternatives que lorsque c'est nécessaire, après s'être assuré que les parents ont pris la décision de ne pas allaiter de façon éclairée ; d'accorder plus de temps et d'efforts à l'allaitement qu'aux PCN ; de mettre en garde sur les risques associés à l'utilisation des PCN (effets négatifs possibles sur la production du lait maternel, coûts des produits, erreurs de dilution, etc.) ; de donner des informations sur les risques de contamination des PCN, qui ne sont pas des produits stériles.

Cette politique, que l'on retrouve dans tous les services certifiés « Amis des bébés » ou en voie d'obtenir la certification, se base sur la crainte que le fait de discuter des alternatives à l'allaitement maternel encourage les femmes à ne pas choisir cette option. Selon Elizabeth Murphy (1999), il serait en effet délicat pour les infirmières de transmettre des informations sur les alternatives sécuritaires à l'allaitement quand leur formation positionne l'allaitement au centre des connaissances infirmières.

Des professionnelles rencontrées affirment que présenter les deux méthodes donnerait l'impression aux parents que les options sont équivalentes. Selon certaines professionnelles rencontrées, les parents souhaitant avoir des informations concernant les PCN sont invités à venir poser leurs questions à la fin du cours. En outre, les observations effectuées durant les cours prénataux ou pendant les entretiens individuels ont permis de remarquer que plusieurs professionnelles de l'allaitement optent pour le discours du « risque du non-allaitement », au lieu d'afficher un discours de promotion des bienfaits de l'allaitement maternel. Anne, consultante en lactation depuis sept ans et formatrice en allaitement auprès d'accompagnantes à la naissance, explique ce choix terminologique comme une stratégie pour réaffirmer l'allaitement maternel comme ce qu'elle appelle la « norme biologique ». En ce sens, aborder les PCN dans les cours prénataux reviendrait, selon elle, à les banaliser. Elle mentionne craindre qu'en parlant des alternatives à l'allaitement les parents perçoivent qu'il s'agisse de deux options équivalentes. Pour elle et les tenants du discours du risque du non-allaitement, il n'y a que des risques à ne pas allaiter :

Ben quand on parle des bénéfices de l'allaitement, c'est-à-dire c'est comme si on disait qu'il y a un plus à allaiter, c'est dire si tu allaites ton enfant, ton enfant va avoir plus. Ben non parce que la norme biologique c'est ça, donc il y a pas aucun bénéfice à l'allaitement, ça apporte ce dont l'enfant a besoin. Point. C'est ses besoins de base, alors que la préparation commerciale justement l'empêche d'avoir l'accès à moins de ne pas allaiter, donc il y a des risques à ne pas

allaiter. On perd quelque chose, en fait on n'a rien à gagner à allaiter, mais on perd tout à ne pas allaiter. (Anne, IBCLC, Rive-Sud de Montréal)

Considérant que, dans le milieu de la santé, le consentement libre et éclairé est valorisé et requis, l'adoption de cette stratégie par les animatrices des cours prénataux est surprenante. Ne pas donner d'informations en période prénatale sur les alternatives à l'allaitement ne favorise pas un choix éclairé.

Contrairement aux professionnelles rencontrées, les mères de l'étude mobilisent peu le discours du risque du non-allaitement. La majorité d'entre elles n'ont pas reçu d'information sur les alternatives au lait maternel durant les cours prénataux. Dans les cas où ces alternatives étaient abordées, l'allaitement maternel était, selon elles, clairement promu, le plus souvent à travers la comparaison entre lait maternel et PCN d'un point de vue nutritionnel :

Ben, on dirait que je ne m'en rappelle pas de tout parce que j'étais comme vendue, mais c'était beaucoup par rapport aux anticorps. Ce que l'allaitement donne de plus. [...] Y'ont parlé un peu de la préparation, mais plus justement la différence entre qu'est-ce que ça donne de plus l'allaitement. C'était très pro-allaitement, en fait. Ça s'entendait, ouais. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Comme je l'ai mentionné précédemment, peu de femmes semblent débiter les cours prénataux sans avoir déjà pris une décision sur la méthode qu'elles souhaitent privilégier pour nourrir leur enfant. De ce fait, même celles qui ont eu accès à des informations plus précises sur les PCN ont l'impression que ça ne les concerne pas :

Mais, ils ont comme à peine effleuré la possibilité de la préparation, voici les différences, mais pour ceux qui veulent savoir venez me voir à la fin [...]. Si tu voulais plus d'informations [sur la formule lactée], t'étais invitée à venir à la fin. Moi, j'en avais... je ne veux pas dire rien à faire, mais rien à faire, donc je ne suis pas allée la voir à la fin [du cours pour des informations sur la PCN]. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Étant donné que plusieurs femmes font face à des difficultés d'allaitement qui les amènent à cesser l'allaitement ou à le compléter au moyen de PCN, les informations sur les différents types de préparation proposés sur le marché, les avantages et inconvénients de chacun, les méthodes de stérilisation et de préparation sont susceptibles d'être utiles. Même les femmes d'emblée convaincues par l'allaitement peuvent rencontrer des problèmes. Avoir les informations pertinentes représente moins un risque de les faire changer d'idée que de leur permettre d'être mieux préparées en cas de difficultés.

5.1.4.3 « *Ce n'est pas du tout des outils, mais plus un brainwashing* » : visions critiques de la promotion de l'allaitement

Même si les femmes souhaitent allaiter, elles sont pour la plupart très critiques de la manière dont le message de promotion de l'allaitement maternel leur est transmis par les autorités de santé publique. Certaines participantes utilisent des termes très forts (« *brainwashing* », « secte », etc.) pour décrire la façon dont elles perçoivent ce discours, notamment dans les cours prénataux :

J'ai senti comme s'ils forçaient les gens (rires). Je te dis la vérité. C'est tellement ici... Je pense que les gens sont tellement pas dans ça que je sens qu'ils faisaient tout pour comme accentuer sur ça dans les cours prénataux. Moi je ne me suis pas sentie concernée, mais parce que je sais ce que je veux, mais peut-être quelqu'un d'autre va voir que c'est trop... C'est trop... axé sur ça. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

J'ai eu une trousse de la part des sages-femmes, une trousse d'outils de la part des sages-femmes. Ok, mais là-dessus il y a la moitié des pages que ce n'est pas du tout des outils, mais plus un *brainwashing* t'sais. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ils avaient de l'air très très très pro-allaitement. Ça avait de l'air presque d'une secte à quelque part, je trouvais. J'étais comme... *I get that you are all for it, good for you*. Je m'en fous un peu parce que c'était probablement ce que j'allais faire anyway. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Les extraits qui précèdent montrent que, bien que les femmes se conforment à la norme (ou affirment s'y conformer), elles reconnaissent que les femmes subissent une pression indue. Elles le perçoivent même si, au final, elles ne se sentent pas concernées par cette pression. Il est tout de même difficile de croire que ces pressions n'ont pas d'impact sur elles, sur leurs pratiques ou vécu de l'allaitement. Certaines participantes, dont Sandrine, se mettent à la place des autres femmes qui ne souhaitent pas allaiter ou qui n'ont pas pris de décision et trouvent le discours « pro-allaitement » problématique, puisqu'il n'apparaît pas « pro-choix ».

5.2 Aspirations quant aux modalités d'allaitement envisagées

5.2.1 Durée : entre conformité et détachement face aux recommandations de la santé publique

Rappelons d'abord que toutes les femmes rencontrées, à l'exception d'une, ont décidé d'allaiter leur enfant – le plus souvent avant même la grossesse. En outre, toutes les participantes connaissent les recommandations des autorités de santé publique pour la durée minimale de l'allaitement, et la plupart d'entre elles y adhèrent. Plus précisément, dix-huit femmes ont mentionné en entretien prénatal désirer allaiter leur enfant pour six mois ou plus.

Évidemment, la décision d'allaiter jusqu'à six mois n'est pas arbitraire, elle traduit plutôt l'intégration des messages de la santé publique. C'est signe que les aspirations des femmes concernant l'alimentation du nourrisson sont formatées et que cette recommandation a très bien été intégrée. Ce qu'elles s'approprient, en revanche, c'est combien de temps elles le feront, du moins, combien de temps elles envisagent de le faire au moment où l'on se rencontre en prénatal. Dans tous les cas, les six mois sont considérés par presque toutes les femmes comme étant l'objectif.

Là, c'est pareil, c'est que j'entends quand même, enfin, je suis exposée à des messages, même par rapport au travail que je fais en ce moment, je suis exposée à ses messages des six mois, donc c'est que je le veuille ou non c'est dans ma tête en fait. Donc, c'est sûr que c'est comme une sorte, inconsciemment, un objectif d'essayer jusqu'à six. Mais pas plus ! (rires) (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Ben, moi j'aimerais que ça dure six mois maximum. Je ne veux vraiment pas dépasser six mois. Mais t'sais mettons qu'il a une dent avant et qu'il me mord, ça se peut que j'arrête avant ! (rires) Mais, dans le max, six mois, je trouve que c'est un bon chiffre. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Cependant, concernant la recommandation de l'OMS de continuer d'allaiter jusqu'à deux ans et plus, en introduisant graduellement des aliments solides, les résultats indiquent plus de différences entre les femmes.

La plupart des participantes ont eu connaissance de cette recommandation lors de la séance de leur cours prénatal portant sur l'allaitement maternel. Pour Sandrine et Lyson ça a été cause de stupéfaction. Avant le cours, Lyson envisageait d'allaiter jusqu'à six mois, mais le cours l'a fait remettre en question sa décision pour tenir compte de cette nouvelle information, de cette nouvelle « attente » envers elle. Elle envisage maintenant d'allaiter au moins deux mois de plus :

C'est pour ça qu'hier je regardais dans le cours d'allaitement pis j'ai fait : DEUX ANS !? Mais qui fait ça deux ans ?! À deux ans, tu as plein de dents dans ta bouche. Mais non, pas deux ans. Ça va peut-être être huit mois. [...] Bon, c'est sûr qu'au début, j'étais comme, oui, six mois me semble que c'est bon, c'est pas trop pire six mois. Bon, maintenant que je sais que c'est deux ans, je me dis, ouin, six mois tu es quand même crade là (rires). C'est comme un quart du temps qu'on s'attend ou qu'on espère que tu fasses. Je trouve que, quand tu commences à avoir beaucoup de dents dans ta bouche, que tu es capable d'aller mastiquer des choses... ben, écoute, le 3,25 % devrait faire l'affaire. [...] Donc, j'essaie de ne pas mettre de limites là, mais pour avoir une conscience honnête, je pense que huit mois c'est bon, même si je sais que je suis *cheap* par rapport à deux ans. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Face à cette nouvelle information sur les recommandations de l'OMS, Lyson en vient à réévaluer ses aspirations et tente maintenant de s'ouvrir à l'idée d'allaiter plus longtemps que prévu. On constate donc que les recommandations de l'OMS mentionnées dans les cours prénataux ont un impact sur les décisions prises par les mères quant aux modalités d'allaitement.

De manière générale, l'allaitement à long terme est difficile à envisager pour la plupart des femmes en période prénatale. Sandrine trouve que deux ans paraissent être une longue durée :

Elle m'a donné les normes de l'OMS là, qui était... je pense que l'OMS dit deux ans. J'étais comme Ahhhhh ! (rires) C'est ça pour le six mois exclusivement ça me plaît, le deux ans... mmmm... on va voir (rires), en tout cas. Je sais que je veux faire la première année pis après ça, on verra. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Il est intéressant de voir que l'objectif des six mois d'allaitement maternel est cristallisé dans l'esprit des mères rencontrées, mais qu'elles se permettent une plus grande flexibilité face à la recommandation officielle de poursuivre l'allaitement minimalement jusqu'à deux ans, et ce, sans réellement ressentir de culpabilité à ce propos. L'allaitement prolongé au-delà de deux ans est perçu par la majorité des participantes comme marginal⁵⁹. Elles ont une attitude particulièrement négative à l'idée d'un allaitement se poursuivant jusqu'à deux ans et plus. Certaines évoquent qu'à cette étape du développement de l'enfant, l'allaitement serait inutile sur le plan nutritionnel, voire qu'il nuirait à la socialisation de l'enfant. Le profond malaise exprimé par les femmes rencontrées en ce qui concerne l'allaitement de longue durée témoigne du fait qu'il n'est pas normalisé au Québec : plus l'enfant grandit, moins l'allaitement est socialement accepté.

⁵⁹ En 2011-2012, le taux d'allaitement au-delà d'un an était de 19 % (Santé Canada, 2014). Les données sur l'allaitement du bambin (au-delà de deux ans) ne sont pas disponibles.

Un constat également exprimé dans une étude sur les stigmates de l'allaitement de longue durée aux États-Unis et au Royaume-Uni (Tomori, Palmquist et Dowling, 2016).

5.2.3 Exclusivité

Comme je l'ai présenté dans la sous-section précédente, l'OMS est « la » référence des mères rencontrées en fait de durée minimale d'allaitement. En revanche, ce n'est pas le cas en ce qui concerne l'exclusivité de l'allaitement maternel. L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. Selon la définition de l'OMS, l'« allaitement exclusif » signifie qu'un enfant est nourri uniquement *au sein* avec du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment ni même de lait (maternel ou commercial) au biberon, contrairement à l'« allaitement mixte », aussi appelé « allaitement partiel ». L'allaitement au sein est recommandé par les autorités de santé publique pour plusieurs raisons, dont le fait que le lait maternel s'adapterait à la salive de l'enfant par l'action antimicrobienne de la tétée au sein. Comme le vulgarise Katie Hinde (2016) :

Depending on the illness, babies shed pathogens from mucus membranes— upper respiratory nasties hitching a ride through runny noses and coughing mouths— mixing together in saliva and snot as babies latch on to suckle at the breast. These naso-oral secretions from the baby backwash into the nipple duct system, bringing the pathogens with them.

Ceci créerait une réponse immunitaire qui modifierait le contenu du lait pour aider à guérir certaines maladies chez l'enfant allaité (Al-Shehri et al., 2015). De plus, il est conseillé par les autorités de santé publique de nourrir l'enfant au sein pour le lien d'attachement et la relation mère-enfant. L'évolution du contenu du lait au cours d'une même tétée serait aussi une des raisons qui expliquerait le fait que l'allaitement exclusif, au sens de l'OMS, nécessite un allaitement *au sein*.

Dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant*, surnommé « la bible des nouveaux parents », « on parle d'allaitement partiel (ou mixte) lorsque bébé boit *chaque jour* du lait maternel et de la préparation commerciale pour nourrissons » (c'est moi qui souligne, INSPQ, 2018). Des informations contradictoires circulent donc à propos de ce qu'implique un allaitement dit exclusif ou mixte. Par exemple, dans les statistiques canadiennes, la durée de l'allaitement exclusif est une variable dérivée des questions du Module Expériences maternelles — Allaitement (MEX) de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes. Les questions portent sur la durée de

l'allaitement et l'introduction d'autres liquides ou de solides⁶⁰. De fait, pour Statistique Canada, l'allaitement exclusif inclut donc les enfants nourris exclusivement avec du lait maternel, sans égard au fait qu'il soit extrait ou directement au sein. Comme je le présenterai dans la sous-section suivante, les mères ont une définition plus large de l'allaitement exclusif que l'OMS. En matière d'exclusivité, elles ne font par exemple pas de distinction entre un allaiter directement au sein et donner du lait maternel au biberon. En quoi elles rejoignent la vision plus large de Statistique Canada.

5.2.3.1 Préconception 3 : La supériorité du lait maternel

C'est le contenu qui importe, non le contenant

Pour la majorité des femmes rencontrées, c'est le contenu qui importe et non le contenant, c'est-à-dire qu'elles sont à l'aise avec le fait d'extraire leur lait et de le donner autrement qu'au sein. Cette ouverture s'explique par les représentations qu'ont les femmes rencontrées de la qualité exceptionnelle du lait maternel et des risques qu'implique, selon elles, de donner de la PCN pour la santé de l'enfant.

Pis même si on rentre dans une routine de tirage de lait parce qu'en fait, c'est sûr que ce qui me convainc plus d'allaiter c'est la qualité, enfin, c'est les arguments sur la qualité du lait maternel plus que les arguments sur la relation mère-enfant. Donc ça veut dire que je serais prête peut-être à faire plus d'efforts pour tirer mon lait longtemps pour pouvoir lui donner ce lait de qualité quitte à... me détacher de l'allaitement normal. Enfin, je serais très à l'aise avec ça. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Ben, honnêtement, la formule, la petite poudre, c'est pas terrible (rires). [...] Mais, c'est ça, dans le fond, j'espère que ça va bien aller parce que sinon, ben c'est ça, ça va être ça [la préparation], mais à prime abord, ça pue, c'est dégueulasse, c'est horrible, tu lis les ingrédients, tu veux pas donner ça à ton enfant. Quand t'as pas le choix, tu lui donnes, c'est tout là, mais... c'est ça (rires). (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

De ce fait, lorsqu'elles imaginent donner un biberon ou que quelqu'un d'autre donne un biberon à leur enfant, c'est leur lait qui serait — idéalement — contenu dans ce biberon et non de la PCN. Autrement dit, comme le résume bien Sophie : « je veux faire allaitement mixte pour partager, mais mon allaitement mixte, je le vois avec mon lait. T'sais, tu ne donneras pas de la

⁶⁰ Est-ce que [votre dernier enfant] a été allaité(e) ou nourri de lait maternel même pour une courte période ? ; [Pendant que vous allaitiez, avez-vous/Avez-vous] ajouté des liquides, comme du lait, des préparations lactées, de l'eau, du jus, des infusions ou des mélanges à base de plantes à l'alimentation de [votre dernier enfant] ?

formule à mon bébé ! ». Contrairement à la définition que donne de l'allaitement mixte le guide *Mieux Vivre* (alternance entre PCN et lait maternel dans la même journée), certaines participantes appellent « mixte » l'alternance de l'allaitement au sein et d'un biberon contenant du lait maternel. Cette dernière pratique est décrite dans la documentation comme du tire-allaitement, c'est-à-dire nourrir un enfant avec son lait maternel, mais en le donnant au biberon plutôt qu'au sein. Pour elles, cette façon de procéder ne nuirait donc pas à la réalisation de leurs aspirations d'allaitement, puisqu'elle ne contrevient pas à leur désir principal : donner du lait maternel à leur enfant.

Les résultats indiquent tout de même une certaine réticence à utiliser un biberon ou une suce, du moins dans les premières semaines de vie de l'enfant. Cette réticence s'explique par la crainte de ce que les professionnelles de la santé appellent la « confusion sein-tétine », c'est-à-dire le fait que l'enfant puisse confondre le type de succion approprié au sein et à la tétine. L'utilisation d'un biberon ou d'une suce, même de façon occasionnelle, est perçue par les professionnelles de la santé et de l'allaitement et par une partie des mères rencontrées, comme un risque de cessation précoce de l'allaitement.

Ben, j'ai pas de problème pour tirer mon lait par exemple. Peut-être après 3-4 mois. Mais ça, ça dépend de plein de facteurs, ça peut rendre le bébé paresseux au sein, donc ils recommandent d'attendre un petit peu, de ne commencer ça dès le départ. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

La majorité des femmes qui souhaitent allaiter et tirer leur lait au besoin craignent la confusion sein-tétine et souhaitent attendre que l'allaitement soit devenu une habitude avant d'utiliser un biberon, tel que conseillé dans les cours de préparation à l'allaitement. La recommandation officielle est d'introduire le biberon lorsque l'allaitement et la production de lait sont bien démarrés, ce qui serait réalisé après quatre à six semaines (INSPQ, 2018).

Les aspirations de la majorité des participantes divergent donc des recommandations officielles de l'OMS en termes d'exclusivité. Pour la majorité des femmes rencontrées, leur perception de l'allaitement exclusif se rapproche plutôt de celle de Santé Canada, c'est-à-dire « la pratique consistant à nourrir un bébé exclusivement de lait maternel (incluant du lait maternel qui a été extrait) » (ESCC 2009-2010). Bien que la majorité des femmes rencontrées souhaitent allaiter en raison des bénéfices-santé procurés à l'enfant, elles ne considèrent pas que donner du lait extrait dans un biberon nuise à l'exclusivité de leur allaitement ou réduise ces bénéfices-santé, se

détournant donc des suggestions de l’OMS. Pour elles, cet enjeu soulève surtout des questions pratiques d’accommodement. De ce fait, différentes visions du tire-allaitement émergent des discours des mères : cas d’urgence, porte de liberté, stratégie de négociation ou nécessité. C’est ce que j’explorerai dans la prochaine sous-section.

Envisager le tire-allaitement : question d’urgence, de liberté d’action, de négociation ou de nécessité

Les participantes de ma recherche formulent quatre raisons principales pour lesquelles elles envisagent de tirer leur lait : en cas d’urgence uniquement, pour jouir d’une plus grande liberté/mobilité, en tant que stratégie pour mieux faire accepter l’allaitement à leur entourage, ou à titre de nécessité pour retourner au travail ou à l’école.

1) Pour la majorité, on l’envisage *en cas d’urgence* seulement. Par exemple pour répondre à d’éventuelles complications dans l’allaitement au sein.

2) Pour certaines, il s’agit de se donner *plus de liberté*, de marge de manœuvre pratique. Que ce soit une question de mobilité, c’est-à-dire pouvoir faire des déplacements sans avoir l’enfant avec soi, ou pour contrer le sentiment de dépendance qui peut s’installer lorsque l’allaitement au sein est exclusif. Dans ces situations, elles désirent l’implication d’une autre personne et voient dans le tire-allaitement la possibilité de trouver de l’aide, pour cette tâche qu’est nourrir l’enfant.

T’sais ça permet plus de latitude si tu veux faire garder ton bébé, mais tu peux donner ton lait que tu as tiré. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

C’est sûr que je vais tirer le lait parce que passer une journée avec un bébé toute seule, c’est pas une mince affaire. Donc, quand [mon mari] rentre là, il peut prendre la relève, donc si j’ai du lait dans le biberon là, je peux dormir un peu là. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Si j’en ai assez, je vais tirer, j’ai des tire-laits pour ça, double pompage ou triple là (rires). Parce que c’est normal si moi je ne suis pas là ou je dois me déplacer ou quoi que ce soit au moins on a tout le temps la possibilité que le bébé prenne le lait maternel. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Le fait de savoir que leur enfant recevait du lait maternel même en leur absence est d’ailleurs considéré comme une « porte de la liberté » dans l’étude de Janice Morse et Joan Bottorff.

3) Pour certaines, il s'agit d'une *stratégie* pour faire mieux accepter leur allaitement à leur entourage. Comme le suggèrent certaines études (de Montigny, 2014 ; Nickerson, Sykes et Fung, 2012), l'exclusivité de l'allaitement maternel peut paraître menaçante pour les pères, en motivant un sentiment d'exclusion. Pour la majorité des participantes, l'option des PCN n'est pas envisageable à moins de complications avec l'allaitement. Toutefois, elles se disent prêtes à faire un « compromis » en tirant leur lait, si le conjoint tient vraiment à donner le biberon, c'est-à-dire que le tire-lait est envisagé par certaines participantes comme une stratégie de négociation pour faire accepter plus facilement au père son rôle secondaire dans l'alimentation du nourrisson. Prenons l'exemple de Cynthia lorsque je lui demande quelle aurait été sa réaction si son conjoint avait verbalisé une préférence pour le non-allaitement :

Ben, je pense que je l'aurais allaité quand même (rires). Non, je dirais non. T'sais, je peux tirer mon lait et il peut donner un biberon, mais pas la préparation. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Dans ces propos, le fait de donner du lait maternel, au sein ou au biberon, plutôt que de la PCN est non-négociable. La préférence pour le biberon de lait extrait plutôt que pour une PCN est l'effet de la construction du lait maternel comme ce qu'il y a de meilleur, et des PCN comme d'une avenue risquée. En quoi les PCN sont vues comme des substances de « remplacement » que la grande majorité des femmes n'utiliseront que si elles n'ont « pas le choix », ou par « obligation ». Donner du lait maternel au biberon occasionnellement n'entre pas en conflit avec leurs aspirations d'allaitement exclusif.

Les conjoints des participantes, d'après celles-ci, manifestent peu l'envie de s'impliquer en donnant le biberon. Seulement deux femmes, Joanie et Sophie, affirment que leur conjoint préférerait l'utilisation du biberon. Joanie mentionne que son conjoint a récemment exprimé ce souhait, sans pour autant manifester de préférence pour le biberon de lait maternel ou pour les PCN :

Mon copain souhaite aussi participer. Ça m'a fait réaliser que c'est vrai qu'il ne pourra pas avoir un gros lien avec lui pour ça. Pas que ça le dérange que j'allaite, mais t'sais il dit qu'il ne pourra pas lui donner à boire aussi souvent, donc en tirant ou en donnant un biberon de formule aussi, ça lui permet de pouvoir participer. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Comme le souligne Joanie, l'emphase est souvent mise sur l'activité « nourrir son enfant » pour que le père puisse tisser un lien d'attachement. Francine de Montigny (2014) souligne le caractère symbolique de l'alimentation du nourrisson chez les pères, qui reflèterait les messages de promotion de l'allaitement (de Montigny, 2014). Dans l'étude d'Elizabeth Murphy (1999), les femmes s'estiment responsables d'offrir des compromis quant à leurs pratiques d'allaitement maternel pour s'assurer que leur partenaire s'adapte correctement à leur rôle paternel. En effet, l'étude démontre que, contrairement aux femmes qui choisissent librement le biberon, justifiant ce comportement « déviant » en évoquant l'implication du père ; contrairement à ces femmes, les mères qui souhaitent allaiter doivent se défendre de restreindre l'engagement du père. Elles prendraient sur leurs épaules la responsabilité de réconcilier les besoins de l'enfant avec ceux de leur partenaire, ce qui se concrétiserait souvent par l'extraction de lait. Les entretiens de plusieurs femmes rencontrées en période prénatale pour la présente étude font ressortir ce souci de faire des compromis dans leur allaitement, en procédant à l'extraction de leur lait pour que le partenaire puisse créer des liens avec l'enfant.

Le tire-lait et le biberon permettent aussi de faire des compromis avec des personnes de l'entourage, autres que le père. Lorsqu'elles vont en ce sens, les femmes rencontrées estiment que l'extraction du lait peut faire le bonheur de leur entourage, en donnant la possibilité de contribuer à l'alimentation de l'enfant.

L'inconvénient, peut-être les gens de l'entourage qui aimerait ça donner un biberon et qui ne peuvent pas. C'est pas quelque chose que mon chum m'a dit, mais sa mère par exemple ! Elle a comme glissé un mot là. Elle a hâte d'y donner un biberon. Mais elle y donnera un biberon de lait maternel (rires). (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ma mère était un peu moins réceptive parce que... ben je comprenais qu'elle avait eu une expérience différente, mais je crois qu'elle a peur de ne pas donner le biberon au bébé et que ça lui enlève... t'sais, elle aime ça donner le biberon et bercer le bébé. Faque, c'est ça en fait le problème de mon futur allaitement, c'est pas tant « Moi j'ai pas été capable, ma fille ne sera pas capable », c'est qu'elle ne pourra pas donner le biberon. C'est correct, si c'est possible, je vais tirer mon lait pour qu'elle puisse donner des biberons au bébé. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ces résultats rejoignent en partie ceux de Sally Johnson et al. (2009). Dans cette étude, un dilemme émerge : d'un côté, la mère serait confrontée au risque d'être considérée comme une « mauvaise mère » si elle n'allait pas, et de l'autre, comme « possessive » ou « égoïste » si elle le fait. À cet égard, les participantes n'expriment pas la crainte d'être possessive, mais plutôt l'envie de faire

plaisir aux autres. L'extraction du lait serait donc un moyen de faire profiter les autres du plaisir symbolique de nourrir l'enfant et d'avoir la possibilité de créer des liens avec lui.

4) Pour quatre participantes, le tire-lait est envisagé comme *une nécessité* puisque leur retour au travail ou à l'école doit se faire assez rapidement après la naissance. Pour deux d'entre elles, Lyson et Malena, des cours universitaires seront suivis quelques semaines après l'accouchement. Le retour au travail ou aux études influence grandement la prise de décision et la planification des méthodes d'alimentation du nourrisson (Bentley, Dee et Jensen, 2003 ; Gatrell, 2007 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; McKinley et Hyde, 2004). Dans une étude mixte analysant les perceptions des travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, Julie Lauzière (2007) affirme que moins de la moitié des répondantes travaillaient dans un environnement considéré comme facilitant. L'allaitement exclusif tend ainsi à être perçu comme un obstacle au retour au travail ou aux études; inversement, ce retour tend aussi à être perçu comme un obstacle à l'allaitement exclusif. En période prénatale, elles planifient déjà cette nécessité en termes de tire-allaitement :

Le retour à l'école, pour moi, quand je vais retourner à l'université pour faire mon dernier cours, j'ai hâte de voir comment ça va être. Il va falloir que je tire du lait. Ça va être : « Hey papa, il faut que tu sois là aujourd'hui à telle heure parce que moi j'ai mon cours à telle heure. Tiens, sac de lait. » J'ai même déjà un tire-lait qui m'attend. C'est fantastique (ton sarcastique). (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Notons finalement le cas de Sophie pour qui, en tant que travailleuse autonome, il n'est pas possible de prendre un long congé de maternité, car elle doit continuer à gérer son entreprise. En principe, c'est son conjoint qui se prévaudra de l'entièreté du congé de parentalité. Elle raconte que ça a été une décision difficile à prendre, notamment parce qu'elle a l'impression que son allaitement sera compromis :

Au début je pleurais tellement quand on regardait financièrement, le RQAP comment ça marche pis toute ça [...] Faque c'est ça, on calculait comment ça marchait et tout ça et mon chum était là, « ben c'est pas grave chérie, moi je vais prendre le congé parental pis tu retourneras travailler ». (rires) Là, je suis trop partie à pleurer ! J'étais comme : « Mais non, mais tu comprends pas, moi je voulais allaiter ! (rires) Je voulais être avec mon bébé ». Faque, c'est ça, ça va être un retour progressif pour que je puisse continuer à m'occuper de la compagnie (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Dans la littérature, les politiques familiales, particulièrement quant à la durée des congés de maternité, sont une voie privilégiée pour penser la durée de l'allaitement. Michael Baker et Kevin

Milligan (2008), par exemple, ont montré une corrélation positive entre les taux d'allaitement au Canada et la durée du congé maternel. Les présents résultats sont cohérents avec le fait que la durée du congé payé accordé aux mères est déterminante pour la durée de l'allaitement maternel. Plusieurs femmes présentent le RQAP comme un privilège souvent inaccessible. Il s'agit pour elles d'un temps pour prendre soin de leur enfant, notamment pour allaiter.

En résumé, on constate la variété des postures en ce qui concerne les raisons envisagées d'utiliser le tire-lait. De plus, cette sous-section permet de reconnaître la complexité des pressions qui s'exercent sur les mères notamment en ce qui concerne des compromis qu'elles acceptent de faire pour l'entourage.

Ouverture à demi-mot aux PCN

Lors de l'entrevue prénatale, cinq participantes sur vingt admettent être ouvertes à un allaitement mixte recourant à de la PCN. Les raisons d'opter pour cette méthode sont similaires à celles évoquées précédemment (voir 5.2.3.1.2), mais un cinquième enjeu fait son apparition. Les résultats indiquent que deux femmes rencontrées (Aïsha et Bintou) se proposent d'alterner le lait maternel et une PCN pour s'assurer de combler les besoins nutritionnels du nourrisson. Dans ces cas, la méthode mixte vise donc à pallier les carences nutritionnelles susceptibles de découler de l'allaitement exclusif. Bien qu'il s'agisse d'un cas de figure plutôt marginal, cette pratique d'alimentation rappelle la pratique et croyance « *best of both* », c'est-à-dire l'idée qu'il est préférable de combiner le lait maternel avec de la PCN ou d'autres suppléments alimentaires (Ahluwalia et al., 2012; Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010). En complétant l'allaitement maternel avec de la PCN, Aïsha et Bintou croient augmenter les chances d'avoir des enfants « forts ». De manière générale, il semble que les femmes immigrantes de l'étude optent davantage pour la combinaison allaitement et PCN, d'une part, et qu'elles évoquent moins souvent l'utilisation possible du tire-lait, d'autre part. Aïsha, par exemple, préfère de loin utiliser de la PCN pour compléter si son enfant se montre « trop gourmand », le tire-lait lui faisant peur :

Non, je veux pas acheter [de tire-lait]. Ça fait peur ! (rire) Comme si j'étais une vache ! (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Mais j'ai vu une amie et elle a un garçon, et moi je vais avoir un garçon, elle a dit : « Les garçons mangent beaucoup. » Donc elle, elle allaite en même temps qu'elle achète le lait. Elle fait les deux. Moi j'ai envie aussi de faire les deux. Mais on m'a dit que le lait c'est super cher,

là. Mais bon. Je vais quand même voir. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

En raison de dures contraintes financières, on peut aussi supposer que l'achat ou la location d'un tire-lait ne lui serait pas non plus abordable. Pour Aïsha, le désir de combiner allaitement maternel et PCN est fortement exprimé lors de l'entretien prénatal, mais sa situation financière précaire risque de jouer tout aussi fortement. C'est ainsi qu'elle exprime la crainte de ne pas avoir les moyens financiers d'acheter de la PCN :

Je veux pas allaiter seulement. Je vais faire... quand même donner un peu le biberon. Mais si j'ai les moyens aussi, parce que c'est cher aussi ! [...] Mais le biberon, oui, ça aide beaucoup. Non seulement ça aide à la maman de se reposer, ça aide aussi si l'enfant n'est pas vraiment rassasié avec le sein, il va compléter avec le lait. Donc, les deux, ça va ! C'est pour ça je veux faire vraiment les deux, si j'ai les moyens. Je veux faire les deux. Je vais tenter les deux. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Au-delà de l'implication du partenaire ou de l'entourage, l'une des raisons principales évoquées en faveur de l'usage d'appoint de la PCN est la crainte que l'enfant en vienne à refuser le biberon. En se référant à l'expérience d'une connaissance, Bintou raconte qu'elle veut introduire de la PCN vers deux ou quatre semaines post-partum pour « ne pas être condamnée à être avec son enfant » :

C'est sûr que je vais mixer, mais peut-être quand il aura un mois ? Ou deux semaines peut-être. Pour voir. Pour qu'il n'y ait pas de difficulté quand il va cesser d'allaiter à s'adapter à un autre lait. Je crois qu'il faut le mélanger. Moi je trouve que c'est mieux qu'il s'habitue déjà à ça, comme ça, l'enlever aux tétées ce sera pas trop difficile. Ou sinon si tu veux sortir, il peut rester avec son père et il prendra le biberon. Parce que là tu seras condamnée à être avec lui. Et si c'est un bébé qui mange beaucoup, ça va aider à son alimentation. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

La crainte de se sentir condamnée est aussi ressentie par plusieurs autres mères, comme je l'ai mentionné précédemment. La différence réside ici dans la stratégie envisagée pour se donner une certaine marge de liberté ; les unes prévoient utiliser le tire-allaitement et faire des réserves de lait maternel congelé tandis que les autres privilégient les biberons de PCN occasionnels. Au cœur de cette distinction est le fait que certaines participantes croient que les PCN représentent un risque pour la santé de l'enfant, tandis que d'autres adhèrent à l'idée suivant laquelle le lait maternel est ce qu'il y a de meilleur pour l'enfant, sans pour autant faire des PCN un danger. Finalement, certaines, bien que marginales, considèrent comme Bintou et Aïsha que si l'enfant « mange beaucoup », les PCN peuvent « aider à son alimentation ».

5.2.4 Au-delà des recommandations officielles : la diversité des aspirations

Lorsque je questionne les femmes rencontrées sur leur vision idéale de l'allaitement, leurs aspirations et ce que serait pour elle une expérience « positive », elles ne répondent pas qu'avec des objectifs de durée ou d'exclusivité. Elles aspirent à différentes choses, notamment un enfant en meilleure santé, des moments intimes et privilégiés avec ce dernier, une récupération physique plus rapide pour elle, faire des économies, etc. Leurs motivations sont variées.

Tableau 5. Raisons principales évoquées par les participantes pour décider d'allaiter

Raisons principales pour décider d'allaiter	Nombre de mentions lors des entretiens prénataux	Nombre de mères ayant mentionné cette raison
Santé de l'enfant	61 fois	18 femmes
Côté pratique	35 fois	13 femmes
Lien d'attachement avec l'enfant	27 fois	13 femmes
Économies d'argent	27 fois	12 femmes
Expérience significative pour la mère	26 fois	7 femmes
Santé de la mère	7 fois	9 femmes
Sentiment de responsabilité/devoir maternel	5 fois	4 femmes
Perte de poids pour la mère	5 fois	3 femmes

5.2.4.1 Préconception 4 : La santé autant physique que psychologique de l'enfant

La raison la plus fréquemment évoquée par les femmes rencontrées pour décider d'allaiter est, sans équivoque, la santé de l'enfant (voir tableau 5 ci-haut). Le lait maternel est présenté comme ce qu'il y a de « meilleur pour la santé de l'enfant ».

Et puis, c'est vraiment mieux que les préparations. Je pense que c'est très important pour le bébé parce qu'il y a tous les ingrédients qu'il a besoin pour son immunité, pour être plus fort et tout ça. Donc, c'est vraiment un bon choix, je pense. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Euh... ben parce que selon moi, c'est la meilleure alimentation pour le bébé, pour donner les anticorps, pour donner tout ce qu'il a besoin. [...] Tu as l'impression de donner le meilleur à ton enfant parce que tu choisis ce qu'il va manger. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ben j'ai entendu souvent que si tu allaites pas, ton enfant sera pas assez euh... Comment on dit ça? Ce sera pas efficace comme au niveau physique et tout. Tsé, l'allaitement, c'est important pour le développement du bébé, genre, bien. Alors je veux le meilleur pour mon bébé, alors c'est pour ça que je veux allaiter. Mais c'est pas parce que j'ai du lait ou parce que (rire)... ou parce que j'ai envie. [...] Ben je sais que le sein, le lait de la maman est meilleur que le lait, du côté santé et toutes les vitamines qui peut y avoir, là. Pis aussi, ça protège l'enfant, on m'a dit. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Comme le montrent les extraits précédents, plusieurs femmes discutent des bienfaits de l'allaitement sur la santé de l'enfant en mobilisant un discours médicalisé. Elles emploient des termes de jargon médical et scientifique : système immunitaire, nutriments, anticorps, etc. Certaines ont recours à des données scientifiques sur les avantages nutritionnels, cognitifs et développementaux de l'allaitement maternel pour l'enfant, qu'elles tirent de leurs cours prénataux ou lectures et recherches personnelles. Lorsqu'elles parlent de leurs décisions d'allaiter, les femmes utilisent la « science » en tant que forme de « connaissance faisant autorité » (*Authoritative knowledge*) (Jordan, 1997), ce qui a pour effet de placer cette pratique au-delà du débat : c'est simplement ce qui est « plus sain ». Cette manière d'utiliser la science rappelle les conclusions de Charlotte Faircloth (2010b) lorsqu'elle examine les récits des mères ayant des pratiques non conventionnelles d'allaitement de longue durée. Par ailleurs, bien que certaines femmes rencontrées ne mobilisent pas de termes médicaux ou scientifiques, le discours reste globalement le même : le lait maternel est supérieur.

D'une manière similaire, le lien d'attachement avec l'enfant fait partie des raisons principales énoncées par les femmes pour décider de nourrir leur enfant au sein. Le discours scientifique du développement de l'enfant des femmes est teinté d'un jargon « psychologisant ». Elles vont parler de développement psychologique, affectif, de lien d'attachement sécuritaire, de parentage proximal, etc. On constate à cet égard une forme d'intériorisation de la littérature sur l'attachement mère-enfant. Les formulations mettent l'accent sur les besoins de l'enfant et sur ce que l'allaitement lui apporte : « c'est bon pour *son* lien d'attachement », « pour *son* développement affectif », etc. Le discours du développement de l'enfant s'ancre dans une crainte de nuire à l'attachement de l'enfant, ce qui est perçu chez certaines participantes comme pouvant avoir des répercussions assez majeures sur toutes les relations futures qu'aura l'enfant dans sa vie. Par exemple, Lyson accorde une importance considérable à l'allaitement maternel, en tant que moyen de créer un lien d'attachement avec son enfant. Elle fait une association avec le cas de Luka Rocco

Magnotta (né Eric Clinton Kirk Newman), reconnu coupable du meurtre avec préméditation de Lin Jun en 2012. Dans sa réflexion, une pression énorme est mise sur le succès de l'allaitement maternel pour éviter les troubles d'attachement qui pourraient, selon elle, entraîner des psychopathologies.

Apparemment que l'allaitement joue un rôle énorme sur l'attachement pis là, je suis comme... ok, tu peux prendre une chance de bousiller ton attachement et là on arrive avec... comment il s'appelle... Magnotta, c'était ça ? Là, on est dans de gros problèmes d'attachement lourd au début. Dans mon cours de psychopatho, les cas lourds, et je ne parle pas de maladie mentale seulement, mais les cas lourds de psychopathie viennent de problème d'attachement. C'était de là que vient mon importance de « je ne peux pas bousiller son attachement ». Je trouve que c'est prendre de grosses chances avec quelque chose qui n'est pas si dur que ça. T'sais, c'est pas toute une vie, je parle pas d'allaiter pendant 32 ans. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Cet extrait laisse entendre que le lien d'attachement ne peut être créé par un autre moyen que l'allaitement maternel. L'importance qu'accorde Lyson aux études psychologiques s'ancre dans son éducation et dans les cours en psychologie qu'elle a suivis à l'université.

Les extraits précédents montrent que les préconceptions avancées par les femmes rencontrées – associant la santé physique et psychologique de l'enfant à l'allaitement maternel – se construisent autour de la qualité exceptionnelle du lait maternel, du don de soi (Bayard, 2012 ; Shaw, 2004) et des risques qu'impliquent selon elles les PCN. Les femmes accordent moins d'importance aux retombées de l'allaitement sur leur propre santé (physique et mentale). On peut donc aller dans le sens de Rhonda Shaw (2003) et affirmer que, dès la prise de décision d'allaiter, se met en place une relation asymétrique entre le nourrisson et la mère ; où le confort, le plaisir, les besoins et le bien-être de la mère sont peu considérés.

Peu de femmes de l'échantillon nient ou doutent des bénéfices du lait maternel pour la santé de l'enfant. Julie, la seule participante qui ne souhaite pas allaiter, est l'une d'elles. Dans l'extrait suivant, elle explique qu'elle ne croit pas que le fait de donner à son enfant autre chose que le lait maternel le rende malade. Comparant ses perceptions de la santé des enfants de son entourage – un enfant allaité qui présente souvent des infections aux oreilles et un enfant en forme nourri avec de la PCN – elle remet en doute les bénéfices-santé de l'allaitement maternel :

Moi là, sûrement qu'il y a ça [la santé], mais t'sais je me dis à moi-même t'sais... c'est peut-être une vieille pensée, mais t'sais dans le temps de nos parents qui ont, pratiquement pas personne qui a allaité. Je me disais à moi-même on est-tu en si mauvaise santé que ça. T'sais

c'est la question que je me pose. Je me dis mon enfant ne sera pas malade à cause que je ne lui ai pas donné mon lait là. J'y crois plus ou moins (rires). Et mon chum est pareil (rires). T'sais dire mon enfant va être en meilleure santé, je suis pas tant sûre, parce que le fils de mon amie, il a full otites et c'est ça comme je te disais, il a 15 mois, là il va avoir 16 mois, et elle a allaité et il a eu otite par-dessus otites jusqu'à un an. Pis ma belle-sœur qui n'a pas allaité, d'un sens, son enfant est en santé là. Faque je me dis que c'est sur quels points qu'ils peuvent se baser pour dire que c'est tant meilleur... Ok, il y a des études qui se sont faites là, ok, mais pour venir me convaincre moi là, ça va être difficile (rires). (Julie, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Julie vient d'un milieu familial où l'allaitement maternel n'est pas la norme. Ce qui est intéressant dans l'extrait précédent est que, bien qu'elle admette que l'argument de la meilleure santé d'un enfant allaité soit basé sur des études scientifiques, Julie mentionne qu'elle n'est tout de même pas convaincue. Dans son argumentaire, les observations personnelles ont plus de poids que les études scientifiques. Ce type de raisonnement revient à quelques reprises dans les données. La rhétorique « On n'est pas mortes ! » cherche à relativiser les risques pour la santé des PCN en mobilisant l'expérience personnelle. C'est ce que font notamment Laurence et Ève, en rappelant qu'elles n'ont pas été allaitées et qu'elles se considèrent en bonne santé. Cette rhétorique se décline chez elles comme suit :

T'sais, je viens du lait en poudre... J'ai pris du lait en poudre alors que je suis intolérante au lactose, pis c'est genre, c'est juste... Ma mère avait pas ces ressources-là pis ces savoirs-là, pis j'en suis pas morte, là. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Mais moi je m'étais toujours dit justement, t'sais c'était mon argument, ben moi j'ai pas été allaitée et regarde, j'ai quand même réussi ma vie (rires) ! Je ne suis pas devenue attardée t'sais. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

De façon similaire, les expériences personnelles sont aussi mobilisées pour rendre compte de l'importance de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant. Par exemple, Joanie et Roxanne, qui n'ont pas été allaitées, utilisent leur histoire personnelle pour envisager les raisons probables, selon elles, de leurs problèmes de santé :

T'sais, moi je n'ai pas été allaitée et je n'ai pas d'anticorps moi-même, je suis malade à rien, donc si je peux en donner à mon bébé. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Moi le premier avantage que je dis tout le temps, c'est par rapport à ce que ça apporte au bébé, pis moi je sais... mais bon, peut-être que je fais des liens pas rapport, mais on était full malades moi pis ma sœur quand on était petites, donc je ne sais pas peut-être que ça a rapport. T'sais on enchaînait les maladies... je me dis que peut-être que ça nous a pas aidé, je ne sais pas là, mais je dis ça comme ça. Donc, si moi je peux au moins donner mes anticorps et mes... c'est

plus un point de vue santé pour le bébé. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Le fait d'avoir été soi-même allaitée ou non est donc mobilisé par certaines participantes pour relativiser et amoindrir les bénéfices-santé de l'allaitement, et par d'autres pour justifier l'importance de l'allaitement pour la santé physique de l'enfant.

5.2.4.2 Préconception 5 : Le côté pratique et la facilité de l'allaitement

Parmi les raisons évoquées pour choisir d'allaiter, le côté pratique de l'allaitement maternel est mis de l'avant. Ce que les femmes entendent par ceci, c'est par exemple que le lait maternel est toujours à la bonne température, donc toujours prêt, qu'elles n'ont pas à trimpler l'équipement pour la préparation des biberons, qu'elles n'ont pas à laver et stériliser les biberons, qu'en partageant leur lit avec l'enfant elles n'ont pas à se lever pendant la nuit pour préparer des biberons, etc. Il faut souligner que si la dimension pratique prend une telle importance dans la prise de décision des mères, c'est qu'elles conçoivent que préparer des biberons, les stériliser, les laver, les chauffer, etc., sont leurs tâches, ou alors des tâches qui risquent de leur revenir.

Ça semble moins compliqué dans le sens qu'il n'y a pas de préparation à faire. Il n'y aura que moi à traîner, mettons. [...] Ben, parce que t'as pas besoin de réfrigérer, t'as pas besoin de chauffer, t'as juste ta personne. Juste ça. Juste ça je trouve ça simple. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Avoir un garde-manger sur deux pattes ça me plaît aussi au niveau pratico-pratique. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Avoir « un garde-manger sur deux pattes » est perçu comme un aspect pratique et un grand avantage de l'allaitement maternel par plusieurs participantes eu égard aux déplacements en compagnie du bébé. De plus, la facilité perçue de l'allaitement maternel est établie en comparaison avec ce qui leur semble compliqué dans l'emploi de PCN et de biberons :

Ça demande une préparation et ça demande de la stérilisation. Me semble, juste ça dans ma tête, c'est beaucoup de trouble là. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Tout ce qui entoure la préparation des biberons de PCN est vu comme des tâches, d'emblée moins agréables à effectuer que d'allaiter son enfant au sein. Sandrine, par exemple, tout en reconnaissant l'implication en termes de temps de sa décision d'essayer l'allaitement maternel exclusif, explique

être attirée par le côté pratique de l'allaitement qui ne lui ajoute pas de vaisselle à faire, comparativement à l'utilisation des biberons :

Je comprends la notion de sacrifices pis, t'sais, ça je le comprends très bien que c'est un énorme sacrifice au niveau du temps et tout ça, mais je suis ben paresseuse pour faire la vaisselle (rires), donc je me disais que je vais peut-être être bien contente d'allaiter, en tout cas (rires). (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

De plus, la simplicité perçue de la procédure dérive aussi du fait que certaines croient que c'est facile, voire « naturel », comme j'ai déjà eu l'occasion de le mentionner.

5.2.4.3 Préconception 6 : Vivre une expérience unique avec potentiel d'accomplissement personnel

Au-delà de l'obligation morale « d'au moins essayer », certaines participantes recherchent l'expérience « en soi ». Puisqu'elles sont enceintes d'un premier enfant, l'allaitement maternel revêt la potentialité d'une expérience nouvelle. L'allaitement maternel est présenté comme un privilège féminin ; le privilège de pouvoir vivre cette expérience. Dans cette expérience, il y a la possibilité de vivre un accomplissement et d'en retirer un sentiment de fierté :

C'est un accomplissement dans mon rôle de mère là parce... justement parce que t'sais on sait qu'il peut y avoir des embûches, mais qu'en même temps, t'sais, tu vois qu'il y a quand même des résultats qui sont tangibles. Tu vois ton bébé qui grandit juste avec ton lait. Ben, c'est quelque chose que t'sais, c'est juste nous comme mères qu'on peut faire t'sais allaiter, c'est quand même... Ben, tout ça ensemble, ça fait que, c'est comme, c'est un accomplissement quand tu y arrives. Tu es fière. Oui, c'est ça. Je vais être fière de moi si je le fais et que ça se passe bien. Mais même si ça se passe pas bien, juste le faire, je pense que c'est un accomplissement. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Je le sais que si je réussis et que ça fonctionne je vais vraiment me sentir privilégiée pis... de pouvoir faire ça avec mon enfant pis... ça va être une belle expérience. Je serais fière, vraiment. Oui, je le vois comme ça. Je veux persévérer et je veux vivre ce sentiment-là de réussite. Pour moi, ça va être une réussite, ouin. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Ce qui est frappant dans ces résultats est que ce type de discours d'accomplissement via l'allaitement est véhiculé en période prénatale uniquement par les femmes les plus privilégiées. Les propos d'Ève représentent bien cette quête de réussite et d'accomplissement :

Ben, ça serait de voir mon bébé qui prend du poids et qu'il y a de gros bourrelets et qu'il boit juste mon lait, c'est ça, pour moi, c'est la réussite de l'allaitement quand tu vois un beau bébé qui est vraiment joufflu pis que c'est toi qui l'a nourri, pour moi, c'est ça la réussite. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Comme d'autres, Ève se situe dans un discours de performance personnelle. Elle espère « réussir » et en retirer un sentiment personnel de fierté.

T'sais, je suis assez exigeante envers moi. T'sais, je me vois mal devoir m'expliquer tout le temps pourquoi ça n'a pas fonctionné, pourquoi j'ai dû changer, t'sais. T'sais j'aurais peur que les gens y me jugent. J'aurais peur que... Je ne sais pas pourquoi. Je pense que c'est, c'est, c'est en grande partie parce que je suis exigeante envers moi-même, je pense que c'est ça. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ce discours n'est pas sans connexion avec son parcours académique et professionnel. Elle est résidente en médecine et habituée à performer au travail comme aux études. De manière contradictoire, Ève précise qu'elle s'inflige elle-même cette pression tout en déclarant qu'elle a peur que les gens la jugent si son allaitement n'est pas « réussi ».

L'allaitement comme un privilège de la mère passe également par l'idée de pouvoir former un lien avec l'enfant. Les propos de plusieurs femmes indiquent qu'elles aspirent à développer, grâce à l'allaitement maternel, un lien spécial avec leur enfant. Ici, il n'est pas nécessairement question de l'avantage pour l'enfant de développer un lien d'attachement sécuritaire d'un point de vue psychologique (voir préconception 4). Il s'agit plutôt de mettre l'accent sur les désirs de la mère, soit « *je* veux un lien privilégié avec mon enfant », « ça *me* permettra d'avoir des moments intimes avec mon enfant ». Prenons l'exemple d'Ève :

Faque là on dirait que je me disais que j'avais envie d'essayer ça. T'sais, de voir quel genre de relation je peux avoir avec mon enfant en l'allaitant. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Il est ainsi attendu qu'avec l'allaitement maternel la relation entre la mère et l'enfant sera intime, spéciale, unique, etc. Certaines femmes recherchent un allaitement exclusif et fusionnel, associé à ce qui est appelé le maternage proximal – aussi appelé maternage intensif ou encore *attachment parenting* (Sears et Sears, 2001)⁶¹. Elles vont parler de « quatrième trimestre de grossesse », du côté « englobant », « maternant » et « fusionnel » de l'allaitement maternel exclusif. Le maternage proximal se comprend comme un ensemble de soins qu'une mère prodigue à son enfant fondé sur

⁶¹ Des critiques féministes du maternage proximal soulignent notamment le sacrifice personnel, l'isolement et l'ancrage fort au foyer qu'implique cette pratique (voir, entre autres, Badinter (2010), Büskens (2001), Faircloth (2010a) et Green et Groves (2008)). Par exemple, l'allaitement à la demande et prolongé demande, selon Petra Büskens (2001), une certaine immobilité et disponibilité des mères qui est aux antipodes des attentes et des contraintes de la vie moderne basée sur des valeurs de régulations du temps, d'efficacité et d'autonomie physique.

l'idée que la sécurité, pour un enfant, implique d'être physiquement et émotionnellement proche d'elle. Ainsi, ce type de maternage se caractérise souvent par des pratiques telles qu'un long congé de maternité, le portage, le partage du lit, le peau-à-peau et l'allaitement à la demande et prolongé⁶². Le maternage proximal est un prolongement de l'idéologie de la « maternité intensive » (Hays, 1996), qui place la mère dans une position sacrificielle quant à la responsabilité du bien-être de l'enfant. D'une manière analogue, ce discours est associé à un don de soi, à un devoir maternel chez certaines participantes. Pour Ève et Jacquie, entre autres, c'est ce que représente l'allaitement maternel :

C'est, pour moi, c'est de donner, pouvoir donner ce que j'ai de mieux à mon bébé. C'est ça. C'est de donner le meilleur de moi-même. C'est comme un don de soi. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical),

Mais après, c'est vraiment je le vis vraiment comme une responsabilité de donner du bon lait, donc tant que je peux, voilà [...]. T'sais, me dire que c'est un devoir, une sorte de devoir de faire une sorte de minimum à ce niveau-là. Oui. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

L'allaitement maternel en tant que « don de soi » et « devoir maternel » est soulevé par la littérature (Bayard, 2008 ; Shaw, 2004). Dans l'étude exploratoire de Chantal Bayard (2008), l'analyse des représentations sociales de l'allaitement maternel chez onze Québécoises enceintes de leur premier enfant et manifestant le désir d'allaiter, avance qu'« être une mère, c'est faire passer les besoins de l'autre avant les siens » (Bayard, 2008). Cette idéologie de base de la « maternité intensive » est aussi retrouvée dans mes résultats. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, la maternité intensive est valorisée, ce qui explique que plusieurs femmes de l'étude associent l'allaitement à la fois à un don de soi, à un sentiment de fierté et à une source de valorisation.

5.2.4.4 Préconception 7 : La gratuité de l'allaitement

Un scénario classique observé dans les cours prénataux sur l'allaitement maternel consiste à voir les bénéfices de l'allaitement maternel listés sur une diapositive. Le fait que l'allaitement soit « gratuit » est systématiquement mis de l'avant par les animatrices. Certaines animatrices vont jusqu'à affirmer, sans contextualiser, le fait que l'allaitement est le choix économique pour la société. À titre indicatif, des études étatsuniennes démontrent que l'allaitement maternel exclusif

⁶² D'après mes notes d'observation personnelles, l'allaitement prolongé est souvent nommé « allaitement non-écourté » par ses adeptes pour l'emphase sur ce qu'elles conçoivent comme la norme biologique.

jusqu'à quatre mois engendrerait des économies collectives de plus de 3,6 milliards de dollars, en termes de coûts des services de santé (Bartick, 2011 ; Bartick et Reinhold, 2010). Cela étant dit, remis dans le cadre d'un cours prénatal, ce discours laisse entendre que les dépenses nationales reposeraient en partie sur les épaules des mères qui n'allaitent pas.

Il n'est donc pas surprenant que plus de la moitié des femmes rencontrées mentionnent que l'allaitement fait économiser de l'argent ou bien que les PCN sont très dispendieuses. Elles considèrent qu'il s'agit de l'un des avantages du choix d'allaiter son enfant. Notons que pour plusieurs, ces considérations ne figurent pas parmi les motivations principales d'allaiter. La cause évidente étant qu'elles ne sont pas réellement inquiètes pour leur budget, estimant leur revenu familial suffisant pour acheter des PCN en cas de besoin.

Je vois le côté pratique et même le côté monétaire là. Je me dis que tu sauves beaucoup de sous quand tu allaites et c'est pas à négliger (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Aussi, c'est beaucoup d'argent. Ça c'est... on ne va pas se mentir là, c'est beaucoup beaucoup beaucoup d'argent. J'ai vu des formules comment ça coûte et tout. Pis, c'est ça qui me vient dans la tête. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Donc, dire que la préparation va vraiment avoir un avantage, non, elle a un coût. Le coût est moindre quand j'achète que les sacs de plastique pour mettre mon lait dedans, je pense. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Dans l'extrait de Lyson, on comprend qu'elle a déjà estimé que l'utilisation du biberon (une nécessité pour elle, puisqu'elle reprend l'université quelques semaines après la naissance) est plus économique lorsqu'il est rempli de lait extrait, même si elle prend en considération l'achat ou la location d'un tire-lait ainsi que de sacs de congélation. Elle poursuit en mentionnant la place que prend la dimension économique dans une classification des avantages de l'allaitement :

Ben, je suis gratteuse ! (rires) Je suis cheap ! [...] J'ai une amie, elle a persévéré et elle était dont contente. Elle fonctionne à l'argent. Elle a toujours peur de manquer d'argent. [...] Elle, quand elle te parle de son allaitement, elle te dit toujours : « moi j'ai sauvé 5 000 \$! ». Et je fais, *really? That's good too. That's a good motivation, merci. Not bad.* Mes principales motivations sont l'attachement pis mes finances. Je dirais ça, mais c'est drôle parce que je vois vraiment pas... l'aspect financier, je le dis plus en blaguant que d'autre chose. Mais, c'est là, je le fournis, je le produis de toute façon, faque... Faque pourquoi je ne ferais pas ça ? (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Les femmes peuvent évidemment mentionner que l'un des avantages de l'allaitement est d'économiser de l'argent, mais il ne semble pas socialement acceptable que cet argument soit le

principal. Il ne s'agirait pas d'une « bonne » raison. Il est beaucoup plus acceptable qu'une femme souhaite allaiter pour la santé de son enfant, ou pour établir un lien d'attachement, que pour des causes extérieures à l'enfant, comme la santé de la mère, l'argent ou l'expérience. Ce discours de classification des intérêts de l'allaitement est lié au discours de la maternité intensive et du sacrifice au féminin, pour lequel la mère doit placer les intérêts de l'enfant avant les siens. Il y a donc une insistance des femmes à ne pas prioriser l'aspect économique.

Reprenons l'exemple de Lyson, donné plus haut, quand elle mentionne qu'une amie prétend avoir épargné beaucoup d'argent en allaitant. En début d'entretien, elle précise : « Je pense que je vais être entêtée un peu comme mon amie qui *elle* le fait pour l'argent, *moi ça va être pour d'autres raisons* » (c'est moi qui souligne). Par la suite, elle admet que l'argumentaire économique l'interpelle, mais que ce n'est pas sa motivation principale. Pourtant, malgré son insistance à exprimer que l'économie d'argent est moins importante que les autres intérêts de l'allaitement, l'aspect financier figure parmi ses motivations principales et elle y revient à plusieurs reprises en entretien. On constate que la dimension économique du choix de l'allaitement exclusif représente un poids qu'elle porte sur ses épaules. Bien qu'objectivement sa situation financière ne soit pas précaire, ayant un conjoint dont les revenus sont élevés, il est tout de même important pour elle de contribuer à éponger les coûts qui accompagnent le fait d'avoir un enfant. Pour elle, cette contribution passe par la décision d'allaiter au lieu d'utiliser de la PCN. Son insistance à souligner le peu d'importance de cet aspect dans sa prise de décision lui permet de « préserver » une image de mère correspondant à l'idéal de la « maternité intensive ».

Le discours de la gratuité de l'allaitement est remis en question par certaines participantes, pour qui l'allaitement engendre des coûts indirects. Par exemple en requérant l'achat d'accessoires d'allaitement (vêtements adaptés, foulards d'allaitement, compresses, tire-lait, coussins) ou des services professionnels en cas de difficultés (consultantes en lactation, ostéopathes, nutritionnistes, etc.).

L'avantage économique, c'était pas là-dedans parce que... ben, ça pourrait être beau, mais non, c'est pas là-dedans. Vraiment pas parce que je me dis que si j'ai à pas allaiter, il y a mille façons d'avoir soit des coupons ou des prescriptions, t'sais, il y a moyen d'économiser à travers ça, mettons. Mais, c'est clair que ça coûte moins cher allaiter, mais j'ai pas... Mais non, mais c'est pas vrai, je vais m'acheter de beaux foulards, je vais m'acheter plein d'affaires pareil (rires) faque t'sais. Je vais le dépenser autrement (rires). Je peux comprendre que c'est pas le

même genre de dépenses, mais non, ça n'a pas été dans la balance, mettons. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Le propos de Sarah est lié à sa situation économique favorable. Tout d'abord, le choix d'allaiter ou non n'engendre pas, pour elle, d'inquiétudes financières particulières. Ensuite, le fait de mentionner qu'il y a plusieurs moyens d'économiser démontre des connaissances que toutes les femmes n'ont pas. Finalement, les dépenses en foulards et autres accessoires sont « superflues », dans la mesure où ces produits sont esthétiques ou luxueux. Recourir aux PCN, en effet, implique des dépenses d'un autre genre. L'esthétisation de l'allaitement passe par des produits supposés faciliter la vie, mais qui sont, au final, les marqueurs d'un certain statut économique et d'un « style de vie ». Ça relève d'une posture de classe perceptible chez certaines participantes, qui renvoie à des positions privilégiées sur le plan économique, mais aussi sur les plans culturel et intellectuel (suivre des cours, connaître les ressources, lire des livres sur le sujet, etc.).

L'emploi de l'argument économique pour convaincre les femmes d'allaiter, que l'on retrouve à la fois dans les cours prénataux et dans les discussions que les femmes rapportent avoir eues avec leur entourage, est problématique si l'on considère qu'il ignore les coûts économiques de l'allaitement pour les femmes, et les coûts sociaux de ne pas le faire (jugements encourus et autres sanctions sociales). En effet, les coûts de l'allaitement ne sont pas nuls. Prétendre le contraire revient à dire que le temps des femmes consacré à ce travail n'a pas la même valeur que le temps passé à donner le biberon (Niquette, 2014).

5.3 Appréhensions

Force est de constater que l'allaitement est représenté à plusieurs égards dans l'imaginaire des futures mères sous une forme idéalisée. En revanche, les femmes rencontrées ne sont pas non plus totalement déconnectées des difficultés possibles de l'allaitement et expriment la crainte que l'allaitement n'ait pas lieu. Il est frappant de constater que leur crainte principale ne vient pas de l'allaitement en soi ou de désagréments qui pourraient en résulter, mais bien de ne pas parvenir à le faire :

Ben, j'ai un petit peu peur on dirait. Honnêtement, je sais que des fois ça peut ne pas fonctionner. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Parfois, la crainte de « ne pas être capable » n'est pas davantage explicitée, mais il arrive qu'elle se manifeste en détaillant ce qui pourrait rendre l'allaitement impossible ou désagréable au point de devoir y mettre terme. Autrement dit, l'appréhension exprimée est que les promesses de l'allaitement ne se concrétisent pas, que l'expérience positive désirée, voire salvatrice, ne soit pas à la hauteur des attentes ou ne se réalise pas.

Comme le soutient Manon Niquette (2014), il ne suffit pas de vouloir « essayer d'allaiter », bien que ce soit une première étape essentielle ; celle qui y aspire doit « vouloir allaiter » peu importe les obstacles. Étant toutes primipares et, donc, faisant face à l'inconnu de l'allaitement maternel, elles sont animées par l'espoir que ça se passe bien, que ça soit une belle expérience et qu'elles soient « capables ». La peur de ne pas être assez « forte » et d'abandonner avant la fin de la période d'adaptation revient fréquemment dans les discours des femmes rencontrées. La période d'adaptation, souvent établie à six ou huit semaines post-partum, est abordée dans les cours prénataux observés. « Ne vous découragez pas, ça s'améliore à partir de six semaines »⁶³ est le type de conseils transmis. La plupart des femmes rencontrées s'attendent donc à entamer le *parcours de la combattante*, c'est-à-dire faire face à des épreuves, et espèrent les affronter avec succès :

J'ai peur de ne pas passer des semaines d'adaptation sereinement et d'abandonner, c'est certain. C'est une de mes craintes, mais ça fait partie de la vie, c'est une expérience nouvelle sur tous les points. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

J'ai une amie elle a arrêté et elle s'en veut d'avoir arrêté. Donc, elle elle me le dit de passer à travers ce début-là. Tout le monde me dit ça en fait. Les gens s'en veulent de le faire, sont comme tristes, soit parce qu'ils ont arrêté ou parce qu'ils doivent combler avec de la préparation, mais en même temps j'essaie de me dire que si ça arrive, ça sert à rien que je me sente coupable là. Faque oui, j'ai mille histoires là, quand même, mais je me dis qu'il faut persévérer. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Je m'attends... ben j'espère que ça va bien se passer, que ça va fonctionner, mais je m'attends que pour me rendre là, ça ne va peut-être pas être facile. Mais je veux persévérer. Je veux juste que ça fonctionne pis je vais vraiment être entêtée. J'veux pas abandonner. Ouin, pis je m'attends que après ça va être une bonne expérience aussi là. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Le discours de la persévérance au-delà de la sixième semaine postpartum est reprise dans l'entourage des femmes. Les femmes rencontrées envisagent donc des difficultés d'adaptation à

⁶³ D'après mes notes d'observation personnelles.

l'allaitement, mais croient que ça sera *in fine* une belle expérience. Elles perçoivent le moment d'adaptation comme un sacrifice nécessaire et inévitable. Le discours de la persévérance est souvent associé à celui de la réussite et de l'accomplissement. L'idée principale est que persévérer mène, après beaucoup de moments difficiles, à une expérience positive.

Devant la perspective de ce parcours de combattante, différentes appréhensions animent les participantes (elles sont présentées au tableau 6 à la page suivante). Dans les prochaines sections, j'examinerai en profondeur les quatre appréhensions principales, soit la douleur, une production de lait insuffisante (et autres complications), la co-dépendance et le malaise de l'allaitement en public. Il est à noter que certaines appréhensions se recoupent, c'est-à-dire qu'elles peuvent être intimement liées. Par exemple, la crainte de la douleur peut se jumeler à celle d'un frein de langue court chez l'enfant ; la peur de manquer de liberté et de mobilité peut être exacerbée par celle de devoir consacrer beaucoup de temps à cette tâche. Pour certaines participantes, ces appréhensions relèvent d'une crainte intense, alors que d'autres y voient plutôt de simples désavantages, qui génèrent peu d'inquiétude.

Comme je le soutiendrai, les appréhensions sont parfois contradictoires avec les motivations initiales. Par exemple, plusieurs femmes appréhendent la difficulté de l'allaitement sous diverses formes tout en affirmant que l'allaitement est « simple et naturel ». Cela dit, cette contradiction ne fait que révéler différents registres de sens et s'avère bien vécue subjectivement par les femmes. D'une part, elles reprennent le discours de la naturalité et de la simplicité de l'allaitement, si fortement véhiculé, et d'autre part, elles se plient à l'injonction d'un certain réalisme, ne pouvant nier les expériences négatives des femmes de leur entourage. La réalité objective, c'est-à-dire le fait que l'allaitement est difficile pour beaucoup de femmes, ne s'accorde pas spontanément avec l'idée de la naturalité de l'allaitement, mais les deux registres sont présents dans les propos des femmes.

Tableau 6. Principales appréhensions mentionnées par les femmes lors des entretiens prénataux

Principales appréhensions face à l'allaitement	Nombre de mentions lors des entretiens prénataux	Nombre de mères ayant mentionné cette appréhension
Co-dépendance/manque de liberté et de mobilité	30 fois	14 femmes
Douleur (engorgement, mastite, crevasse, etc.)	27 fois	13 femmes
Production de lait insuffisante	23 fois	11 femmes
Autres complications (frein de langue court, bébé refuse le sein, mamelon plat ou invaginé, etc.)	18 fois	10 femmes
Devoir dépenser pour de la PCN en cas de problèmes	16 fois	13 femmes
Temps consacré à l'allaitement	13 fois	9 femmes
Malaise de l'allaitement en public	10 fois	7 femmes

5.3.1 Préconception 8 : La douleur inévitable de l'allaitement

L'une des principales appréhensions des femmes rencontrées face à l'allaitement est la crainte d'avoir mal et/ou de vivre des complications physiques telles que des gerçures, crevasses, abcès, mastites, muguet, etc. ; complications associées à une douleur physique intense. Bien qu'elles s'y attendent et croient qu'il est pratiquement inévitable de passer par là, en particulier lors des premières semaines, la douleur est une source d'inquiétude pour plusieurs femmes :

C'est un peu de, ça ne sera pas facile, mais un coup que ça va être bien parti, ça va être le fun. [...] Ben, j'entends toujours que c'est compliqué au début pis qu'il faut passer à travers les premières semaines. T'sais, de ne pas lâcher (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Cette préconception reflète l'idée que la douleur de l'allaitement est inévitable, du moins au début, et s'arrime avec le discours de la persévérance abordé plus haut.

Dans ce type de discours, la douleur et la fatigue de la mère sont secondaires. Comme j'ai eu l'occasion de le soutenir, l'allaitement se rapportant à la maternité intensive relègue le bien-être de la mère au second plan. Il est un « sacrifice » maternel fait pour le bien de l'enfant, ce

qu'Élisabeth Badinter (2010) appelle « sacrifice au féminin ». Par exemple, Aziza banalise les difficultés vécues de certaines femmes de son entourage, tout en faisant une comparaison intéressante entre les femmes d'ici (aka québécoises) et les femmes algériennes qu'elle connaît :

Au pays, ma famille, mes sœurs, se sont pas trop plaintes, mais mes amies, oui (rires) ! Mes amies d'ici. Mes sœurs, je ne les ai pas entendues se plaindre à part qu'elles disent, « ah, ça va être dur, tu vas voir, ce n'est pas facile, tu ne dors pas, profite-en pour te reposer maintenant » et tout ça. Ça, c'est sûr, mais sinon, mes amies d'ici, oui, là, elles se plaignent beaucoup. Elles se plaignent, genre tu vas te fatiguer, tu vas voir, c'est pas facile et tout. Il faut se préparer, il faut dormir se reposer maintenant avant que le bébé arrive, donc, c'est vraiment ça. Pis toutes les difficultés qui viennent avec, genre les seins qui font mal, surtout si le bébé n'a pas, il prend pas bien le sein, ça peut irriter le mamelon et ça fait mal. Mais je les comprends, c'est normal qu'elles se plaignent, c'est pas qu'elles se plaignent parce qu'elles ne veulent pas le faire. Mais après, elles rajoutent toujours que c'est un bonheur, donc... C'est les deux choses en même temps. Tu ne peux pas avoir ça, sans l'autre (rires). (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Lorsqu'Aziza dit « Tu ne peux pas avoir ça, sans l'autre », il ne serait pas possible d'allaiter, de vivre le « bonheur » de l'allaitement, sans souffrir physiquement. Elle poursuit en précisant ce que ses amies entendent par l'expression « c'est un bonheur » : « C'est la joie, c'est la joie d'être maman et toute l'expérience qui vient avec ». La joie d'être maman doit donc primer sur les plaintes découlant d'une expérience douloureuse. Encore une fois, l'idéologie de la maternité intensive est au cœur du propos d'Aziza. La mère doit faire des sacrifices, voire souffrir pour cette joie et ce bonheur d'être mère.

Bien qu'elles la perçoivent comme inévitable, elles craignent que cette douleur soit trop intense à supporter et mène à l'arrêt précoce de l'allaitement :

J'ai un peu peur des fois parce que j'entends tellement d'histoires d'horreur, de ah, ça ne marche pas toujours facilement, des fois tu as mal [...]. Comme toutes les histoires que t'entends j'espère que ça ne me fera pas trop mal. À part ça, je ne vois pas ce qui pourrait être pire que si ça te fait tellement mal que tu veuilles arrêter. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Il paraît que l'engorgement fait super mal et que c'est vraiment désagréable et, en tout cas, j'ai peur de faire ça. Dans le fond, c'est ça j'ai peur d'avoir mal et que ça soit inconfortable. Ouin, j'ai peur que ça saigne comme il y en a qui le disent là. C'est plus la douleur là, d'être inconfortable, c'est ça qui me tente pas, mais je sais que ça va arriver... en tout cas, sûrement (rires). (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Les extraits précédents montrent également que cette appréhension est liée à des histoires négatives d'allaitement, vécues et racontées par des femmes de leur entourage. C'est ce que j'approfondirai dans la prochaine sous-section.

5.3.1.1 Les histoires d'allaitement de l'entourage

Globalement, les résultats indiquent que les participantes sont mises au courant lorsque des femmes de leur entourage connaissent un allaitement difficile, douloureux, épuisant, etc. Elles connaissent les histoires « d'horreur » des femmes qui les entourent. Tout comme les mères des participantes qui ont vécu une expérience d'allaitement négative, les femmes de leur entourage partagent probablement leurs histoires difficiles dans le but de prévenir les difficultés et, surtout, de faire baisser la pression. Comme l'indique l'interaction que j'ai eue avec Cynthia, cette disposition peut être agaçante pour les femmes enceintes :

Des fois, c'est sûr qu'on se fait dire « ça se peut que ça marche pas » [avec voix aigüe], mais c'est correct là. Je trouve ça plate quand je me fais dire ça ! Je suis tout le temps déçue quand quelqu'un me dit ça parce que c'est sûr que celles qui le disent, c'est celles qui ont eu souvent des difficultés, mais je me dis souvent que t'sais... est-ce que vous étiez bien préparées ? [...] Ouin, en tout cas, je ne sais pas c'est quoi le but, c'est peut-être juste une petite jalousie ou je ne sais pas. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Cynthia sous-entend que c'est par manque de préparation ou de réel engagement que des femmes n'ont pas « réussi » leur allaitement. La réaction de Cynthia s'explique notamment du fait que les cours de préparation à l'allaitement assèment l'idée que « toutes les femmes peuvent allaiter »⁶⁴, d'où il découle que celles qui ont cessé d'allaiter en raison de problèmes n'étaient pas assez informées. La faute leur revient, plutôt que de questionner un système qui fait peu pour les soutenir dans leur allaitement.

Il semble que les femmes ayant connu une expérience positive se permettent plus rarement de décrire le détail de leur expérience. Ou alors, les histoires correspondantes sont peu reprises en entrevue par les participantes. J'émetts l'hypothèse que ces mères se passent de raconter leur expérience positive parce que : 1) il y a assez de pression sur l'allaitement et que l'allaitement est un sujet sensible, c'est pourquoi en parler positivement pourrait donner l'impression d'une tentative supplémentaire de persuasion ; 2) elles considèrent que toutes les expériences sont différentes et qu'il ne faut pas donner de « faux espoir », d'attentes précises, par crainte que les femmes se comparent. Quoi qu'il en soit, elles semblent se contenter de répondre que « ça a bien

⁶⁴ D'après mes notes d'observation personnelles.

été » et qu'elles ont été « chanceuses ». Bref, selon ce qu'en disent les participantes, les histoires positives d'allaitement sont moins partagées que les histoires négatives.

Face à l'appréhension d'une amorce d'allaitement difficile, la volonté d'être « réaliste » est courante dans les récits des femmes. L'imposition de ce réalisme vient assurément des histoires d'allaitement difficile qu'elles ont entendues.

Ben... J'espère que ça ne sera pas totalement désagréable là, c'est certain. Et que ça ne me blessera pas, mais je suis quand même préparée à avoir une phase gerçure des mamelons et tout ça. C'est... Je suis comme prête là. T'sais, il n'y aura pas des licornes et il n'y aura pas de la musique qui va jouer quand je vais allaiter et ça va être rough au début. J'ai comme cette espèce de réalisme-là de base. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ben c'est sûr que je ne veux pas dire que je m'attends pas à avoir des difficultés. Je suis quand même réaliste. Je m'attends à ce qu'il y ait peut-être des difficultés, mais je suis prête. J'imagine qu'il faut travailler très les 15-16, t'sais les premiers jours, les premières semaines. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Dans les deux extraits, on peut noter l'insistance à la fois sur l'importance de rester positive et d'être entourée de personnes qui ont une attitude positive quant à l'allaitement, d'une part, et de rester réalistes, d'autre part. Cette combinaison entre attitude positive et pensée réaliste a été relevée dans une étude de Marie Dietrich Leurer et Eunice Misskey (2015), portant sur la manière dont les femmes souhaitent recevoir des informations sur l'allaitement en période prénatale. D'après elles, l'attitude positive des intervenantes aurait pour objectif de ne pas décourager les femmes d'allaiter et l'aspect réaliste des informations livrées servirait à bien les préparer.

5.3.2 Préconception 9 : Une production de lait insuffisante et les autres complications pouvant empêcher l'allaitement

Selon les données de l'ESCC (2011-2012), la principale raison des mères pour cesser l'allaitement est l'impression de ne pas produire assez de lait. Dans les sociétés occidentales contemporaines, l'insuffisance de la production de lait, c'est-à-dire la possibilité que le lait ne soit pas disponible en quantité suffisante pour nourrir convenablement l'enfant, serait devenue la raison socialement acceptée de cesser l'allaitement (Marshall, Godfrey et Renfrew, 2007). Ce phénomène est d'autant plus intéressant qu'il est très rare qu'un défaut physiologique maternel entraîne une « insuffisance de la production de lait », soit probablement moins de 5 % (Gremmo-Féger, 2003). Autrement dit, les mères qui décident de cesser l'allaitement maternel pour cette raison sont en

rupture avec le discours biomédical dominant. Dans les faits, si on s'intéresse à la situation la plus courante, il faut plutôt parler d'une *perception* de manque de lait. C'est pour cette raison que Gisèle Gremmo-Féger (2003) y voit «un mythe culturellement construit» ou un phénomène psychosomatique – ce qui n'a pas empêché sa médicalisation.

L'insuffisance lactée, soit en quantité ou en qualité nutritionnelle, est l'une des appréhensions qui inquiètent le plus les femmes rencontrées. Ce sujet fait l'objet de positions contrastées. D'un côté, certaines remettent en question son existence, en s'appuyant sur ce qu'elles ont entendu dans les cours prénataux. Elles disent que c'est très rare ou que ce n'est pas une condition « réelle » :

J'arrive pas à savoir dans quelle mesure c'est un mythe ou quoi parce que... Par exemple, [prénom du conjoint] c'est un peu sa spécialité, mais il dit que c'est un peu un mythe de ne pas avoir de lait, mais en même temps, mes parents qui sont dans le médical, ils ne sont pas du tout spécialisés sur ça, mais eux c'est quelque chose qu'ils emploient « ne pas avoir assez de lait ». Donc, je n'arrive pas avoir à savoir si c'est quelque chose de médical ou si c'est quelque chose de psychologique, ouais. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

De ce que j'ai appris hier [dans le cours prénatal sur l'allaitement maternel], ce n'est pas vrai l'insuffisance de lait. C'est l'offre et la demande. Tant que t'offres, il va y avoir de la demande et ça devrait être correct. Là, j'ai la pensée magique de me dire que ce qu'ils disent c'est vrai pis que ça va être absolument comme ça. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

La réfutation de la croyance en l'insuffisance lactée s'est présente lors des observations dans les cours prénataux et dans plusieurs entretiens avec des professionnelles de l'allaitement. Les femmes sont ainsi confrontées à des informations contradictoires à ce sujet, dans la mesure où plusieurs connaissent des femmes qui disent « ne pas avoir eu assez de lait ». En outre, Roseline Galipeau, Louise Dumas et Mario Lepage (2017) ont interrogé 123 mères canadiennes qui allaitaient pour la première fois et n'ont soulevé aucune relation significative entre l'insuffisance lactée perçue (subjective)⁶⁵ et l'insuffisance lactée réelle (objective)⁶⁶.

⁶⁵ Dans l'étude, l'insuffisance lactée perçue correspondait à la conviction auto-rapportée de la mère qu'elle peut produire suffisamment de lait pour répondre aux besoins de son enfant ou non. Elle était mesurée par une question ouverte invitant la mère à expliquer sa réponse ainsi qu'un questionnaire évaluant la perception de la mère face à la satisfaction de l'enfant. Le questionnaire incluait des affirmations à noter sur une échelle de Likert en 5 points, telles « Mon bébé semble généralement satisfait après les tétées » et « Mon lait maternel est toute la nutrition dont mon bébé a besoin pour s'épanouir ».

⁶⁶ Dans cette étude, l'insuffisance lactée réelle était évaluée par la prise ou la perte de poids du nourrisson.

Bien qu'il ait été démontré que l'insuffisance lactée est une condition physiologique rare (Gremmo-Féger, 2003), l'approche adoptée dans les cours prénataux observés s'avère à mon avis problématique, puisque les animatrices ne prennent pas la peine d'expliquer et de distinguer le manque de lait réel de la *perception* d'un manque de lait. Elles affirment seulement que les femmes qui pensent manquer de lait ont tort. En plus de nier le vécu des femmes qui disent « manquer de lait », aucune explication sur le processus physiologique de production du lait maternel n'est réellement donnée. Selon les animatrices, la seule « vraie » condition qui pourrait expliquer l'insuffisance de lait est l'hypoplasie mammaire. En raison d'un manque de tissu glandulaire, les femmes ayant une hypoplasie mammaire pourraient connaître un allaitement plus difficile, voire impossible. Lorsqu'elle est donnée, cette information est complétée par la proposition suivant laquelle il est « inutile de s'inquiéter puisque l'hypoplasie mammaire est très rare »⁶⁷. L'intention première est probablement de rassurer les femmes, mais le fait de réfuter la perception d'insuffisance des mères se présente comme un avertissement à l'effet que cette raison n'est pas suffisante ou (médicalement) acceptable pour cesser l'allaitement. Cette façon de répondre aux craintes des femmes en niant l'existence même de cette possibilité tend donc à invisibiliser certains vécus.

Toujours concernant l'insuffisance en lait maternel, Korine, marraine d'allaitement depuis trois ans sur la Rive-Sud de Montréal, souligne la tension vécue dans sa pratique entre prendre en considération les craintes de la mère et la possibilité qu'il y ait effectivement une hypoplasie mammaire ou une autre condition affectant la production lactifère. N'étant pas habilitée à diagnostiquer une insuffisance de la production lactifère, elle normalise plutôt l'impression de manquer de lait qui est, selon elle, un sentiment très courant chez les primipares :

Les cas les plus difficiles, je trouve, c'est quand il y a manque de lait. Parce que, comme on voit pas la quantité, on se fie aux impressions de maman. Puis, souvent, les nouvelles mamans ont toujours l'impression de manquer de lait parce que bébé veut être tout le temps, tout le temps au sein. Il y a des bébés qui demandent à être au sein plus que d'autres : « Mon bébé a trois jours il vient au sein aux demi-heures ». Ouais, c'est pas anormal. C'est pas le fun, tu as l'impression de rien faire, mais c'est ça. « Ah, je dois manquer de lait, je dois manquer de lait, je vais lui donner un biberon ». Puis en même temps on ne peut pas ne pas écouter la maman, si elle a cette impression-là. Qu'est-ce qui te donne cette impression-là ? Ah, ok, telle chose, telle chose. [...] J'ai pas de scan pour voir les glandes, j'ai pas de scan pour voir la quantité de

⁶⁷ D'après mes notes d'observation personnelles.

lait qui est transféré. Je trouve souvent les cas de manque de lait, on se retrouve un petit peu à dire : C'est la vie ! (Korine, marraine d'allaitement, Rive Sud)

Au lieu de marginaliser les réalités de certaines femmes, il serait plus rassurant de savoir en période prénatale qu'il peut arriver qu'elles aient l'impression de manquer de lait, mais qu'il y a des solutions. Comme le propose Gisèle Gremmo-Féger (2003), la perception de manque de lait reste très courante et serait liée aux lacunes d'informations transmises en période prénatale sur le comportement « normal » d'un enfant au sein (par exemple le besoin de téter fréquemment lors des « poussées de croissance »). Les attentes irréalistes, notamment en termes de nombre de tétées ou de sommeil pendant la nuit, seraient souvent à l'origine de la perception d'une insuffisance de lait. Une préparation à l'allaitement plus réaliste permettrait que les femmes ne sentent pas que quelque chose ne fonctionne pas dans leur corps en cas de problèmes de production de lait, ce qui éviterait une perte de confiance dans leurs capacités d'allaiter. En fait, la situation peut se régler (par exemple au moyen d'une technique de mise en sein efficace) ou s'expliquer (par exemple par une faible succion du nourrisson) de différentes façons sans mettre en cause le corps des femmes.

Face à l'insécurité ressentie de ne pas être en mesure de connaître la quantité de lait transmis à l'enfant avec l'allaitement au sein, certaines femmes envisagent déjà au moment de notre première rencontre d'extraire leur lait pour se rassurer. L'usage du biberon, qui permet de visualiser, de calculer et de gérer les quantités qui sont ingérées par le nourrisson tend à rassurer les mères sur ce point. Quoi qu'il en soit, la perte de contrôle qu'implique l'impossibilité de gérer la quantité de lait donnée à l'enfant avec un allaitement au sein exclusif est une appréhension exprimée par plusieurs femmes rencontrées :

Pis désavantage aussi, c'est que si je choisisais le non-allaitement, je serais capable d'acheter la formule, de visualiser tout ça, un moment donné mettre l'autre chose, hen, on est capable de le faire et de le visualiser, mais t'sais, je ne suis pas capable, je ne suis pas capable de planifier [l'allaitement]. Ça c'est peut-être un petit peu un désavantage, je ne suis pas capable de contrôler tout ça. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Après ça comme avantage du biberon... ben techniquement c'est plus facile. T'sais, tu vois combien il boit, tu mesures, t'sais tu vois le nombre d'onces qu'il a bues exactement. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Mentionnons au passage que la moitié des femmes craignent également d'autres types de complications susceptibles de complexifier l'allaitement. Par exemple que le nourrisson ait un frein de langue trop court, ce qui pourrait conduire à une frénotomie ou à l'arrêt de l'allaitement ;

ou qu'il présente des allergies exigeant de la mère une diète d'éviction ou, encore une fois, l'arrêt de l'allaitement.

5.3.3 Préconception 10 : La co-dépendance de l'allaitement

La disponibilité quasi-permanente qu'exige de la mère l'allaitement exclusif est envisagée par certaines participantes comme une situation potentiellement difficile à vivre. Dans l'imaginaire de certaines femmes rencontrées, cette situation est associée à un manque de mobilité et de liberté :

Le désavantage c'est qu'on a une co-dépendance, il a besoin de moi, j'ai besoin de lui pis il faut qu'on se tienne toujours ensemble. Faque t'sais, c'est certain que... l'avantage de la formule, ça serait... le fait que, le fait que je ne suis plus indispensable. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ben, justement, si c'est l'allaitement et que le congélateur n'est pas plein de lait, ben il y a que moi qui peut nourrir l'enfant. T'sais, il y a que moi. Si ça fait partie de la routine du dodo, ben j'ai pas envie que ça soit que moi qui puisse coucher l'enfant pis t'sais, si je pars, j'arrive et elle dort toujours pas parce qu'il lui manque ça. T'sais, ça, non. J'ai pas envie d'être la seule source de réconfort. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ben... c'est que je suis un peu essentielle, même si je peux tirer mon lait. C'est sûr que c'est plus... c'est mieux que ça soit moi qui sois là pis je peux pas partir deux jours. Pis mon copain il peut pas le faire. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Comme les extraits le montrent, il y a une nuance entre la crainte d'être limitée dans ses déplacements (« ne pas pouvoir partir pendant deux jours »), qui a déjà été abordée (voir 5.2.3.1.2), et la crainte de devenir la seule personne responsable de l'alimentation du nourrisson. La dernière option peut être perçue comme un poids trop lourd à porter. Dans tous les cas, ces craintes se basent sur un désir de garder du temps pour soi. Tel que discuté plus haut, certaines femmes parviennent à trouver des solutions qui leur conviennent pour prévenir le sentiment d'être limitée dans leurs déplacements ou sorties sans enfant, par exemple l'utilisation occasionnelle de PCN ou le tire-allaitement.

5.3.4 Malaise anticipé quant à l'allaitement devant d'autres personnes

Certaines participantes craignent l'allaitement en public. Une remarque qui rejoint le constat d'études qui montrent que le conflit des représentations sur les seins, tantôt nourriciers tantôt sexuels, nuit à l'allaitement en public. La sexualisation des seins dans les sociétés occidentales limiterait l'allaitement, puisque les mères se sentiraient inconfortables, vulnérables et

embarrassées d'allaiter en public (Blum, 1999 ; Earle, 2000 ; Johnston-Robledo et Fred, 2008 ; Kaufman, Deenadayalan et Karpati, 2010 ; Libbus, Bush et Hockman 1997 ; Mahon-Daly et Andrews, 2002 ; Mitra, Khoury, Hinton et Carothers, 2004 ; Mohamad, Latiff, Rahim et Pawanteh, 2013 ; Murphy, 1999 ; Yalom, 2010). Ceci vaudrait particulièrement pour les femmes des milieux défavorisés, où l'allaitement en public est moins courant ou accepté (Bentley, Dee et Jensen, 2003 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Heinig et al., 2006 ; Kukla, 2006). Cette appréhension face à l'allaitement en public contraint certaines femmes à envisager d'adapter leurs pratiques d'allaitement. Prenons les exemples d'Aïsha, Laurence et Jacquie :

C'est un peu gênant... (*petit rire*). Tout le monde va te regarder bizarrement. Mais je préfère allaiter à la maison. Si je sors dehors, je préfère donner le biberon. Plutôt de sortir rarement. Ça me gêne, là, oublie ça ! (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Pour moi, c'est ça l'inconvénient, j'ai pas envie de le faire dans les magasins, dans la rue, j'ai pas envie de ça. J'ai pas de problème avec d'autres personnes, mais c'est sûr que... enfin, de toute façon, moi je suis pudique en général, donc... Enfin, après est-ce qu'il faut le mettre sur le même plan qu'une histoire de pudeur ? Non, mais c'est sûr, je ne vais pas mentir, j'ai pas envie d'allaiter en public. Là encore je ne sais pas comment je vais faire, mais je ne pense pas que je suis dans un extrême de me dire que je n'allaiterais jamais en public, mais c'est sûr que tel que je me connais, je vais l'éviter, donc sans doute que oui, planifier un petit peu, allaiter avant. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Je le sais que je vais me cacher quand je vais aller dans des... t'sais, affronter le monde. Ça va être dans les *partys* de famille ou dans d'autres lieux, là. Je sais que je vais prendre le petit foulard pour cacher, pis je vais pas en faire un affaire euh... Mais c'est ça, ça va être comme acheter la paix. Tsé, je sais que je vais choisir mes combats pis ça sera pas... Ouais, c'est juste pour pas gérer les autres. J'ai juste pas envie de les gérer, là. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ces extraits montrent qu'elles prévoient planifier leurs déplacements pour éviter d'avoir à allaiter en public ou bien qu'elles pensent utiliser le biberon pour les sorties à l'extérieur de la maison. L'allaitement en public agit donc comme une contrainte des pratiques d'allaitement des femmes. De plus, comme le précise Laurence à la fin de l'extrait précédent, la plupart du temps, se couvrir, se retirer ou donner un biberon en cas de déplacement à l'extérieur seraient des stratégies pour « acheter la paix », c'est-à-dire pour ne pas avoir à gérer les réactions négatives des autres personnes. Elles ont peur de recevoir des commentaires négatifs, des regards désapprouvateurs ou de se faire demander d'allaiter ailleurs. Plusieurs femmes rencontrées ont l'impression que l'allaitement en public n'est pas « bien vu » ou accepté dans tous les lieux, ce

qu'elles déplorent. Le fait que le monde extérieur soit perçu comme hostile est souvent lié, dans les propos des participantes, à des controverses ayant circulé dans les médias.

Ben, j'ai peur que les gens viennent me voir et qu'ils me fassent des commentaires, t'sais comme tu devrais te cacher. Je ne sais pas j'ai peur que ça arrive. Parce que, moi, je trouve que ça ne fait pas de sens, mais t'sais on voit que ça arrive là. T'sais c'est arrivé il y a... je ne sais pas dans quel quartier, qu'il y avait un sauveteur qui était allé voir une madame pis il lui a demandé de sortir [...] Je ne vois pas ça comme quelque chose d'érotique là. C'est vraiment juste le fait de nourrir ton bébé. Pis t'sais, tu donneras pas un show pareil là, ça peut être discret quand même. Je trouve ça plate que ça soit pas tout le monde qui ait cette opinion-là. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Les femmes immigrantes rencontrées, disposant de points de comparaison, ont une perception particulière de l'allaitement en public au Québec. La majorité a l'impression que les normes sociales ne le permettent pas, car elles voient peu de femmes le pratiquer en public, contrairement à leur pays d'origine.

Mais ici j'ai remarqué que les gens n'allaitent pas en public. Ou sinon elles se couvrent. Donc, je sais pas si je vais allaiter en public. (rire) Parce qu'ici, ça se fait pas. Peut-être si c'est en public je vais couvrir le bébé, comme les mamans ici. Mais d'où je viens, là-bas c'est normal d'allaiter en public. Personne n'est dérangé, c'est normal. Personne n'est gêné. Et elles se couvrent même pas. Mais puisqu'on est ici, on va faire comme ici. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

Je suis habituée. En Afrique, tu en vois plein ! Elles s'en foutent ! Même s'il y a un homme, pas d'homme, elles s'en foutent ! Peu importe l'endroit, elles vont téter là, faire téter là leur enfant. Donc je suis déjà habituée, là. Parce qu'ici, il y a beaucoup de choses que les gens évitent de faire et tout. Mais en Afrique, j'allais m'en foutre ! Parce que tout le monde le fait. Mais quand même, j'allais un peu être gênée des hommes pareillement. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

En tant qu'immigrante, le désir de Bintou de « faire comme ici », c'est-à-dire se couvrir lorsqu'elle allaitera en public, vise l'intégration des normes de la société d'accueil, mais on peut aussi émettre l'hypothèse d'une crainte de vivre des sanctions sociales si elle ne s'y conforme pas.

Comme il a été démontré dans d'autres études, des attentes sociales existent en ce qui a trait aux femmes allaitantes et à leurs manières d'allaiter en public. Les résultats indiquent que cette adaptation en fonction des espaces ne se résume pas à une division privé-public. Il semblerait que l'endroit n'est pas toujours le déterminant de la pratique à adopter, mais plutôt les gens qui l'occupent. Comme le souligne Cindy Stearns (1999), un lieu privé peut devenir public en fonction de qui est présent. Deux enjeux ressortent particulièrement :

- 1) Pour certaines, la présence d'hommes est perçue comme plus gênante. Ils sont vus comme pouvant porter un regard sexuel sur l'allaitement, avoir des arrière-pensées :

C'est ça qui va me gêner, c'est sûr, c'est que les gens regardent tes seins... (*rire*). Peut-être si une femme regarde, ça va pas me gêner, là... Plus si c'est les hommes. S'il y a des hommes, c'est compliqué. Parce que l'homme... Tsé, l'homme a toujours des idées bizarres, là. Il va toujours regarder la femme. Même si t'es habillée, là, il te regarde déjà sexuellement ou nue. Imagine s'il voit quelque chose qu'il n'a jamais vu de toi. Il va te regarder bizarrement. Mais je suis pas gênée devant les femmes. Parce que t'as la même chose que moi! (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Devant mes frères et mon père, oui, ça me dérange, mais du côté, c'est-à-dire... les femmes pis mon mari, non. Parce que c'est intime, ça. C'est une partie qui est supposée être cachée pour certaines personnes, pas pour tout le monde. C'est pour ça. [...] Je me sentirai mal à l'aise, je me sentirai observée par les autres et puis euh... Pis voilà. (*pause*) Je peux pas laisser les gens regarder mes seins, là! Ça me dérange! (*rire*) (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

- 2) Pour d'autres, il s'agit davantage d'une question de lien de confiance ou d'une relation de proximité indépendante du sexe de la personne :

Pour moi, c'est ça, le public, c'est tout ce qui est pas mes... des gens de confiance. Faque ça veut dire... Tsé, y'a des gens que ça fait 30 ans que je croise dans des *party* de famille, mais pour moi, ces gens-là pis les gens de centres d'achat, ça serait la même *crowd*. C'est vraiment le lien de confiance que j'ai. Les regards de, admettons, mes amis proches, pour moi, ça, c'est pas euh... c'est pas un regard qui me trouble. Mais des inconnus ou des oncles ou des tantes ou... c'est des gens que j'ai aucune affinité choisie, admettons, ça a pas... Pour moi c'est les même genres de réprob... ben pas de réprobations, mais c'est le même genre de « autres ». [...] Mais tsé, admettons, des amis gars, filles, ça me dérangerait pas. Parce que tes amis, tu les choisis plus que ta famille, là ! (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ces propos tendent à confirmer les conclusions de Patricia Mahon-Daly et Gavin J. Andrews (2002) à l'effet que le regard masculin soit considéré comme le plus embarrassant. Le caractère potentiellement embarrassant pour plusieurs femmes de l'allaitement devant des membres de la famille et amis masculins, modulant donc les frontières des espaces privés et publics, est également documenté (Stearns, 1999). Un espace peut ainsi passer de privé à public en présence d'hommes et de personnes inconnues ou non reconnues par les femmes comme des personnes de confiance.

Soulignons également qu'il y a un écart entre la réaction des femmes à la vue de l'allaitement en public et leur perception des normes et sanctions sociales. Autrement dit, même si elles anticipent leur gêne à l'idée d'allaiter en public (certaines préférant même éviter la chose), elles approuvent totalement les femmes qui le font :

Je vais probablement me mettre en retrait ou mettre un petit foulard de soie léger, quelque chose. Mais j'ai aucun problème avec ça de voir une femme allaiter en public. Mais moi, de nature, je suis pudique là. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ben si je vois quelqu'un, c'est correct, mais moi j'aime pas. (*petit rire*) Pour moi, ouais. Comme... Peut-être parce que je suis timide ou... Ouais. Mais sinon, je pense que c'est normal pour les autres, ouais. (Bachra, 24 ans, racisée arabe, immigrante syrienne, RFF, suivi médical)

Elles disent qu'il n'y a pas de gêne à avoir, même si elles la ressentent elles-mêmes, et sont en mesure d'argumenter en faveur d'une normalisation de la pratique : « c'est naturel », « les seins ne sont pas seulement érotiques », etc. Un trait déjà mis en évidence par Nurit Guttman et Deena Zimmerman (2000). En effet, parmi les mères allaitantes de leur étude, la moitié percevait une réaction négative de la part du public à la vue d'une femme qui allaite tandis que leurs propres réactions étaient plutôt neutres ou positives.

Plusieurs participantes se disent que la meilleure attitude à adopter pour éviter ce type de situation est d'être « discrète », ce qui veut surtout dire d'allaiter sans que les seins ne soient trop vus :

Ça me dérangera pas. Mais t'sais, je peux comprendre que ça peut choquer, mais... ben, mettre mal à l'aise plus que choquer, mais je ne ferais pas non plus, justement, je vais m'arranger pour pas que ça se voit trop. Qu'on ne voit pas mon corps trop, c'est plus ça. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Plusieurs femmes utilisent la notion de « pudeur » pour justifier leur malaise à l'idée d'allaiter en public. Considérant que les seins sont une partie « intime » du corps, la quasi-totalité des femmes rencontrées en période prénatale prévoient allaiter en se couvrant le sein. La manière la plus fréquemment envisagée pour y parvenir est d'utiliser un tissu, que ce soit un châle, un foulard d'allaitement, des vêtements adaptés, etc. En revanche, d'autres femmes croient qu'il faudrait plutôt renverser le fardeau de la gêne ; c'est-à-dire que les femmes allaitantes ne devraient pas à être gênées de nourrir leur enfant au sein, mais les autres d'émettre des commentaires désobligeants ou de porter des regards désapprobateurs. La honte doit changer de camp. Ces réflexions sont souvent livrées par les participantes sur un mode rhétorique de type « si tu as un problème avec ça, regarde ailleurs » :

On dirait, je dois avouer que de façon générale, je me fous un peu de l'opinion publique. Donc, quand tout le monde était comme, ah, oh mon dieu elle allaite, j'étais comme ta gueule, regarde ailleurs, si tu ne veux pas la regarder, tu n'es pas obligé de la regarder et de faire une scène. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Parfois, ce n'est pas l'hostilité des gens, mais bien leur malaise qui fait que les femmes prévoient adapter leurs pratiques d'allaitement. Pour elles, faire le compromis de se retirer dans une autre pièce ou de se mettre en retrait si elles sont avec des gens susceptibles d'être gênés est un signe de respect :

Et quand je suis chez les gens je pense que je vais leur proposer de me retirer si ça les gêne, par respect (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ainsi, certaines souhaitent privilégier le retrait ou se couvrir par respect pour les autres, alors que d'autres présentent une attitude plus revendicatrice, se disant que l'allaitement en public est un droit dont la défense demande de mener une lutte collective. Selon Ève, se retirer pour allaiter, c'est aller contre ces valeurs féministes :

Honnêtement là, moi j'ai pas envie de me cacher devant mes amies ou les amis de n'importe qui. Je pense que c'est vraiment plus devant les inconnus que j'ai un petit peu peur des réactions, mais honnêtement si c'est des gens que je connais quand bien même ils font des commentaires, ben je vais leur répondre et je vais leur dire, ben moi je ne me cacherais pas pour allaiter t'sais. Pis s'ils ne sont pas à l'aise, ben sont pas obligés de regarder. [*Par exemple, tu ne serais pas portée à aller dans une autre pièce ?*] Non. Non. Ça c'est contre moi. Non. Non. Non. Je ne veux pas. (rires) Je ne veux pas me cacher pour allaiter, y'en est pas question. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Bien que la majorité des femmes rencontrées aborde l'allaitement comme un choix personnel, on retrouve ici un discours de « libération collective des femmes ». Ainsi, le choix individuel d'allaiter et de la manière de le faire prend chez certaines les dimensions d'une lutte collective pour une réappropriation de l'espace public. Il s'agirait d'un enjeu de visibilité des femmes et de volonté de normaliser l'allaitement en public. Certaines femmes sont conscientes que cela nécessiterait un changement social plus large, notamment sur le plan de la sexualisation du corps des femmes. D'ailleurs, malgré le fait que la plupart des femmes de l'échantillon envisagent un malaise à l'idée d'allaiter en public, elles insistent sur la distinction entre être soi-même gênée et appuyer les autres femmes. Certaines utilisent même des termes évocateurs, comme « bonnes » et « superwomen », pour parler des femmes qui allaitent en public sans embarras. Elles leur portent un grand respect et les trouvent « courageuses » :

Comme dernièrement il y a une amie à moi qui est venue, elle là, elle est tellement courageuse là. J'étais un peu gênée, mais je me suis dit c'est bien ce qu'elle a fait. On était ensemble, on était plusieurs, mon conjoint, son conjoint et on était dans le salon et puis, elle donnait le lait là. J'étais étonnée ! Quand elle a fait le geste, j'étais étonnée, mais je trouve qu'elle est vraiment courageuse. Elle s'en fout là qu'on était tous ensemble ! Oui, c'est ça. Donc, c'est

bien parce que moi j'aurais été gênée un peu parce qu'il y a un autre homme qui n'est pas mon conjoint, qui n'est pas quelqu'un de proche. Si c'est quelqu'un de proche, ça ne me dérange pas, mais quelqu'un... tu comprends ? Mais elle là, elle était comme pas gênée du tout. C'est correct. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Bref, les analyses montrent que les femmes ont l'impression que leurs pratiques d'allaitement ne dépendent pas uniquement d'elles et de leur potentiel sentiment d'embarras. Elles doivent prendre en considération l'embarras des autres ainsi qu'un environnement qui est perçu comme hostile à l'allaitement en public.

5.3.5 Émotions envisagées quant à un éventuel arrêt précoce de l'allaitement

L'éventualité de ne pas pouvoir allaiter ou de cesser l'allaitement maternel de manière précoce est associée dans la littérature à différentes émotions négatives ressenties par les mères, telles qu'un sentiment d'échec, de tristesse, de déception, de culpabilité et de honte (Blum, 1999 ; Bayard, 2012 ; Moreau, Tahon, et Daigle, 2010 ; Niquette, 2014 ; Ryan, Bissell et Alexander, 2010). La présente recherche ne fait pas exception. En fait, huit femmes mentionnent qu'elles seraient déçues de devoir arrêter l'allaitement maternel avant d'atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés. Pour Cynthia, à cette perspective est liée à l'impression d'être une mauvaise mère :

Je l'envisage très mal. T'sais, ça serait vraiment une grosse déception. Je pense que je me sentirais à la limite une mauvaise mère pis t'sais, ça peut arriver écoute... mais je vais vraiment toute faire avant d'être rendu là, vraiment. Je serais ben déçue. Ça serait quasiment comme un échec là. T'sais, je vivrais ça comme un échec, oui. Je le sais, je le sais déjà. Je ne sais pas pourquoi... Ouin... je me mets beaucoup de pression, hen? C'est parce que... c'est comme ça que ça marche chez nous t'sais. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ne pas allaiter, ça serait négatif. Je vivrais un peu de déception. Ben ça serait comme un échec de penser que j'y suis pas arrivée. Pis surtout que dans ma famille proche tout le monde a allaité. Faque là, c'est comme... c'est un peu de pression veut, veut pas. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

La perspective de l'échec et de la déception est au cœur de ces extraits. Pour Cynthia et Sophie, la perception que toutes les femmes de la famille ont allaité met une pression supplémentaire pour la « réussite » de leur allaitement maternel. La verbalisation de cette déception anticipée est souvent accompagnée de propos nuanciant leurs aspirations initiales : « la vie va continuer », « je passerai par-dessus », « je ne vais pas mourir », « je vais faire avec », etc. C'est l'attitude que prend notamment Anaïs :

Faque oui, probablement que je le vivrais comme un échec quelque part, mais t'sais je passerais par-dessus là. T'sais t'avais prévu des trucs et ça marche pas là, mais coudonc, après deux jours on s'y fait. Tu dois un peu laisser tomber des choses que tu t'es imaginée là. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

D'une part, ces discours atténuants modulent leurs propres attentes pour éviter d'être « trop » déçues si l'allaitement ne fonctionne pas. Généralement, ce genre de réflexes psychologiques, de « mécanisme de défense » similaire à la répression des désirs, se présentent quand on tient à quelque chose et qu'on sait qu'une déception serait amère (Press, 2001). D'autre part, il s'agit d'une hiérarchisation des émotions, de ce qui est acceptable ou non. Ce qui se dégage des propos, c'est le désir de se positionner comme raisonnable et tempéré face à des discours qui les happent et dans lesquels elles s'investissent. Il s'agit, au fond, d'une stratégie pour montrer qu'elles sont des mères responsables (l'allaitement étant le choix responsable) sans apparaître obsédées, puisque poursuivre dans un allaitement qui ne convient pas à l'enfant (par exemple, insuffisance de lait, perte de poids ou intolérances) mettrait au contraire à risque leur enfant. Elles n'ont donc pas envie qu'on les perçoive comme un stéréotype de « l'acharnée de l'allaitement ».

Honnêtement, j'espère que ça va bien aller parce que si je regarde ma sœur quand elle a allaité, ça a été l'horreur. T'sais pendant les trois premiers mois l'horreur, elle avait crevasses par-dessus engorgements par-dessus le muguet pis... là, moi si j'avais été elle sûrement que j'aurais arrêté là sérieusement. [...] c'est comme tu veux pas entrer dans un *pattern* comme ça non plus. Tu finis en dépression postpartum parce que ton allaitement n'a pas marché, non, franchement, arrête avant là (rires). (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

La plupart des femmes, bien qu'elles soient dans l'expectative de la déception ou de la tristesse, ne veulent pas être perçues comme « trop » émotives à la perspective d'un arrêt de l'allaitement. Cette fine ligne entre la persévérance et l'acharnement illustre un processus de création de limites et de distinctions. Elles préfèrent se voir comme rationnelles :

Mais si ça ne marche pas, rationnellement, je vais, je vais me raisonner, je vais me dire « voici pourquoi je peux pas, parce que il y a ces choses-là qui arrivent ». (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

De la même manière, quatre participantes se disent sereines à l'idée de ne pas allaiter. Il faut y voir, en partie, une manière de se positionner et de se distinguer face à des personnes imaginaires qui ne seraient pas capables de bien vivre le non-allaitement. Laurence et Joanie expriment ainsi être « zen » :

Ouin, on dirait que je m'attends juste à essayer de l'allaiter et si ça fonctionne pas, ben ça fonctionne pas. Mais si ça fonctionne tant mieux. Je suis comme zen pareil par rapport à ça. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Ah, je suis vraiment zen avec ça. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Je tiens à mentionner que leur attitude peut être liée au fait d'avoir un milieu familial dans lequel l'allaitement maternel n'est pas une pratique courante, et donc, où il serait « mal vu » d'y accorder une « trop » grande importance.

Quatre femmes abordent l'éventualité de ressentir de la tristesse à l'idée de ne pas allaiter ou de devoir arrêter avant d'avoir atteint leurs objectifs. Elles comparent la situation à un « deuil », ce qui montre l'importance qu'elles accordent à cet enjeu :

J'ai vécu pire, je pense, dans ma vie, mais je serais triste. Ouais, je vais être triste. [...] Mais, si ça marche pas, ben j'aurais pas le choix de me résigner à acheter des préparations pis à avoir ma mère qui va me dire : « quelle mauvaise tu es ! Regarde, tu achètes des préparations ! ». Pis je vivrais avec ça. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ben, c'est sûr que j'aurais de la peine. J'aurais un espèce de petit deuil à faire. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

La culpabilité comme émotion potentielle en cas de non-allaitement ou d'allaitement de plus courte durée que ce qu'elles espéraient est également mentionnée :

J'y pense même pas. Moi, c'est évident, là. Je dois le faire pis c'est tout. Y'a pas à discuter. Ne pas le faire, ça va me culpabiliser. Pis je pense pas que je serai bien quand je suis culpabilisée. Voilà. C'est dire, je préfère allaiter que ne pas allaiter. C'est dramatique pour moi de ne pas allaiter. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Je m'inquiérais un peu. Je sais que je poserais tout plein de questions à d'autres personnes ou au médecin pour voir est-ce qu'il y aura des conséquences et tout... C'est sûr que si quelque chose lui arrive, je vais dire : « Oh, peut-être que je l'ai pas allaité... Si je l'avais allaité, peut-être que ça, ça arriverait pas, tsé ? » Je sais que je vais me dire ce genre de choses. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Comme le montre l'extrait d'Aïsha, certaines femmes ont l'impression qu'elles se sentiront coupables de ne pas avoir allaité ou pas assez longtemps si leur enfant a des problèmes plus tard. Le non-allaitement est perçu comme la source potentielle de futurs problèmes de l'enfant. Une lourde responsabilité est donc associée à l'allaitement maternel afin d'éviter des problèmes hypothétiques.

Une seule femme, Ève, anticipe un sentiment de honte. Comme le distingue Niquette (2012), le sentiment de honte serait plus dommageable que celui de culpabilité puisque la femme qui a honte de ne pas allaiter n'ose pas parler de son expérience. Expriment un état de détresse moins intense, la culpabilité ne serait pas aussi nuisible – pouvant même motiver une dénonciation des obstacles à l'allaitement. Pour Ève, il s'agit d'une honte qu'elle peine à cerner, mais qu'elle associe à un corps défectueux :

Pis je serais comme honteuse. Je ne sais pas pourquoi là, mais j'aurais honte t'sais que ça ait pas fonctionné, c'est quoi c'est mon corps qui a pas marché ? Je ne serais pas à l'aise avec ça. Pour moi, ça serait comme difficile, ouais. T'sais comme... Honnêtement, je ne sais pas pourquoi, mais je pense que ça serait... ça irait me chercher plus que de la tristesse. Je pense que ça serait comme... je serais ben gênée de ça, ben mal à l'aise de me dire que j'ai pas réussi. Ouin, c'est plate, mais... (rires). (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Elle précise que cette attitude provient peut-être de ce qu'elle nomme un « mécanisme de protection », puisqu'elle sait qu'elle a moins de chances de pouvoir allaiter que d'autres femmes en raison d'une condition de santé (ovaires polykystiques). De plus, étant tombée enceinte après avoir vécu plusieurs inséminations en clinique de fertilité, elle ne souhaite pas avoir trop d'attentes face à la réussite ou non de l'allaitement maternel. Elle utilise d'ailleurs une métaphore éloquente, celle du marathon, pour exprimer les différents niveaux d'objectifs qu'elle se fixe :

Ben ma réussite... je prends toujours cet exemple-là. La dernière fois que j'ai couru un marathon, j'avais un peu trois objectifs gradués : le finir, ne pas marcher, et l'autre c'est un objectif de temps que je n'ai pas atteint. T'sais, c'est un petit peu la même chose pour l'allaitement, si j'allaite jusqu'à six mois je vais être super contente, mais après ça si j'arrive jusqu'à un an, ben tant mieux ! Pis sinon, ben je vais avoir quand même un enfant. Moi, pour moi, c'est comme le plus grand des cadeaux. Déjà là, ben, probablement à cause de mon historique aussi, mais je suis juste contente d'avoir un bébé et s'il est en santé, wow ! T'sais, pour moi, c'est comme un... t'sais juste de tomber enceinte j'étais contente, juste de vivre ça (rires). (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Avoir un enfant, qu'il soit allaité ou non, reste donc son objectif principal. Sandrine et Sarah ont toutes deux eu un parcours difficile en clinique de fertilité, parviennent à « dédramatiser » la possibilité de ne pas être en mesure d'allaiter :

J'essaie beaucoup d'expliquer que t'sais, dans le fond, nous on était en train de faire le deuil d'avoir un enfant, donc t'sais après ça, si j'ai l'épidurale, si j'ai une césarienne, si j'allaite pas... T'sais, ça va être des mini-deuils, mais... que ça ne sera pas grave. Mais ! Dans un monde idéal, je ne veux pas d'épidurale, je ne veux pas de césarienne, je veux accoucher en maison de naissance, être en un morceau à la fin (rires) et allaiter, ça fait comme partie de mon monde idéal et je vais continuer de dire ça. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

T'sais je me dis que c'est quand même un bébé *in vitro*, donc j'en ai eu des deuils à faire avant et des difficultés, donc je me dis que ça se peut que ça soit pas d'emblée ça qui se passe. C'est pour ça que je suis très ouverte, j'me dis que ça se peut, mais il y a comme une partie de moi qui fait « Ah non, t'sais, c'est pas ça que j'aimerais ». C'est ça. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Il est aussi possible de poser l'hypothèse qu'elles ne souhaitent pas se faire d'attentes précises de ce que pourrait être l'allaitement maternel, pour éviter la déception.

5.3.5.1 Rapport à l'inconnu de l'allaitement

Comme l'ensemble des participantes sont enceintes de leur premier enfant, le fait de ne jamais avoir vécu soi-même l'allaitement influence leurs appréhensions. Pour certaines des femmes que j'ai rencontrées, il peut être anxiogène de ne pas savoir à quoi s'attendre. Voyons par exemple comment Sarah, Aïsha et Bintou expriment craintes et appréhensions par rapport à l'allaitement maternel :

J'en ai mille ! (rires) parce que je ne sais pas comment ça va se passer. Vraiment ! Je pense que ça m'inquiète quand même beaucoup, mais... je suis quand même très excitée de le faire. T'sais, j'ai le goût de le faire, mais c'est du jamais vu, jamais vécu, oui, c'est plus ça. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Je me demande comment ça va se passer. Surtout la première tétée. Est-ce que, je me pose en fait beaucoup de questions. « Est-ce que je vais réussir ? » « Est-ce que ça va bien se passer ? » Est-ce que... (soupir) [...] On se lance dans l'inconnu [avec la maternité]. Même l'allaitement. J'ai jamais allaité. Avec le deuxième, peut-être que je dirai « OK, j'ai déjà eu l'expérience une fois ». On se fait des idées et puis on espère que ça va se passer comme ça. Sinon, on se lance dans l'inconnu, on a toujours des peurs. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

Ouais, c'est le stress total, *my goodness ! (rire)* J'ai toujours été stressée, mais... Pis aussi, t'sais, tomber enceinte c'est pas facile non plus, là ! Physiquement, moralement... Pis ce qui s'en vient, on pense aussi : « Oh ! Est-ce que je vais être capable d'accoucher, est-ce que je vais être capable de faire l'allaitement et tout ? » Fait que on se pose plein de questions, pas de réponses. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Ne pas savoir comment ça va se passer et la possibilité que l'allaitement ne puisse pas avoir lieu sont des sources de stress pour plusieurs femmes rencontrées. Malgré les cours de préparation à l'allaitement, la plupart des femmes ne se sentent pas vraiment « préparées ». De plus, considérant que chaque allaitement et chaque dyade mère-enfant sont différents, elles ne croient pas qu'il soit réellement possible de savoir à quoi s'attendre. De plus, comme l'indique Sarah, au sujet de l'extraction du lait, il n'est pas possible de se pratiquer, de s'y préparer concrètement :

Ben, ça m’effraie un peu parce que je ne sais pas trop comment faire là. C’est pas quelque chose que je peux pratiquer avant que ça arrive là (rires), mais j’aime l’idée. T’sais si, oui, ça m’effraie un peu t’sais dans... t’sais bien stériliser, gérer le roulement du [lait extrait] gelé pis t’sais, tout ça, c’est quand même. Alors que simplement j’aurais pas rien d’autre à faire. [...] Ça m’effraie parce que je ne connais pas. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ce rapport à l’inconnu de l’allaitement et l’impossibilité de s’y pratiquer amplifient en quelque sorte les appréhensions des mères en la matière.

5.4 Conclusion de chapitre

Ce chapitre présente les aspirations initiales des femmes en matière d’alimentation du nourrisson, leurs appréhensions ainsi que dix préconceptions entretenues par les participantes – préconceptions reflétant notamment les récits d’allaitement de leur entourage ou de leur famille, et les messages de santé publique. On constate que certaines femmes se questionnent énormément en période prénatale sur leur désir d’allaiter et sur ce que deviendra leur réalité de mère allaitante. De fait, le chapitre témoigne de l’incorporation du discours de promotion de l’allaitement par les femmes, dans la mesure où tous les arguments qu’elles avancent pour justifier leur décision d’allaiter figurent dans le discours officiel de la santé publique en matière d’allaitement (facilité, nature, santé, pratique, etc.). Plusieurs femmes sont conscientes et critiques de la pression exercée par le milieu de la santé, et elles justifient leur décision d’aller dans le sens de cette norme sociale en mobilisant des arguments (naturalité, normalité, etc.) qui ne se limitent pas la santé de l’enfant. Celle-ci demeure la raison la plus fréquemment évoquée, ce qui s’inscrit dans l’idéologie de la maternité intensive, pour laquelle les besoins de l’enfant priment sur le bien-être de la mère.

Le discours du choix individuel est mobilisé lorsque les femmes parlent de leur décision d’allaiter. Le paradoxe est frappant : l’allaitement est un choix individuel, mais le *bon* choix reste l’allaitement. Le discours de la « liberté du choix individuel » mobilisé par les participantes ignore les rapports sociaux qui traversent la vie des femmes, ainsi que les contraintes qui balisent leur liberté, tant individuelle que collective. L’allaitement est présenté comme le seul choix « sain » et même « moral » en raison des bénéfices pour la santé de l’enfant. On peut en déduire que s’il est facile pour les femmes de « choisir » l’allaitement, c’est que ce « choix » est enraciné dans une certaine tradition et conditionné par la contrainte d’une norme sociale.

Comme le montrent les résultats, ce choix ne prend généralement pas en compte l'avis de l'autre parent, voyant cette décision comme revenant aux femmes en raison des implications pour leur corps et de la division sexuée du travail – où les décisions relatives aux enfants relèvent de la responsabilité des mères. Notons toutefois que les analyses indiquent que les pères s'offusquent du non-allaitement plus que du contraire.

Les femmes de l'étude avaient déjà pris leur décision concernant l'alimentation du nourrisson avant d'assister aux cours prénataux. Les cours prénataux sont perçus comme un moyen de convaincre celles qui hésitent encore d'opter pour l'allaitement maternel. Le fait que les cours prénataux soient pro-allaitement est l'information transmise la mieux retenue des femmes. Les informations concernant les PCN s'y font rares. Peu d'informations ont été transmises ou retenues à propos des difficultés possibles de l'allaitement, du déroulement de l'allaitement, du processus physiologique de lactation, des signes de faim du nourrisson, de la tétée efficace, etc. Tout comme le rapportait le Commissaire à la santé et au bien-être (2011), il semble que l'accent des cours prénataux soit principalement mis sur la promotion de l'allaitement au détriment de l'éducation à l'allaitement. Les femmes ont l'impression d'avoir assisté à une tentative de persuasion, pour qu'elles allaitent leur enfant de manière exclusive et le plus longtemps possible.

En ce qui a trait aux aspirations d'allaitement en période prénatale, les résultats indiquent que les recommandations de la santé publique concernant la durée minimum de l'allaitement (six mois) sont assez connues et que les femmes souhaitent la suivre. Toutefois, la poursuite jusqu'à deux ans et plus est perçue comme superflue et une seule femme en fait un objectif d'allaitement. Comme il a été démontré dans d'autres études (Dowling et Brown, 2013), la volonté d'un allaitement de longue durée rencontre des réticences en raison de la stigmatisation sociale de cette pratique. Les aspirations concernant l'exclusivité de l'allaitement maternel sont très variables. Globalement, leur désir d'allaiter est jumelé à diverses appréhensions, tel que la douleur, l'insuffisance lactée, la co-dépendance et l'investissement physique et mental exigé de la mère. Les appréhensions sont le plus souvent alimentées par des histoires d'allaitement difficiles racontées par les femmes de leur entourage. Les femmes ayant vécu un allaitement positif semblent être moins enclines à partager le détail de leur expérience, probablement pour ne pas augmenter la pression ressentie par les mères en devenir.

La santé de l'enfant, le côté pratique de l'allaitement maternel et la perspective de vivre une expérience privilégiée avec leur enfant sont les principaux motifs pour allaiter. Ainsi, l'allaitement est présenté à différents niveaux comme salvateur : il permettrait de sauver du temps, d'économiser de l'argent, de transformer l'expérience de la maternité en quelque chose d'épanouissant pour les mères. À ce stade, cependant, ces représentations pourraient se révéler tout à fait idéalisées et ne pas correspondre aux vécus et réalités des mères. C'est ce que je me propose d'examiner au prochain chapitre.

CHAPITRE 6 : Les réalités postnatales de l'allaitement : désillusions, ambivalence et transformations dans les discours

Quand l'expérience n'est pas à la hauteur des attentes des mères, une faille se crée dans l'image idéalisée de l'allaitement salvateur qui a été présentée dans le chapitre précédent. Dans de tels cas, des écarts entre les aspirations initiales des mères interrogées, associées à leurs préconceptions, et les réalités de leur allaitement se créent. Dans le présent chapitre, j'explorerai ces écarts en portant attention aux tensions entre aspirations initiales des femmes, recommandations officielles de la santé publique et réalités d'allaitement. Ce chapitre permettra ainsi de mettre en évidence l'évolution des discours des femmes à l'épreuve de la réalité. Dans la mesure où il existe une diversité d'expériences et de parcours d'allaitement ou de non-allaitement, une multiplicité de processus sociaux sera décrite.

Tout d'abord, j'aborderai les pratiques d'allaitement des mères en termes de durée et d'exclusivité. J'approfondirai plus précisément les différentes modalités d'allaitement adoptées par les mères, dont l'utilisation du tire-lait et l'introduction précoce de la nourriture solide. Les arrêts précoces seront détaillés, en accentuant les raisons formulées et le vécu. Les résultats rendront aussi compte de la prégnance d'ambivalences dans les récits des femmes rencontrées. Je reviendrai alors sur les préconceptions des mères, de manière à présenter les modifications majeures dans leurs discours. Je conclurai ce chapitre par une typologie des vécus de l'allaitement maternel, afin de rendre compte de la diversité des vécus.

6.1 Au-delà des critères officiels de l'allaitement « réussi » : les pratiques effectives des mères

Parmi les vingt participantes, une femme n'a pu être rencontrée en postnatal et une ne souhaitait pas allaiter. Quatorze femmes allaitaient encore au moment du second entretien, qui a eu lieu après six mois post-partum tandis que quatre femmes avaient cessé d'allaiter leur enfant. Parmi celles-ci, le moment de l'arrêt est survenu entre le cinquième jour et le quatrième mois et demi post-partum. Donc, dans l'ensemble, les femmes de mon échantillon ont allaité plus

longtemps que ce que nous indiquent les statistiques les plus récentes sur les pratiques d'allaitement des femmes canadiennes (ASPC, 2018)⁶⁸.

Bien que la majorité des mères aient allaité au-delà de six mois, aucune n'a nourri exclusivement *au sein* tel que recommandé par l'OMS. Suivant le cas, l'extraction du lait était une pratique occasionnelle ou courante. Dans les sous-sections suivantes, j'explorerai les changements dans les objectifs de durée de l'allaitement l'utilisation du tire-lait, l'introduction précoce de la nourriture solide et les arrêts d'allaitement.

6.1.1 Évolution des aspirations en termes de durée : le prolongement surprenant

En termes de durée de l'allaitement maternel, certaines femmes ont modulé leurs aspirations initiales en fonction de leur expérience. Pour la plupart, elles avaient initialement prévu allaiter pour un maximum de six mois, mais ont décidé de poursuivre au-delà.

L'écart entre les aspirations et les pratiques réelles peut dépendre ou non de la décision de la mère. Par exemple, Bintou exprimait en période prénatale l'espoir de mener un allaitement mixte, ce qui s'est révélé impossible puisque son enfant n'accepte pas le biberon de PCN. Elle ressent donc l'obligation de continuer à allaiter au-delà de son objectif initial de six mois, d'autant plus qu'elle ne souhaite pas utiliser de tire-lait :

Je me disais que j'allais allaiter jusqu'à 6 mois, c'est ce que je t'avais dit. Là je crois que dès qu'il va commencer à bien boire son biberon, je l'obligerai à arrêter parce que pour moi mon objectif a été atteint. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

À l'inverse de Bintou qui espère pouvoir se décharger de cette tâche, quelques femmes se surprennent à allaiter plus longtemps qu'elles ne l'avaient prévu et à avoir de la difficulté à envisager un éventuel sevrage. Par exemple Jacquie, qui ne voulait pas dépasser six mois, déclare au moment de notre second entretien avoir décidé d'arrêter seulement lorsque son fils sera complètement désintéressé, même si elle se dit prête (psychologiquement/mentalement) à arrêter :

Ça m'étonne de moi, mais sinon... C'est juste que je pensais pas... Ouais, je m'étais dit bon je vais faire mes devoirs pendant six mois... non c'est sûr que si ça se passe bien c'est quand

⁶⁸ Selon les plus récentes données canadiennes, 90 % des femmes initient l'allaitement à la naissance de leur enfant. Parmi ces femmes, 26 % le font exclusivement jusqu'à six mois tandis que 25 % cessent avant que leur bébé ait atteint l'âge d'un mois (ASPC, 2018).

même quelque chose d'assez particulier. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

De ce fait, les limites personnelles que Jacquie s'était initialement fixées ne tiennent plus. L'arrêt de l'allaitement est, au moment où l'on se rencontre à nouveau, entre les mains de son fils. Elle cessera quand il ne voudra plus téter. Il y a donc un changement de vision face à l'allaitement prolongé et au sevrage naturel. J'aborderai dans la section 6.2 ce qui explique ce changement.

Dans le cas de Sophie, elle ne souhaitait pas se mettre de pression concernant la durée de son allaitement, mais souhaitait minimalement donner le colostrum et espérait allaiter jusqu'à neuf mois ou jusqu'à pouvoir faire la transition vers le lait de vache⁶⁹, sans pour autant se mettre de pression. Dans son entretien prénatal, elle avait clairement exprimé de la réticence concernant l'allaitement prolongé. Son discours postnatal est grandement modifié.

Parce que moi et mon chum, les deux, on s'était dit : « Non ! Des enfants qui marchent et qui vont voir, tirer le chandail, comme il me semble que c'est... » Pour nous, on n'était pas à l'aise là-dedans. Ça fait que là, je vais voir. Je trouvais ça bizarre aussi, mettons tu donnes le sein et que tu as les petits pieds qui dépassent ! Mais ma fille est super longue ! Ça fait que ça n'a pas été long que les pattes lui ont ressorties. Tu sais, elle avait juste quatre mois ! Tu te dis : « Je vais-tu arrêter de l'allaiter juste parce qu'il y a les petites pattes qui dépassent ? » Et puis là, évidemment elles continuent à grandir ces petites pattes-là. Ça fait qu'on va voir. Tu sais, mettons jusqu'à un an. Et après ça, rendue à un an, eh bien je verrai comment ça va et comment je me sens là-dedans (*rires*) (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Le fait qu'elle n'ait pas fait face à des difficultés nuisant à son allaitement maternel la pousse à continuer et à se fixer des objectifs à la hausse en cours de route. Dans cet extrait, on constate un assouplissement des critères initiaux d'arrêt.

Ainsi, dans ces trois exemples, on constate que les aspirations en termes de durée se modulent selon les parcours d'allaitement des participantes. Autant pour les extraits de Jacquie que ceux de Sophie, on constate qu'un flou persiste dans leur objectif de durée. Ayant atteint leur objectif minimal, elles ne le remplacent pas par un objectif maximal. Lorsque je les questionne plus avant sur leurs perspectives de sevrage, elles n'ont donc pas de limite précise en tête, elles veulent continuer d'allaiter jusqu'à ce que ça ne leur convienne plus, à elles ou à leur enfant. On

⁶⁹ Ce type d'objectif ne renvoie pas à une durée fixe, mais à moment de transition dans le développement de l'enfant. La recommandation des autorités de santé publique à ce propos indique que, pour le nourrisson en bonne santé et dont l'alimentation est équilibrée, le lait de vache entier à 3,25 % de matières grasses peut être intégré à partir de neuf à douze mois (Mieux Vivre, 2018).

remarque ainsi une ouverture à l'allaitement prolongé, qui était quasi-inexistante lors des entretiens prénataux.

Finalement, les femmes se sentent surveillées sur la durée de leur allaitement. Elles rapportent que la question « quand vas-tu arrêter d'allaiter ? » leur est fréquemment posée par le conjoint ou l'entourage. Une pression sociale à sevrer l'enfant semble apparaître pour certaines vers les six mois post-partum. La décision des mères concernant la durée de leur allaitement est donc « sous surveillance » comme le souligne également Cindy Stearns (2011).

6.1.2 Les expériences de tire-allaitement

En période prénatale, les mères de l'étude envisageaient d'extraire leur lait pour quatre raisons principales : 1) les cas d'urgence, 2) une certaine liberté et mobilité, 3) pour faire plaisir à leur entourage en leur permettant de donner des biberons de lait maternel à l'enfant et 4) par nécessité. Autrement dit, le tire-lait apparaissait pour plusieurs comme une sortie de secours, en cas de complications ou en cas d'indisponibilité de leur part (déplacements, ou autres). Le tire-lait semblait être l'option idéale pour conserver de la mobilité sans ressentir la culpabilité de ne pas donner le « meilleur » lait; culpabilité attendant potentiellement les mères qui opteraient pour des biberons occasionnels de PCN.

En période postnatale, on constate que les raisons menant à l'utilisation du tire-lait sont légèrement différentes. La plupart des mères ont utilisé le tire-lait pour stimuler leur production ou par sentiment d'obligation, par exemple dans des situations où l'enfant avait du mal à prendre le sein, mais acceptait le biberon de lait extrait.

En général, les mères n'ont pas rapporté de bonnes expériences dans l'utilisation du tire-lait. Elles avaient initialement mis beaucoup d'espoir dans le fait de pouvoir se faire facilement des réserves de lait congelées pour gagner en liberté et mobilité, mais elles notent que, rapidement, cette avenue s'est présentée comme une tâche supplémentaire dont les exigences sont considérables : extraire, chauffer, laver et stériliser l'appareil et les biberons. Elles expliquent que le temps qu'elles doivent prendre pour exprimer le lait, en plus de celui qu'elles consacrent déjà à l'allaitement au sein, ainsi que celui qui est nécessaire au nettoyage et à la stérilisation ne représente pas du tout un avantage.

J'avais attendu un mois. C'était vraiment décevant. C'était pas très exigeant parce que je pouvais écouter Netflix, puis me « plugger » là. Mais il y avait tellement rien qui sortait ! Fallait que je le fasse pour stimuler. Je me retrouvais à le faire six fois par jour, plus le bébé. J'étais tout le temps en train de gérer mes seins. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Laurence avait mis beaucoup d'espoir de liberté dans l'extraction du lait. Une fois confrontée à la réalité, elle constate que ça lui demande d'ajouter des tâches à sa charge de travail.

Même en situation d'épuisement, le calcul des mères révèle que ce n'est pas la solution miracle qu'elles avaient imaginée. Elles préfèrent donc parfois s'abstenir de le faire et continuer à allaiter directement au sein :

Pis mon chum m'a offert, à un moment donné, parce que j'étais trop fatiguée, de donner le biberon pis j'ai refusé, parce qu'en bas de quatre mois, toute façon, les biberons il faut que tu les désinfectes dix minutes... Je regardais ce qu'il fallait faire, pis j'étais découragée. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

En concordance avec les discours en période prénatale, les mères n'ont pas l'intention de donner elles-mêmes des biberons de lait extrait si l'allaitement au sein fonctionne.

Par ailleurs, la division sexuelle inégalitaire du travail domestique est frappante, puisqu'aucune mère ne mentionne que leur partenaire se charge des tâches connexes à l'extraction, telles que le nettoyage et la stérilisation du matériel. Une implication plus grande du père dans les tâches associées à l'extraction diminuerait certainement le sentiment de désavantage qui ressort des calculs coûts-bénéfices des mères.

Ce que je déteste, vraiment j'hais j'hais j'hais, c'est laver le maudit tire-lait manuel. Il y a tellement de parties ! (rires) Non, ça j'hais ça ! Si c'était pas de le laver, je serais bien contente. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Si certaines pratiquent l'extraction de manière quotidienne, c'est par nécessité uniquement. C'est le cas notamment de Malena et Bachra qui ont des cours universitaires et expriment leur lait pour laisser des biberons en quantité suffisante à la personne qui est auprès de leur enfant pendant leur absence. Le discours du milieu de la santé est que la tétine va nuire à l'allaitement. Pourtant, dans plusieurs situations, la tétine, la téterelle, les biberons occasionnels ou encore le tire-allaitement complet sont ce qui a « sauvé », selon les propos des femmes, leur allaitement. Sans ces options, elles sont convaincues qu'elles auraient tout simplement cessé l'allaitement et se seraient tournées vers de la PCN. C'est d'ailleurs le cas d'Ève, qui fait du tire-allaitement complet

puisque son fils refuse le sein. Elle perçoit cette pratique comme essentielle pour continuer de donner du lait maternel à son enfant :

C'est comme une relation amour-haine avec le tire-lait, parce que t'es comme « pluguée » sur une machine. Des fois je devenais vraiment frustrée « ah, pas encore, j'ai pas envie de me tirer mon lait ! ». Mais j'ai réussi à me trouver une petite routine pour que ce soit agréable. Genre, j'écoute une série télé pendant que je tire mon lait. Ça vient comme un moment pour moi. J'attends que lui il dort, mettons c'est sa sieste, pis je vais tirer mon lait pendant que j'écoute la télé. Ça, ça va. Je trouve que c'est juste du temps de plus à faire quelque chose que je trouve qui est superflu. Si c'était juste facile de l'allaiter, j'aurais pas à le faire. C'est pas comme celles qui tirent leur lait pour faire des réserves dans le congélateur. C'était comme tirer mon lait parce que lui veut pas le sein. Ça me frustrait un peu, par moments. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ève exprime tout de même sa frustration face au tire-allaitement, comme il ne s'agit pas de son premier choix (préférant donner directement le sein). Cette frustration est vécue à différents niveaux. Tout d'abord, il s'agit d'une tâche supplémentaire qui demande du temps et qui ne s'avère pas des plus agréables. Ensuite, le fait de devoir utiliser le tire-lait, puis le biberon comme intermédiaire entre elle et son fils s'oppose à sa vision de la facilité de l'allaitement. On peut également y voir une contradiction avec la représentation de l'allaitement comme chaleureux et intime, dont l'envers est le tire-allaitement froid et impersonnel. Aussi, une part de cette frustration est dirigée contre son fils qui refuse le sein. Finalement, notons qu'Ève a développé une stratégie de divertissement pour composer avec l'immobilité relative que cette pratique exige des femmes.

Dans un autre ordre d'idées, la binarité des discours sur l'allaitement et les PCN entendus dans les cours prénataux et dans le milieu de la santé, tend à faire de l'allaitement mixte un impensé, un angle mort. Les mères considèrent rarement que les deux sont compatibles, puisqu'on leur a dit qu'il fallait choisir entre l'allaitement maternel exclusif, avec au besoin des biberons de lait extrait, ou les PCN. L'épiphanie vécue par certaines participantes, lorsqu'elles découvrent la possibilité de combiner l'allaitement au sein et le biberon de PCN, est frappante.

Personne ne m'avait parlé de l'allaitement mixte ! On m'avait toujours présenté comme l'un ou l'autre, et c'était vraiment un faux débat tout le long. Je me suis sentie à la fois flouée d'avoir été maintenue dans l'ignorance et soulagée de pouvoir me délester en partie de la tâche de l'allaitement. J'ai quand même vécu un mini sentiment d'échec de ne pas réussir [à tirer mon lait], mais en même temps ça m'enlevait tellement de pression sur les épaules ! (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Cela s'explique en plusieurs étapes. Il faut d'abord tenir compte de leur envie de donner « le meilleur lait pour leur enfant », qui implique à l'origine, à supposer que l'allaitement fonctionne,

de préférer tirer leur lait lorsque le besoin se présente. Ensuite, lorsqu'elles constatent le labeur qu'exige l'extraction du lait, elles préfèrent se limiter à l'allaitement au sein à chaque fois que c'est possible. Finalement, au milieu de ces tribulations, les participantes découvrent que l'allaitement mixte n'entraîne pas l'arrêt de l'allaitement anticipé (par exemple pour cause de confusion sein-tétine), les libérant ainsi d'une lourde pression : la combinaison allaitement et PCN leur donnant la perspective d'un allaitement plus long et mieux vécu.

Comme je l'ai mentionné dans le chapitre précédent, Bintou et Aïsha sont les deux seules femmes allaitantes qui n'ont jamais tenté d'extraire leur lait, ce qui est cohérent avec le fait qu'elles se déclaraient à l'aise avec le fait de donner de la PCN, si l'allaitement au sein ne fonctionnait pas, ou de pratiquer l'allaitement mixte. Une hypothèse pourrait être faite à partir de leur positionnalité, à titre de femmes immigrantes racisées noires disposant de faibles revenus familiaux. Certaines études suggèrent que les femmes noires (immigrantes ou non) aux États-Unis auraient moins tendance à utiliser le tire-lait électrique et auraient une préférence pour l'expression manuelle ou l'utilisation de PCN (Chamberlain, McMahon, Philipp et Merewood, 2006 ; Deubel et al., 2019). La principale hypothèse évoquée est économique et résiderait dans un accès restreint au tire-lait. D'après les présents résultats, le tire-allaitement pourrait aussi être perçu comme une pratique « occidentale » liée à la survalorisation du lait maternel. Cette survalorisation marque les discours de promotion du lait maternel et de prévention des risques de la PCN, et s'avère plus prégnante dans les entretiens avec les femmes nées au Québec.

De plus, Bintou et Aïsha ne prévoyaient pas tenter l'expérience d'extraire leur lait puisqu'elles associent cette activité à l'image de la « vache ». Une comparaison fréquente parmi celles qui ont tenté l'expérience :

Je m'assoiais vraiment sur le divan, puis je tirais mon lait devant un film. Il y a juste mon chum qui était là : « Meuh ! » J'étais comme : T'es vraiment con ! (rires) Lui, il trouvait ça bien drôle, mais, tu sais... Moi, je tirais un sein à la fois. Je me voyais pas me mettre à tirer mes deux seins en même temps ! Je trouvais que ça aurait été comme intense, me semble ! Me sentir vache quasiment ! Un peu un, un peu l'autre, c'est correct. Les deux branchés... non ! Je suis pas une machine non plus. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Parmi les raisons qui font que les femmes n'ont pas apprécié leur expérience d'extraction de lait, il y a le fait qu'elles ressentent souvent une déception en ce qui a trait au rapport entre le temps investi et la quantité de lait recueillie.

Tirer du lait, moi j'ai détesté ça. Après une heure, j'ai comme une once. C'est comme dégueulasse. Vraiment désagréable, ça me fait mal. Pis souvent, l'once, bin il est réchauffé, donné au bébé, et bébé en voulait pas, fait qu'il est gaspillé. Je suis comme super insultée... (rires) Fait que j'ai pas aimé beaucoup le tirage du lait, ce que j'avais pas prévu. [...] Ça, j'avais pas vu cette espèce de lien là, je pensais que je tirerais mon lait pis que ce serait plus facile, et qu'il prendrait le biberon. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Dans l'extrait d'entretien précédent, on constate que Sandrine n'avait pas envisagé en période prénatale de faire face à des difficultés d'extraction. On peut poser l'hypothèse que le manque de préparation ressenti de Sandrine à ce sujet provient du fait que, dans les cours prénataux, les professionnelles ne lui ont pas transmis d'informations sur les alternatives à l'allaitement exclusif. Tout comme pour les PCN, l'extraction du lait n'est pas ou très peu abordée. Lorsqu'elle l'est, les participantes rapportent que les professionnelles en parlent surtout comme d'un moyen de stimuler la production lactée et non, par exemple, en tant que solution pour une mère fatiguée qui souhaiterait un répit.

De plus, la quantité recueillie est un enjeu de comparaison entre mères, voire un sujet d'envie pour certaines. Prenons l'exemple de Sophie.

Et puis les premières fois que j'ai tiré du lait, pour de vrai, je tirais genre une once ou deux onces en quarante minutes. Là j'étais comme : « Mais c'est interminable, ça n'a aucun saint bon sens ! Là je voyais, sur les groupes de mamans sur Facebook, il y en a qui tiraient genre deux onces en quinze minutes. J'étais comme : « Oh, mais mon dieu ! Je ne serai jamais capable de faire ça. » [...] On dirait que j'avais peur de ne pas... d'être défectueuse dans le fond. De ne pas être capable de le faire. Et puis là, ma mère, comme encourageante [ton sarcastique], elle dit : « Bien, voyons ! T'en tires donc bien pas beaucoup de lait ! » Elle dit : « À ton baptême, à un moment donné, il y avait quelqu'un qui avait comme accroché le biberon. C'était un 8 onces ». Elle dit : « En 15 minutes, j'avais pompé à la mitaine, et puis j'avais sorti un 8 onces. » J'étais comme : « Ayoye ! Je ne serai jamais capable de faire ça ! » (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Sophie se sent « défectueuse » de ne pas parvenir à extraire autant de lait que les mères sur les réseaux sociaux et que sa propre mère. Face à une faible quantité de lait extrait, son corps lui semble ne pas être assez performant ou adéquat.

À l'inverse, les mères dont la quantité de lait extrait est perçue comme suffisante affichent un sentiment de fierté.

C'est vraiment con, mais au début, t'sais je tirais du lait et ça marchait bien, je n'avais pas de problème de quantité et j'étais comme fière de préparer, d'avoir tous mes petits biberons de prêts. Je ne sais pas pourquoi, c'était niaisieux. Je ne sais pas pourquoi j'étais fière, c'était de

voir que j'étais capable d'en tirer assez, t'sais, je ne sais pas c'est con là. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Au-delà de la fierté ressentie, comme le rapportent Janice Morse et Joan Bottorff (1988), à la vue de la grande quantité de lait recueillie, la confiance qu'elles ont en leur allaitement augmente.

L'extraction manuelle ou avec un tire-lait survient tôt dans le parcours d'allaitement de la grande majorité des participantes. Dès les premières heures de vie du nourrisson, les infirmières recommandent d'extraire manuellement le colostrum pour le donner à l'enfant et d'utiliser un tire-lait leur production pour stimuler la montée de lait. Plusieurs des femmes dont la première mise au sein a été retardée (en raison par exemple d'une césarienne) et celles qui ont connu des difficultés d'allaitement au retour à la maison rapportent avoir subi des pressions de la part du milieu médical pour extraire leur lait :

Ça, il y a eu de la pression pour ça au CLSC. C'était comme : que tu n'allaites plus, c'est correct, mais que tu tires ton lait, ça serait bon. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Pour Sophie, la pression pour tirer son lait provient de son conjoint, qui prend un congé de parentalité prolongé et qui craint de manquer de lait lorsque Sophie est au travail :

Parce que tu sais, même des fois, il est là : « Chérie, je trouve que tu ne tires pas vraiment ton lait. » Là, je suis comme : « Attends, tu me niais-là ? » Déjà que j'allaites, ça me prend du temps. Et puis là, il faut que je travaille et puis là, tu sais, de tirer mon lait, en plus, ça prend du temps. Ça fait qu'on dirait que présentement, je suis moins en mode « il faut que je tire mon lait », surtout qu'on en a quand même encore dans le congé. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

En plus de la non-reconnaissance par son conjoint du travail d'extraction exigé, Sophie sent qu'elle manque de temps pour effectuer toutes les tâches que l'on exige d'elle au travail et à la maison. L'extraction quotidienne est, dans son contexte de retour au travail, perçue à la fois comme une tâche nécessaire (pour que son enfant boive son lait) et comme une tâche désagréable qui demande beaucoup de temps.

Finalement, malgré les biberons de lait maternel, aucune femme ne remet en question l'allaitement exclusif. Tout comme en période prénatale, les femmes ne conçoivent pas l'allaitement exclusif comme strictement au sein. Bien qu'elles ne se soient pas mis de pression particulière pour que leur enfant boive exclusivement au sein (la majorité de notre échantillon jugeant le contenu plus important que le contenant), les attentes de l'OMS (allaitement exclusif au

sein) semblent peu réalistes, voire susceptibles d'être néfastes pour les mères qui tenteraient de les atteindre. Il y a donc un décalage entre cette conception normée d'un allaitement dit réussi et le vécu des femmes rencontrées.

Le décalage va plus loin. Certaines considèrent avoir allaité exclusivement en ayant pourtant complétement à une ou quelques reprises lors des premières semaines de vie de l'enfant, ce qui, dès lors, met automatiquement fin à l'allaitement dit exclusif selon la définition qu'en pose la santé publique. Il peut ainsi sembler « strict » de catégoriser d'allaitement mixte, un allaitement continu pendant six mois, mais ponctué par un ou quelques biberons de PCN en début de parcours. En ce sens, les mères se réapproprient cette notion d'exclusivité de l'allaitement et en modifient la définition leur compte.

6.1.3 Introduction de la nourriture solide

La majorité des femmes qui ont décidé de recourir à la nourriture solide plus tôt que ne le recommande l'OMS ont suivi les conseils d'une professionnelle de la santé. Ce résultat peut paraître surprenant, mais souligne la tension nécessaire entre santé publique et soins cliniques. Le rôle de la santé publique, en effet, est de formuler des recommandations officielles et universelles pour améliorer la santé de la population d'un point de vue général ; tandis que le rôle des cliniciennes est de fournir des soins à des personnes, ce qui implique de prendre en compte des facteurs individuels.

Cela dit, la majorité des mères rencontrées n'ont pas suivi de manière exacte les recommandations de ces professionnelles lorsqu'elles leur ont conseillé d'introduire précocement les céréales ou les purées. Il y a même une certaine résistance à l'introduction des solides avant six mois chez certaines participantes. Prenons le cas de Malena, qui s'est fait recommander par une infirmière de débiter la nourriture complémentaire à quatre mois :

Mais l'infirmière, quand il est allé pour les vaccins aux 4 mois, l'infirmière a dit que je pouvais lui donner des céréales, parce qu'il était bien, il était grand, il était très agile. Mais je me suis dit : « Je vais attendre ». (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

Malgré cette recommandation, elle a décidé d'attendre et a finalement débuté une fois l'enfant âgé d'environ cinq mois. Sa résistance est fondée sur l'incohérence à ses yeux entre le discours de

l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et la recommandation de l'infirmière d'introduire des céréales à quatre mois.

Pour sa part, Bachra a eu l'idée d'introduire la nourriture solide à partir de ses propres observations, mais a attendu l'approbation de son médecin de famille avant de procéder :

Je veux dire, avant, à tous les trois heures à peu près, il mangeait. Là, je voyais, des fois, à chaque heure, il avait besoin. Ce n'était plus assez pour lui, il a besoin de manger d'autre chose. Comme, à chaque mois, on l'amène chez le médecin de famille pour voir. Elle aussi, elle nous a dit qu'on peut commencer. Il était déjà assez grand, il a besoin de plus que le lait. (Bachra, 24 ans, racisée arabe, immigrante syrienne, RFF, suivi médical)

Pour certaines, l'approbation d'une professionnelle de la santé semble rassurante pour confirmer ou valider leur décision d'introduire de la nourriture solide avant l'âge de six mois. L'observation empirique est souvent au centre de cette prise de décision. Prenons Sophie, qui ne mentionne pas dans son récit l'approbation médicale, mais plutôt des indicateurs précis – tels que la posture, l'intérêt envers la nourriture et son sentiment de produire moins de lait – en fonction de ce qu'elle constate dans sa vie quotidienne avec son enfant :

Elle a commencé à manger du solide, elle avait quatre mois et demi. Et puis, moi, en tout cas, clairement... elle a toujours eu une super de bonne posture, ma fille. Elle se tient comme super droite. Et puis, elle a commencé, on mangeait et puis, elle regardait et puis elle était vraiment intéressée à la nourriture. Mais au-delà de ça, c'est sûr si elle n'avait pas été prête, je ne l'aurais jamais fait. Mais je sais que, moi, principalement, j'ai commencé à... tu sais, on aurait pu attendre avant de commencer à lui donner. Moi, principalement, c'était vraiment parce que je sentais la diminution de lait. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Sophie est dans une position particulière puisqu'elle travaille en périnatalité en tant qu'accompagnante à la naissance et que sa sœur est sage-femme. Elle a donc des connaissances préalables ainsi qu'un réseau qui peut l'informer, ce qui lui permet d'appuyer sa décision à la fois sur un savoir expert et un savoir expérientiel.

Pour certaines participantes, c'est plutôt la pression de l'entourage qui les a incitées à introduire de la nourriture solide. Dans le cas d'Ève, qui vivait des difficultés d'allaitement, c'est en particulier cette pression qui l'a amenée à demander à son médecin si elle pouvait donner de la nourriture solide. Son médecin lui a dit qu'il était tout à fait possible de débiter les aliments solides à l'âge de quatre mois :

Mais à un moment donné, on dirait que j'ai comme plié à la pression de tout le monde autour. J'ai comme fait « okay, je vais commencer les solides, d'un coup que finalement c'est vrai que ça va aider ». J'en ai parlé avec le médecin. Le médecin m'avait dit qu'à quatre mois je pouvais commencer. Ouais, mais les recommandations c'est six mois, elle dit « ouais, mais on est comme assez libéral. Même si les recommandations officielles c'est six mois, si tu sens que ton bébé a faim, tu peux lui en donner. » J'avais fait, bon, si mon médecin dit que c'est correct, même si c'est pas les recommandations officielles, je vais essayer. Finalement, ça a pas du tout aidé. Ça a rien changé. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Elle a finalement débuté à cinq mois et n'a pas constaté de différence dans le comportement de son fils au sein. Dans cet extrait, on constate qu'Ève, qui est médecin résidente, accorde du crédit à l'avis de son médecin, mais décide tout de même d'attendre un mois avant d'introduire la nourriture solide dans l'alimentation de son fils, se rapprochant ainsi des recommandations officielles. En général, on introduit tôt les solides, en effet, dans l'espoir de faciliter la vie des mères, par exemple en supposant que l'enfant qui mange boira moins. Pour Ève, la situation ne s'est pas améliorée, mais pour la majorité des participantes qui ont décidé de commencer la nourriture solide, ce changement est vécu positivement. Elles mentionnent que ça permet au conjoint de s'impliquer dans l'alimentation de l'enfant, d'espacer les boires et d'être elles-mêmes moins demandées par l'enfant ou moins co-dépendantes.

En réalité, on constate une zone grise entre quatre et six mois, les recommandations variant selon les enfants. Pour les professionnelles de la santé que ces mères ont rencontrées, quand le bébé est prêt, il n'y a pas à craindre d'impact sur le système digestif. Mais qui décide quand l'enfant est prêt ? Ici, on voit que ce sont les mères qui ont le dernier mot tout en étant influencées à la fois par les professionnelles, l'entourage et le discours pro-allaitement exclusif jusqu'à six mois. Notons que cette zone grise n'a pas été abordée par les professionnelles de la santé rencontrées par les participantes en période prénatale.

Bien que les professionnelles de la santé semblent encourager l'introduction des solides vers quatre mois, les mères réagissent de manières différentes aux contradictions entre les recommandations officielles et celles de leur professionnelle de la santé. Chez certaines, ces contradictions peuvent occasionner des ambiguïtés, par exemple à savoir si l'allaitement exclusif jusqu'à six mois est susceptible de nuire au développement de l'enfant, quand ce dernier se montre prêt à manger des solides à quatre mois. Pour celles qui s'étaient initialement fixé un objectif d'allaitement exclusif jusqu'à six mois, s'alignant sur les recommandations officielles, il peut être surprenant, voire déroutant, d'apprendre que certaines professionnelles de la santé conseillent de

commencer les aliments complémentaires entre quatre et six mois, tout en continuant à donner du lait maternel. Il peut en effet être difficile de se départir du discours sur les vertus des six mois d'allaitement exclusif, servi en période prénatale et bien intégré par les participantes. Certaines vont donc privilégier le « respect obsessionnel de la "norme" » (Grignon et Grignon, 1981 : 216).

Dans le prochain chapitre, je présenterai comment la positionnalité des femmes joue sur ces prises de décision, c'est-à-dire ce qui fait qu'elles vont plutôt se fier aux conseils des professionnelles de santé, aux recommandations de l'OMS, à leur entourage ou à leurs propres impressions.

6.1.4 Arrêts précoces

Bien que certaines femmes s'étonnent d'aspirer à un allaitement plus long que prévu, d'autres ont cessé de manière précoce, dans la mesure où l'arrêt est survenu plus tôt que ce qu'elles avaient anticipé. Comme je l'ai mentionné précédemment, quatre femmes sont dans cette situation. La manière de vivre cet arrêt est différente selon les femmes, en fonction de leurs motivations initiales, d'une part, et des difficultés rencontrées, d'autre part. Quelles que soient les différences, cependant, « soulagement » est un terme qu'elles emploient toutes pour décrire l'arrêt de l'allaitement, surtout lorsqu'il est motivé par un facteur extrinsèque.

Dans la littérature, la majorité des études consultées rapportent des sentiments passagers de tristesse, déception, honte, regret, culpabilité et deuil pour les femmes qui ne parviennent pas à allaiter ou seulement sur une courte durée (Bayard, 2008 ; Blum, 1999 ; Dykes et Williams, 1999 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Héon et Martin, 2013 ; Moreau, Tahon et Daigle, 2010 ; Murphy, 1999 ; Niquette, 2014). Bien qu'elles mentionnent avoir été soulagées lors de l'arrêt, le vécu des quatre femmes de la présente étude ne fait pas exception. À titre d'exemple, Malena a cessé son allaitement après trois mois bien qu'elle ait eu comme objectif une durée d'allaitement d'au moins six mois :

J'étais mal parce que je pensais de donner plus longtemps. C'était un peu moins que ça. [...] Non, j'étais pas contente, parce que je sais les bénéfices du lait maternel, mais... Mais mon mari m'a dit : « Les choses, c'est pas comme tu penses »... parce qu'il a vu que j'étais mal, qu'il avait faim et il m'a dit : « C'est bien avec le *tete* [biberon, en espagnol], il n'y a pas de problème ! » (*rire*) (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

Son regret et son sentiment de culpabilité sont associés aux aspects santé de l'allaitement maternel. C'est aussi le cas pour Aziza, qui a cessé d'allaiter six semaines après la naissance de son fils à la suite de nombreuses difficultés, telles que d'importantes douleurs :

C'était vraiment dur sur le moral, pis je l'ai senti quand le lait est parti pis que mes hormones se sont stabilisées, ah j'étais soulagée ! Des fois, j'y repense et j'ai un peu de regret. Oui. C'est comme si... oui c'est resté. Par rapport à lui. Oui. Pour lui. Genre je me dis comme les autres bébés ont plus d'anticorps, ils ont... Mais quand je le vois qu'il est solide, je me dis non, ça va (rires). (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Comme on le voit dans les extraits de Malena et d'Aziza, lorsqu'il y a arrêt précoce de l'allaitement, un certain regret est exprimé, souvent, en comparaison avec la santé des autres enfants. Toutefois, un recadrage s'effectue rapidement et l'aspect santé est relativisé, par la mère elle-même, par le père de l'enfant ou d'autres membres de l'entourage.

Quant à elle, Laurence a également vécu l'arrêt de l'allaitement comme un soulagement. Dans son journal de bord, une entrée indique le moment précis où elle est parvenue à « lâcher prise » face à sa volonté de poursuivre l'allaitement malgré un manque de production et plusieurs tentatives pour y remédier :

À ce moment, je n'avais plus aucun complexe pour la suite des choses. J'étais enfin soulagée. Mon fils devait avoir plus ou moins 4 mois et demi quand j'ai arrêté d'allaiter. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Finalement, Joanie, qui a cessé après cinq jours post-partum, a aussi ressenti un soulagement, mais associé à un autre moment répertorié dans son journal de bord, soit lorsqu'elle a appris que les difficultés d'allaitement ne venaient pas d'elle : « J'ai ressenti un soulagement de savoir que ce n'était pas "ma faute" si ça n'avait pas fonctionné l'allaitement. Je ne m'étais pas rendu compte jusque-là que je me sentais coupable de ne pas avoir réussi à allaiter ». Elle rapporte le moment où elle a constaté qu'elle ressentait une forte culpabilité de ne pas avoir allaité plus longtemps, quand une consultante en lactation à l'hôpital lui explique que l'enfant « devait trop "travailler" pour boire, donc s'endormait » :

Mais quand j'ai réalisé qu'il buvait pas bien parce que c'était trop lent, ça m'a comme soulagée. De me dire que c'est pas moi le problème en tant que tel. Je m'étais pas sentie coupable. On dirait qu'à ce moment-là, j'ai fait comme : Ah, finalement, c'est pas moi, le problème. Ça a fait du bien. J'ai réalisé que je me sentais peut-être un peu coupable sans le savoir, tu sais ? (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Lors de l'entretien postnatal, elle se remémore aussi ses pleurs lors de l'annonce de l'arrêt à sa belle-mère :

Moi, mon stress, c'était vraiment les gens, qu'est-ce qu'ils allaient dire. Même si je savais que mon monde ne juge pas... À un moment donné, je pleurais en le disant à la mère à mon chum : « Ben là, je ne peux plus allaiter ». Elle dit : « voyons, pourquoi tu pleures ? » Je dis : « Je m'excuse ! ». « Ben, c'est correct ! Le nourris-tu ? » Moi, j'avais peur que les gens soient déçus que je le fasse pas. C'est ça. Que je sois pas capable, genre. Parce que moi, c'était comme clair que j'allaitais, ça fait que, tu sais... J'avais plus peur que les autres soient déçus de moi que moi être déçue de moi. Parce que moi, j'étais comme : « Ben, franchement, je vais pas acheter du lait ! Je peux allaiter, pourquoi j'allaiterais pas ? » J'ai pas pu. On dirait que j'étais tellement « mindée » à dire aux gens : « Oui, je vais allaiter. Moi, c'est sûr que j'allaite. C'est normal, d'allaiter. Pourquoi je le ferais pas si je peux le faire ? » On dirait que pas avoir pu le faire finalement, ça m'a fait comme... (rires) (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Joanie a l'impression que ses sentiments négatifs envers son arrêt d'allaitement viennent du fait qu'elle avait annoncé à son entourage qu'elle souhaitait allaiter, et ce, dans un milieu social où peu de femmes l'avaient expérimenté (sa mère n'avait pas allaité et sa sœur — qui était enceinte en même temps qu'elle — ne souhaitait pas allaiter). Elle a donc l'impression de s'être mis une pression supplémentaire en verbalisant ses objectifs d'allaitement, puis de ne pas les maintenir. Ses sentiments de deuil et d'échec viennent donc d'une crainte du jugement des autres — pas seulement pour ne pas avoir allaité, mais aussi pour avoir changé d'idées.

Dans une étude récente, Sandrine Vallée-Ouimet (2019) met de l'avant que les mères qu'elle a rencontrées vivaient une tension qui se manifestait par un sentiment d'échec, de déception ou de culpabilité lorsqu'elles cessaient l'allaitement, faisant naître le besoin de justifier leur décision. Afin de justifier leur distance par rapport à la norme de l'allaitement, plusieurs participantes de cette étude ressentaient une forme d'apaisement lorsque la justification du choix alternatif reposait sur un facteur extrinsèque, sur lequel elles avaient peu de contrôle (par exemple, une prise obligatoire de médication incompatible à l'allaitement, une insuffisance mammaire diagnostiquée par un médecin rendant l'allaitement difficile, ou encore une prise du sein difficile liée à un frein de langue trop court). Ces remarques se confirment chez les femmes de la présente étude qui ont cessé de manière précoce. Le caractère extrinsèque des facteurs de la cessation atténue le sentiment personnel d'échec dans le processus décisionnel d'arrêt de l'allaitement. Soulignons que bien que je parle de processus décisionnel, Joanie a plutôt ressenti faire un choix sous la contrainte (cesser l'allaitement et donner des biberons de PCN), une réalité qui se serait

imposée à elle (nourrisson qui ne prend pas bien le sein causant une jaunisse, déshydratation et perte de poids de plus de 11 %).

Il faut donc retenir que les pratiques effectives d'allaitement, surtout en ce qui concerne l'exclusivité, se différencient des recommandations officielles de la santé publique et s'arriment plutôt aux réalités vécues. Ces réalités renvoient aux conditions particulières, aux besoins de la mère ou de l'enfant, qui font que le tire-lait, une PCN ou l'alimentation solide apparaissent dans les pratiques d'alimentation des mères rencontrées. Malgré des conditions particulières pour chacune des participantes, une constante se retrouve dans les récits des mères, l'ambivalence dans le vécu de cette expérience. C'est ce que je développerai dans la prochaine section.

6.2 L'ambivalence au cœur du vécu de l'allaitement maternel : « L'allaitement est la plus belle chose que j'ai vécue, mais aussi une des choses les plus exigeantes et difficiles »

Mon petit parasite d'amour, c'est le surnom que Sandrine donne à son fils. Un parasite est défini comme un organisme vivant qui vit aux dépens d'un autre organisme. Au sens figuré, ce terme peut renvoyer à quelque chose de gênant ou d'envahissant. Bref, en liant un terme qui n'a pas particulièrement une connotation positive avec un sobriquet exprimant son affection, Sandrine illustre bien l'ambivalence de l'allaitement.

Dans tous les cas, les femmes formulent des propos nuancés dans lesquels elles reconnaissent que leurs sentiments face à leur allaitement se trouvent en zone grise :

Au début, c'était dur, traumatisant. Tous les adjectifs négatifs... Maintenant, c'est super, j'adore ça. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Il y a des moments magiques et il y a des moments suants. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

C'est un peu comme une épreuve qu'on accepte de faire. C'est un peu comme un marathon. Ça demande du travail et du dévouement. Je dirais. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Au-delà des pratiques effectives d'allaitement présentées dans la section précédente, ce qui retient mon attention est l'ambivalence inscrite au cœur de l'expérience de l'allaitement. De manière générale, l'expérience de l'allaitement n'est pas bonne ou mauvaise, mais les deux. Cette ambivalence et cette complexité dans le vécu sont importantes. Les femmes rencontrées décrivent leur expérience par le biais de métaphores : la métaphore des « montagnes russes », c'est-à-dire

que leur vécu est ponctué de hauts et de bas et se modifie tout au long du parcours, ou encore celle du « marathon », pour évoquer une épreuve de longue haleine, qui peut les rendre fières.

6.2.1 L'allaitement magique : sentiment de puissance et de contrôle

Premièrement, il y a ce que j'appellerai « l'allaitement magique », c'est-à-dire l'allaitement qui procure un sentiment de puissance. L'allaitement est perçu par certaines mères comme magique puisqu'il règle tout, c'est-à-dire qu'il permet le plus souvent de reconforter instantanément l'enfant et faire cesser ses pleurs ou ses crises.

Parfois, j'aurais tellement voulu arrêter d'allaiter, surtout de ses trois jours à trois mois... mais je me redisais que c'était le mieux pour elle. Parfois, c'est lourd, car je sens que je suis la seule qui peut nourrir-rassurer-endormir-calmer-guérir...et parfois c'est hyper valorisant, car je suis la seule qui peut nourrir-rassurer-endormir-calmer-guérir. J'ai ce super pouvoir ! Je pense que depuis que je suis mère, je suis toujours avec deux sentiments, émotions contradictoires. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Plusieurs mères rapportent que l'allaitement apporte apaisement et réconfort à l'enfant, dans les situations de peine, ou encore au moment de l'endormir. Dans l'extrait précédent, on peut souligner la forte ambivalence exprimée par Sarah. Il s'agit de leur « super pouvoir » de mères allaitantes, comme le dit Sarah, ou bien de leur « arme secrète », comme le dit Lyson :

L'allaitement peut paraître comme une arme secrète ou un remède miracle. Par exemple, bébé pleure, une petite tétée de réconfort peut souvent régler le problème. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ce sentiment de puissance s'accompagne, pour certaines participantes, d'un sentiment de contrôle. On pourrait penser qu'il s'agit d'un contrôle sur leur corps selon la nature corporelle de l'allaitement, mais il s'agit plutôt d'un contrôle sur l'enfant et plus largement sur les responsabilités qui le concernent. Certaines femmes admettent que l'allaitement maternel exclusif leur apporte un certain contrôle qui ne serait pas totalement possible avec une autre méthode d'alimentation du nourrisson. La vision du contrôle face à l'allaitement est assez intéressante puisque, d'un côté, nous avons certaines femmes qui affirment qu'il est impossible d'avoir du contrôle sur l'allaitement et qu'un lâcher-prise est essentiel (j'y reviendrai) et, de l'autre côté, certaines vont plutôt affirmer que l'allaitement leur donne du contrôle, non pas sur la pratique en soi, mais sur l'enfant :

Et encore aujourd'hui mon chum dit : « On sent que c'est toi qui as le contrôle » de tout ça. Il dit : « je suis comme à côté. J'ai beau vouloir... C'est toi qui es en contrôle ». Vu ma personnalité, puis tout, j'aime quand même ça. Je le sais, je vais l'avouer. Si c'est mon chum qui avait tout le contrôle sur notre fils, je trouverais ça difficile. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

C'est quand même une belle protection [...] j'ai pas le choix de ravoir ma fille parce que je dois partir l'allaiter. J'ai l'air d'être super protectrice, mais ça fait du bien de se dire « je peux pas te la laisser », c'est moi qui ai un contrôle. C'est comme du bon contrôle pis elle a pas le choix de me revenir. Aussi, je sais quand est-ce qu'elle a bu, je sais pas quelle quantité, je sais dans quel état elle était, moi je sais ce que j'ai mangé. Y a ça. Oui, j'ai l'impression que quand je vais cesser d'allaiter, ou juste le fait qu'elle commence à manger, je vais perdre du contrôle, parce que là il y a des choses qui viendront pus juste de moi. [...] Maintenant, je devrai partager mes pouvoirs. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Dans les deux cas, on constate dans les verbatims qu'il s'agit d'un contrôle qu'elles apprécient. Comme l'indique l'extrait de Sarah, elle qualifie ce rapport à sa fille comme du « bon contrôle ». Pour cette participante, il y a aussi un stress lié à une déresponsabilisation partielle des tâches associées à l'enfant lorsqu'elle arrêtera l'allaitement exclusif. Il s'agit d'une prise de contrôle, ou de charge quasi-exclusive de l'enfant, qui s'est installée avec l'allaitement maternel exclusif. Elle craint de perdre ce contrôle et de « partager ses pouvoirs ». On voit donc qu'à l'opposé de la vision de certaines féministes matérialistes, qui envisagent l'enjeu en termes de contrôle sur le corps de la femme allaitante, ici, les femmes s'approprient elles-mêmes cette notion pour l'appliquer à la gestion de leur quotidien et de leur enfant.

On peut interpréter les propos du conjoint de Roxanne comme une instrumentalisation de ce sentiment de « contrôle », servant à justifier une moindre implication dans les soins de l'enfant. Il est donc possible que ce « contrôle » soit mis sur le compte de l'allaitement, mais qu'il soit attribuable à d'autres facteurs. Par exemple, une faible implication du père dans les soins de l'enfant, y compris dans les dimensions autres que l'alimentation peut entraîner une responsabilisation maternelle.

6.2.2 Variation dans le temps et acquisition de compétences en allaitement

Pour certaines mères, cette ambivalence dans la manière de décrire leur vécu est attribuable à la variation de l'expérience de l'allaitement maternel dans le temps et est d'autant plus manifeste lorsque des douleurs intenses (crevasses, engorgements, gerçures, muguet, abcès, etc.) en début de parcours finissent par se résorber. La variation dans le temps du vécu de l'allaitement est d'ailleurs plus facilement perceptible à la lecture des journaux de bord tenus par certaines participantes.

Plusieurs mères insistent en entretien postnatal sur le fait qu'elles ont oublié l'intensité de leur douleur, fatigue ou détresse des premières semaines ou premiers mois. Pour celles qui ont tenu un journal de bord, se rappeler le chemin parcouru s'est avéré plus aisé. Les journaux de bord apportent ainsi un certain réalisme et de la précision dans les récits, sans que l'écoulement du temps interfère ou amoindrisse les épreuves.

En fin d'entretien, lorsque j'abordais le journal de bord avec les participantes qui en avaient tenu un, il n'était pas rare de susciter des réactions de stupéfaction lors de la mention de certains éléments consignés par écrit, certains souvenirs ayant apparemment été mis de côté dans l'interstice. C'est là l'un des intérêts méthodologiques des journaux de bord, que de permettre de rappeler certains événements ou propos aux mères, tels qu'elles les ont couchés par écrit ; des propos sur lesquels elles ne seraient peut-être pas revenues d'elles-mêmes en entretien. Comme je l'ai prédit lors du choix des méthodes de collecte de données, les femmes ont eu tendance à minimiser l'intensité des moments les plus pénibles de leur allaitement, soit, de manière générale, les premières semaines de vie de l'enfant. Cela s'explique peut-être tout simplement par le temps écoulé entre les événements et le moment de l'entretien. Quoi qu'il en soit, les éléments du quotidien, que ce soit sous forme d'anecdote ou d'expression d'émotions, n'étaient pas aussi détaillés lors de l'entretien postnatal que dans les journaux de bord. Il est par ailleurs vraisemblable qu'écrire au moment précis où nos sentiments sont à vifs, ou alors quand l'expérience est récente, permet une richesse de détail incomparable en termes de contenu. Pour les participantes qui l'ont investi, le journal de bord leur a permis des moments de réflexivité particuliers. Mettre à l'écrit leur vécu les amène à tenter de donner du sens à leurs choix et à leurs pratiques.

L'ambivalence au cœur de l'allaitement maternel se retrouve aussi dans l'évolution du sentiment de compétence des mères. Un passage s'effectue de l'impression d'être nulle et incompétente à la fierté et au sentiment de puissance. Il y a donc réellement une période d'apprentissage et d'adaptation. Cette période est plus ou moins longue selon les participantes et certaines garderont sans doute longtemps le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle issu de leur expérience d'allaitement. C'est le cas notamment d'Aïsha :

Il y a aussi le fait qu'il ne voulait pas téter, ça me stressait. Je me disais comment je dois faire pour qu'il tète, pourquoi il ne veut pas je n'arrive pas, tous les trucs que je faisais échouaient Je me sentais nulle. J'ai échoué. Il veut pas téter. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Contrairement à ce que j'ai évoqué précédemment à propos du contrôle, certaines mères mentionnent plutôt que l'allaitement nécessite un lâcher-prise total. Il s'agit pour elles d'une perte de contrôle, difficile à vivre pour certaines, puisqu'elles considèrent vital de se laisser infléchir sur une série d'enjeux, comme le temps que peut prendre une tétée, les horaires des boires, le poids pris par l'enfant, les quantités ingérées, la routine, l'impossibilité de planifier activités et tâches, etc. Pour certaines, s'abandonner au rôle de mère allaitante, aux besoins de son enfant ou aux exigences de l'allaitement maternel n'est pas une expérience facile. Ce lâcher-prise et cette perte de contrôle sur leur horaire et sur leur corps sont plus ardues à vivre pour les participantes habituées à avoir du contrôle sur leur vie, c'est-à-dire les plus privilégiées de l'échantillon :

Justement, j'avais pas de contrôle. Une perte de contrôle. Ça, c'est un gros élément stressant. Ce qui a rendu l'allaitement difficile, c'est que c'est lui qui décide, qui veut pas. J'ai pas de contrôle. Je suis quelqu'un qui est habitué d'avoir du contrôle dans ma vie. Je trouvais ça bin difficile. Pis je m'y attendais pas, j'étais pas préparée à pas avoir de contrôle là-dessus. Ça a été difficile de lâcher prise, ça a pris du temps. Et c'est pas encore parfait non plus. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Dans leur parcours d'allaitement, les mêmes participantes peuvent exprimer une détresse importante et le sentiment d'être dépassées, tout en confiant en cours d'entretien qu'elles ressentent maintenant de la fierté. Une fois l'allaitement bien installé, plusieurs se sentent qualifiées et fières. Ce sentiment sera approfondi dans la prochaine section.

6.2.3 Sentiment de fierté

Le sentiment de gratification vécu par certaines femmes contribue à la poursuite de l'allaitement maternel et à l'impression d'un vécu positif. Ce sentiment, doublé d'une grande fierté, est partagé par la majorité des mères rencontrées et renvoie à l'allaitement, en tant que sacrifice maternel. Parmi les 19 femmes rencontrées en période postnatale, dix mentionnent avoir ressenti de la fierté dans leur pratique d'alimentation du nourrisson. Elles estiment qu'en allaitant, elles ont bien fait leur travail, joué leur rôle de mère. Ce sentiment n'est pas surprenant puisqu'elles accomplissent, au fond, ce que la société attend d'elles. Ce n'est pas surprenant non plus lorsqu'on considère que le fait d'accomplir une tâche exigeante, quelle qu'elle soit, procure de la fière.

Comme mentionné précédemment, les premiers mois d'allaitement sont les plus difficilement vécus par la majorité des femmes rencontrées. On peut émettre l'hypothèse que les grands changements de vie qu'amène la naissance d'un enfant, sur les plans physique, mental et

émotionnel, font également partie de ce qui peut rendre les premiers mois post-partum particulièrement difficiles. Cela étant dit, il y a un décalage entre les représentations courantes de la maternité et la réalité vécue. Prenons l'exemple de Cynthia, qui ne s'est pas sentie assez préparée. Par la phrase « C'est le plus beau qui côtoie le plus laid », on perçoit l'ambivalence au centre de ses propos :

Au début, ça a été un petit peu un *clash*. Je pense qu'on est mal préparées un peu, les filles, parce qu'on entend souvent beaucoup le positif et peut-être, par peur de mal paraître, les autres disent pas souvent à quel point t'es fatiguée et que... On est toutes de même dans la vie, on mettra pas sur Facebook les côtés négatifs. On voit que le positif tout le temps. Et c'est le fun, mais c'est pas... C'est pas tout le temps le fun, ça fait que, ouin... Comme on... On voit ça différemment après. En tout cas ! C'est ça, la maternité... C'est ça que j'avais entendu : « C'est le beau qui côtoie le plus laid ». Dans le sens où c'est demandant et des fois, ah, t'es tannée. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ce décalage entre l'imaginaire de la maternité et le réel est associé pour Cynthia et d'autres participantes à une certaine performance de la maternité dans laquelle les femmes ne se permettraient pas d'être honnêtes « par peur de mal paraître », notamment en évitant d'exposer leurs difficultés, en se présentant toujours sous leur meilleur jour, en ne montrant qu'amour et dévouement inconditionnel pour leur enfant. Les images irréalistes, mais attirantes, qu'elles voient sur les réseaux sociaux et ailleurs exacerbent la pression sociale qu'elles ressentent, confirmant l'idéal de la perfection maternelle comme un enjeu de performance, fait de don de soi pour ses enfants et, surtout, de démonstration de bonheur total. Ce jeu de performance cadre avec le concept de maternité intensive (1996, Hays). Autrement dit, la mère parfaite serait celle qui donne tout pour ses enfants et qui n'en souffre pas. Mieux, elle adore son rôle, car elle a très peu de besoins propres. Roxanne nous raconte une manière dont cette performance de la maternité se manifeste lors d'interactions de la vie quotidienne entre mères :

Il y a une fois, moi, j'ai comme dit : « Moi, je suis vraiment fatiguée, je sais pas comment vous faites... ». Il y a une autre fille, elle a dit : « Moi, en tout cas, j'ai deux enfants, j'ai jamais fait de siestes, je suis pleine d'énergie, j'ai... » Ben, bravo ! On dirait, j'étais comme : « T'as jamais fait de sieste ? En tout cas, ça me... » C'est ça, je trouve que, des fois, c'est comme dur, entre filles. Ça fait l'impression qu'il faut toujours que ça soit parfait. Parce que, tu sais, un enfant... C'est un cadeau, tout est beau, faut que... C'est ça qu'on dirait qu'on véhicule un peu, je trouve. Moi, je trouve que c'est pas tout le temps rose. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Certaines femmes rencontrées se comparent à cette mère parfaite tout sourire mise en scène sur Instagram ou autres réseaux sociaux⁷⁰, mais qui a des répercussions sur les attentes et les pratiques maternelles réelles de certaines femmes. C'est ce que Sandrine appelle les *instagramoms*. Elle en a côtoyé dans la vie et elle les distingue de la *mère-victime*, c'est-à-dire la mère qui se valorise par les sacrifices qu'elle fait pour son enfant. Les deux types se rejoignent et sont finalement très similaires. Dans les deux cas, elles donnent tout pour leur enfant. Pour elles, ce don de soi représente une preuve de leur amour maternel et elles se valorisent ainsi. La seule différence entre les deux types réside dans le fait que l'une n'a pas l'air d'en souffrir :

Les gens qui ont envie de faire un concours « moi je me sacrifie plus que les autres », j'ai encore un... On fait tous des sacrifices dans la vie, on fait des choix. J'ai un peu de difficulté avec ces mères-là qui se valorisent juste par la notion de sacrifice/victime. Genre, je suis vraiment comme la meilleure mère au monde. Ça fait partie du *deal* qu'on passe quand on sait qu'on va être mère. On le sait. Faut le savoir, faut le dire, faut le nommer, mais de là à le mettre sur un piédestal, j'ai comme un peu toujours de la difficulté, avec ce type-là. Autant sur la victime et le sacrifice, autant aussi sur l'autre. J'appelle ça les *instagramoms*. On le voit, c'est super drôle, dans les cours de yoga, les nouvelles mamans sont toujours comme maquillées, sont toujours comme superbes. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Bien que certaines participantes soient très critiques de l'*instagramom*, elles le sont moins de la *mère-victime*. D'ailleurs, plusieurs des participantes pourraient correspondre à cette catégorie puisque les sacrifices font partie de leur quotidien, qu'elles leurs donnent une signification, une valeur, un sens ; un sens peut-être à même d'amoindrir le sentiment d'injustice qui accompagne certains aspects de la maternité. C'est ce que j'approfondirai dans la prochaine section.

6.2.4 Les nuances du sacrifice maternel

Les tâches et émotions spécifiques à l'allaitement qui tendent à complexifier et alourdir l'expérience des femmes qui allaitent sont ce que nous participantes associent aux sacrifices maternels. Même si la notion de sacrifice maternel est reprise dans les entretiens postnataux (comme le montre 6.2.3), cette reprise se trouve transfigurée par l'expérience, d'où une série de nuances qui seront maintenant explorées.

⁷⁰ Comme le rappelle l'historienne de la maternité Yvonne Knibiehler dans une entrevue avec Renée Greusard (2017), ce portrait toujours souriant, toujours impeccable de la mère parfaite n'est pas apparu avec les réseaux sociaux. On peut penser par exemple à la figure de la « *super woman* » apparue dans les années 80.

Bien qu'on ne sente pas dans le discours des mères l'injonction à aimer allaiter, l'idéal reste d'être cette mère épanouie par l'expérience d'allaitement et de maternité, de ne pas en souffrir ou, pour reprendre les propos d'Ève, de ne pas vouloir que ça s'arrête et, ainsi, ne rien faire pour nuire à l'allaitement :

Tsé, les mamans que je côtoie, souvent, on se met beaucoup de pression sur nous-mêmes, pis on est toujours en train de dire, sont toutes en train de dire que l'allaitement c'est tellement une bonne chose, pis qu'elles veulent pas arrêter. Des fois, j'ai l'impression qu'elles sont comme endoctrinées, pis qu'elles veulent endoctriner les autres. J'ai de la misère à m'imaginer que... Elles disent des commentaires du genre « ah bin moi je veux pas donner le biberon, j'ai trop peur que ça nuise à mon allaitement. L'allaitement était tellement vu comme quelque chose de, comme LA chose à faire, et que si tu le faisais pas, c'était pas correct. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ève a donc ressenti une pression lors de ses interactions avec certaines mères. Il n'est pas vraiment tabou d'admettre ne pas avoir aimé l'expérience ou de dire que c'est difficile. Je l'ai d'ailleurs présenté au chapitre précédent lorsque l'entourage rapporte des « récits d'horreur » (voir 5.3.1.1). Le plus grand tabou est plutôt de ne pas vouloir tenter l'expérience (à propos de « l'injonction d'au moins essayer d'allaiter » voir 5.1.3.2), puisque ce serait admettre qu'elles ne sont pas prêtes à tout pour leur enfant. La priorité va donc à la santé de l'enfant et l'image « sacrificielle » valorisante qui est mise de l'avant par les participantes est celle de la mère allaitante prête à beaucoup pour poursuivre l'allaitement.

Quoi qu'il en soit, les sacrifices et les efforts exigés sont constamment rappelés par les mères, même lorsque l'allaitement va « bien » physiologiquement – quand l'enfant boit bien au sein, prend suffisamment de poids et ne ressent pas de douleur. Les sacrifices mis de l'avant par les mères allaitantes prennent plusieurs formes : le temps, la disponibilité, les contraintes de déplacement, les restrictions alimentaires, etc. Les efforts et les sacrifices nécessaires « au bon fonctionnement de l'allaitement » nous ramènent à l'idée de « bonne mère », soit celle qui donne tout pour son enfant, qui s'abandonne pour en prendre soin, qui affrontera tout pour le bien-être et la santé de son enfant.

Lorsque des déviations surviennent dans les pratiques d'allaitement exclusif des participantes, la rationalisation fait son entrée dans les discours des mères. Elles rationalisent les écarts par rapport aux recommandations en priorisant leur propre santé, physique ou mentale. Cette priorisation, en fait, s'articule autour d'une forme de psychologisation, qui se résume souvent à

l'idéologie « maman heureuse, bébé heureux » (Vozari, 2015). Cette position rejoint plusieurs autrices, dont Françoise Dolto (1983) et Catherine Killian-Buzy (2002), qui affirment qu'un biberon donné avec bonheur et conviction vaut mieux qu'un sein donné à contrecœur. Dans le cas de Sandrine, cette question de priorisation vient initialement de sa sage-femme qui, bien qu'elle encourage l'allaitement, proposait un discours nuancé :

Je me souviens j'avais dit à ma sage-femme « je suis prête à faire beaucoup de choses pour que ça marche ». Pis ma sage-femme m'avait dit « tsé, Sandrine, c'est pas le diable incarné, les formules, han ». [...] Mais elle, comme personne, ce qui était important pour elle, on le sentait, c'était la maman va bien, le bébé va bien aller. Et ça, je l'ai repris comme mantra, maman heureuse, bébé heureux, quelle que soit sa méthode d'alimentation. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Certaines mères évoquant ce type de priorisation le font dans un sens un peu différent. Devoir soi-même aller bien pour prendre bien soin de son enfant peut être une façon de prioriser le bien-être de l'enfant. Par exemple, certaines femmes rencontrées vont parler du stress vécu par la mère qui allaite, un stress qui serait potentiellement transmis au nourrisson, et qui affecterait son bien-être. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans l'extrait d'entretien d'Aziza, qui affirme que les sentiments négatifs de la mère peuvent être ressentis par l'enfant :

Il y en a malheureusement qui essayent comme moi d'allaiter pis que ça ne marche pas. Moi je dirais de ne pas arrêter sur ça pis de ne pas regretter pis prendre les bonnes décisions pour ce qui est bien pour les deux, pas pour seulement parce que si toi tu es pas en forme pour prendre soin de ton fils, ben il va le sentir et tu vas être dans la déprime pis il va être là pis tu vas pas prendre soin de lui, lui aussi il va pas être bien, donc les deux vous allez pas être bien. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Dans de tels cas, la majorité des mères rencontrées croient qu'il est préférable d'arrêter l'allaitement. Ce détournement de priorité qui passe par la mère, mais qui revient rapidement aux besoins de l'enfant, laisse sous-entendre que la personne prioritaire dans la dyade reste l'enfant, et que son bien-être, s'il ne passe pas par l'allaitement maternel, ne peut passer que par le bien-être de sa mère. Tout se passe comme si la mère ne pouvait admettre l'interruption de l'allaitement pour des raisons qui la concerneraient elle, seulement elle.

6.3 Transformations majeures dans les discours

Certaines préconceptions initiales sont remises en perspective par le vécu de l'allaitement. Comme l'échantillon est composé de femmes qui expérimentaient l'allaitement pour la première fois, les écarts entre l'imaginaire et le réel ont entraîné des désillusions pour toutes, et ce, à

différents niveaux ou à différents moments de leur parcours d'allaitement. L'idée ici n'est pas de souligner les incohérences et contradictions, mais plutôt l'évolution des propos amenée par la confrontation des réalités de l'allaitement.

6.3.1 Les désillusions sur la facilité et la naturalité

Tout d'abord, deux éléments principaux font l'objet des désillusions des mères : le fait que l'allaitement n'est ni aussi facile, ni aussi naturel qu'imaginé. Ainsi, l'allaitement n'est plus perçu comme « naturel » au sens de *ce qui est inné ou instinctif* ni au sens de *ce qui vient facilement* :

Je considère pas ça « naturel ». C'est naturel, mais tsé, ça va pas de soi. Fait que je trouve que quand ça va bien pour une maman, c'est comme « hey, on est chanceuses ! », c'est comme un peu magique quand même que ça aille bien, parce que ça prend plein de choses pour que ça aille bien. Je pensais que ce serait naturel-naturel, comme genre « floup ! » pis ça marche. Faut quand même travailler un peu. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Je pourrais dire que je perçois ça pas nécessairement comme quelque chose de naturel, mais quelque chose de pas gagné. Qui demande un effort. C'est plus comme la chose facile qui se fait toute seule, comme j'avais l'impression que c'était. [...] Je vois plus ça comme ça que comme quelque chose de naturel et facile qui se fait tout seul. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Comme l'explique Cynthia, vivre l'allaitement a changé complètement sa vision de cette pratique, notamment en ce qui concerne ses inconvénients et la possibilité d'opter pour des alternatives :

Dans le fond, c'est pas mal plus facile dans ta tête. J'aimerais ça me réentendre dire : « Ben non, c'est facile, allaiter ! Les avantages : ça coûte rien ! Les désavantages : il y en a aucun ! » Me semble j'avais dit qu'il y avait aucun désavantage à l'allaitement. Je pourrais t'en nommer comme 10 « drette » là ! (rires) C'est sûr que, oui, ma vision des choses a changé. Je pense qu'une des premières choses que je me suis dit dans les débuts : « Mon Dieu, je comprends pourquoi il n'y a pas grand monde qui allaite ». (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Dans cet extrait, Cynthia se remémore n'avoir envisagé aucun inconvénient durant la période prénatale. L'extrait montre clairement l'effet de surprise qui peut être vécu lorsque l'idéalisation de l'allaitement est confrontée à la réalité. Ceci s'explique, entre autres, par l'« obscurantisme » dans lequel on garde les femmes dans les cours prénataux, par rapport aux désavantages de l'allaitement maternel et aux avantages des PCN, de crainte qu'elles optent pour ces dernières. Cette expérience semble avoir favorisé sa compréhension des femmes qui cessent l'allaitement ou qui décident de ne pas allaiter.

Les désillusions de Cynthia font écho à celles de toutes les autres participantes. Bien que la majorité des participantes se disaient initialement préparées à affronter des difficultés d'allaitement, notamment à la faveur des récits d'allaitement difficile abondamment partagés par les femmes de leur entourage, elles trouvent que l'allaitement est beaucoup plus difficile que ce qu'elles avaient anticipé. Elles reconnaissent donc qu'on les avait « prévenues », mais soulignent que, tant qu'elles ne l'avaient pas *réellement* vécue, il était impossible de comprendre l'ampleur de la tâche. Par exemple, Lyson se rappelle les avertissements de sa sœur, qu'elle n'avait initialement pas pris au sérieux :

C'est un travail. Je pensais que c'était : « Ah ! » Comme respirer de l'air... Non. C'est un travail. C'est un travail qui peut être demandant pour certaines femmes beaucoup plus que d'autres. Là, je comprends maintenant pourquoi ma sœur... quand ma sœur dit : « Fais-toi pas de plan, là ! Tu essaies. Ça marche : tant mieux, *live your life* ! Ça marche pas : hey, *pop the bottle* ! Pis ça va être correct ! » (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Tout comme l'extraction du lait et les tâches connexes, l'allaitement est vu comme un « travail ».

Alors qu'elles accumulent de l'expérience, la majorité des femmes rencontrées affichent des changements notables dans leur perception de l'allaitement maternel. Il y a une acquisition de savoirs spécifiques sur ce qu'allaiter représente, notamment en termes d'apprentissage, de temps et de disponibilité. Ce savoir expérientiel permet de mesurer le travail accompli, ce qui favorise une meilleure compréhension des femmes qui optent pour des méthodes alternatives d'alimentation du nourrisson. Leurs propos traduisent notamment une grande valorisation des femmes qui allaitent :

Je pense que je leur lève mon chapeau, en fait. Je trouve ça beau. Je trouve qu'elles sont bonnes. Quand même, tu t'offres à l'autre, tu t'offres à ton bébé. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ce qui est qualifié de beau dans le discours de Sarah, c'est justement le don de soi verbalisé comme le fait de s'offrir à son enfant via l'allaitement. Les termes entourant les mères allaitantes sont éloquents pour signifier la valorisation de l'allaitement : « courageuses », « héroïnes », « nobles », « don de soi », « admiration », « bonnes », « c'est bien », etc. Ce qui est particulièrement valorisé, c'est justement le fait qu'il s'agit d'une tâche maintenant reconnue comme exigeante par

les mères, après l'avoir vécue. Le fait que leurs sacrifices soient fortement valorisés renvoie au thème de la maternité intensive (Hays, 1996).

Au-delà d'une meilleure compréhension de l'ampleur de la tâche, il y a aussi une complicité qui se crée entre les mères allaitantes. Ce regard entre mères allaitantes est noté chez plusieurs participantes. Certaines parlent de compassion, d'autres de complicité ou encore de sororité. Sarah explique que ce lien est particulier aux mères allaitantes et elle le compare aux signes que se font les motards, c'est-à-dire un sentiment d'appartenance spécifique à un groupe d'inconnues :

Je le vois, mettons, deux motos qui se rencontrent, elles vont se faire un signe. C'est comme si maintenant j'étais dans la gang des mères qui allaitent et j'ai le goût de leur faire un signe. On se reconnaît pis wow ! (rires) [...] il y a mille façons d'être mère, pis je me sens pas... Tantôt je disais je ferais un signe de moto à celles qui allaitent ? Mais aux mères ? Non. C'est comme si on fait chacune notre affaire. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Pour Sarah, cette complicité s'adresse spécifiquement aux mères allaitantes, non à toutes les mères, dans la mesure où il y a plus de manières de vivre la maternité et le maternage que l'allaitement. Pourtant, on pourrait opposer qu'il y a aussi plusieurs manières de pratiquer et de vivre l'allaitement. Cette remarque de Sarah vient peut-être du dogmatisme des cours prénataux, de la priorité exclusive accordée à l'allaitement exclusif à la demande.

6.3.2 Diminution de l'importance de la santé de l'enfant et augmentation de l'attachement

Contrairement à ce que l'on aurait pu croire en prenant connaissance des raisons initiales motivant l'allaitement des participantes, l'aspect santé n'est pas ce qui les a conduites à poursuivre l'allaitement maternel. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, c'est bien le discours sur la santé de l'enfant et la culpabilisation qui motivent principalement les femmes à tenter l'expérience de l'allaitement. En revanche, une fois dans l'action, ce n'est pas ce qui les fait continuer. Les bénéfices pour la santé de l'enfant jouent un rôle secondaire dans la poursuite de l'allaitement.

En effet, les bénéfices-santé s'avèrent abstraits et difficiles à évaluer en pratique, surtout en ce qui concerne le long terme. Ce qui domine les discours postnataux des mères est le thème de l'attachement, entre la mère son enfant, et celui des apports positifs de l'allaitement dans leur vie. Contrairement à l'aspect-santé qui n'est pas concrètement mesurable pour les mères, celles-ci

peuvent se fier à leur ressenti pour évaluer ce qu'elles considèrent comme de « l'attachement ». Le lien privilégié qu'elles se sentent en train de tisser avec leur enfant est leur motivation principale pour poursuivre l'allaitement, même s'il est parfois difficile pour elles. C'est ce que plusieurs nomment les « beaux moments » ou les « moments magiques ».

Ouais, ben, peut-être qu'avant, je savais pas à quel point ça nous unirait, que ça nous créerait une proximité. [...] Je pensais que c'était juste... Le sens, c'était « nourrir ton enfant ». Mais, tu sais, là, je le ressens, qu'est-ce que ça crée comme sentiment de sécurité, sentiment d'attachement. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Roxanne ajoute qu'« il faut l'avoir vécu pour pouvoir dire ça » ce qui sous-entend que la chose ne pouvait être anticipée par les participantes en période prénatale.

Comme Sandrine lors de l'entretien prénatal, Ève mobilise l'analogie du marathon, cette fois pour décrire son expérience d'allaitement en accentuant la difficulté de la tâche et la tentation d'abandonner :

C'est comme un marathon. C'est long, il y a des moments où tu te dis que tu vas abandonner, mais j'ai continué, continué. Comme un pas devant l'autre, une tétée devant l'autre. [...] Mais, c'est ça, comme je te dis, on a quand même certains beaux moments. Mais c'est éprouvant. [...] Je pense que c'est ça qui m'a fait poursuivre, c'est qu'il y a eu de beaux moments. Je trouve que c'est un moment de connexion avec lui que je retrouve pas dans d'autres contextes, qui est vraiment unique. C'est pour ça que j'ai continué. Je me suis accrochée à ces moments-là. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Elle décrit donc une épreuve qui nécessite de la persévérance pour ne pas abandonner, mais qui lui apporte quelque chose, qui lui procure de beaux moments qui l'encouragent à poursuivre malgré les difficultés. Bref, le lien que les mères développent avec leur enfant allaité ainsi que le plaisir partagé de ces « beaux moments » sont présentés comme la raison majeure qui pousse les mères à poursuivre leur allaitement. Ces beaux moments sont associés à un lien d'attachement privilégié. Ainsi, on retrouve également l'ambivalence au cœur de l'allaitement dans ce va-et-vient entre expression d'un besoin vital d'espace physique et mental (parfois plus difficile à satisfaire en allaitement maternel exclusif) et aspects considérés positifs de l'attachement dit privilégié, voire de la co-dépendance.

Les émotions, c'était que du bonheur. Du bonheur. C'est-à-dire, ma fille, elle était très attachée... Elle est toujours très attachée à moi. C'est-à-dire, ça créé beaucoup de liens entre le bébé et la maman, le sein. Mais l'inconvénient, c'est que je peux la laisser à personne. Il y a pas de biberon. C'est-à-dire, le biberon est là [en pointant ses seins], je dois l'emporter avec

moi n'importe où je vais. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

C'est la dépendance d'un petit être envers toi. [...] Il est dépendant de moi, mais je suis un petit peu trop attachée aussi, peut-être. Ça, je le savais pas. Je pensais que ce serait plus facile. Je l'ai fait garder, mais ça m'a vraiment stressée, parce que j'avais peur que les gens manquent de lait. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Comme le montrent les extraits de Sandrine et Zahira, les mères sont contentes de ressentir qu'elles sont la seule personne pour leur enfant, mais ce sentiment est accompagné d'une certaine lourdeur. La co-dépendance est donc à la fois positive et négative.

Eu égard à l'importance prise par l'attachement dans les discours des mères rencontrées, ce n'est pas tant qu'elles remettent en question les bénéfices de l'allaitement pour la santé de leur enfant ou qu'elles n'y croient plus. L'aspect santé de l'allaitement est mis au second plan et devient un bonus :

C'est sûr que tu te dis que sa survie ne dépend pas de ça mais oui, ça apporte quelque chose, c'est un plus. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Comme l'a démontré Elizabeth Murphy (2000), la période postnatale est propice à un changement dans les perceptions de l'aspect santé de l'allaitement et des risques posés par les PCN.

Je me suis rendue compte que les nutriments... à un moment donné, faut pas virer fou avec ça, là... Moi, j'ai été au biberon et je suis en pleine santé et il y en a beaucoup qui ont été nourris au biberon, puis que... Il y en a tellement dans le lait, maintenant, des nutriments... Oui, c'est ça, disons que j'ai décroché un peu du : Ah ! Il faut absolument qu'il ait mes nutriments. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Bref, bien que le discours du risque puisse les motiver à initier l'allaitement, c'est rarement ce qui les fait poursuivre. Plus encore, l'idée d'après laquelle les PCN posent un risque pour la santé de l'enfant n'est plus mobilisée. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que l'entourage peut reprendre à son compte le discours du risque. Prenons en exemple le conjoint de Sophie, qui mobilise des arguments qu'elle avançait jadis elle-même :

Et puis une fois, c'est mon chum qui dit : « Là, il n'y a vraiment pas assez de lait congelé. Il va nous en manquer. » C'est ça, je pense qu'il en restait genre deux, cette fois-là. Et puis, je disais : « Eh bien s'il n'y en a pas assez, on va lui donner du lait en poudre. » Et puis là, il était là... on était vraiment déstabilisé, ça fait que là : « Non, non. C'est toi qui disais qu'il y avait de l'aluminium là-dedans ! » (*rires*) Ça fait que là, j'étais comme : « Mais oui, mais là, on ne la laissera pas mourir de faim. Ça fait que c'est ça ! » (*rires*) Ça fait que oui, j'étais vraiment détachée de tout, cette fois-là. (*rires*) (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Bien qu'elle ait justifié sa décision d'allaiter en évoquant les risques associés aux PCN, elle se dit maintenant plutôt détachée face aux arguments sur la santé de l'enfant. Elle explique par la suite que, à ce moment précis, elle vivait beaucoup de stress par rapport à la quantité de lait extrait, la responsabilité que cela représentait, la pression que cela mettait sur ses épaules. Dans les circonstances, l'option de donner un biberon de PCN devenait envisageable pour elle.

Ce changement dans les discours des mères se caractérise aussi par le réconfort trouvé dans le fait d'avoir donné le colostrum, « au moins, j'ai donné du colostrum, c'est ça le plus important » ou encore, « ce n'est pas une question de survie non plus là », « elle va bien, elle ne va pas mourir » :

Comme moi, c'était : « Ah, il faut que je lui donne tous mes anticorps le plus possible ! » C'est comme moins important, on dirait. Je vois plus ça comme : Il faut vraiment que tu sois à l'aise dans ce que tu... quand tu le fais. Je lui donne quand même des nutriments dans son lait, je lui donne quand même qu'est-ce qu'il a besoin, donc ça a une moins grosse importance pour ça. Je voyais ça vraiment intense, mais non... C'est vraiment... Ce qui est resté, c'est le contact. Je savais que ça allait être un bon contact, mais pas à ce point-là. Ça, j'ai découvert... C'était le fun. La partie le fun, c'était ça, le contact avec le bébé. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Au-delà du fait qu'en ayant donné le colostrum, elle peut affirmer qu'elle « a au moins essayé », la valeur symbolique de ce que certaines appellent l'« or liquide » (Burns, Virginia Schmied, Fenwick, et Sheehan, 2012 ; Carter et Reyes-Foster, 2016 ; Pineau, 2012) ou « or blanc » (Falls, 2017) lui permet de rationaliser sa décision de cesser l'allaitement et de rétablir son identité de bonne mère. Cette reconstitution a posteriori s'inscrit dans un travail moral de construction d'une identité positive de mère, et ce, malgré le fait qu'une partie de la construction identitaire positive de Joanie passait initialement par l'allaitement.

6.4 Typologie des vécus d'allaitement

L'hétérogénéité des expériences d'allaitement qui émergent des entretiens est indéniable. Dans le but de dégager une meilleure intelligibilité des expériences vécues, je propose une typologie descriptive (Demazière, 2013), qui ne se fonde pas sur l'*Idealtypus* wébérien (Weber, 1965). Comme le dit Howard Becker, la typologie permet de réaliser une description organisée, dont l'opération de base consiste à « donner tout bêtement un nom unique à un tas de choses » (Becker, 2002 : 262).

La typologie descriptive qui sera présentée permet de mettre en évidence les similitudes entre les cas sans pour autant évacuer la richesse des expériences singulières. Cinq types seront présentés : les chanceuses, les combattantes, les performantes, les spirituelles/engagées bio et les amères. Il ne faut surtout pas comprendre cette typologie comme une classification figeant les réalités et les vécus. D'ailleurs, les femmes peuvent correspondre à différents « types », suivant le moment pris en compte. Que les différences schématisées se présentent entre les femmes ou chez une même femme, elles font ressortir les nuances dans le vécu des mères.

6.4.1 Les « chanceuses »

Parmi celles qui ont un vécu qu'elles qualifient de positif, les termes mobilisés pour le décrire sont notamment une « belle expérience », « merveilleux », une « chance » et un « privilège ». Les femmes qui n'ont pas eu de difficultés particulières ou de grandes douleurs se décrivent souvent comme chanceuses ou privilégiées. Elles le font notamment parce qu'elles savent que leur vécu d'allaitement n'est pas universel. Elles sont conscientes, en raison des récits d'allaitement difficiles entendus en période prénatale, que leur vécu n'est pas nécessairement banal ou habituel. La manière dont elles abordent leur récit d'allaitement en rappelant qu'il s'agit d'une chance ou d'un privilège donne l'impression qu'un vécu d'allaitement positif sans trop de difficulté est rare. La poursuite de l'allaitement est ainsi associée à son bon déroulement. Elles se réjouissent d'avoir pu allaiter sans grandes difficultés :

J'ai pas eu à mettre de crème jamais sur mes seins. Ça a jamais fendu, j'ai jamais saigné, j'ai jamais fait de mastites. Rien, ça a parti et ça va super bien. Dans le fond, je suis chanceuse que ça aille bien être. [...] C'est ça, j'ai parlé hier, avec une madame aux cours de natation. Elle me disait : « T'as pas mal aux seins ? Jamais ? » Non, j'ai rien eu. C'est ça, je suis quand même chanceuse. C'est facile, pour moi, de dire : J'aime ça, puis tout est beau. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Je m'estime grandement chanceuse parce qu'il y a pas eu de problèmes tant... Je vois souvent des femmes... sur des groupes des femmes qui ont des bébés intolérants à quelque chose, elles font des diètes d'éviction. J'ai rien eu de ça. Mon Dieu, on dirait quasiment que je me dis : « J'ai-tu gagné à la loterie de l'allaitement ? » (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Le type de la « chanceuse » s'inspire à la fois des dites chanceuses elles-mêmes, mais aussi de participantes qui ne sont pas parvenues à allaiter comme elles le souhaitaient, en termes d'exclusivité ou de durée :

Je dis qu'elles sont chanceuses, dans un sens, si ça va, tout va bien, je dis qu'elles sont chanceuses. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Comme, moi, je voulais en avoir, j'ai pas trouvé. Je pense que c'est quelque chose... C'est tellement important, c'est pas donné à tout le monde. Donc, les gens qui ont pu faire l'allaitement seul, c'est des gens qui sont vraiment chanceux. C'est un privilège. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Même les femmes « chanceuses » racontent des moments difficiles. Cela laisse sous-entendre une forme de catégorisation des enjeux de l'allaitement dans laquelle les douleurs physiques se trouvent au sommet ou à part. Les autres difficultés vécues sont perçues comme normales ou pas suffisamment importantes – par exemple le manque de sommeil dû à tétées groupées de nuit, les difficultés de déplacement découlant de la co-dépendance ou le temps alloué à l'allaitement. Quoiqu'il en soit, même si les intéressées parlent chance, on note une fierté dans leurs propos.

C'est ça, je me trouve comme chanceuse et je me dis... Je suis fière aussi parce que c'est quand même pas facile (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

De ce fait, malgré l'appellation, il serait erroné de croire que ces femmes n'ont eu que des moments de bonheur et d'épanouissement dans leur parcours d'allaitement. Quand Cynthia exprime un sentiment de fierté, qui peut paraître paradoxal au premier abord, elle montre que ce n'est pas parce qu'elle se trouve chanceuse que ça a été « facile » pour autant.

Dans les extraits d'entretien, on trouve fréquemment des comparaisons entre les « chanceuses » et les femmes qui vivent des allaitements difficiles, le plus souvent en termes de douleurs ou de problèmes physiques. Elles se font un point d'honneur de se distancer de certaines femmes qui persévèrent malgré des problèmes physiques importants. Elles affirment qu'elles n'auraient pas continué si elles avaient eu à affronter des obstacles tels qu'une diète d'éviction, des douleurs aux seins, ou autre. Elles perçoivent négativement celles qui le font, disant qu'elles s'« acharnent » ou se « torturent ».

Les femmes qui ont la chance de pouvoir le faire, je leur conseillerais de le faire ou de l'essayer. Pas essayer la phase torture, mais d'essayer quand ça va bien. Mais pas se torturer pour que ça marche. Moi, j'ai pas eu à me torturer. On n'a pas fait beaucoup d'efforts pour que ça marche, pis ça a marché. Fait que je suis très chanceuse. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Je suis chanceuse que ça ait marché, parce que j'ai entendu des histoires d'horreur pour des gens pour qui ça n'a pas marché, pis que je fais comme : « J'aurais jamais essayé tant que ça ». Je peux te garantir que j'aurais pas essayé tant que ça. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Cette figure stéréotypée de l'« acharnée de l'allaitement », qui avait été décrite par les participantes en période prénatale dans le but d'établir leurs propres limites dans l'éventualité d'un allaitement difficile (voir section 5.3.5), se concrétise dans le type des « combattantes » que je décrirai dans la prochaine section.

6.4.2 Les « combattantes »

À l'inverse des « chanceuses », les « combattantes » ont vécu des problèmes intenses d'allaitement. Elles se disent « fortes » et se décrivent particulièrement par leur « persévérance » (et non « acharnement »). On note une forte valorisation du sacrifice maternel dans leurs propos, ce qui s'inscrit dans l'expérience de la maternité intensive. Ce *parcours de la combattante* correspond typiquement aux femmes qui affrontent beaucoup de difficultés, mais qui poursuivent malgré tout. Ce parcours est glorifié autant par la femme qui l'a vécu que par les professionnelles de la santé. C'est ce qu'illustre le cas de Zahira, qui a vécu de nombreuses complications d'allaitement (engorgement, mastite, muguet et abcès) :

Toutes les personnes, quand je leur raconte qu'est-ce qui m'est arrivée, elles disent : « Woah ! » Les infirmières, la spécialiste d'allaitement, quand elle a vu qu'est-ce que j'ai enduré, elle m'a dit : « Vous êtes une super maman, vous avez supporté toutes ces douleurs et vous avez continué quand même ». Alors, je me sens assez fière. Et oh là là, t'imagines même pas la douleur ! [...] Au début, c'était dur, mais c'était plus un défi pour moi. J'ai surmonté la douleur, j'ai surmonté le stress de mon entourage. J'ai supporté... J'ai dit : « Non. Non. Je veux allaiter, je veux pas arrêter ». J'ai surmonté tout ça et je me suis dit : « Wow, je suis forte de caractère, ou je suis super maman, je sais pas ». Je sais pas, peut-être qu'on est... Pour mon cas, j'ai pas abandonné, puis je suis contente. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Dans l'extrait de Zahira, on constate qu'elle tire une grande fierté de sa persévérance, que d'autres qualifieraient d'acharnement. Bien qu'en période prénatale, les femmes ne veuillent pas « s'acharner », lorsque des difficultés importantes d'allaitement se présentent et qu'elles poursuivent, l'acharnement se transforme en persévérance dans le discours, passe du péjoratif au mélioratif.

Soulignons qu'en période prénatale, la motivation principale de Zahira pour allaiter était la santé de son enfant. Elle maintient cette conviction jusqu'au bout et malgré les douleurs sérieuses, refuse de donner un seul biberon à sa fille. Elle associe cette persévérance à sa force de caractère, mais aussi au fait d'être une bonne mère. Au-delà de la manière dont elle justifie la poursuite de l'allaitement, Zahira avait aussi évoqué lors de l'entretien prénatal son devoir de mère

ainsi que sa culpabilité potentielle en cas d'« échec » de l'allaitement. Il est donc possible de supposer que sa poursuite de l'allaitement puisse être alimentée par d'autres facteurs d'influence que sa seule personnalité, dont l'injonction sociale d'être une bonne mère allaitante.

6.4.3 Les « performantes »

Les « performantes » sont des femmes universitaires habituées à être compétentes et performantes dans ce qu'elles font, qui ont l'habitude de réussir (par exemple à titre de résidente en médecine). Comparativement aux mères « chanceuses » qui ont aimé leur expérience d'allaitement, elles n'ont pas particulièrement apprécié leur expérience et ne la décrivent pas en des termes positifs. L'expérience négative vécue vient notamment du fait qu'elles se sont senties « nulles » ou « incompetentes » dans cette tâche.

Paradoxalement, elles sont très critiques du discours de promotion de l'allaitement et, lors de l'entretien prénatal, se tenaient nettement à distance des prescriptions de la santé publique. Ce sont des participantes qui ont en commun de revendiquer leur féminisme lors des entretiens et qui s'expriment ouvertement sur leur préférence pour le libre-choix des femmes dans l'alimentation du nourrisson. Pour la plupart, elles mentionnent que leur motivation principale d'allaiter était l'expérience en tant que telle. Le discours de la bonne mère allaitante est absent dans leurs propos.

Les autrices de plusieurs études (Bayard, 2008 et 2012 ; Héon et Martin, 2013 ; Murphy, 1999 ; Ryan, Bissell et Alexander 2010) remarquent que les femmes allaitent parce qu'elles ressentent qu'il en va de leur devoir maternel. Elles en font donc une obligation qui, en pratique, peut être vécue difficilement. Bien que certaines femmes aient mentionné en période prénatale vouloir allaiter parce qu'elles pensaient que c'est ce qu'elles devaient faire, cette pression prend chez les « performantes » une tournure différente de l'injonction d'être une bonne mère. La différence réside dans le fait que la clé se trouve moins dans l'intérêt de l'enfant que dans l'ego de la femme. Ève l'exprime clairement lorsqu'elle raconte que son orgueil entraînait plus en ligne de compte pour la poursuite de l'allaitement que les bénéfices pour la santé de l'enfant :

Je pense que oui, ça pesait dans la balance la santé, mais c'était vraiment pas ce qui pesait le plus dans la balance, je pense que l'orgueil c'était plus important que l'aspect santé. C'était pas nécessairement rationnel. Oui, c'est vrai que c'est bon pour sa santé, mais je pense que... Mon chum était plus, quand il voulait m'encourager de continuer, il disait « pour sa santé, c'est une bonne chose », fait que oui. Mais pour moi c'était pas ça. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Quant à elle, Laurence parle d'un « délire d'être en compétition avec soi-même et de réussir ce qu'[elle] entreprend ». Dans son journal de bord, elle explique de manière éloquente son conflit intérieur, quelque part entre critique de la pression sociale d'allaiter et envie de poursuivre malgré les difficultés :

Ça fait une couple de semaines que mon chum me suggère fortement d'abandonner l'allaitement, que ça nous rend malheureux, que notre vie de couple et nos vies de parents sont alourdies, qu'on a déjà fait notre possible... Mais tsé en même temps à chaque fois qu'il m'en parlait, je sentais une injonction d'abandonner. T'as un côté l'injonction de continuer parce que c'est la pression sociale d'allaiter (même si je sais que dans le temps de ma mère la pression sociale était le contraire. Je le sais ! Je le sais est-ce que c'est socialement et historiquement situé pourquoi je ne décroche pas !), et de l'autre côté l'injonction d'abandonner. [...] Mon chum me dit : « Poses-toi la question sérieusement. Est-ce que c'est le mieux pour lui vraiment, ou c'est pas nous qui nous nous acharnons ? Si c'est pour ta bonne conscience, ou parce que tu es habituée de performer et toute réussir, c'est pas la bonne raison. Y'a juste toi qui le sais ». À partir de là, tout est devenu clair. Mon enfant est pas malade, je le faisais... je dirais pas par égoïsme, c'est *too much*, mais peut-être pas pour l'intérêt du bébé. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Comme le souligne l'extrait précédent, ce n'est donc pas parce qu'on est capable d'identifier les injonctions sociales et de les critiquer qu'on parvient nécessairement à s'en émanciper. Les propos de Laurence évoquent également des injonctions contradictoires : injonction à allaiter et injonction à abandonner. Cette « injonction d'abandonner » est liée à la norme sociale d'« essayer d'allaiter, mais sans s'acharner » que j'ai déjà abordée. Laurence poursuit cette réflexion lors de l'entretien postnatal en accentuant sa propre incompréhension face à ce qu'elle qualifie d'« entêtement ». En effet, elle conclut qu'elle n'aimait pas l'expérience en plus de ne pas être convaincue par les arguments sur la santé de l'enfant :

[Si tu poursuivais, c'est que t'en retirais quelque chose de positif?] En fait, même pas ! Même pas, genre. C'est juste parce que je voulais... Je voulais montrer que j'étais capable. Juste ça, c'est vraiment con. Parce que j'aimais même pas tant ça. Même au début, je me sentais appropriée. [...] C'est juste... Je voulais réussir. [...] Je pense que c'est l'orgueil. Oui, c'est ça, c'est l'orgueil. Je sais pas trop comment le dire. Je vois pas ce que ça pourrait être d'autre. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Bien malgré elles, les mères « performantes » adoptent donc le projet de l'allaitement en tant qu'accomplissement et réussite, sans nécessairement lui accorder d'importance sur le plan de leur identité maternelle. Le but est simplement de réussir ce qu'elles ont entrepris, de ne pas se retrouver en situation d'échec.

Bref, le vécu des « performantes » se caractérise par la difficulté d'accepter le sentiment d'incompétence vécu lors de l'allaitement, notamment en raison de l'habitude de réussir dans la vie quotidienne. Toujours au regard de la performance de l'allaitement, certaines femmes rangées dans cet idéal-type peuvent en venir à se tourner vers des moyens de maximiser leur production de lait. C'est ce que l'on voit dans plusieurs récits et dans plusieurs études : chercher du soutien médical pour maximiser la production de lait (McGuire, 2018), s'« automédicaliser » au moyen d'aliments galactogènes⁷¹ (Wambach et Riordan, 2016) ou par l'utilisation de procédures médicales telles que la frénotomie (Rowan-Legg, 2015).

6.4.4 Les « spirituelles/engagées bio »

Les écrits sur l'allaitement explorent rarement sa dimension « contemplative ». Pourtant, cette dimension associée ici à une certaine spiritualité a été étudiée en ce qui concerne la grossesse et la naissance (Bélanger-Lévesque, 2018 ; Bélanger-Lévesque, Berthiaume et Pasquier, 2012 ; Callister et Khalaf, 2010 ; Moloney, 2007 ; Pelchat, 2008). Dans les discours des participantes rencontrées, les dimensions affectives et spirituelles étaient exprimées plus explicitement par les femmes que j'ai nommées les « spirituelles/engagées bio »⁷². Dans leurs propos, la naturalité est en trame de fond. Pour elles, la beauté du geste d'allaiter est étroitement liée à la nature et, inversement, ce qui est artificiel ou associé à la technologie (les PCN, le biberon, le tire-lait, etc.) est vu comme froid, sans beauté, empêchant la mère de vivre un moment privilégié avec son enfant. Ici, on est loin de l'allaitement comme geste instrumental ayant comme seule fonction de nourrir son enfant. La signification de l'allaitement est plus grande et dépasse les femmes elles-mêmes.

Pour certaines femmes, l'allaitement est une expérience mystique, transformatrice et quasi-sacrée. Elles décrivent une expérience plus grande qu'elles. D'autres mentionnent l'impact de ce choix sur l'environnement, dans la mesure où ne pas avoir recours à de la PCN est présenté comme un acte écologique et politique. Dans les deux cas, les propos accentuent la naturalité du geste, sur fond d'appréciation de la beauté du processus biologique de l'allaitement, dans la continuité de la grossesse et de l'accouchement. Elles sont impressionnées par le fait que c'est elles seules qui

⁷¹ Un aliment galactogène ou galactagogue est un aliment qui favorise, chez les femmes, la production de sécrétion de lait maternel en vue de l'allaitement.

⁷² Dans les propos des mères, l'aspect religieux de ces mères l'aspect religieux était relativement peu présent. Pour approfondir cette perspective voir, entre autres, Rachel Muers (2010).

nourrissent leur enfant, phénomène qu'elles trouvent fascinant. Elles décrivent une certaine fierté, mais surtout un sentiment de puissance relatif à leur corps : 1) avoir donné la vie et 2) continuer à faire vivre et grandir leur enfant seulement avec ce que produit leur corps.

L'espèce de sentiment de réussite et puis d'accomplissement, je ne pensais pas que j'aurais pu me l'attribuer de cette façon-là, mais c'est vrai qu'il y a un côté glorifiant de dire... Tu sais, c'est fascinant pareil ! Elle a six mois et puis là, oui, elle a commencé à manger. Mais avant ça, c'est moi qui ai subvenu à son besoin de manger, mais tous les premiers jours, les premiers mois de sa vie, c'est moi qui l'ai nourrie ! C'est fou ! C'est fascinant de penser à ça, de voir comment le corps est fait et puis... oui. Je la voyais grandir et je me disais : « Ayoye, elle ne rentre plus dans ce pyjama-là à cause de moi. (*rires*) Je lui ai donné le sein. » (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

J'aimais le contact. Sa chaleur contre ta chaleur et, tu sais, tu le nourris. C'est ça qui est fou : c'est toi, avec toi-même qui le nourrit. Je sais pas, c'est « *fucké* » comme expérience et c'est un moment privilégié avec le bébé. Je sais pas, c'est comme une connexion qui se fait. (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

C'est vraiment comme c'est toi qui lui donnes, ça sort de toi pour lui donner dans sa bouche, ça c'est exceptionnel, oui. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Je sentais que je donnais la vie et là, je suis en train d'allaiter. C'était un sentiment vraiment... gratifiant. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Les mères « spirituelles/engagées bio » tiennent un discours qui s'éloigne de la médicalisation du corps des femmes. Elles ont plutôt confiance en la capacité du corps des femmes à produire du lait. Cynthia montre que cette confiance peut s'acquérir en cours de chemin :

C'est comme quelque chose de ben mystérieux, puis qu'on connaît pas trop, puis, euh... Au début, tu te poses 10 000 questions, on dirait qu'on n'a jamais confiance en soi. On n'a jamais... Puis, pourtant, notre corps est fait pour ça, on devrait avoir confiance ! (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Cet idéal-type se rapproche du *féminisme de la spécificité* (ou féminisme différentialiste), au sens où les femmes se réapproprient leur corps et ressentent un sentiment de puissance issu de leur maternité et de l'allaitement.

6.4.5 Les « amères »

Finalement, celles que j'ai catégorisées comme « amères », faute de meilleur terme et parce que l'amertume semble être au cœur de leur vécu, sont des femmes qui auraient voulu allaiter plus longtemps ou faire seulement de l'allaitement exclusif, mais qui sentent qu'elles n'ont pas eu le choix d'arrêter ou de compléter avec de la PCN (en raison d'un retour aux études ou d'un

enfant qui refuse le sein, par exemple). Comme nous le verrons, la déception, la frustration et l'amertume vécue sont accentuées par les défauts et contradictions dans les rapports avec les professionnelles de l'allaitement.

Ce sont aussi des femmes qui se sont senties obligées d'allaiter exclusivement. Il s'agit de l'envers de la médaille de la confusion sein-tétine, c'est-à-dire que de ne pas introduire le biberon dans les premières semaines poserait le risque que l'enfant refuse le biberon par la suite, acceptant seulement le sein. La possibilité de donner un biberon (de lait extrait ou de PCN) figurait parmi les aspirations initiales de plusieurs femmes rencontrées et constituait un espoir de mobilité et de liberté, soit pour être déchargée ponctuellement de cette tâche, soit pour impliquer le partenaire, soit pour pouvoir faire des sorties seule. Or, certaines participantes qui ont suivi les recommandations sur la période d'attente avant d'introduire le biberon se retrouvent, selon les mots d'une participante, « prisonnière » d'une seule pratique :

Mais ça, je regrette parce que... Tu sais, au début, ils disent : « Donne pas le biberon, juste le sein, parce qu'après, il ne voudra plus prendre le sein ! » Ben, l'inverse aussi. Si je lui donne juste le sein, il voudra jamais prendre le biberon. Ça fait que j'ai jamais de porte de secours. Faut tout le temps que je sois là parce que j'arrive pas à me tirer mon lait [et qu'il refuse la PCN]. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Vers deux mois, j'ai voulu le faire garder pour aller chez la coiffeuse et j'ai essayé le biberon. Oups, il n'en veut pas, il pleure, se détourne le visage, n'arrive pas à boire. Je demande à mon chum, à ma mère, à mon père d'essayer... rien à faire. J'achète d'autres sortes et je réessaye... J'ai arrêté les essais vers trois mois et demi et j'ai fait mon deuil. [...] Ça paraît niais, mais, moi, je pensais vraiment qu'un bébé, ça pouvait « *switcher* » du sein au biberon quand on voulait. Il y en a que c'est le cas. Le mien veut pas. C'est beaucoup plus contraignant que ce que je pensais. (Cynthia, 31 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

La possibilité que l'introduction d'un biberon soit plus difficile en raison d'un allaitement exclusif n'est pas discuté dans les cours prénataux que j'ai observés, ni dans ceux auxquels les femmes rencontrées ont participé (d'après leur témoignage). L'absence d'informations nuancées dans les cours prénataux – qui pourraient favoriser le choix éclairé des mères quant au risque de la confusion sein-tétine et celui du refus des biberons – n'est pas surprenante puisque le discours sur la confusion sein-tétine y est prioritaire. Cela s'explique par le fait que ce discours concorde avec les visées de la santé publique, soit l'allaitement exclusif (au moins jusqu'à la fin de la période d'adaptation, évaluée à six ou huit semaines). Si certaines des participantes étaient conscientes du risque de refus du biberon en raison d'un allaitement exclusif, c'est qu'elles avaient été prévenues par des femmes de leur entourage ayant vécu cette expérience.

Que la confusion sein-tétine vienne nuire à l'allaitement ; que l'allaitement exclusif au sein vienne nuire à l'utilisation ponctuelle du biberon ; dans les deux cas, les femmes ressentent que ce n'est pas un choix découlant de leur volonté, et cela leur cause de la frustration. Ce constat rappelle que pour que l'allaitement fonctionne adéquatement, il faut prendre en compte la dyade mère-enfant, c'est-à-dire que la mère peut bien faire tout ce qui est en son pouvoir pour vivre l'allaitement comme elle le souhaite, il est possible que les conditions ne soient pas favorables ou que l'enfant en décide autrement. C'est le cas d'Ève qui a fait un usage considérable du tire-lait malgré son désir d'allaiter exclusivement au sein :

Des fois c'est arrivé qu'elles [les professionnelles] me disaient « ouais, mais t'sais, t'as donné le biberon, c'est sûr que ton bébé veut pus le sein après, c'est tellement plus facile un biberon », c'est un peu culpabilisant, je trouvais. Bin ouin, mais j'avais pas le choix, ou il mangeait pas ! Je voyais pas comment faire autrement. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ainsi, donner un biberon avant la fin de la période d'adaptation motive un discours culpabilisant de la part des professionnelles. On reproche à Ève des décisions prises dans des moments difficiles, d'être la cause de ses problèmes d'allaitement. Elle ajoute :

Je trouve qu'à quelque part, je trouvais que c'est un peu hypocrite parce qu'ils disent tout le temps, dans les vidéos de cours prénataux et dans les vidéos d'allaitement, qu'il n'y a pas de techniques à l'allaitement, que c'est quelque chose qui est comme naturel, qui se fait tout seul. Mais en même temps, quand c'est difficile et que t'as un bébé qui crie, t'as juste envie d'avoir une technique. Fait que ça m'énervait. Pis après ça, quand tu voyais des infirmières en allaitement, elles ont toutes leurs « techniques » entre guillemets, fait que c'est pas vrai qu'il y a pas de techniques. C'est n'importe quoi. Elles me disaient toutes « ah, mais tu le tiens pas comme il faut », « ah, mais là, faut que tu places tes doigts comme ça »... Tsé, d'où ça vient, ça, pis pourquoi faudrait que je le sache, t'sais ? C'était n'importe quoi. Ça m'a frustrée, des fois. Surtout quand, d'une infirmière à l'autre, c'était toujours différent. L'infirmière du CLSC, l'infirmière de lactation, elles avaient toutes des affaires différentes, des façons différentes de le prendre. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Deux éléments sont frappants dans l'extrait précédent. Tout d'abord, on constate que l'idée de la naturalité de l'allaitement s'articule à la désillusion vécue et au sentiment d'amertume exprimé. Ensuite, les femmes reçoivent des conseils parfois contradictoires des différentes professionnelles consultées ou alors, différents de ce qu'on leur a appris dans les cours prénataux. Ce type de situation entraîne un sentiment de déception et d'amertume chez les mères. Souvent, elles critiquent le manque d'encadrement par les professionnelles. Tout comme Ève, elles sont souvent critiques des conseils ou du manque d'informations qu'elles ont reçus des professionnelles de l'allaitement, spécialement des infirmières lors de leur séjour post-partum à l'hôpital. C'est ce

qui m'amène à faire une digression pour aborder à part les conseils des infirmières⁷³ en post-partum immédiat, tels que vécus par les mères.

6.4.5.1 Entre rigidité et contradiction : conseils des infirmières en post-partum immédiat

Une récente étude mixte de Roseline Galipeau et Linda Lemire (2019) montre qu'au Québec, au congé de l'hôpital, près de 15 % des femmes allaitantes considéraient avoir reçu des conseils contradictoires provenant des professionnelles de la santé. Les situations d'informations contradictoires les plus fréquentes concernaient la fréquence des tétées, la position d'allaitement, ou le manque de lait. L'incohérence dans les conseils des professionnelles de la santé a aussi été notée dans la présente recherche. Lorsque les femmes demandent ou reçoivent des conseils pratiques par rapport à l'allaitement, ceux-ci contredisent souvent ceux reçus précédemment d'une autre infirmière ou ceux reçus dans les cours prénataux. Le manque d'uniformité dans les conseils transmis est flagrant. Le flot d'informations contradictoires reçues de la part des infirmières peut être source de désorientation chez les mères. Les conseils peuvent se baser sur l'expérience professionnelle de l'infirmière présente, son expérience personnelle ou l'enseignement reçu lors de sa formation en matière d'allaitement maternel ; et les différences d'une infirmière à l'autre découlent de leur interprétation des normes d'allaitement :

Mais les conseils des infirmières étaient difficiles à suivre. C'était parfois contradictoire. Une infirmière contredit la précédente, une autre nous repositionne « tu vas l'étouffer avec ton gros sein » et la suivante me rassure... Techniquement, des fois, c'était comme ma main doit pas tenir la tête, mais doit tenir son cou, tout ça. J'avais l'impression que c'était ce que je faisais, mais bon, paraît que ma main était mal placée. J'étais bien heureuse de sortir rapidement de l'hôpital. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Tu vois qu'elles ont la pression de t'encourager à faire l'allaitement. Fait que ça, c'est inévitable. Tout le monde veut t'aider, mais il y a pas de formation standard, fait que tout le monde t'aide de sa propre expérience. « Ouais, moi je pense que, moi je pense que, moi je pense que pis moi je pense que... » Pis la meilleure m'a dit : « Ici, on va tout te dire notre expérience personnelle. » Pis elle dit : « On a pas toutes été à la même école, on a pas toutes élevé nos enfants de la même façon, fait que ça va te faire ben ben ben des affaires à te rappeler ». (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Les infirmières m'ont dit en bloc comment le tenir, quoi faire, quoi ne pas faire, mais j'étais déjà méfiante d'elles et, puisque j'ai un bon réseau, je me suis dit qu'en temps et lieu, j'allais parler à mes amies, collègues ou mes sages-femmes. J'ai donc pas trop porté attention ou pris

⁷³ Dans le document de référence *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité* (2017) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la section portant sur l'allaitement est introduite par l'affirmation suivante : « Le meilleur aliment pour le nourrisson et une priorité pour les infirmières ». (p. 38)

au sérieux ces séances. De toute façon, elles se contredisaient parfois. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ce constat de contradictions au sein du personnel montre, au fond, un décalage entre les recommandations des discours biomédicaux et ce que les infirmières décident de transmettre aux mères.

La perception des mères quant au soutien des professionnelles de la santé en post-partum est un élément important pour la confiance en soi des mères. Selon Athena Sheehan, Virginia Schmied et Lesley Barclay (2009), un soutien positif de la part des professionnelles de la santé favorise la confiance en soi des mères et un soutien négatif induit l'effet contraire. Leurs résultats indiquent qu'un soutien positif comprendrait la disponibilité des professionnelles, de l'assistance technique, un support émotionnel et une certaine sensibilité au regard du vécu de la mère. Inversement, un soutien négatif comprendrait un manque de disponibilité, une approche rude et directive, la variabilité des conseils donnés par les différentes professionnelles rencontrées et un manque de flexibilité. Comme nous le verrons, les femmes de la présente étude rapportent davantage de comportements qui se rapprochent d'un soutien négatif. C'est le cas notamment de Roxanne et Sandrine, qui n'ont pas apprécié leur séjour à l'hôpital en raison du stress ressenti dans les relations entretenues avec les infirmières :

Elles me parlaient pas. Elles venaient, elles faisaient ce qu'elles avaient à faire et rien. Pour vrai, je... Je sais pas, mais j'avais comme pas un bon *feeling* avec les infirmières. [...] Même mes parents, après, ils faisaient... Ils étaient : « Tabarnouche ! » J'aurais aimé autant qu'elles viennent pas, si c'était pour avoir une face de même ! En tout cas ! C'est plate, mais pour te dire la vérité, c'était ça. J'ai pas eu vraiment de trucs. Elles le faisaient comme à ma place, elles me pognaient le sein et elles essayaient de le mettre dans la bouche du bébé. Quand elles venaient, je devenais super stressée. Je sentais que je dérangeais, c'était comme pas adéquat ce que je... Je me sentais pas bien, j'avais hâte qu'elle s'en aille, je vais m'arranger toute seule. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Des fois, souvent, j'avais un conseil que moi j'avais l'impression déjà d'appliquer. Comme : « Fais la madone inversée ! » « Ah, oui... Bin... C'est ça. Je la fais, là ? » « Ah, non. » « Okay, mais c'est quoi d'abord ? » Fait que là, elles me disaient où placer ma main, mais elle est là ma main ! Je comprenais comme pas ce qu'il fallait faire parfois. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Ce résultat est similaire à celui d'autres études (Dykes, 2006; Hvatum et Glavin, 2016 ; Thomson et Dykes, 2011) dans lesquelles des mères critiquent la rigidité des professionnelles de la santé quant à l'adhésion aux politiques de promotion de l'allaitement, qualifiées de « dogmatiques », rigidité nuisant à l'offre d'une réponse adéquate aux besoins réels des mères. Le soutien apporté

aux femmes ainsi que les messages visant à les informer sur l'allaitement maternel se concrétiseraient de façon « routinière, prescriptive » et « autoritaire » (Dykes, 2006:176).

Cela étant dit, certaines femmes rencontrées précisent que les différences dans les techniques présentées par les infirmières peuvent être positives. Sandrine précise que la variété des techniques présentées est un avantage, mais ajoute qu'il est encore plus important que le savoir-faire soit présenté de manière non « dogmatique » :

Sinon, le fait qu'elles semblaient toutes avoir des méthodes différentes, je pense que c'est très positif quand il y a une méthode qui ne fonctionne pas, fait qu'on passe à une prochaine méthode, pis je pense que c'est intéressant. Moi, ça m'a mélangée parce que j'ai peut-être pas assez confiance en moi sur ce point de vue-là ou quoi que ce soit, et qu'elles étaient très dogmatiques. C'était pas « hey, essaie donc ça, ça pourrait être le fun ! », c'était très « non, c'est pas la bonne méthode ». Je pense que la variété est importante, je pense que la *façon* est encore plus importante de l'amener. (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

De manière similaire, Ève exprime aussi avoir eu accès à une variété de techniques d'allaitement, en fonction de l'infirmière présente. Elle perçoit positivement cette diversité, considérant que celle-ci peut lui être utile si l'une des techniques ne lui convient pas :

Ça variait tellement d'une infirmière à l'autre, il y avait tellement des techniques toutes différentes, ça me mêlait un peu, je trouve. J'étais un peu mélangée. Il y avait comme « ah, bin non, tu le prends pas comme il faut », mais là c'est comme ça que l'autre infirmière m'avait dit de le prendre, t'sais ! [rires] Je sais pas... Je trouve que des fois, c'était pas cohérent nécessairement, ils avaient toutes des approches différentes. Mais tu peux voir ça d'une autre façon, dire que peut-être que quand il y a différentes techniques, tu vas finir par trouver celle qui te convient, mais moi, ça me mélangeait plus qu'autre chose. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Cela étant dit, bien qu'elles y voient des avantages, Ève et Sandrine trouvent tout de même cette façon de faire difficile à suivre. Devant cette confusion face aux conseils reçus, les femmes sortent souvent frustrées et amères des interactions avec les infirmières.

J'ai suivi quelques conseils, pas tous. Par exemple, il y a une infirmière qui me disait de peser sur mon sein pour dégager sa narine, mais après ça, une autre infirmière me disait « faut pas faire ça parce que tu peux bloquer des canaux quand tu fais ça ». Je trouvais que ça faisait du sens, pis je pense pas qu'il était en train de suffoquer, j'avais pas besoin de vraiment dégager sa narine. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Comme l'extrait précédent le laisse entendre, les femmes opèrent une sélection parmi les nombreux conseils reçus. La plupart applique les conseils qui ont du sens pour elles ou qui leur

conviennent le mieux. Les reproches des infirmières formulés de manière cavalière, « faut pas faire ça ! » comme mentionné dans l'extrait d'entretien précédent, entraînent un sentiment d'incompétence chez les mères. Cette formulation laisse encore une fois transparaître de la rigidité dans les manières d'approcher les pratiques d'allaitement.

Il y a un choc entre la volonté autoritaire d'imposer un modèle uniforme et la réalité du terrain, où les perspectives et expertises sont contradictoires, voire dysfonctionnelles. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse du nombre de mises au sein ou de la manière de positionner l'enfant, on voit, malgré des oppositions au sein des professionnelles, comment la norme médicale cherche à décrire la bonne et la mauvaise manière d'accomplir des gestes précis. À partir de conseils qui peuvent être rigides de la part des infirmières, il s'agit en fait d'éduquer les mères et d'uniformiser les conduites maternelles. Il s'agit aussi d'une transformation des femmes en patientes dépersonnalisées, placées dans un rapport de pouvoir qui leur est forcément défavorable vis-à-vis du personnel hospitalier. Les relations entre les femmes et le personnel hospitalier peuvent être interprétées comme des transmissions de savoirs qui font autorité, soit des « expertes » vers les femmes. Un déclassement paradoxalement « accepté » sur le moment, du fait que c'est la première fois qu'elles allaitent, qu'elles se sentent incompétentes et que l'allaitement leur tient à cœur.

Plusieurs femmes témoignent les reproches faits par les infirmières entraînent, plutôt qu'un apprentissage constructif, l'imposition d'une manière fixe de faire. Les infirmières ont tendance, selon les propos de plusieurs participantes, à replacer directement le nourrisson de la façon qu'elles jugent adéquate, parfois sans même expliquer ce qui clochait.

La seule chose que j'ai été déçue par rapport à l'hôpital c'est par rapport à l'allaitement. C'est qu'elles donnent pas de trucs. Si t'as de la difficulté, elles arrivent, elles te placent le sein dans la bouche du bébé, mais elles t'expliquent pas ce qu'elles font exactement. Ça, j'ai trouvé ça comme dommage. C'est ça, elles t'encouragent beaucoup à allaiter et c'est correct. La première infirmière, celle qui était là à ma césarienne, elle, elle me montrait comment faire. Mais après ça, tout le long que j'ai été là, quand le bébé avait de la misère, je pouvais comme sonner et quelqu'un venait. Elles me le plaçaient et elles repartaient. Elles me donnaient pas de trucs. Elles disaient pas : « Compresse sur ton sein comme ça, fais ci, fais ça ». (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Dans certains cas, à l'opposé de l'abondance de conseils contradictoires, on constate donc l'absence de conseils techniques de la part des infirmières et une tendance à repositionner le nourrisson à la place de la mère. Comme on peut s'y attendre, cela n'a en rien aidé l'allaitement

de Joanie, puisqu'elle ne savait pas comment mettre son enfant au sein à sa sortie de l'hôpital. Cette situation lui a en outre causé des difficultés et du stress dans la suite de son allaitement. Ceci combiné au fait qu'elle n'avait pas suivi de cours prénataux sur l'allaitement, croyant que c'était facile, et qu'elle vient d'un milieu où peu de femmes ont fait l'expérience de l'allaitement ; Joanie a cessé d'allaiter après quelques jours.

Cette manière de procéder, soit le fait de fournir peu d'encadrement dans l'apprentissage de l'allaitement, envoie un message contradictoire aux mères. D'un côté, on fait la promotion intensive de l'allaitement maternel dans les cours prénataux, de l'autre les mères ressentent qu'elles ne reçoivent pas de soutien adéquat en post-partum. Plusieurs femmes se sentent donc plutôt laissées à elles-mêmes, avec le sentiment désagréable d'être inadéquates dans leur manière d'allaiter leur enfant, ce qui affecte leur confiance en elles et en leur capacité d'allaiter. À l'hôpital, sans conseils ou explications des infirmières sur les techniques de mise au sein, les mères qui ont des difficultés ne savent pas quoi faire pour remédier à la situation ou à ce qui ne va pas dans leur manière d'allaiter.

Toutefois, elles sont encouragées à allaiter, à mettre leur nourrisson au sein le plus souvent possible ou, au besoin, à extraire leur lait. Elles se font répéter que le lait maternel est l'aliment optimal pour leur enfant. On essaie encore de les convaincre d'allaiter, bien que ce soit déjà ce qu'elles souhaitent faire à ce stade. Les résultats indiquent donc que les infirmières sont encore davantage engagées dans la promotion de l'allaitement que dans l'éducation en post-partum immédiat.

Plusieurs infirmières que j'ai rencontrées dans le cadre de l'étude expliquent qu'il est plus simple et plus rapide pour elles de placer le nourrisson, au besoin, plutôt que de prendre le temps d'expliquer en détail et de laisser la mère le faire d'elle-même. Même si cette dernière approche permettrait de s'assurer que la mère a bien compris. Ève mentionne qu'elle était surprise et frustrée de faire face à ce comportement non-favorable à l'allaitement, et ce particulièrement dans un hôpital certifié *Ami des bébés* :

C'était un peu stressant des fois, je trouve, à l'hôpital. Parce que des fois, tu demandes de l'aide, et je pense que volontairement elles viennent pas nous voir pour qu'on trouve nous-mêmes. Je sais pas si c'est volontairement, mais... En tout cas, des fois t'appelles trois fois pis ça prend comme 20 minutes. Finalement, il y a quelqu'un qui finit par arriver après 20 minutes. Finalement, c'est un peu comme « démerde-toi ». J'étais déçue, parce que cet hôpital, c'est

supposé être un hôpital *Ami des bébés*. Sont supposés être vraiment pro-allaitement. Mais j'ai pas senti énormément de support, honnêtement. Je trouve qu'ils méritaient pas vraiment leur titre. (Ève, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Ceci s'explique entre autres par les contraintes de temps des infirmières dues aux enjeux organisationnels des hôpitaux. Les conditions de travail des infirmières, le temps supplémentaire obligatoire, la pénurie de main d'œuvre, les pressions d'une bureaucratie évaluant la qualité du travail au nombre de dossiers traités et les politiques de rationalisation de l'État ; tout cela pèse sur les conditions concrètes de la pratique en soins infirmiers, notamment en contexte de postpartum immédiat (Hunter, Magill-Cuerden et McCourt, 2016). Les infirmières, étant débordées, ne peuvent prendre le temps de transmettre ce type d'apprentissage, ce qui a un impact sur la qualité des conseils en matière d'allaitement tel que vécu par les mères. On peut donc dire que, même dans un hôpital certifié *Ami des bébés*, et avec une mère qui souhaite allaiter, les conditions favorables à un allaitement ne sont pas garanties.

6.4.5.2 Enjeux organisationnels et obstacles institutionnels à l'allaitement

Au-delà des contraintes de temps des infirmières, d'autres enjeux organisationnels au sein des hôpitaux font obstacle aux pratiques d'allaitement des mères, générant frustration et amertume. Malgré les politiques *Amis des bébés* mises en place dans plusieurs hôpitaux, certifiés ou en voie de l'être, les aménagements et les protocoles ne sont pas toujours favorables à l'allaitement. Par exemple, Anaïs, qui a été aux prises avec le syndrome d'Hellp⁷⁴ (une complication grave de la prééclampsie) et qui a accouché prématurément de jumeaux, souligne avoir été séparée de ses enfants pendant plus de deux jours. Elle logeait à l'unité post-partum et ses nourrissons aux soins intensifs néonataux :

C'était un peu mal faite parce que c'est pas dans le même bâtiment les soins intensifs pis le post-partum. Pis les gens qui sont bons pour t'aider avec l'allaitement, ben ils sont pas aux soins intensifs, ils sont au post-partum. Moi, mes bébés ils n'étaient pas au post-partum, ils étaient aux soins intensifs (rire), ça fait que... ben, c'est ça, c'était un peu mal fait. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

De ce fait, la première mise au sein a eu lieu quatre jours suivant la césarienne d'urgence. L'horaire fixe de prise de lait des enfants entraine en contradiction avec l'horaire de prise de médicament et

⁷⁴ L'acronyme anglais « HELLP » exprime trois signes cliniques : *Hemolysis* (hémolyse), *Elevated Liver enzymes* (augmentation des enzymes hépatiques) et *Low Platelet count* (numération plaquettaire faible).

des tests de la mère. Comme l'explique Anaïs, ceci a compliqué ses tentatives d'allaitement lors du séjour à l'hôpital et engendré du stress :

Là ce qui était pas facile, c'était que moi je devais retourner à heure fixe pour ma pression et mes médicaments et eux ils étaient aussi à heure fixe pour leur boire, mais pas en même temps. C'était aux trois heures, mais t'sais c'est comme t'sais mettons à 1h00 c'est elle, à 2h00 c'est lui et mettons à 1h30 moi il faut que je descende pour mes médicaments. Faque, je pouvais y aller pour essayer de les allaiter à l'heure de leur boire, mais... ah non, c'est pas vrai, d'avance pour leur boire, parce qu'à l'heure fixe du boire fallait qu'ils boivent. Donc, c'est ça, ça fonctionnait moyennement. Je trouvais ça un peu stressant. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

En plus des horaires fixes qui compliquent la tâche, Anaïs mentionne que les soins intensifs néonataux ne sont pas bien organisés pour favoriser l'allaitement. Elle raconte que les chaises ne sont pas confortables et qu'il n'y a pas de fauteuils adaptés ni de coussins d'allaitement. Elle ajoute que les infirmières des soins intensifs ne semblent pas bien formées pour aider :

De plus, les infirmières qui sont les meilleures avec l'allaitement sont à l'unité post-partum (où est ma chambre et pas aux soins intensifs où sont les bébés). Je trouve donc que c'est un peu difficile de démarrer comme il faut. Une des choses qui n'aide pas beaucoup, c'est que seuls les parents ont le droit de toucher les bébés aux soins intensifs (à part les infirmières). Les seuls qui ont le droit d'y aller, c'est les parents pis les grands-parents, mais les grands-parents ont pas le droit de toucher aux bébés, alors il y a personne pour t'aider quand tu y vas. Ma mère, elle m'aurait aidée, mais là, elle avait pas le droit de toucher aux bébés, ça fait que ça allait pas bien. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Le protocole/règlement qui interdit à d'autres personnes que les parents et le personnel médical de toucher aux enfants lorsqu'ils sont aux soins intensifs a nui à l'apprentissage de l'allaitement par Anaïs dans les premiers jours de vie de ses enfants. Effectivement, sa mère qui a plusieurs expériences d'allaitement ainsi qu'une formation en la matière ne pouvait pas l'aider aussi bien qu'elle aurait pu à l'unité post-partum ou qu'elle l'a fait plus tard à la maison. Dans le cas d'Anaïs, une fois ses enfants relocalisés au post-partum avec elle, aucune infirmière n'est venue lui offrir de l'aide concernant l'allaitement, considérant, selon elle, que cela faisait déjà trop longtemps :

Sinon au post-partum, il y a personne qui est venue m'aider quand les bébés étaient là, mais probablement que c'est parce que ça faisait déjà trop longtemps que j'étais là. Comme je n'ai pas eu le, bon bien tu viens d'accoucher, donc on vient t'aider, comme là, ça faisait trois, quatre jours... Ils ne sont pas vraiment venus pour ça. (Anaïs, 29 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Bref, ce cas montre que pour la cohabitation des parents et du nourrisson en situation exceptionnelle, les installations ne sont pas adaptées, ce qui nuit aux pratiques d'allaitement des

mères — ici une mère qui souhaitait allaiter exclusivement. Les complications médicales survenues en contexte hospitalier, empêchant la cohabitation, ont obligé le recours à un allaitement mixte en début de vie. Les problèmes d'organisation du milieu hospitalier (ne pas être logé dans la même pièce que ses enfants, être même dans des unités éloignées l'une de l'autre, des horaires fixes de visite, etc.) constituent des obstacles institutionnels à l'allaitement.

6.5 Conclusion de chapitre

Ce chapitre souligne un décalage entre les aspirations initiales des répondantes, présentées au chapitre précédent, et les réalités d'allaitement. Les mères adaptent leur discours à partir de leurs expériences. Le choc vécu par les mères à l'égard des difficultés, des exigences et des sacrifices associés à l'allaitement démontre que les attentes prénatales n'étaient pas réalistes, entachées d'une certaine idéalisation de la pratique dans l'imaginaire des mères – ce qui implique différentes préconceptions, par exemple sur la naturalité et la facilité de l'allaitement.

Un second décalage se laisse percevoir entre la conception normée d'un allaitement dit « réussi », d'après les recommandations de la santé publique, et la perspective que le vécu de l'allaitement donne aux femmes sur les termes de cette « réussite ». Dans cette étude, aucune femme n'a suivi *à la lettre* les recommandations officielles des autorités de santé publique. En termes d'exclusivité, aucune mère n'a allaité uniquement *au sein*, comme le suggère l'OMS, et plusieurs ont complété l'alimentation de leur enfant avec de la PCN. Pourtant, les sentiments de fierté et de réussite se retrouvent tout de même dans leurs récits d'allaitement. Il serait donc réducteur de circonscrire l'allaitement réussi suivant les critères établis par le milieu médical.

De plus, les résultats permettent de mieux comprendre les rapports complexes qu'entretiennent les mères avec les recommandations de la santé publique et la promotion de l'allaitement. Peu importe la méthode d'alimentation du nourrisson privilégiée, écouter les mères exprimer leurs appréhensions et incertitudes face à l'allaitement plutôt que de chercher à les convaincre d'allaiter par le biais d'un discours idéalisé, semble être une avenue susceptible de mieux répondre à leurs besoins. C'est aussi ce que concluent Marie Dietrich Leurer et Eunice Misskey (2015) : les informations prénatales en matière d'allaitement devraient non seulement promouvoir les avantages et les joies d'allaiter, mais aussi reconnaître les réalités et les défis auxquels une nouvelle mère peut s'attendre. L'objectif de la santé publique en matière de

promotion d'allaitement devrait donc être de bien préparer les femmes aux difficultés possibles de l'allaitement et de les informer sur les solutions existantes. De cette manière, les femmes qui vivent des difficultés seraient moins susceptibles d'interpréter ces difficultés en termes de lacune personnelle (« défectueuse ») ou une d'incompétence maternelle (« mauvaise mère ») ; et plus susceptibles de vivre une expérience d'allaitement satisfaisante, et ce, au-delà des critères de réussite de l'allaitement maternel formulés par les autorités de santé publique.

Pour conclure, l'ambivalence est au cœur des expériences d'allaitement. Dans un même récit d'allaitement, une femme peut s'être sentie totalement inadéquate et incompétente dans son allaitement, puis fière et en contrôle de la situation. Même en ce qui concerne les arrêts précoces de l'allaitement, les femmes expérimentent des émotions complexes telles que culpabilité, tristesse, déception, mais aussi soulagement. Cette complexité et la diversité des vécus sont synthétisées au moyen d'une typologie descriptive. Cinq profils sont dressés : les chanceuses, les combattantes, les performantes, les spirituelles/engagées bio et les amères. En terminant, je tiens à rappeler que cette typologie descriptive doit être considérée comme une étape d'analyse plutôt que comme une forme finale et fixe des expériences d'allaitement.

TROISIÈME PARTIE : Approfondissements, synthèse et discussion

CHAPITRE 7 : Approfondissement intersectionnel des résultats prénataux et postnataux

La « persévérance » (ou « l'acharnement », suivant la vision certaines participantes) fait souvent partie des qualités à avoir pour « réussir » son allaitement. Il y a dans la majorité des cas des obstacles ou des difficultés qui poussent les mères à se demander, à un moment ou à un autre de leur parcours d'allaitement, si elles veulent le poursuivre. Selon les statistiques canadiennes, c'est d'ailleurs pour la durée, et non pour l'initiation de l'allaitement, que les femmes ne suivent pas les recommandations officielles de santé publique (ESCC 2009-2010). Il y a donc souvent des moments charnières où les mères doivent remettre en question la décision d'allaiter. Dans leurs récits, il est fréquent qu'elles associent la poursuite de l'allaitement à des qualités personnelles ou des traits de personnalité : têtues, persévérantes et tolérantes. Au-delà de ces caractéristiques dites individuelles, comment et pourquoi en viennent-elles à la décision de poursuivre l'allaitement tandis que d'autres en viendront à cesser ?

Dans le cadre de ce questionnaire, l'objectif de ce chapitre est de répondre à la question suivante : comment les décalages entre les aspirations prénatales et les réalités postnatales sont-ils affectés par selon la positionnalité des femmes ? L'idée n'est pas de prétendre que l'écart entre aspirations et réalités est déterminé uniquement par la positionnalité des femmes. Il s'agit plutôt de cerner comment les obstacles et les incitations à l'allaitement sont structurés par les différences sociales. Celles-ci, comme nous le verrons, placent certaines femmes dans des positions privilégiées, les disposant à vivre un allaitement ou un non-allaitement qu'on pourrait qualifier de « facilité » et « d'épanouissant », d'une part. Pendant ce temps, d'autres n'arrivent pas à le vivre comme une expérience positive et non-contraignante, sous l'effet de conditions sociales étouffantes. La visée de ce chapitre est ainsi de comprendre comment la positionnalité des femmes oriente la construction des aspirations prénatales et réalités postnatales en matière d'allaitement, telles que décrites dans les chapitres précédents.

Dans ce chapitre, une triangulation des données recueillies auprès des mères et des professionnelles de l'allaitement sera faite. Ensemble, le vécu des mères et l'expérience des professionnelles permettront de montrer qu'en réalité, ce sont les interactions constituant la positionnalité qui « contraignent » l'allaitement (dans les deux sens du terme : pour le limiter ou au contraire pour le rendre obligatoire). Il faut savoir qu'il arrive que tel obstacle pour une femme

soit vécu comme une incitation pour une autre. Par exemple, les mêmes conseils et encouragements d'une professionnelle motiveront une femme et mettront une pression indue sur une autre.

Bien que les vécus soient diversifiés, les propos des participantes font état de contraintes à l'allaitement inégalement distribuées qui se basent principalement sur des rapports sociaux de sexe/genre, d'ethnicité, de classe, d'immigration et de « race ». L'analyse visera à décortiquer la manière dont les systèmes d'oppression ou de privilèges, liés aux catégories socialement construites, entraînent des conséquences nuisibles ou favorables sur le vécu et les pratiques de l'allaitement.

Le chapitre se divisera selon les contraintes liées aux divers axes de hiérarchie sociale identifiés dans la thèse. Ses quatre sections se pencheront successivement sur les contraintes liées aux rapports de sexe/genre (7.1), à l'immigration (7.2), au statut socio-économique et à l'éducation (7.3), pour terminer sur les contraintes liées à l'ethnicité et à la « race » (7.4).

Bien qu'on les envisage souvent séparément, ces rapports sociaux ne prennent tout leur sens que lorsqu'ils sont pensés ensemble. C'est bien sous une forme combinée qu'ils traversent le quotidien des femmes. Pour en rendre compte, je reviendrai à différents moments sur les considérations intersectionnelles élaborées au chapitre 4. À ces occasions, je tenterai de répondre à la question suivante : une fois articulées les unes aux autres, comment les différentes positions possibles (privilegiées ou non) se traduisent ou non par des facteurs qui facilitent la continuité entre aspirations et vécu ?

7.1 Contraintes liées aux rapports de sexe/genre

7.1.1 Rôle de la bonne mère allaitante intériorisé

Dans la littérature féministe, les autrices constatent que la figure maternelle et la maternité sont des constructions sociales, culturelles et historiques qui présentent les femmes comme les principales responsables du bien-être de leur enfant (Lapierre et Damant, 2012 ; Descarries et Corbeil, 2002). Comme nous l'avons vu précédemment, dans le contexte de l'allaitement, ceci se traduit par des attentes élevées envers les mères pour qu'elles donnent leur lait maternel selon les recommandations officielles de santé publique. Plusieurs mères rencontrées ont intériorisé ce

discours et croient qu'elles doivent « endurer » les douleurs ou autres difficultés de l'allaitement pour la santé et le bien-être de leur enfant, voire pour accomplir leur rôle de bonne mère. C'est ce qui explique, en partie, la standardisation des aspirations d'allaitement de toutes les femmes rencontrées dans cette étude, à l'exception d'une, et la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois pour la majorité d'entre elles, à l'exception des quatre arrêts précoces.

Le discours idéalisé de la bonne mère allaitante est soutenu par une vision naturalisée de ce rôle. En effet, la figure maternelle est non seulement associée à des caractéristiques supposément « innées » (douce, tendre, attentionnée, aimante, dévouée, etc.), mais s'articule aussi au « corps maternel », lequel détient les potentialités biologiques de la lactation (Tabet, 1985). C'est ce que j'ai déjà souligné au chapitre 5 à propos des préconceptions portant sur *la naturalité de l'allaitement* et le fait, selon les participantes, que *l'allaitement est une affaire de femmes*.

La corporalité de l'allaitement comme piste d'interprétation du déséquilibre dans les tâches liées à l'enfant est manifeste dans les récits des femmes. Elles font ressortir une « différence de nature » entre les hommes/pères et les femmes/mères, fondée sur le pouvoir d'allaiter. Cette capacité biologique et unique à leur sexe leur permet de développer un lien d'attachement jugé « naturellement » plus fort avec l'enfant. Pour citer Paola Tabet, « tout concourt à faire apparaître [l'allaitement] comme un événement biologique en quelque sorte extérieur aux rapports sociaux » (1998 : 78). En raison de cette perspective biologique, les femmes rencontrées avaient du mal, en période prénatale, à voir de quelles manières le père de l'enfant pourrait les soutenir dans leur allaitement.

Cela étant dit, l'allaitement maternel peut aussi être perçu comme un lieu de pouvoir pour certaines des participantes, c'est-à-dire celles qui investissent ce rôle et y parviennent. L'idée de maternité en tant que source de pouvoir s'articule bien avec les discours de ces participantes. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que certaines femmes mentionnent un sentiment de compétence maternelle, de pouvoir et de contrôle sur l'enfant, et de maîtrise de leur propre corps via leur allaitement. Sur cette voie, bien que difficile et parfois lourd à porter, l'allaitement peut également donner accès à une place reconnue et respectée dans la société. Le fait d'allaiter et d'ainsi donner « ce qu'il y a de mieux » à leur enfant, leur renvoie une image positive et socialement valorisée d'elle-même.

Bien que la majorité des participantes aient intériorisé un discours naturalisant et idéalisé de la maternité et de l'allaitement, elles sont nombreuses à soulever les exigences de la tâche, d'où la prégnance d'un discours ambivalent sur leurs expériences postnatales.

La mère parfaite ou la figure de la « supermaman » (en référence à la figure de la *superwoman*) fait également partie de la performance de la maternité, dans laquelle l'allaitement joue un rôle important. Les autres identités ou rôles, en tant que femme, amie, conjointe, amoureuse, travailleuse, etc., sont laissés de côté pour embrasser principalement et quasi-exclusivement le rôle de mère. C'est ce qu'explique Roxanne :

J'ai de la misère à me voir autrement que comme une mère. Je sais pas, c'est ça. On dirait que je suis comme devenue une mère, je ne suis plus comme une blonde. Je me sens comme une maman. Ça va revenir. C'est comme si des rôles qui sont différents. J'aimerais ça comparer si j'avais donné un biberon, mettons. Mais on dirait que, moi, à l'intérieur de moi, quand je fais ça, je me sens... C'est sûr qu'on dirait que je me dis : « Ah, on est faites pour ça, c'est comme le sens de la vie ». Je me... Je sens que je fais ce dont j'ai comme été créée pour. Si on veut. Mon Dieu ! Je sais pas si tu comprends un peu. Je me sens vraiment comme une mère quand je fais ça. Je me sens pas l'amoureuse, la blonde. Non, je me sens une mère qui fait ce qu'elle doit faire. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

C'est là l'énoncé d'un investissement total dans le rôle de « supermaman », pour lequel l'allaitement maternel semble avoir un effet amplifiant, la place de la mère auprès de l'enfant devenant par celui-ci essentielle et unique. Je remarque aussi la compartimentation et la hiérarchisation des différents rôles féminins envisagés, parmi lesquels le rôle de mère devient prioritaire dans la construction de l'identité. Notons que, dans l'extrait, Roxanne pousse l'aspect spirituel de l'allaitement jusqu'à le décrire comme le « sens de la vie » (ce que j'ai abordé à la sous-section 6.4.4, intéressée par le type des mères *spirituelles/engagées bio*).

Bref, en tant que femme, ce qui affecte indéniablement les aspirations en matière d'alimentation du nourrisson est l'intériorisation des figures de la bonne mère allaitante et de la « supermaman ». L'intériorisation de ces images idéalisées se traduit par un poids symbolique et émotionnel particulier une fois la femme confrontée aux réalités de l'allaitement en période postnatale. D'une part, la position sociale de femme des participantes reconfigure leurs attentes prénatales, notamment via les préconceptions de la corporalité de l'allaitement (*la naturalité de l'allaitement* et le fait que *l'allaitement est une affaire de femmes*). D'autre part, cette position

transforme leur vécu sur fond d'injonctions internalisées portant sur la distribution genrée des tâches et la performance de la maternité idéale.

7.1.1.1 Considérations intersectionnelles sur la bonne mère

Au niveau des normes de genre de la bonne mère et des aspirations qui leur sont associées, quelques témoignages se démarquent par leur caractère contestataire, voire subversif, de la maternité. En effet, quatre participantes blanches universitaires d'ethnicité canadienne-française ont abordé les enjeux liés à la maternité de façon très critique, et remettent en question, à divers niveaux, le discours dominant et fortement intériorisé de la bonne mère allaitante. Elles sont critiques, mais parallèlement aspirent tout de même à atteindre l'idéal, c'est-à-dire qu'elles ont essayé de « jouer le jeu », souvent en se disant qu'elles étaient en mesure de mobiliser connaissances et ressources en cas de difficultés, à titre de femmes éduquées (j'approfondirai ce point à la sous-section 7.3.3.1).

Ce constat diffère de l'expérience plusieurs femmes migrantes racisées rencontrées, qui n'ont pas joué en suivant « les mêmes règles du jeu », et donc qui n'essayaient pas à tout prix de se conformer aux exigences. On a noté une plus grande ouverture en période prénatale face à l'allaitement mixte par exemple. Ceci ne veut pas dire qu'elles n'avaient pas intériorisé de normes concernant le bon maternage, mais plutôt que celui-ci n'était pas défini essentiellement par les pratiques d'alimentation du nourrisson. Pour certaines, cela se concrétise dans leurs pratiques d'allaitement par une plus grande flexibilité et l'absence de culpabilité quant à l'utilisation sporadique ou régulière de PCN.

En outre, les aspirations associées au maternage proximal abordé à la sous-section 5.2.4.3 sont le plus souvent valorisées par les femmes de l'étude qui ont un profil sociologique similaire, soit d'ethnicité canadienne-française, blanches, très éduquées, ayant un bon emploi et un suivi de grossesse avec une sage-femme. Attention, ce n'est pas que les femmes immigrantes ou défavorisées ne comptent pas le faire. Au contraire, les données postnatales indiquent que la plupart des femmes migrantes rencontrées adoptent certaines de ces pratiques (particulièrement le portage, le partage du lit et l'allaitement à la demande et prolongé). La différence réside plutôt dans le fait qu'elles ne les revendiquent pas comme un type de maternage « supérieur ». Pour elles, ces pratiques ne renvoient ni à une performance ni à une quête de la maternité idéale, mais reflètent

ce qui fait sens dans le contexte de leurs conditions de vie. Par exemple, on partagera le lit parce que le bébé n'a pas de chambre à lui dans l'appartement. Ce sont aussi des pratiques qui facilitent leur vie au quotidien. Par exemple, le portage leur permet de s'occuper des tâches domestiques tout en s'occupant du nouveau-né.

En croisant les rapports de sexe/genre, l'origine et la classe sociale, on constate que les femmes éduquées, blanches, nées au Québec qui ont, en théorie, accès aux services et aux connaissances liées à l'allaitement, n'ont pas nécessairement un vécu d'allaitement positif. Cela s'explique par le contenu de leurs attentes. La plupart visait un sentiment d'accomplissement et d'épanouissement de soi via l'allaitement (voir préconception 6, à la sous-section 5.2.4.3). De plus, les femmes favorisées ont souvent le sentiment de ne pas avoir reçu les réponses qu'elles recherchaient, et ce, même si elles ont consulté les professionnelles de l'allaitement et lu des livres spécialisés. Elles sont souvent très critiques envers ce qu'elles qualifient d'« incompétence » des professionnelles de l'allaitement. On peut d'ailleurs les lier au type des « amères » (voir 6.4.5). Leur insatisfaction vient peut-être aussi du fait que leurs attentes envers l'allaitement se situent ailleurs que dans la simple technique. Comme quoi, la théorie ne suffit pas à empêcher un vécu difficile et ne réduit pas les exigences associées aux pratiques de l'allaitement exclusif à la demande.

7.1.2 Division sexuelle du travail domestique et familial : amplification des rapports inégalitaires de sexe/genre

En ce qui concerne la division du travail domestique, il ne faut pas croire que les tâches étaient nécessairement réparties équitablement dans toutes les familles avant l'arrivée de l'enfant. Au contraire, la majorité des participantes reconnaît qu'elles étaient les principales responsables du travail domestique avant la naissance de l'enfant. La plupart des femmes ne constatent pas de déséquilibre nouveau à l'arrivée de l'enfant, mais plutôt l'amplification générale de leur charge. Ayant déjà les charges mentale et matérielle du travail domestique, la situation postnatale ajoute les charges mentale et physique des soins liés à l'enfant. La répartition inégalitaire des tâches devient donc une source de tension et d'insatisfaction dans le couple :

Mon chum coupe les ongles. Fin. [rires] C'est tout ! C'est ça ! [...] Sinon, il change une couche par jour, là. C'est tout. [...] Il va me nourrir. Ça, oui. Faire des tâches de gars. Rentrer le bois, déneiger la cour, ces affaires-là. Il peut faire la vaisselle quand on a fini de souper pis c'est là

qu'on fait comme la routine pour l'endormir, lui il fait les tâches autres. Mais ça, c'est pas établi. Un soir, ça se peut qu'il aille prendre sa douche pis qu'il fasse pas la vaisselle. Lui pis moi on était une super bonne équipe avant d'avoir un enfant. On se démarquait comme ça. Là, il a fallu s'adapter, et on est encore en adaptation, à savoir qui fait quoi et comment on le fait, et on a réalisé qu'il faut vraiment qu'on se parle. C'est quand même, c'est moins facile. Ça crée des tensions. (Sarah, 33 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Pour Sarah, la division des tâches entre son conjoint et elle était satisfaisante avant l'arrivée de leur enfant, mais elle ressent à six mois post-partum des tensions à ce sujet. De plus, en utilisant l'expression « des tâches de gars », elle souligne la division sexuelle du travail.

L'amplification des rapports inégalitaires de sexe/genre se joue aussi dans le fait que l'allaitement va souvent au-delà du geste de nourrir. Allaiter son enfant signifie aussi parfois de le consoler ou l'endormir, ce qui peut ajouter au déséquilibre créé dans le partage des tâches.

« Bébé pleure ! Elle a faim ! Elle a faim, elle a faim, elle a faim ! » Des fois c'est le copain, la mère, la voisine, le gars... Écoute, tu deviens tellement un bien public, ok, que ça n'a aucun bon sens ! Tout le monde est en train de te dire : « Ton enfant a faim ! » Pis tu fais : « Ok. *You know what?* Il va falloir que tu me lâches avec ça. » (rire) Comme : « Sérieusement ! Lâche-moi ! Parce que j'aime pas ça. » Voici sept raisons pour lesquelles un bébé pleure : il a faim, il a froid, il a peur, il veut qu'on le prenne, il a besoin... Mais tu vois, avec l'allaitement, tu... C'est une forme d'inégalité, t'es comme une esclave ! On te ramène tout le temps l'enfant, parce que tu l'allaites. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

La frustration de Lyson est évidente. Ses termes sont forts (« bien public », « esclave »). Cette responsabilité semble peser lourdement. On constate qu'elle n'est pas dupe de la dynamique qui s'est installée en raison de l'allaitement. La présumée faim de l'enfant allaité deviendrait donc une « excuse » pour que le père ou l'autre personne qui en prenait soin puisse se décharger momentanément des pleurs de l'enfant, notamment parce que « l'allaitement magique » permet le plus souvent de le calmer (voir 6.2.1).

Pour certaines femmes, cette charge de travail associée à l'allaitement est une source de valorisation puisqu'elles investissent le rôle de la supermaman. Par exemple, Zahira s'occupe seule de sa fille puisque son mari est reparti en France. Elle met de l'avant ses expériences antérieures avec des enfants et ses qualités d'organisatrice pour expliquer qu'elle réussit bien à prendre soin de sa fille et à tout faire à la maison :

Puis, ma mère, quand elle est partie, mon mari est parti. Ma sœur, elle travaille toute la journée, je suis toute seule avec mon bébé. Alors, je fais tout avec elle. Moi, je suis très organisée et j'ai beaucoup d'expérience avec les enfants. Alors, ça m'a beaucoup aidée avec ma fille. Mais mon temps est plus pour elle que pour le reste. C'est-à-dire je fais mes affaires, je laisse tomber

quand elle a besoin de moi. J'arrive à... Mais, à la fin de journée, je suis brûlée comme on dit.
(Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Elle en retire un sentiment de compétence maternelle, et ce, malgré la fatigue et les exigences de cette charge de travail.

Étant donné que les pères sont, presque unanimement, retournés à leur emploi salarié après quelques semaines de congé de paternité, la contribution financière significative du partenaire est un compromis patriarcal (*patriarchal bargain*; Kandiyoti, 1988), c'est-à-dire que plusieurs participantes acceptent le déséquilibre qui s'installe dans la répartition des tâches. Bien que ça les désavantage, elles s'y conforment, puisqu'en contrepartie, elles peuvent profiter du statut de mère dédié à son enfant et à sa famille, valorisé dans les sociétés patriarcales. Le fait d'être en congé de maternité ou, comme certaines participantes le disent, d'avoir la chance « d'être payée pour passer leurs journées entières avec leur enfant », est souvent perçu comme un privilège pour lequel il ne faut pas se plaindre. C'est d'ailleurs ce que mentionne Roxanne dans l'extrait suivant :

Des fois, moi, je lui dis... Des fois, on s'ennuie un peu en congé de maternité. Veut, veut pas, t'es toute seule. Il dit : « Moi, je donnerais n'importe quoi pour être à ta place ! » C'est vrai, je suis chanceuse, je passe mes journées avec mon fils. En même temps, qu'est-ce qu'on ferait ici les deux ensemble ? On dirait que c'est ça que je me dis. Moi, j'étais contente quand même qu'il soit pas là parce que j'ai comme pu m'habituer à mon bébé toute seule. [...] C'est vrai, on dirait... Je suis capable. J'ai le goût d'être avec mon bébé. Ma mère est venue une fois. On dirait que, pour moi, c'est comme important, d'être capable. Je sais pas si c'est une bonne attitude. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Il y a donc un discours atténuateur qui accompagne fréquemment les propos des mères lorsqu'elles parlent des côtés négatifs d'être le « parent principal ». Roxanne utilise d'ailleurs l'absence de son conjoint pour valoriser son acquisition de compétences maternelles. Ce discours atténuateur semble être mobilisé à la fois pour réconcilier les frustrations et faire sens de l'expérience parentale. Il faut souligner que les deux postures (soit s'investir dans le rôle de supermaman, soit vivre des frustrations par rapport à la charge de travail) ne s'excluent pas, c'est-à-dire qu'une même femme peut à la fois se valoriser en investissant le rôle de supermaman et ressentir des frustrations liées à la charge du travail domestique.

Le retour au travail des pères est mobilisé comme justificatif des inégalités vécues face à la division familiale du travail. Par exemple, des accommodements en faveur de leur partenaire quant aux heures de sommeil sont consentis, sous prétexte que ce dernier a « besoin d'être en forme

pour aller au travail ». Pour Laurence, cet arrangement cache également un travail émotionnel important, soit la gestion de l'humeur de son conjoint :

J'ai allaité couchée pas mal tout le temps. Sauf la nuit... C'est con ! Je voulais pas déranger mon chum parce que mon chum... C'est vraiment un calcul. Comment dire ? J'ai conscience de ce que je fais et j'ai conscience que c'est pas *fair* ce que je vis, mais j'ai conscience aussi que, dans un état de survie ou de précarité, tu fais des choix coûts/bénéfices. Mon chum, il est vieux, il a trouvé ça vraiment plus dur qu'il pensait, la parentalité. [...] S'il dormait pas, il devenait vraiment trop lourd à gérer, il devenait *wack*, il devenait insupportable. J'ai fait le choix rationnel de me déplacer la nuit. J'allais pas couchée. J'allais m'asseoir, debout. C'était beaucoup moins confortable, ça aurait été beaucoup plus simple pour moi de rester couchée, mais... je voulais pas endurer son humeur de marde toute la journée le lendemain, ça fait que je faisais ces choix-là. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Ce type de solution marque l'enjeu de relativiser les conséquences de la fatigue maternelle versus celles de la fatigue paternelle. L'extrait souligne également ce travail de soin invisible, s'apparentant à un travail émotionnel (Hochschild, 1983), dans la gestion de l'humeur de son conjoint, pour le bien-être familial. Ce phénomène, loin d'être isolé, se présente continuellement. Il touche une forme de travail de soins non reconnu et effectué par les femmes. Des soins qui, comme c'est le cas dans l'extrait ci-haut, font passer les besoins d'autrui avant ceux des femmes qui les prodiguent.

En plus d'être justifiée par le retour au travail, la moindre implication des pères dans les soins liés à l'enfant est souvent mise en parallèle avec leur « incompétence » ou « insouciance ». Voici un extrait révélateur provenant de l'entretien postnatal avec Joséphine, qui montre que parfois, lorsqu'elles sont envahies d'inquiétude et de culpabilité à l'idée de laisser leur enfant à l'autre parent, les mères préfèrent éviter les sorties et quitter leur bébé le moins possible :

En tout cas, je le laisse entre les mains de son père, mais pas pour longtemps ! Ça me stresse. Comme je veux pas que la personne fasse une négligence. C'est ça, je veux pas. Je ne sais pas... J'ai laissé le bébé avec son papa. Je me suis dit : « Est-ce qu'il va bien ? Est-ce qu'il va laver les mains avant de donner le biberon ? Est-ce qu'il va faire ci ? C'est comme ça. Ou bien je suis dans la rue et j'appelle : Il va bien ? Il est réveillé ? Il a mangé ? » Je suis comme ça. Je me suis dit : « Pourquoi me stresser comme ça ? Je reste à la maison ou bien je sors avec lui ». (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Pourtant, Joséphine mentionne plus tard dans l'entretien qu'elle laissait en toute tranquillité d'esprit son fils à sa sœur ou sa marraine. Il s'agit encore une fois d'une internalisation du discours attribuant aux femmes le fait d'être des personnes plus responsables et devant s'occuper du soin des enfants et du bien-être de la famille.

De la même manière, les hommes/les pères n'ayant ni « le réflexe » ni « les capacités » d'accorder de l'importance aux tâches domestiques, celles-ci reviennent donc aux mères. Bien que le déséquilibre soit parfois présenté comme un facteur irritant de la vie de couple, il est aussi décrit implicitement comme propre à leur identité de femme. Or, ce sentiment d'essoufflement et de fatigue physique et mentale exprimé par les participantes reflète le poids des contraintes sociales de genre qui pèsent sur elles.

L'allaitement joue un rôle particulier dans cette division des tâches puisque quelques femmes s'attendent à ce que, considérant l'investissement qu'il nécessite, il soit pris en compte comme une tâche en soi, comme un travail. Elles s'attendent à ce qu'il motive un effort pour équilibrer la division du travail domestique, par l'implication accrue du partenaire (faire la cuisine, les courses, le ménage, baigner l'enfant, changer sa couche). Comme le montre l'extrait de Jacquie, l'allaitement en tant que tâche en soi est difficilement envisageable en période prénatale.

Non, je ne vois pas trop comment il pourrait me soutenir. Là encore c'est si on parle d'allaitement sans biberon. Non, j'ai vraiment... enfin, non je vois pas. C'est vraiment quelque chose... Quoi que ça veut dire que pendant que tu es en train d'allaiter tu ne peux pas faire les courses ou quelque chose comme ça, donc oui, c'est sûr que si je dois allaiter, oui, c'est du temps, donc qu'il faudrait que lui il fasse d'autres, enfin, les choses que je ne pourrais pas faire. [...] J'arrive pas à savoir ce que ça va être en réalité. (Jacquie, 32 ans, racisée noire, immigrante belge, RFF, suivi médical)

Il est ainsi difficile d'imaginer comment le conjoint peut apporter son soutien, notamment dans la répartition des autres tâches. L'allaitement, par sa dimension corporelle indéniable, peut mettre un poids supplémentaire sur les mères, puisqu'il n'est pas nécessairement « compensé » par une plus grande prise en charge des pères des tâches domestiques ou des tâches liées à l'enfant.

Au final, les thèmes du retour au travail du conjoint et de son « incompetence », d'une part, et l'association étroite des responsabilités et soins de l'enfant à un devoir maternel ou à un instinct féminin, d'autre part, sont des justifications *a posteriori*, qui servent à « excuser » le déséquilibre des tâches dans le couple, tel qu'il s'est installé ou amplifié.

7.2 Contraintes liées à l'immigration

7.2.1 « Chez nous » : influence des normes du pays d'origine sur les aspirations d'allaitement

Dans le chapitre 5, portant sur les aspirations en période prénatale, j'ai souligné que presque toutes les femmes (soit 15 sur 20) mentionnaient « avoir toujours su » qu'elles souhaitaient allaiter et, donc, que la décision « allait de soi ». Cette absence de questionnement sur l'alimentation du nourrisson met en évidence une différence notable entre les femmes issues de l'immigration et les femmes nées au Québec. Pour les femmes nées au Québec, l'« automatisme » de leur décision marquerait selon elles l'influence de leur milieu familial ou de leur entourage immédiat.

Je regarde aussi, t'sais, même toutes mes cousines ont allaité. En fait, je connais personne qui a donné des biberons de lait maternisé. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Pour les femmes immigrantes, cet « automatisme » décisionnel renvoie plutôt à un trait culturel ou au pays d'origine de manière à poser un contraste avec les femmes nées au Québec. Cet automatisme n'est d'ailleurs jamais réellement remis en question ni par les mères interrogées ni par les professionnelles de l'allaitement. Certaines professionnelles évoquent les coûts dispendieux des PCN ou le manque d'eau potable pour préparer les biberons, sans toutefois problématiser le manque d'alternatives réelles à l'allaitement pour les femmes dans certains pays. Qu'il soit avéré ou non, ce manque de choix n'est pas perçu comme problématique puisqu'il s'agit du « bon choix ». Bref, il y a un certain romantisme associé à cette « culture d'allaitement » qui n'est que très peu contextualisée. Par ce discours, elles renforcent l'idée que « ça va de soi », que « c'est naturel » pour elles. Dans le cas qui nous occupe, il faut entendre « naturel » au sens d'une habitude culturelle, et non d'un regard porter sur les lois de la nature. C'est ce que montrent les propos de Zahira et d'Aziza :

Ben, chez nous, c'est normal. Dans mon pays, c'est naturel (rires) et c'est normal. [...] Peut-être que si j'étais née ici je te dirais peut-être que je penserais pas à l'allaitement, mais vu que là-bas c'est naturel... Toutes les mamans allaitent et pis si la maman n'a pas de lait, si sa sœur en a un ou que son amie, elle va allaiter son enfant, même si... Tu comprends ? Donc, c'est naturel, t'as même pas besoin de penser ou réfléchir, ça vient tout seul. [...] Je te dis, on se pose même pas la question. Nous on est tranquilles on a même pas besoin de poser cette question-là. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Non... On parle pas de ça. C'est un automatisme chez nous. C'est-à-dire, c'est évident. Quand t'as un bébé, tu dois l'allaiter. Y'a pas à dire ! (*petit rire*) Ça se dit pas, là, ça se fait ! C'est tout ! C'est culturel. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Dans les extraits précédents, le « nous » renvoie aux femmes algériennes. On peut remarquer que Zahira et Aziza font une distinction entre elles et les femmes nées au Québec. Elles établissent une frontière ethnique sur la base des prises de décision et des questionnements entourant l'alimentation du nourrisson, par où elles valorisent le fait de ne pas se poser des questions. Dans ce discours, on estime que les femmes nées au Québec se compliquent la vie.

Elles construisent ainsi leur propre image à l'opposé des femmes nées au Québec qui se cassent la tête. L'énoncé de cette distinction exprime une forme d'attachement à leur culture. Par les extraits, on comprend que, pour elles, l'allaitement ne devrait pas être un enjeu réflexif. Il faut cependant souligner qu'il leur arrive d'être tiraillées entre ce qu'elles conçoivent comme les normes d'allaitement de leur pays d'origine et celles du Québec. Ce tiraillement est source de réflexion, par exemple sur la durée de l'allaitement, l'allaitement en public ou l'allaitement exclusif.

Au-delà de la décision d'allaiter ou non, la durée d'allaitement envisagée peut également s'interpréter dans les termes de cette rhétorique culturelle. Je rappelle que les résultats portant sur la période prénatale indiquent que la poursuite jusqu'à deux ans et plus est perçue comme marginale. Une seule participante, Aïsha (immigrante sénégalaise et musulmane), mentionne alors vouloir allaiter pendant deux ans, attribuant son objectif à une identification à la « culture d'allaitement » perçue de son pays d'origine, et non aux recommandations de santé publique.

Chez nous on dit que c'est toujours bon d'allaiter au moins deux ans. Si t'es capable, bien sûr ! (*petit rire*) Mais désirable. C'est sûr que depuis que je suis toute petite, j'ai toujours envie de... Je dis : « Moi, quand j'aurai un enfant, je vais l'allaiter au moins deux ans. Je veux que mon enfant soit solide et tout. » (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Lorsque je demande à Aïsha de me préciser ce qu'elle entend par « chez nous », elle me répond « Au pays. Tout le monde ». Elle nuance par la suite en précisant que ce n'est pas toutes les femmes qui allaitent pendant deux ans, mais elle soutient tout de même que tout le monde affirme qu'il *faut* allaiter deux ans si tu veux que ton enfant soit fort. Au-delà de ces spécificités culturelles, on

constate que pour les femmes, l'allaitement se justifie par la santé de l'enfant. Au vu de l'ensemble des verbatims présentés jusqu'ici, on constate cet invariant dans les discours de la majorité des mères.

D'une manière similaire à Aïsha, Aziza et Bintou utilisent des marqueurs de frontières ethniques tels que « chez nous », « dans mon pays » et « chez moi » pour distinguer la « culture d'allaitement » perçue de leur pays d'origine, à la différence qu'elles prennent une certaine distance en se donnant pour objectif d'allaiter moins longtemps :

Je n'y ai pas pensé parce qu'en fait, chez nous dans mon pays, quand même elles allaitent longtemps, elles allaitent deux ans ! Deux ans, c'est beaucoup. Mais, je ne sais pas si je vais tenir, honnêtement, je n'ai pas pensé à ça. Je penserai au fur et à mesure, mais c'est sûr que j'aimerais ça le plus longtemps possible, mais je ne peux pas te dire si je vais arrêter à six mois ou un an ou deux ans. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Minimum, ce sera six mois, si j'allaite. Très court, mais sinon, huit ou neuf mois [...] Les femmes de mon pays, elles, allaitent longtemps. Chez moi on allaite très longtemps. Une année après, une année et demie. J'ai une cousine qui a allaité presque deux ans son enfant. Ça dépend. Mais généralement, c'est une année. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

Cela étant dit, seulement Aïsha mentionne vouloir allaiter jusqu'à deux ans, idéalement. Bien que ces femmes immigrantes affirment que, « chez elles », les femmes allaitent longtemps, elles ne souhaitent pas s'astreindre à ce qu'elles perçoivent comme une trop longue durée d'allaitement. De ce fait, bien que les femmes s'appuient sur les normes de leur pays d'origine pour justifier leur décision d'allaiter, cet argument ne se répercute pas en termes d'objectif de durée d'allaitement. Cette façon des mères immigrantes rencontrées de se référer à leur pays d'origine pour expliquer leur comportement, présenté comme distinct de celui des femmes nées au Québec (qui n'allaiteraient pas ou pour une plus courte durée), peut être interprétée comme une manière de valoriser leur pays d'origine, voire de se donner une identité valorisée. Dans l'affirmation suivant laquelle plusieurs femmes du pays d'origine allaitent pendant deux ans, on peut discerner la tentative de montrer que ces femmes suivent les recommandations des autorités de santé publique, autrement dit qu'elles font ce que les médecins d'ici essaient de convaincre les femmes nées au Québec de faire, sans pourtant pour autant signifier qu'elles se proposent de suivre le même modèle.

7.2.2 L'éloignement du réseau du soutien et l'ingérence familiale

La revue de la littérature a montré que la famille et l'entourage jouent un rôle dans la diffusion des normes d'alimentation du nourrisson. D'un côté, les femmes qui ont des modèles d'allaitement, soit des amies ou des membres de la famille qui ont fait l'expérience de l'allaitement, sont plus susceptibles de choisir cette pratique (Johnston et Esposito, 2007 ; Dennis, 2002 ; Whalen et Cramton, 2010). En effet, avoir des modèles d'allaitement dans son entourage permet d'avoir accès à un soutien moral, mais aussi à des savoirs expérientiels. De l'autre côté, si la famille, les amies, le conjoint ou la conjointe ont des attitudes négatives face à l'allaitement, cela peut agir comme un obstacle (Bar-Yam et Darby, 1997; Mueffelman et al., 2015).

Les analyses des résultats de la présente recherche indiquent également que le réseau social de la mère a une part importante. Cependant, son impact ne se vérifie pas quant à la décision d'allaiter, mais quant aux modalités d'allaitement envisagées et au vécu. En effet, puisque toutes les femmes (à l'exception d'une) avaient décidé d'allaiter (même celles dont l'entourage n'a pas allaité), ce qu'a pu dire l'entourage s'est révélé d'une influence marginale sur la méthode d'alimentation privilégiée. Par contraste, les modalités d'allaitement (mixte, durée, tire-allaitement, etc.) sont souvent justifiées par les expériences d'autrui, en particulier dans l'optique de ne pas reproduire certaines de ces expériences. Pour celles qui mentionnaient que « tout le monde a allaité » dans leur entourage, les savoirs expérientiels et le soutien moral de cet entourage sont souvent mis de l'avant par les participantes. En revanche, cela s'accompagne d'une pression supplémentaire de « réussir ». Ceci indique que l'entourage peut participer inconsciemment à ancrer l'allaitement comme une injonction normative et implicite de conformité, c'est-à-dire comme un acte à caractère moral.

Ce rôle joué par le réseau diffère selon la positionnalité des femmes. Pour les femmes migrantes dont le pays d'origine affiche, selon elles, une culture favorable à l'allaitement, l'argument de la normalité de l'allaitement au pays d'origine est utilisé pour justifier leur propre allaitement et les modalités de celui-ci. Cependant, le manque d'accès à un réseau de femmes peut affecter son maintien. Parmi les 20 femmes rencontrées, neuf avaient immigré récemment (il y a sept ans ou moins). En tant que femmes immigrantes récentes, leur réseau social était plus restreint. Comme nous le verrons, cette situation affecte leur vécu de l'allaitement maternel.

D'un côté, leur positionnalité en tant que femmes immigrantes fait en sorte qu'elles ont moins accès à un soutien familial, mais, d'un autre côté, certaines ressentent moins de pression de l'entourage concernant leurs pratiques d'alimentation du nourrisson. Pour certaines femmes immigrantes rencontrées, le fait d'être éloignées de leur famille leur permettait, selon elles, une plus grande autonomie de décision :

C'est vraiment moi-même qui s'est mise cette pression-là parce que je voulais vraiment le faire. Aussi peut-être parce que j'ai pas ma famille ici, je pense que si ma famille était là, j'aurais eu plus de pression. Je pense que parce que là ils sont pas là, donc je prends mes décisions pis je suis à l'aise avec ça, mais peut-être que si mes parents étaient là ou mes frères et sœurs, peut-être que j'aurais senti cette pression parce que là ils sont loin, mais si ils sont là j'aurais senti quand même proche. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

C'est pas facile. Il y a beaucoup de personnes qui disent les choses qu'on doit faire. Mais quand je l'ai dit à ma mère qu'ici, le bébé n'a pas bu l'eau... Au Venezuela, dès le moment où tu es né, ils te donnent de l'eau. Et ma mère m'a dit : « Quand est-ce que tu vas donner de l'eau au bébé ? Quand est-ce que tu vas commencer ?! » C'est mieux qu'on était loin, parce qu'on a fait les choses qu'on pense. (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

Pour plusieurs, la distance créée par le parcours migratoire réduit l'ingérence familiale. Comme le montre l'extrait de verbatim d'Aziza, bien qu'elle dise ne pas avoir ressenti de pression de sa famille en raison de son statut d'immigration, elle s'est elle-même mise une pression pour « réussir » à allaiter son enfant en justifiant sa décision par les normes d'allaitement de son pays d'origine. Malena, malgré l'insistance de sa mère pour l'encourager à donner de l'eau à son bébé — ce qui contreviendrait à l'allaitement exclusif désiré par Malena — considère que la distance physique entre sa mère et elle lui permet de prendre ses propres décisions. Cette rhétorique sur la prise de distance des participantes d'avec leur famille leur permet de faire valoir leur autonomie et leur agentivité, une certaine liberté face aux normes de leur pays d'origine, voire une émancipation. Simultanément, la manière de décrire un certain rapprochement entre les pratiques envisagées et les pratiques du Québec leur permet également de se représenter comme « intégrées » à leur nouvel environnement.

7.2.2.1 Considérations intersectionnelles sur l'éloignement du réseau de soutien en contexte migratoire

En ce qui a trait à la division sexuelle du travail domestique et de soins de l'enfant, le croisement des rapports sociaux révèle des nuances importantes entre les femmes immigrantes et les femmes nées au Québec. Contrairement à la plupart des femmes nées au Québec rencontrées, qui ont ressenti que l'allaitement créait un déséquilibre ou amplifiait les inégalités des rapports de sexe/genre en augmentant leurs responsabilités liées à l'enfant, la plupart des femmes migrantes parlent d'un plus grand investissement de leur mari dans les tâches domestiques. Elles affirment que la situation qui prévalait avant la naissance impliquait pour elles de faire toutes les tâches domestiques.

Mais c'est différent dans notre pays, parce que dans notre pays, les hommes n'aident pas beaucoup. Mais ici, nous sommes les deux, c'est différent. Il a fait beaucoup de choses. Le premier mois, je ne savais pas ce qu'il y avait dans la cuisine : il a fait tout. (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

La positionnalité particulière, qui consiste à être femme et immigrante, fait que, dans certains cas, le mari n'avait d'autres choix que de contribuer aux tâches domestiques. Les résultats suggèrent que le contexte de migration influence l'implication des pères dans le soutien à l'allaitement. Les participantes immigrantes disent que ça ne se serait pas passé ainsi dans leur pays d'origine en raison d'une double injonction de genre : les femmes de leur entourage (mère, sœurs, tantes, cousines, amies, voisines) leur auraient donné un coup de main. En accouchant dans leur pays d'origine, les femmes immigrantes auraient été entourées des membres de leur famille élargie et des voisines. Les femmes rencontrées déclarent que ces femmes apportent une aide considérable en post-partum. Elles prennent en charge les tâches domestiques, la cuisine, différentes tâches de soin de l'enfant, etc., pour permettre à la mère de se reposer et de se concentrer sur l'allaitement. Il est impossible de savoir si c'est ce qui se serait passé si elles avaient été dans leurs pays d'origine, mais, étant dans un autre pays, elles se sentent seules et isolées. Dans ces circonstances, l'adoption de l'allaitement exclusif pose certains défis en fonction des réalités quotidiennes. Ainsi, les mères immigrantes affirment que leurs pratiques d'alimentation du bébé auraient été différentes dans leur pays d'origine :

Parce que je pourrais trouver beaucoup plus d'aide. Comme les affaires que les gens me disaient de préparer pour augmenter le lait. J'aurais trouvé beaucoup plus de personnes pour m'aider à cuisiner pour moi, à préparer des choses. Parce que, ici, je dois tout faire, je dois tout

faire. Des fois, je m'oublie. Je dois tout faire. Des fois, je mangeais, je faisais la lessive. Donc, c'est ça, peut-être que si j'étais en Haïti, j'aurais trouvé beaucoup plus d'aide. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Ah oui, c'est sûr ça aurait différent. Je pense que j'aurais eu beaucoup de temps pour me reposer parce que quand le bébé pleurait, mon mari ne savait rien faire et là il disait « je crois qu'il a besoin de boire » même quand toi tu as besoin de te reposer. Mais genre si ma mère là, comme elle a déjà eu des enfants, elle aurait su quoi faire, comment le calmer. (Bintou, 32 ans, racisée noire, immigrante congolaise, RFF, suivi médical)

C'est sûr que si ma famille était là, si ma mère était à côté de moi, elle est beaucoup expérimentée, elle me montrerait comment on fait, elle allait garder quand je dors, elle allait cuisiner peut-être et allait nettoyer... je n'ai pas à m'inquiéter quand la maison est sale ou je n'ai pas cuisiné, qu'est-ce qu'on va manger ou j'ai tellement sommeil, et personne ne peut m'aider pour garder l'enfant mon mari n'est pas là, j'étais seule. J'avais pas avant ces questionnements, ces besoins-là. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Précisons que lorsque Bintou et Aïsha imaginent l'aide qu'elles auraient reçue, elles évoquent leur famille tandis que les propos de Joséphine peuvent être compris comme un signe de sa mobilité sociale descendante. En Haïti, Joséphine provenait d'une famille fortunée :

Mais ma vie en Haïti c'est quand même différent qu'ici. Ici là, on doit tout faire. On doit travailler dur pour payer les affaires. Mais c'était pas la même vie en Haïti. En Haïti je pouvais me payer une servante, deux servantes. Tu comprends? J'avais juste (rires), juste à me réveiller, me préparer, aller au travail. J'avais quelqu'un qui préparait tout. C'est pas la même vie. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

De ce fait, lorsqu'elle évoque l'aide qu'elle aurait reçue dans son pays d'origine, on comprend que ce n'est pas uniquement de l'aide familiale avec l'enfant, mais surtout de l'aide dans les tâches domestiques. Depuis son arrivée au Canada il y a six ans, elle n'est pas parvenue à trouver un emploi à la hauteur de son expérience professionnelle et de son diplôme universitaire en administration, qui n'est pas reconnu. Elle travaille à temps partiel au salaire minimum dans un magasin tandis que son mari travaille dans une manufacture. Leurs salaires ne leur permettent pas d'engager une aide-domestique, encore moins deux.

Dans les verbatims précédents, on constate également des liens avec la division sexuelle du travail. Bien que certaines femmes immigrantes aient apprécié l'implication de leur mari dans les tâches domestiques, Bintou rapporte plutôt que son mari « ne savait rien faire » et qu'il avait donc tendance à lui apporter l'enfant pour qu'il boive, même si les pleurs n'indiquaient pas nécessairement que l'enfant avait faim. Joséphine, quant à elle, confie « tout faire » jusqu'à s'oublier. Pour Aïsha, la présence de sa mère aurait, à son avis, aidé en termes de savoirs

expérientiels, mais également lui aurait épargné de vivre un profond isolement. Dans les trois cas, elles considèrent que, dans leur pays d'origine, la non-implication de leur mari aurait été compensée par l'aide reçue par les femmes de leur entourage. Pour les femmes immigrantes qui n'ont pas bénéficié de la présence de leur mère après l'accouchement, la situation économique est évoquée comme principale raison de cette absence :

Moi j'aurais voulu que ma mère soit là, qu'elle vienne pour au moins les six mois de lui. Ça allait beaucoup beaucoup m'aider, j'allais pouvoir aller travailler puis aussi j'allaite, je me sens plus en sécurité de le laisser à elle que de le laisser à n'importe qui d'autre. Je n'ai pas les sous pour les faire venir. Je ne pouvais pas la faire venir même pour visiter. Il faut un certain montant d'argent. Je n'ai pas de travail. Venir visiter c'est un privilège. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Sans statut régulier d'immigration, Aïsha n'avait pas la possibilité de travailler, encore moins d'économiser pour faire venir sa mère à Montréal. Sa situation économique familiale, comptant sur les seuls revenus au salaire minimum de son mari, qui cumule deux emplois, interdit le « privilège » de recevoir la visite de sa mère. Ainsi, d'une part, le croisement des rapports sociaux indique l'existence d'un privilège. D'autre part, ce privilège est confirmé du fait que les mères immigrantes de classe défavorisée n'ont pas pu acheter de billet d'avion pour que leur mère vienne leur apporter leur aide en période postnatale, contrairement aux femmes immigrantes mieux nanties de l'échantillon.

En revanche, l'aide anticipée ne s'avère pas toujours aussi utile qu'imaginée. En période prénatale, ces femmes avaient l'espoir que, avec leur mère à leur côté, elles se sentiraient en confiance, rassurées et appuyées dans leur allaitement. Comme le rapportent Sylvie Fortin et Josiane Le Gall, en contexte périnatal, lorsqu'elles éprouvent le besoin d'être rassurées, les femmes migrantes « se tournent souvent vers leur mère, leurs sœurs et leur belle-mère, lesquelles vivent rarement à proximité » (2007 : 23). Prenons l'exemple d'Aziza.

Vis-à-vis de ma mère qui sera là, je prends toute son expérience. Je vais lui poser toutes les questions, comment tenir, c'est quoi les coliques et les gaz et tout ça, les positions d'allaitement. Comme je t'ai dit, elle a élevé sept enfants, tous allaités, en plus des neveux qui sont restés chez elle avec mes frères et sœurs. [...] Je suis un peu confiante parce que ma mère est là. Honnêtement là (rires), pour ça, je suis sûre que je vais avoir les bons conseils et que ça va bien aller. Je vais être contente de l'avoir ici. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Elle prévoit que la présence de sa mère lui permettra un post-partum et un allaitement facilités, grâce à des conseils éprouvés par l'expérience. Ce soutien anticipé était rendu possible grâce aux revenus élevés de ses parents. La réalité fut tout autre. On se rappelle qu'Aziza a cessé d'allaiter six semaines après la naissance de son fils à la suite de nombreuses difficultés telles que d'importantes douleurs aux mamelons (voir sous-section 6.1.4). Lorsqu'elle me décrit l'aide reçue de sa mère, elle mentionne ceci :

À la maison, c'était bien parce qu'elle me donnait beaucoup de conseils sur quoi manger, quoi ne pas manger, qu'est-ce qui fait monter le lait, qu'il faut tirer le lait. Les positions, non, mais plus ce que je devais manger puis comment je devais entretenir le sein et tout ça. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Bien qu'Aziza en parle de manière positive, concrètement, sa mère, qui a allaité sept enfants sans peine, avait finalement peu de conseils à fournir à Aziza pour surmonter les difficultés rencontrées. Cet extrait laisse également entendre que la présence de sa mère vient avec son lot de prescriptions. Ces prescriptions se distinguent des recommandations qu'elle aurait pu recevoir du milieu médical et qui relèvent davantage des pratiques traditionnelles.

De plus, sa mère est âgée et limitée dans ses déplacements. Elle n'a pas l'énergie pour effectuer des tâches ménagères : « Ma mère aidait comme elle pouvait, mais, généralement, c'est moi qui faisais tout ». On peut supposer que, dans ces conditions, le fait de recevoir une personne à la maison implique des tâches additionnelles.

7.2.3 Résistance face aux recommandations de santé publique du Québec

Comme je l'ai présenté aux chapitres précédents, le discours de promotion de l'allaitement véhiculé dans les cours prénataux a été remarqué par les mères migrantes de l'étude. Elles tendent à ne pas se sentir concernées par les tentatives de les convaincre d'allaiter — puisqu'elles comptaient déjà le faire. Ce discours semble également moins les toucher dans la mesure où il se confronte à une « culture d'allaitement ».

Certaines femmes migrantes semblent accorder peu d'importance aux modalités de leur allaitement (durée, exclusivité, etc.). Les recommandations médicales entourant l'allaitement leur apparaissent strictes et rigides. Elles privilégient plutôt ce qu'elles connaissent déjà ou les conseils familiaux, puisque la culture d'allaitement « occidentale » médicalisée ne leur convient pas. Cette

prise de distance par rapport aux recommandations médicales et l'interprétation par les mères des prescriptions des professionnelles envoie plusieurs signaux. Ces derniers marquent soit l'agentivité, soit la préférence pour les normes du pays d'origine, soit la soumission aux pressions familiales. L'extrait d'Aïsha montre bien le type de discours rapporté par ces femmes :

Nous, on banalise beaucoup de choses. Vous, vous avez beaucoup de règlements. Il ne faut pas faire ceci... il y a de vos règlements que nous on banalise. On va pas tarder là-dedans, mais vous, non, c'est le règlement, c'est le règlement ! Par exemple, on donne le bébé à quelqu'un d'autre et elle l'allaite. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Elles tendent donc à considérer que les conseils provenant de leur réseau social les dispensent de se plier à des conseils d'allaitement qu'elles jugent inappropriés ou trop rigides. Tout comme le discours de liberté face aux normes du pays d'origine abordé dans la section 7.2.2, le discours de liberté face aux normes du Québec permet aux femmes de projeter une image de personne « autonome », « non-influénçable », etc. Cette revendication de différence et de liberté face aux normes du Québec montre que même si elles ne sont pas à l'abri des normes et des pressions, les femmes entretiennent un espace de liberté, quelque part à la croisée des injonctions familiales, du pays d'origine et de la société d'accueil.

7.2.4 Suivre à la lettre les recommandations de la société d'accueil de crainte d'être prise en faute

Cette résistance n'est cependant pas unanime. Certaines femmes immigrantes souhaitent suivre les recommandations à la lettre. Cette volonté de suivre les conseils médicaux sans y déroger se nourrit de l'idée qu'elles doivent faire comme les gens de la société d'accueil. Elles répètent que, pour elles, il est important de suivre les règles d'ici, et ce, pour ne pas avoir de problèmes et pour se préserver d'une réprobation morale. Lorsqu'il y a des différences entre les conseils familiaux et les recommandations des médecins, certaines mères migrantes vont préférer se référer à ces dernières malgré l'insistance de leur entourage. Par exemple, Malena me raconte une anecdote qui ne touche pas l'allaitement, mais qui reste révélatrice de la distinction faite entre les pratiques du pays d'origine et du Québec. Elle me parle de l'importance pour sa mère de tirer sur le pénis des garçons lorsqu'ils sont bébés. Cependant, après vérification avec son médecin, Malena lui a expliqué qu'elle ne le ferait pas « parce que c'est comme ça ici » :

Mais le médecin ici a dit que non, que c'est pas nécessaire. [*Donc tu préfères écouter le médecin ici ?*] Oui, parce que si on est ici, si je vais avec quelque problème chez le médecin, il va dire : « Je t'ai dit qu'il fallait pas faire ça, que tu ne... » C'est pour ça qu'on a fait ça. (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

Dans le verbatim, on voit qu'elle n'agit pas parce qu'elle pense qu'ici on a « raison » de faire comme ça, mais parce qu'elle reconnaît le rapport de pouvoir avec le médecin d'ici et ne veut pas être prise en faute. C'est une adhésion « de surface ». La même chose est perceptible dans cet extrait d'entretien avec Bachra :

À chaque fois, quand il dort et je sens qu'il se réveille, j'avais comme déjà... Je me sentais... J'ai mal à la tête et j'ai pas envie qu'il se réveille parce que je sais que je vais avoir mal. Puis, des fois, c'est ça, je pensais que... j'espérais que les médecins me disent qu'il ne faut plus allaiter. Là, je reviens, je dis à ma mère : « Non, non, je dois supporter pour le bébé, puis tout ». Mais j'avais ce sentiment. (Bachra, 24 ans, racisée arabe, immigrante syrienne, RFF, suivi médical)

Aux prises avec des douleurs importantes et de la fièvre, en raison d'un engorgement prolongé qui s'est aggravé en mastite, Bachra a été à deux reprises à l'hôpital, dont une fois pour être hospitalisée. À chaque fois, on lui a prescrit des antibiotiques et recommandé de vider ses seins en augmentant le nombre de tétées ou de séances de tire-lait par jour. Les conseils et les encouragements prodigués par les médecins prennent une telle importance pour elle qu'elle continue à allaiter, malgré son désir et les conseils de sa famille de cesser.

D'une manière similaire, Rosalia avait mentionné en prénatal que si elle faisait face à des problèmes d'allaitement, elle privilégierait les consultations avec des professionnelles plutôt que les conseils familiaux. Elle disait qu'elle irait voir des professionnelles, percevant qu'ici les règles à suivre sont différentes de celles de son pays d'origine. Elle raconte qu'au Venezuela, il est recommandé de mettre de l'alcool sur le nombril du bébé, qu'ici ça ne se fait pas et que si elle le fait, alors que le médecin lui a dit de ne pas le faire, elle peut avoir des problèmes. Donc, elle préfère suivre les règles.

À des professionnelles. Je pourrais demander à ma mère ou ma belle-mère, mais je crois qu'ici « *you have to follow the rules something like that. So if I make something difficult for me or for the baby I think is gonna be* ». Mais je ne sais pas qui écouter ! (rires) [*Et pourquoi préfères-tu suivre les conseils du médecin ici ?*] Pour éviter les problèmes (rires). (Rosalia, 38 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne, RFF, suivi médical)

On constate que les migrantes récentes de l'étude, telles que Bintou, Malena, Bachra et Rosalia, ont tendance à opter pour cette voie. Il y aurait donc une crainte d'être prise en défaut de conformité

lorsqu'on est nouvellement au pays d'accueil. Le fait de suivre les règles pour ne pas avoir de problème réfère implicitement à la crainte d'être jugée comme une mauvaise mère ou accusée de négligence envers leur enfant, suivant les normes du Québec, avec les sanctions sociales que cela pourrait engendrer. Cette volonté de suivre les normes renvoie aussi à la crainte d'être perçue comme une mauvaise citoyenne, pour celles dont la présence au Québec est « à mériter ». Tout se passe comme si les mères immigrantes se voyaient tenues de choisir entre le respect des habitudes et valeurs de leur pays d'origine, et la conformité (se soumettre à la pression sociale et adopter, parfois de manière socialement contrainte, la culture du pays d'accueil). Les mères immigrantes se trouvent souvent tiraillées devant la difficulté d'articuler ces injonctions contradictoires.

Ces mères souhaitent en outre se conformer aux normes sociales par-delà le spectre des normes médicales portées par les professionnelles de la santé. Dans les entretiens avec les femmes immigrantes, je note à plusieurs reprises des questions directes qui me sont posées telles que : « Mais vous, comment vous faites ici ? » Par exemple, certaines remarquent que l'allaitement en public n'est pas aussi courant et normalisé que dans leur pays d'origine. Elles décident donc de ne pas allaiter en public, cherchant plutôt un endroit intime où se retirer ou préférant se couvrir pour ne pas choquer, ce qu'elles ne feraient pas dans leur pays d'origine.

Bref, la positionnalité particulière en tant que femme immigrante amène les femmes de l'étude à prendre des décisions sur l'alimentation du nourrisson en considérant à la fois les normes du pays d'origine et les normes du Québec. On peut vouloir suivre les normes de la société d'accueil en matière d'alimentation du nourrisson pour éviter des sanctions sociales ou parce qu'on reconnaît le rapport de pouvoir avec le médecin d'ici. Au contraire, on peut leur résister par respect des traditions familiales et culturelles de son pays d'origine, qui permettent de relativiser les recommandations officielles.

7.2.5 Perceptions des professionnelles de l'allaitement : « Nous, on est plus société-biberon et eux, sont plus société-allaitement »

Dans les discours des professionnelles de l'allaitement que j'ai rencontrées, les femmes immigrantes sont évoquées en termes de différence, principalement une différence de pratiques d'allaitement ou de ce que les professionnelles vont appeler « une culture d'allaitement ». Lorsque les participantes emploient l'expression « culture d'allaitement », certaines renvoient à la

transmission intergénérationnelle de femmes à femmes des savoirs expérientiels d'allaitement. Mais, dans leurs propos, il y a souvent un amalgame ou une confusion entre ce qui serait « inné » et ce qui serait « acquis ». Par exemple, dans l'extrait suivant, Élisabeth, infirmière et consultante en lactation, associe la facilité de l'allaitement pour les femmes originaires d'Afrique à une caractéristique innée, puis parle plutôt de conditions sociales et de socialisation qui faciliterait l'allaitement :

C'est parce que c'est inné. Dans leurs communautés, c'est ça qu'elles font. Quand tu y penses, en Afrique, quand la mère, premièrement, il y a pas beaucoup d'argent pour aller acheter de la formule. Numéro 1. Numéro 2 : les communautés sont quand même très rapprochées et le monde s'entraide, donc c'est facile l'allaitement là-bas. (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

Cette confusion entre l'inné et l'acquis dans les discours est signe de culturalisme. Je l'entends ici comme un processus de réification, c'est-à-dire « sortir la “culture” de son contexte et de son histoire pour en faire un objet quasiment hors-sol et hors-temps » (Amiriaux, 2017 : 24). Cette essentialisation naturalise des composantes de l'expérience telles que la socialisation et le soutien social.

Certaines professionnelles, telles que Fanny, infirmière en périnatalité, nuancent en abordant d'autres fils interprétatifs, telle qu'une transmission intergénérationnelle ainsi que des conditions socioéconomiques qui pourraient affecter les pratiques et les prises de décision en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson chez les femmes immigrantes en articulant sexe/genre, classe, religion et ethnicité :

Je dirais, il y aussi certaines situations socioéconomiques qui peuvent appuyer ça dans leur pays. Comme je disais, au niveau culturel, ça s'est passé de mère en fille. Il y a l'héritage aussi religieux qui est passé de mère en fille. Ces mamans-là consolident ça parce que c'est une coutume, c'est une croyance qui est passée de génération en génération et en plus une situation socioéconomique qui peut amener à ça. (Fanny, racisée noire, infirmière en périnatalité, Rive-Nord)

Dans le cas présent, Fanny nie toute l'hétérogénéité des expériences des femmes. La « culture d'allaitement » est ainsi une essence transmise d'une génération de femmes à une autre sans aucune altération. Pour reprendre les mots de Leti Volpp (2006 : 17), l'essentialisation revient à traiter la culture des minoritaires « comme quelque chose de statique et d'insulaire, une propriété stable des groupes plutôt qu'une entité constamment créée par des relations ». Cette autrice accentue également la tendance à la généralisation, par ailleurs à l'œuvre dans l'extrait d'entretien de Fanny.

Dans les entretiens avec les professionnelles de l'allaitement, les représentations des pratiques d'allaitement dites « d'ici » sont construites en référence à des représentations sociales des pratiques de « l'autre », non occidental, et en référence à des frontières claires impliquant une démarcation ethnique entre « Nous » et « Eux », comme l'a théorisé Danielle Juteau (1999). De nombreux entretiens en témoignent :

La mentalité est différente et nous, on est plus société biberon et eux, sont plus société allaitement, famille. C'est sûr que là, c'est vraiment famille, village... Faut que t'aies ton village et si tu l'as pas, ben... C'est sûr qu'il y a des cultures aussi qui sont plus allaitement mixte que d'autres. Les Asiatiques sont plus mélangées, les Africains sont plus de juste faire de l'allaitement. Ça dépend aussi des cultures. Quand tu regardes les juifs orthodoxes, souvent, ils vont faire les deux. (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

Un ensemble de présomptions sur les pratiques et modalités d'allaitement s'articule à partir des différents contextes culturels ou ethniques qu'Élisabeth connaît ou croit connaître. L'expression « Faut que t'aies ton village et si tu l'as pas, ben... » laisse entendre qu'elle accorde de l'importance au soutien de l'entourage pour le maintien de l'allaitement, et, qu'en contexte de migration, sans ce « village », il peut être plus ardu d'allaiter. Rappelons que cette idée, d'après laquelle l'allaitement serait plus facile dans le pays d'origine en raison de la présence d'un réseau de soutien, est aussi formulée par les mères immigrantes de l'étude (voir 7.2.2).

L'esprit du proverbe, suivant lequel ça prend un village pour élever un enfant, est perceptible chez plusieurs autres participantes, certaines allant jusqu'à parler de « tribu » :

C'est tous les apprentissages des besoins d'un bébé que je trouve qui ne sont pas assez vus en société versus si je compare mettons en Afrique où les femmes se tiennent plus en tribu, ou est-ce qu'il voit des mères... Tu sais nous les mères américaines on est plus laissées seules dans nos maisons à *dealer* ça, versus ailleurs je trouve que tu as plus une communauté qui est là, faque les femmes apprennent plus, savent plus dans quoi elles s'embarquent. (Amélie, blanche, aide-natale, Rive-Sud de Montréal)

La question du village ou de la tribu renvoie à un imaginaire qui n'a pas grand-chose à voir avec l'agglomération des lieux d'habitation (distinction ville et village), mais plutôt avec la manière dont les professionnelles qui en parlent se représentent la culture dont elles sont en train de parler. Dans les extraits présentés, le village et la tribu sont attachés au soutien, à la famille élargie, à la proximité, à l'intimité, à la communauté, aux gens qui se connaissent et s'entraident. Cette représentation en dit beaucoup sur la perception de ces cultures altérisées, dans la mesure où elle dépeint une organisation sociale presque précapitaliste à l'écart des civilisations modernes.

La hiérarchisation des pratiques par les professionnelles est également significative. Les « bonnes » pratiques étant celles qui se conforment à l'allaitement exclusif, à la demande et de longue durée, les femmes « d'ailleurs » sont perçues comme étant avantagées ou comme ayant de « meilleures » pratiques que les femmes blanches nées au Québec. À ce propos, les représentations des professionnelles sont particulièrement intéressantes puisqu'elles ont une influence directe sur les services et conseils d'allaitement reçus par les mères. En effet, le danger de cette catégorisation ethnique et cette essentialisation de la culture est de déboucher sur une typification, c'est-à-dire agir en fonction des pratiques d'allaitement attendues pour les femmes associées à telle ou telle culture, en se basant sur des marqueurs raciaux ou ethniques. Il n'est donc pas surprenant que des stéréotypes sur les pratiques d'allaitement soient assignés à certains groupes de femmes. Le mode de catégorisation de l'altérité des professionnelles de l'allaitement procède donc par différenciation (Carde, 2006 et 2011 ; Després, 2017). J'y reviendrai.

7.3 Contraintes liées au capital économique et capital culturel

7.3.1 Économies d'argent

Dans la présente étude, malgré le fait que près de la moitié des femmes rencontrées soient dans une situation financière familiale précaire et que plusieurs aient mentionné en prénatal que la gratuité de l'allaitement était un avantage considérable de la décision d'allaiter leur enfant, peu de femmes mentionnent avoir poursuivi l'allaitement pour des raisons financières.

Ma situation économique, elle a rien changé. C'est ça, on n'a pas plus forcé sur l'allaitement parce qu'on n'avait pas d'argent, admettons... (Joanie, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Cela étant dit, il s'agit tout de même d'une réflexion qu'elles ont eue lors de moments plus difficiles ou lorsqu'il a été temps de penser à leur objectif d'allaitement en termes de durée.

Je veux dire, c'est plus avantageux d'allaiter, d'un point de vue monétaire. Moi-même, je le voyais un peu avec ça. Ça m'encourageait parce que ça coûte moins cher. Ben, ça coûte rien ! (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Parmi les participantes, il n'y a pas eu de situation dramatique où une mère aurait été confrontée à la nécessité de continuer l'allaitement faute de moyens pour se payer de la PCN. Cependant, les propos de certaines professionnelles attestent l'existence de ce type de cas :

Il y en a aussi qui ont comme pas d'argent pour s'acheter de la formule, fait qu'elles font juste leur budget dans leur tête, pis elles sont comme obligées d'allaiter, parce qu'elles seront jamais capables d'arriver. (Andréa, blanche, consultante en obstétrique et sage-femme, Montréal)

Même si les participantes de l'étude n'étaient pas dans cette situation, il y en pour qui l'apport économique de l'allaitement reste non-négligeable. Elles y pensent :

C'est sûr qu'à un moment donné, ça m'a traversé l'esprit. Quand j'ai commencé à voir la baisse, la diminution de lait, là, je me disais : « Ok. Est-ce qu'il faut vraiment que je lui donne du lait en canne ? » (rires) J'étais comme : « Ok. » Là, je voyais les *bills* arriver, j'étais comme : « Ayoye ! » J'avais un sachet qui m'avait été donné. Mais, oui, ça m'a traversé l'esprit. (Sophie, 32 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi sage-femme)

Le discours de l'allaitement gratuit est internalisé par les mères. Cet argument est aussi développé par les professionnelles de l'allaitement rencontrées en entretien et lors des cours prénataux observés. Zahira se dit très contente, même fière de pouvoir dire qu'elle n'a pas eu à dépenser pour de la PCN. Finalement, elle le voit comme une économie d'argent :

Moins cher aussi. J'ai déboursé zéro. J'ai acheté du lait une fois quand j'avais pratiquement pas de lait parce que j'étais tellement fatiguée, je mangeais quasiment pas. Je l'ai acheté... six bouteilles à 19 \$. Des petites bouteilles qui partent en une journée. Je t'assure, 19 \$ pour six biberons, je pense que ça coûte très cher. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Le coût du produit semble l'avoir dissuadée de poursuivre l'allaitement. Comme Zahira, les autres participantes s'entendent pour dire que les PCN sont dispendieuses. Lorsque je lui demande si ça aurait pu être problématique dans son budget de devoir acheter de la PCN, Zahira s'empresse de spécifier que l'économie d'argent n'est pas sa motivation principale :

J'ai pas une bonne situation financière, mais j'aurais coupé sur autre chose, j'aurais pas privé ma fille de ça. C'est très important pour elle. Alors, non, l'argent n'a pas de valeur pour moi. C'est-à-dire : certes, l'argent est important dans le monde où on vit, mais pas au point où je le prive... où je prive ma fille de lait. C'est ça. C'est pas parce que j'ai pas beaucoup d'argent que j'ai allaité. (Zahira, 37 ans, racisée arabe, immigrante algérienne, RFM, suivi médical)

Dans cet horizon de sacrifice économique, on reconnaît l'écho du discours suivant lequel « être une mère, c'est faire passer les besoins de l'autre avant les siens » (Bayard, 2008). Si elles ne peuvent pas le faire par voie d'allaitement maternel exclusif, elles feront des sacrifices d'une autre manière. Tout comme Zahira, devant la perspective de devoir acheter de la PCN, les mères s'inquiètent de leur budget, mais s'engagent rapidement à compenser par des sacrifices financiers personnels. Elles se disent qu'elles couperont des dépenses ou réorganiseront leur budget si

nécessaire. Il y a donc une articulation des rapports de classe et de sexe/genre dans ce rapport à l'argent et aux dépenses associées à l'enfant. Ceci met en lumière le fait que les femmes, dans la mesure où elles se sentent responsables du soin des enfants, se sentent aussi responsables des dépenses qui en découlent.

Même avec un revenu plus faible que celui de leur partenaire, elles s'imposent à elles-mêmes les potentiels sacrifices économiques. Prenons le cas de Lyson. Elle a un faible salaire (pour un revenu annuel de 35 000 \$) en comparaison de celui de son conjoint (blanc, d'ethnicité canadienne-française) qui est ingénieur informatique (pour un revenu annuel de 80 000 \$). Dans son discours, le rapport à l'argent est important pour elle : elle veut contribuer en économisant. Pour ce faire, elle prend sur elle les coûts engendrés par l'arrivée de l'enfant, comme si elle se devait de faire en sorte que ça ne coûte pas trop cher. Deux entrées dans son journal de bord au cours des deux premières semaines post-partum sont particulièrement intéressantes à ce sujet. Dans l'une d'elles, Lyson écrit à propos de périodes difficiles :

À un tel point que l'allaitement comme projet économique pour le couple ou sentiment de mission de bonne mère se voit confronté rapidement. Le tout me porta encore à requestionner l'allaitement et ma motivation à poursuivre. Encore une fois, j'ai eu à me rappeler que ce sacrifice est ma contribution à minimiser les coûts d'avoir un bébé. Mon choix d'études à outrance a pour effet d'affecter mes finances et allaiter réduit nos dépenses. À dire vrai, en ce moment cela me permet de compenser pour mon faible revenu. Qui sait, si bébé deux aura lieu peut-être que mon choix sera différent. (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Elle est éducatrice dans une école primaire depuis 2007, mais aime étudier, se décrit comme une intellectuelle. En plus de son baccalauréat en sciences de l'éducation, elle a un certificat en sciences sociales et, au moment des entretiens, étudie pour obtenir un certificat en gestion des ressources humaines. De plus, cette remarque sur sa situation financière s'inscrit dans le contexte d'un retrait préventif en raison de la grossesse. N'ayant pas atteint le nombre d'heures de travail minimum pour avoir droit aux prestations d'assurance-emploi pendant l'été, Lyson a dû vivre deux mois sur ses économies. Ceci l'a « mise dans une situation financière embêtante », selon ses propres mots.

Ses propos font sens lorsqu'on les met en lien avec la manière de partager les dépenses au sein de son couple : « Parce qu'on a quand même pu acheter un condo et des affaires et qu'on paie tout moitié-moitié, comme les couples normaux du Québec. Même si on gagne pas exactement le

même salaire, c'est pas grave, ça marche comme ça ». Par ce commentaire sur le mode de gestion des dépenses au sein de son couple, on dirait qu'elle tente d'expliquer qu'elle a toujours fait ce qu'il faut pour pouvoir payer à parts égales les dépenses communes, et ce, même en ayant un revenu beaucoup plus faible que celui de son conjoint. Cette situation semble continuer de la préoccuper après la naissance de sa fille, lorsque Lyson évoque les avantages économiques de l'allaitement (pour toute la famille). Bien que ce ne soit pas explicitement confirmé par la participante, il est possible que des reproches de son conjoint sur le fait qu'elle ne gagne pas autant d'argent soient sous-jacents à la culpabilité exprimée quant à ses études. Ce qui l'amènerait à vouloir compenser par l'allaitement.

En entretien postnatal, Lyson justifie l'évolution de ses aspirations d'allaitement (d'abord un allaitement exclusif ne dépassant pas six mois, puis ne dépassant pas neuf mois) par des raisons financières :

Pour être honnête, je m'étais dit... Écoute, je pense que j'avais dit, au début, six mois. Je m'étais dit : « six mois, là, ça c'est mon *goal*. » Pis après ça, j'ai commencé à lire, pis ça dit que je peux transférer pour le lait de vache à neuf mois. Ça m'a fait suer. J'espérais que ce soit six, mais c'est neuf. Pis là, je suis comme : « Bon. Vu ma situation financière... » ... qui m'a été étalée en pleine face, j'ai fait : « *Fuck it!* Si j'ai pas à payer pour ça, *I'm gonna be happy*. » (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Les propos de Lyson soulignent l'impact des recommandations de la santé publique sur sa décision. De plus, lorsqu'elle mentionne que ça l'a « fait suer », on comprend que ce ne sont pas les « moments magiques » ou encore le sentiment d'accomplissement personnel qui motivent cette décision. Sa culpabilisation à l'égard de ses études et de sa situation financière l'amène à poursuivre son allaitement, au-delà des difficultés d'initiation et au-delà de son objectif initial de six mois.

7.3.2 Accès aux ressources, services et connaissances

Au Québec, il y a des lieux physiques où des services professionnels sont offerts gratuitement, soit des haltes-allaitement⁷⁵ mises en place pour répondre aux besoins des mères allaitantes. Il s'agit de services publics à horaire fixe et sans rendez-vous. Par exemple, chaque

⁷⁵ Les haltes-allaitement sont des rencontres de groupes en CLSC. Il s'agit d'un service différent que ce qui est appelé les cliniques d'allaitement, qui offrent un service spécialisé de soutien à l'allaitement au sein de certains hôpitaux. Les mères doivent obtenir une référence de leur professionnelle de la santé afin d'obtenir un rendez-vous à la clinique.

lundi au CLSC du quartier, une infirmière ou une consultante en lactation certifiée IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultants*) est disponible pour aider les mères qui ont des difficultés d'allaitement. Les haltes-allaitement sont souvent issues d'un partenariat avec des organismes communautaires de soutien à l'allaitement, ce qui permet la participation de marraines d'allaitement. Elles offrent aussi un service-conseil sur les enjeux liés à l'allaitement, par exemple au sujet de la prise de poids du bébé.

En revanche, toutes les mères n'ont pas le même accès aux services, malgré leur gratuité et leur caractère public. La difficulté pour certaines femmes de se déplacer aux haltes-allaitement, les horaires fixes qui ne conviennent pas à leurs disponibilités, le fait de ne pas en connaître l'existence, sont quelques-unes des raisons qui expliquent les inégalités d'accès à ces ressources.

Bien que sa mère ait un grand désir d'allaiter « pour faire ce qu'il y a de mieux pour son enfant », le garçon de Joséphine avait du mal à prendre le sein en début de vie sans s'endormir. Elle a donc fait un allaitement mixte dès les premiers jours. À la sortie de l'hôpital, une infirmière lui a conseillé de tenter de seulement allaiter pendant une semaine tout en mesurant, aux deux jours, le poids du bébé. La pesée du bébé se fait à la halte-allaitement. Joséphine et son mari, tous deux immigrants, n'ont pas de voiture, ni les ressources nécessaires pour effectuer les déplacements. Considérant leurs faibles revenus, notamment pour cause de non-reconnaissance de leurs diplômes respectifs, prendre un taxi tous les deux jours pour se rendre à la halte-allaitement n'est pas envisageable. La seule option viable est l'autobus. La route vers la halte-allaitement est longue (il faut compter plus de deux heures pour effectuer l'aller-retour) et Joséphine n'a pas la force de se déplacer aussi longtemps avec son nourrisson :

Mais une infirmière m'avait conseillé, à la halte-allaitement, de lui donner seulement le sein pendant une semaine et puis de prendre son poids à chaque deux jours à la clinique pour voir. Mais, sincèrement, j'avais pas la patience de le faire parce que j'avais ma plaie qui saignait. Il y avait une infirmière qui devait venir à la maison tous les jours pour me panser, donc... J'avais pas le temps pour gérer et ma plaie et aller me déplacer, aller prendre son poids, lui donner seulement le sein. J'étais stressée : Est-ce qu'il va en trouver ? Parce que passer une semaine à lui donner seulement le sein... Et si jamais il n'a pas bu assez ? Il va perdre du poids. Elle m'avait conseillé de faire ça pour voir s'il trouvait vraiment du lait. (Joséphine, 37 ans, racisée noire, immigrante haïtienne, RFF, suivi médical)

Bref, bien que Joséphine ait fait part de ces difficultés à l'infirmière, aucun accommodement dans l'organisation des soins n'a été trouvé. On n'a pas envisagé, par exemple, de faire en sorte que

l'infirmière se déplaçant déjà pour panser Joséphine tous les jours pèse également l'enfant aux deux jours. Il y a un décalage entre les conseils reçus et la capacité pour Joséphine de les mettre en pratique. La tension entre la responsabilité de se conformer aux conseils au nom du bien de son bébé et la rencontre d'obstacles matériels infranchissables l'a particulièrement affectée. Elle exprime à plusieurs reprises lors de l'entretien le sentiment d'« avoir laissé tomber », d'« avoir abandonné ».

On peut en déduire que la médicalisation de l'allaitement via la pesée a nui à l'allaitement exclusif de Joséphine, en imposant des conditions impossibles à réaliser dans sa situation. Ultimement, le manque d'arrimage entre les besoins de la famille et les services offerts a mené Joséphine à continuer l'allaitement mixte, ce qui l'a profondément déçue, compte tenu de ses aspirations initiales. Cette situation témoigne du fait que les institutions de santé publique qui, au nom du bien-être de l'enfant et de sa santé, véhiculent les normes de l'allaitement strict, sous-estiment et reportent sur les individus la responsabilité de réunir les conditions matérielles permettant aux mères de respecter ces normes.

Cet exemple montre que les contraintes liées à la surveillance et aux impératifs de prise de poids mettent une pression considérable sur les mères rencontrées, et ce, à deux niveaux. Premièrement, les mères qui pratiquent l'allaitement exclusif au sein, comme recommandé, sentent la responsabilité de faire prendre du poids à leur bébé avec le produit de leur corps sans être en mesure de connaître les quantités absorbées. Dans cette course pour atteindre des objectifs de poids, ce qui est le plus angoissant est qu'il s'agit de quelque chose que l'on ne peut pas contrôler ni observer. Un travail intensif pour scruter les indices indirects se met donc en place : suivre méticuleusement les tétées, les chronométrer, noter les horaires des tétées pour chaque sein, le nombre de couches souillées et à quel moment, etc. Il s'agit d'un travail exigeant qui vient remettre en question la préconception entourant la naturalité et la facilité de l'allaitement maternel. Deuxièmement, cette responsabilité incombe souvent aux mères. Si le bébé ne prend pas le poids jugé adéquat assez rapidement et qu'elles persévèrent/s'acharnent, on considère qu'elles mettent leur enfant en danger. Maintenir l'allaitement en l'absence de ces preuves observables, au sein desquelles le poids a une valeur symbolique importante, et par conséquent sans levier pour appuyer leur choix de persister avec cette méthode d'alimentation du nourrisson, elles risquent d'être visées par des critiques.

On s'est vraiment fait chicaner beaucoup parce que notre fils prenait pas assez de poids, était pas assez gros, était pas assez ci, était pas assez ça. Moi, en fait, ça... ça me stressait. Ça me stressait de me faire stresser. J'étais pas foncièrement préoccupée par ça. On m'obligeait à me préoccuper. C'est un peu une préoccupation qu'on m'a foutue dans la gorge. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Comme l'ont montré Joyce L. Marshall, Mary Godfrey et Mary J. Renfrey (2007), ces critiques peuvent être émises notamment par les membres de leur entourage défavorables à l'allaitement.

Les recommandations formulées lors des consultations avec les professionnelles de l'allaitement ne sont donc pas toujours adaptées aux réalités financières des femmes. Un autre exemple est celui de Malena qui, reprenant l'université, a dû recourir au biberon. Elle avait besoin de sa bourse d'études pour subvenir à ses besoins et à ceux de son enfant, ce qui lui a interdit le privilège de prendre congé. Pour concilier les impératifs, elle allaitait son enfant quand elle était à la maison, et confiait des biberons au père et aux autres personnes aidantes pour nourrir le bébé en son absence. Lorsqu'elle sollicita l'aide d'une consultante en lactation d'un organisme communautaire au sujet des difficultés de son fils pour boire au sein, la professionnelle lui conseilla d'arrêter de donner le biberon. Elle écrit dans son journal de bord :

Hier, je suis allée chez la spécialiste, elle m'a dit que la première chose que je dois faire c'est d'arrêter de donner le biberon au bébé pour qu'il puisse prendre le sein, je lui ai expliqué que ce n'était pas possible avec les cours et que c'est pour ça que j'avais décidé de lui donner le biberon. C'est difficile. (Malena, 40 ans, racisée latino-américaine, immigrante vénézuélienne RFF, suivi médical)

Malgré le fait que Malena a fait part de sa situation à la consultante en lactation, cette dernière n'a pas adapté ses conseils. Elle a été en mesure de trouver les ressources communautaires (en raison, notamment, de son niveau d'éducation), d'y accéder (en raison de sa capacité à se déplacer), mais n'a pas eu les moyens matériels (en raison de son faible revenu et d'un retour aux études) pour appliquer les solutions suggérées par la professionnelle.

En plus de contraintes matérielles, le modèle bio-psycho-social reliant statut socioéconomique et santé aide à comprendre la difficulté de trouver des solutions à la situation d'allaitement de Malena. Les personnes dont la situation socioéconomique est précaire ont moins de capacité de contrôle et moins de pouvoir, ce qui produit plus de stress et favorise une faible estime de soi (Gallo et Matthews, 2003 ; Marmot, 2004 ; Wilkinson, 1997). Par conséquent, il est possible de croire que les difficultés d'initiation et de maintien de l'allaitement peuvent inclure ces

moments stressants que les mères à statut socioéconomique précaire ont plus de mal à surpasser (Flacking, Dykes et Ewald, 2010).

Selon plusieurs professionnelles de l'allaitement rencontrées, les femmes ayant un niveau d'éducation élevé seraient plus sensibles à leurs conseils et se présenteraient plus souvent aux cliniques d'allaitement. Pour Emma, consultante en lactation et monitrice d'allaitement à Montréal, l'éducation des femmes aurait une influence importante sur les sources d'information. Les femmes éduquées trouveraient des sources par la lecture tandis que les femmes ayant moins d'éducation auraient tendance à s'informer par le biais de leurs pairs :

Je pense que tout ce qu'on a dit tout à l'heure sur la promotion que, les personnes qui ont une éducation, elles vont avoir été plus confrontées, vont avoir plus lu, vont avoir plus vu, vont chercher sur Internet ou dans les livres, ou passer plus de temps à lire. Quelqu'un qui a de la difficulté à lire, qui aime pas lire, va pas passer beaucoup de temps à s'informer par la lecture. Elle va prendre son information par ses pairs. Puis, ça peut être bien ou pas bien. (Emma, racisée noire, IBCLC et monitrice d'allaitement, Montréal)

Soulignons que les pairs de ce groupe de femmes auraient statistiquement moins d'expérience d'allaitement, ce qui pourrait jouer sur la justesse de leurs conseils et, possiblement, favoriser une attitude plus favorable envers les PCN. Les participantes les plus favorisées et les plus éduquées ont plus de facilité à trouver les réponses à leurs questionnements, mobilisant à la fois leurs connaissances (recherche d'informations scientifiques, de services, mobiliser leur esprit critique, etc.) et leurs ressources matérielles (faire appel à des services privés de consultation en lactation, s'acheter une balance, etc.).

7.3.3 Remise en question de la gratuité de l'allaitement : un marché lucratif

Bien que le discours sur la gratuité de l'allaitement soit repris par l'ensemble des participantes, quelques-unes admettent que l'allaitement peut engendrer des coûts indirects importants. Comme je le présenterai dans cette section, les récits des mères révèlent que plusieurs ont déboursé des sommes considérables pour des consultations en lactation⁷⁶, des accessoires et des vêtements d'allaitement.

L'allaitement n'est pas gratuit. Ses coûts sont relatifs au temps investi par les femmes personnellement (Rippeyoung et Noonan, 2012a ; Niquette, 2014) et aux achats visant à régler des

⁷⁶ Au privé à Montréal, une IBCLC facture entre 130 \$ et 170 \$ pour une consultation à domicile (Handfield, 2018).

difficultés ou à faciliter ou améliorer l'expérience de l'allaitement (Jung, 2015). Plusieurs produits se vendent pour « faciliter » l'allaitement : foulard, tablier, vêtements d'allaitement, soutien-gorge d'allaitement, compresses d'allaitement, coussins d'allaitement. D'autres produits servent à stimuler la production de lait : Dompéridone⁷⁷, tire-lait et produits naturels divers (comme les tisanes, la levure de bière ou des épices comme le fenugrec et le chardon béni). Différents autres produits servent à diminuer les douleurs de l'allaitement, notamment des crèmes et des tétérilles.

Au-delà des services professionnels payants des consultantes en lactation, l'allaitement représente un marché lucratif, fondé sur les insécurités et les difficultés des mères. Prenons l'exemple de Laurence. Lorsqu'elle a eu des difficultés de production de lait, une consultante en lactation lui a proposé la dompéridone ainsi que différents produits naturels :

Ils m'ont prescrit de la dompéridone, en plus des autres capsules naturelles et tisanes. En plus d'être une usine à lait, j'étais rendue une dompe à pilules. J'ai acheté tous les produits naturels recommandés. Chardon béni, fenugrec, les tisanes... Ben trois capsules de chaque trois fois par jour... ça fait beaucoup de capsules. Puis ça coûte quand même crissement cher, c'est une vingtaine de dollars la bouteille, et je passais environ une bouteille par semaine de chaque. Donc 40 piasses par semaine, en plus des tisanes, qu'il faut que tu boives tout le temps. Je suis tombée dans un délire de faire des tisanes en batch, avec toutes les capsules, ça me stressait parce que j'ai pas beaucoup d'argent, et tout le temps que je mettais là-dessus, en plus du temps que je prenais pour allaiter. (Laurence, 30 ans, blanche, non-immigrante, RFF, suivi sage-femme)

Son éducation (maîtrise en sociologie féministe) l'a conditionnée à être critique face aux injonctions sociales que l'on impose aux femmes. Comme on le constate par sa métaphore (« être une usine à lait »), elle est critique de sa fonction de mère allaitante. Elle voit l'allaitement avant tout comme un travail. En période prénatale, elle anticipait ce qu'elle a ensuite réellement vécu, soit, dans ses propres mots, l'« appropriation de son corps » — crainte qui se démarque, du moins dans la manière de la formuler, de celles des autres participantes. S'identifiant comme féministe matérialiste, Laurence exprimait des appréhensions quant à l'allaitement lors de l'entretien prénatal, et quant à la maternité en général, estimant qu'ils pouvaient constituer un lieu d'oppression des femmes.

⁷⁷ À l'origine, la dompéridone a été conçue pour soulager des problèmes d'estomac tels que le reflux ou la nausée. Comme ce médicament a pour effet secondaire de stimuler la production de prolactine, il est prescrit aux femmes qui ne produisent pas assez de lait.

Bien qu'elle ait eu droit à un congé de maternité payé, le revenu annuel de Laurence a limité ses prestations à 200 \$ par semaine. Malgré sa précarité financière, elle décide de « persévérer » et achète ce qu'on lui suggère. Or, toutes les solutions suggérées sont dispendieuses et menacent l'équilibre de son budget, occasionnant un stress considérable. D'après son estimation, ces dépenses s'élèvent à 40 \$ par semaine en médication et produits naturels.

Pour plusieurs participantes, l'alimentation de la mère joue un rôle important dans la production et la qualité du lait. Comme l'explique Aïsha, « quand tu nourris le bébé, il faut bien manger bien, et bien manger, ça coûte cher ». À la suite de son accouchement, elle a vécu une dépression et s'alimentait moins qu'à l'habitude, ce qui explique selon elle une production de lait insuffisante :

Il y a aussi que quand je suis émotive, je mange moins, quand je suis stressée par quelque chose, je mange moins j'ai toujours été comme ça depuis toute petite. Dès que j'ai un petit truc qui me tracasse, je mange pas. Pour l'allaitement, il faut bien manger. Des légumes, beaucoup de légumes, des fruits, du poisson, des choses bien, mais ça coûte cher. Il faut le budget d'acheter ça tous les jours. [...] Alors, je me dis que j'ai pas mangé comme je devais manger pour l'allaitement. Je devais manger comme il faut tous les jours pour compter les protéines, les calories, combien de vitamine tout ça, je ne l'ai pas fait comme il le fallait avec les émotions et le manque de repos tout ça. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

Considérant leur condition socioéconomique difficile, certaines femmes, comme Aïsha, peuvent en venir à croire que si l'enfant consomme de la PCN, il aura tout ce dont il a besoin d'un point de vue nutritionnel, en comparaison du lait maternel provenant d'une femme dont la diète n'est pas assez saine.

En résumé, au-delà de la préconception concernant la gratuité de l'allaitement et la représentation sociale des PCN comme étant dispendieuses, on voit que, pour certaines, l'allaitement peut l'être aussi. À l'évidence, ce n'est pas toutes les mères qui peuvent se permettre les dépenses évoquées par nos participantes.

7.3.4 Perceptions des professionnelles de l'allaitement et interventions différenciées selon les enjeux socioéconomiques

Les institutions sociales qui participent à la diffusion du discours de promotion de l'allaitement attendent des femmes qu'elles allaitent pour le bien-être de leur enfant. J'ai déjà expliqué les rapports sociaux de sexe/genre sur lesquels repose cette norme sociale de la bonne

mère allaitante. Bien que les politiques de périnatalité, les protocoles *Amis des bébés* et autres procédures hospitalières en périnatalité soient « universels », ce qui implique qu'ils devraient s'appliquer de la même manière à toutes les familles, les résultats indiquent plutôt des traitements différenciés. Ici, les représentations des professionnelles ont une influence directe sur la façon dont les mères reçoivent services et conseils d'allaitement, ainsi que sur les attentes des professionnelles envers les mères. Les pressions institutionnelles ne sont pas les mêmes pour toutes : elles se construisent dans les relations concrètes, notamment celles avec les professionnelles de la santé. Les différences rencontrées dépendent notamment de la classe sociale de la mère. Prenons l'exemple de Nadiral, infirmière en périnatalité, qui tient un discours contradictoire en rapport à ces interventions en matière d'alimentation du nourrisson selon le niveau de revenus des femmes. Elle mentionne, d'autre part, que l'allaitement peut être dispendieux, d'autre part, qu'elle conseille d'allaiter aux femmes de classe sociale défavorisée :

T'sais juste la crème pour les mamelons. Hey, faut aller à la pharmacie, aller chercher la crème pour les mamelons. Juste au niveau des déplacements, faut avoir une voiture, pas de voiture. De l'argent pour acheter de la petite crème, acheter les produits naturels pour augmenter la production, acheter le médicament s'il y a un problème de production. Le tire-lait pour stimuler la production ou pour avoir un répit parce qu'elle a trop mal... Tout, tout, tout, tout ! Les connaissances... En prénatal, les mamans qui ont les moyens, elles lisent, elles vont dans des conférences, des groupes de mamans, elles s'achètent des livres, elles vont dans des blogues. Les clientes qui ont pas d'argent, elles font juste survivre : « Faut que je remplisse mon frigo parce que j'ai deux autres enfants à nourrir, j'ai pas le temps de lire sur l'allaitement ». Tu sais. Quand je suis vraiment inquiète pour les revenus, qu'elle arrive même pas à acheter les biberons, stériliser... acheter la formule, tout ça, je vais plus miser sur l'allaitement, le plus possible. Parce que je sais que ça engendre énormément de coûts, énormément. (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

Bien qu'elle soit consciente des enjeux économiques sous-jacents aux pratiques d'allaitement, elle mentionne conseiller davantage l'allaitement aux familles les plus pauvres, qui pourraient avoir de la difficulté à s'acheter des PCN. Bien qu'elle connaisse l'existence des programmes gouvernementaux⁷⁸ mis en place pour soutenir les familles dans le besoin qui permettraient de réduire les coûts engendrés par les PCN, elle persiste à recommander aux plus

⁷⁸ Le programme OLO offre aux mères qui allaitent des coupons pour des œufs, du lait et du jus d'orange échangeables dans les épiceries, les dépanneurs et les pharmacies. Il existe un programme gouvernemental pour lequel les femmes allaitantes à faible revenu ont droit à 55 \$ par mois. Pour les femmes à faible revenu qui n'allaitent pas, le programme Soutien à l'achat de préparations pour nourrisson permet d'acheter de la PCN à moindre coût. Ces deux programmes gouvernementaux s'adressent à toute personne prestataire du Programme d'aide sociale ou du Programme de solidarité sociale, ayant la charge d'un enfant de moins d'un an.

défavorisées d'allaiter. Cela revient à dire que la PCN n'est une option envisageable pour les mères concernées qu'en dernier recours.

Son discours peut s'expliquer de différentes manières. Cela pourrait venir du fait que le discours se joue sur deux niveaux de discours. Ainsi, face à deux options (allaitement et PCN) qui engendrent des coûts, elle priorise l'allaitement puisqu'elle se dit peut-être que ce sont des coûts d'ordres différents. En effet, les biberons et les PCN sont de gros investissements d'argent, mais aussi de temps avec la stérilisation. En comparaison, l'achat des crèmes et des produits naturels ressemble peut-être plus à des microtransactions. Ce type de microtransactions ne sont pas perçues comme dispendieuses en tant que telles, d'où le fait que plusieurs femmes se les accordent malgré un revenu faible. C'est ce que montre par exemple le cas de Laurence, abordé précédemment. De plus, il est possible de faire un lien avec les dépenses non-nécessaires (les écharpes et autres accessoires d'allaitement), qui sont de l'ordre du « luxe ». Autre explication possible, il se peut que Nadira ait eu en tête que les dépenses associées à l'allaitement sont évitables (à condition que l'allaitement se déroule bien) tandis qu'il est impossible d'éviter les dépenses associées à l'utilisation de la PCN.

À plusieurs niveaux, la classe sociale s'actualise dans les propos de Nadira et, ultimement, dans ses types d'intervention. En poursuivant l'entretien, Nadira mentionne que l'insalubrité et la désorganisation des mères des classes défavorisées peuvent affecter la manière dont elle insiste ou non sur l'allaitement :

C'est un niveau de désorganisation qui va avec ces clientes plus vulnérables. Souvent, on arrive, c'est insalubre. Cette cliente-là, pour moi, la formule, c'était pas une option parce que c'était insalubre. Donc, juste préparer le biberon pour pas... C'était un enjeu. Donc, c'était vraiment ma dernière option pour elle. Des fois, tu veux vraiment que l'allaitement fonctionne parce que tu sais que l'environnement est pas propice à avoir de la formule. (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

Ici, l'inquiétude concerne la capacité de la mère à préparer des biberons de PCN de manière hygiénique, ce qui l'encourage à promouvoir l'allaitement. Les propos de Nadira révèlent des préjugés et présupposés de classe sur la désorganisation et l'insalubrité des personnes à faibles revenus. Son discours sur le milieu de vie insalubre peut être mis en tension avec son discours sur l'impossibilité pour les mères de classe sociale défavorisée à se payer de la PCN.

De plus, soulignons que ses propos ne mentionnent à aucun moment les préférences de la mère en fait de méthode d'alimentation du nourrisson (ce que tend à marquer des formulations comme « pour moi » ou « ma dernière option pour elle »). Elle prend donc une décision favorable à l'allaitement sans connaître les volontés de la mère. Pourtant, elle pourrait transmettre de l'information sur l'importance de certaines mesures d'hygiène, comme la stérilisation des biberons. On pourrait penser que, lorsqu'elle fait face à des mères qui lui semblent vulnérables, Nadira privilégie l'allaitement en ayant en vue le « meilleur » pour la santé de l'enfant. On peut alternativement se demander quel serait l'impact de la mise en œuvre d'une approche éducative sur la charge de travail de Nadira.

Nadira poursuit en affirmant approcher très différemment les clientes « régulières », c'est-à-dire qui ne sont pas suivies par le programme SIPPE⁷⁹ :

Je suis très différente en régulier, en santé parentale et infantile, pis, en SIPPE, très différente dans l'intervention en allaitement. Je sais qu'ils ont les moyens. Ils ont toutes les ressources. Oui, c'est ça. Moi, je poussais beaucoup l'allaitement quand j'étais en régulier. Je faisais quasiment du harcèlement. Non, je faisais pas du harcèlement, mais j'étais comme : Ils ont tout ! *Come on !* Ils ont tout ! Ils sont favorisés. Ils ont accès facilement aux ressources. C'est pas comme nos clientes qui ont des barrières linguistiques. Ils peuvent aller aux haltes-allaitement sans aucun problème. Les marraines. Ils ont accès à tout. Ils ont même accès à des consultantes en allaitement. Oui, moi, je juge... Je juge... Je juge un petit peu plus ces mamans quand je dis : *Let's go*, on fait l'effort, tu le sais c'est quoi les bienfaits. Je suis un peu plus rigide avec ces clientes-là. Ben, là, qu'est-ce que tu veux faire ? Si tu veux que ta production monte, il faut que tu tires ton lait. *Let's go !* Huit à douze fois par jour. Avec mes clientes SIPPE, je suis moins comme ça. Beaucoup moins. Parce qu'il y a d'autres enjeux. Ils ont moins accès aux ressources, ils sont isolés, sont défavorisés. Ils ont une insécurité alimentaire, financière. C'est pas pareil. (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

Elle affirme donc qu'elle intervient de manières différentes pour les femmes de classe aisée, notamment parce qu'elle considère qu'elles ont accès aux ressources et aux connaissances pertinentes. Elle mentionne insister sur l'allaitement pour ces femmes en raison de ces facilités d'accès, ce qui signifie implicitement qu'elles n'ont pas de raisons « suffisantes » pour ne pas allaiter. Finalement, en rapprochant les deux derniers extraits de verbatim, soulevons que si Nadira dit intervenir différemment suivant les cas, elle affirme insister sur l'allaitement autant avec ses

⁷⁹ Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) s'adressent à : 1) toute femme enceinte et son partenaire ou encore tout parent ou principal responsable d'un enfant de moins de 12 mois ; 2) vivant sous le seuil de faible revenu ; et 3) présentant au moins un facteur de risque parmi les suivants : a) sous-scolarisation ; b) isolement social (Guérard, 2019).

clientes « régulières » qu'avec celles qui sont issues d'un milieu socioéconomique défavorisé. La différence tient plutôt dans les raisons pour lesquelles elle insiste sur l'allaitement.

7.3.5 Considérations intersectionnelles sur contraintes liées aux rapports socioéconomiques et à l'éducation

Dans les sections précédentes, j'ai donné des exemples de situations où l'argent compte dans les discours, d'autres où il ne compte pas dans la décision d'allaiter ou de poursuivre l'allaitement. Dans cette sous-section, je m'attarderai aux contextes de vie qui permettent d'expliquer cet écart.

Comme nous l'avons vu au chapitre 5, relativement peu de femmes de l'échantillon mentionnent les économies d'argent comme ce qui les motive à allaiter. Bien que la grande majorité des femmes affirment que l'un des avantages de l'allaitement est sa gratuité, elles soutiennent également que ça ne pèse pas « réellement » dans la balance. J'ai soutenu que ceci s'expliquait notamment par l'image qu'elles veulent donner d'elles-mêmes et du fait qu'il ne soit pas socialement acceptable d'accorder beaucoup d'importance à cet aspect.

Pour les femmes ne provenant pas d'une classe sociale privilégiée, les dépenses liées à l'achat d'objets de « luxe » (enjeu abordé à la section 7.3.4) ou les services privés de professionnelles peuvent être vues comme superflues et/ou trop dispendieuses. Cela semble être confirmé dans la mesure où des répondantes sont en partie motivées par la perspective d'une économie d'argent. De ce fait, le fait de tomber dans une routine nécessitant par exemple l'achat de produits naturels ou de médication, vient remettre en cause la poursuite de leur allaitement. Par ailleurs, ce constat s'articule aux motivations qui font qu'elles allaitent (principalement la santé physique et psychologique de l'enfant), celles qui font qu'elles continuent (principalement le bon déroulement de l'allaitement ou les « moments magiques ») et aux raisons qui font qu'elles arrêtent (perception d'insuffisance lactée ou douleurs physiques). Les unes et les autres ayant été présentées et analysées au chapitre précédent.

Dans les chapitres précédents, j'ai montré que l'allaitement est un enjeu qui va au-delà de la question de la santé de l'enfant, qu'il est intimement lié à la maternité intensive et à des représentations spécifiques du bon maternage. Nous savons que, statistiquement, les femmes canadiennes les plus aisées et les plus éduquées allaitent davantage et plus longtemps (Statistique

Canada, 2012). Ici, je vais plus loin en explorant comment l'allaitement représente en fait un marqueur de classe de la dévotion maternelle.

D'une part, on constate que les femmes plus éduquées et bien nanties peuvent se permettre de « pousser » davantage l'allaitement exclusif en tentant des solutions qui ne sont pas nécessairement accessibles à toutes les mères (services professionnels de soutien en allaitement au privé, achat d'une balance, de produits naturels ou de la médication pour stimuler la lactation, etc.).

D'autre part, l'idéologie de la maternité intensive associée à l'allaitement résonne davantage chez ces femmes. Cette possibilité et cette volonté de « pousser » l'allaitement leur permettent de préserver l'image de la bonne mère qui a tout tenté pour donner le « meilleur » à son enfant. Ce dernier point est d'autant plus important que ces femmes se trouvent plus fréquemment dans des milieux où l'allaitement est la norme, voire un marqueur de classe notable, et donc, où des justifications peuvent leur être davantage demandées suite à un arrêt précoce. On peut lier cette attitude au type des « performantes », soit celles qui disent poursuivre pour satisfaire l'ego et qui sont prêtes à beaucoup de choses pour « réussir » leur allaitement (chercher du soutien professionnel pour maximiser la production de lait, prendre de la médication, utiliser des d'aliments naturels galactogènes, etc.).

L'allaitement, comme la consommation de nourriture (Bourdieu, 1979 ; Brenton, 2019 ; Régnier et Masullo, 2009), est un marqueur symbolique de la classe à laquelle elles appartiennent, mais également de la classe à laquelle elles désirent appartenir. Cet engagement dans l'allaitement contribue au capital des mères. Selon l'origine sociale des parents, il peut être un symbole de distinction permettant d'exprimer une mobilité sociale ascendante ou il peut marquer une reproduction sociale.

Dans le cas d'un parcours de mobilité sociale ascendante, cette méthode d'alimentation du nourrisson, qui diffère de celle de leur propre mère ou des membres de leur famille, peut créer des tensions. Certaines femmes mobilisent leur statut de femme éduquée pour se distancer de leur famille, de classe sociale défavorisée, qui est perçue comme « inculte » ou ayant besoin de faire des apprentissages en matière d'alimentation du nourrisson. Prenons l'exemple de Sandrine. Elle considère appartenir à une classe supérieure à celle de ses parents, en raison notamment de son éducation et de son emploi qui, dans ses propres mots, « ne magane pas [s]on dos et [l]'amène à

utiliser [s]on cerveau ». Elle fait face à une certaine résistance de sa mère face à ses choix de maternage, qui sont différents des siens :

Au début mes parents là me trouvaient ben folle et toute ça là ils trouvent mes choix très difficiles à accepter. J'essaie de créer des ponts tout en étant consciente qu'on a des réalités très différentes, donc c'est pas des comparaisons qu'ont fait, on ne fait pas un concours. Peut-être que ma mère, t'sais c'est ça, ça c'est une expérience concrète où elle peut se comparer. Elle ne peut pas se comparer avec moi pour un bac ou pour une maîtrise t'sais. Ça, c'est une expérience concrète qu'elle a vécue, donc c'est peut-être pour ça qu'elle s'accroche un peu. [...] Elle n'a pas allaité, donc était une moins bonne mère, faque là, je pense que j'ai compris que c'était un relent de culpabilité. Mais sur tous les choix que je fais, je dis à ma maman, « t'sais maman, on est des femmes différentes, on est à des époques différentes, à des âges différents, donc il y a RIEN qui se ressemble ». (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Bien qu'elle évoque une différence générationnelle, c'est aussi une question de mobilité de classe. Pour faire face à cette résistance, elle adopte une stratégie d'éducation.

Bin moi, ma mère a besoin de beaucoup d'être renseignée, éduquée, informée. [...] Elle me pose énormément de questions, pis ça me permet d'approfondir mes choix comme maman. [...] J'ai même envoyé le Mieux vivre en PDF à ma mère. « Si t'as une question, regarde là-dedans. » (Sandrine, 35 ans, blanche, non-immigrante, RFÉ, suivi sage-femme)

Comme on le constate avec Sandrine, pour les femmes dans cette situation, les options de maternage (co-dodo, DME, portage, allaitement exclusif et prolongé, couches lavables, etc.) sont une extension logique de leur position en tant que femmes éduquées. On ne peut faire abstraction de leur affinité avec le discours scientifique sur les bienfaits de l'allaitement (même si leurs motivations débordent l'aspect-santé) puisqu'elles lisent les études, s'informent en période prénatale, s'inscrivent à des cours, connaissent les ressources, etc.

Pour les femmes blanches universitaires d'ethnicité canadienne-française, l'allaitement leur confère un statut de classe lié au bon maternage tandis que pour les femmes migrantes, l'allaitement, même lorsqu'il est exclusif et prolongé, revêt plutôt la symbolique de la « tradition ». Il est donc impossible pour ces dernières de se distinguer par ce statut de classe, et ce, même si elles le font « parfaitement » (selon les recommandations en termes de durée et d'exclusivité). C'est l'un des points que j'aborderai plus en profondeur dans la section suivante sur les contraintes liées à la « race » et à l'ethnicité.

7.4 Contraintes liées à la « race » et à l'ethnicité

7.4.1 Tendance culturaliste chez les professionnelles de l'allaitement

Jusqu'ici, nous avons vu que les inégalités sociales en matière de vécu de l'allaitement étaient intimement liées à des enjeux de sexe/genre, de classe et d'immigration. Dans cette section, j'aborderai comment elles sont aussi articulées à des rapports de « race » et d'ethnicité.

Dans les discours des professionnelles de l'allaitement, les femmes font l'objet d'une catégorisation ethnique. Les catégorisations ethniques mobilisées par les participantes recouvrent des typologies géographiques et nationales (« africaine », « maghrébine », « asiatique », « chinoise », « haïtienne », « algérienne », « québécoise », etc.). Ce discours a attiré mon attention en raison d'une ambiguïté constante entre le culturalisme et la personnalisation des services. En effet, la tendance culturaliste s'inscrit dans une lecture dite « culturellement compétente » ou « sensible à la dimension culturelle » en vue d'une intervention tenant compte de la diversité des femmes. Elle est entretenue, d'un côté, par ce qui se présente comme des connaissances acquises d'expérience à force de côtoyer différentes cultures⁸⁰ au travail et/ou des connaissances théoriques apprises lors de différentes formations⁸¹, de l'autre côté, par des stéréotypes.

Une tendance émerge parmi les professionnelles de l'allaitement rencontrées, la majorité estimant qu'elles font varier leurs pratiques en fonction de la clientèle, que cette différenciation est nécessaire et que d'y arriver est un motif de fierté. C'est ce qu'elles nomment la *personnalisation* ou l'*adaptation* des services. Voici comment Élisabeth explique cette différenciation dans ses interactions au quotidien avec les mères :

On essaie toujours d'adapter le discours en termes de culture. Une maman chinoise, je vais chez elle, je vais lui demander d'emblée « qui fait ta soupe ? » Parce que j'en ai vu assez que

⁸⁰ La compétence interculturelle comprendrait deux dimensions : 1) avoir conscience de l'ancrage culturel de ses propres façons d'interagir et d'intervenir (*cultural awareness*) ; 2) être sensible aux différences culturelles et être respectueux de ces différences (*cultural sensitivity*) (Starr et Wallace, 2011). Au Québec, une formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux pour les intervenantes existe dans le but d'accroître leur compétence interculturelle (INSPQ, 2015).

⁸¹ C'est ce que certaines autrices nomment l'acquisition de « compétences culturelles ». Ce type de formations données aux professionnelles de la santé et des services sociaux a été fortement critiqué (Beagan, 2018), notamment du fait que dans les articles portant sur les « compétences culturelles », les professionnelles sont à la fois pensées comme membres du groupe social dominant et comme culturellement neutres. L'acquisition de « compétences culturelles » viserait davantage à rendre les professionnelles confortables avec les « Autres » qu'à répondre adéquatement aux besoins des communautés culturelles.

je sais qu'elles ont une soupe spéciale. Donc, elle va me le dire. La maman juive : « OK, c'est quand, la circoncision ? » Dans ce sens-là, oui, on y va vraiment avec la culture. Pour ce qui est de la nourriture, une maman chinoise, je vais pas lui dire : « Commencez à donner des carottes à vos bébés ». Elles mangent pas de carottes. Je vais dire : « OK, donnez-y du bok choy ». On adapte. On adapte le discours en termes de culture. Je pense qu'on le fait même sans s'en rendre compte, tu sais ? [*L'intention de faire ça, c'est quoi ?*] C'est que ça soit plus personnel. (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

Avec des exemples alimentaires qui débordent l'allaitement, on voit que la différenciation se fait « autour » de l'intervention, par exemple, des présuppositions ou des explications formulées différemment. Malgré la « bonne » intention énoncée de prendre en considération la « différence culturelle », en vue de la personnalisation des soins. Élisabeth entretient des stéréotypes racistes, elle les légitime (« je connais les autres cultures et j'y suis sensible ») et s'en félicite (« je donne un service personnalisé, je m'adapte »). S'en remettre de cette manière à une connaissance superficielle (les mamans chinoises font une soupe spéciale, donc ma cliente doit aussi manger de la soupe) permet d'éviter de faire le travail de rencontre de l'autre pour se reposer plutôt sur des préjugés et stéréotypes. Ceci donne une fausse impression de « connaître » la culture d'origine, d'être « ouverte » et de prodiguer un service personnel et « adapté ».

Christine Corbeil et Isabelle Marchand avancent qu'« il est nécessaire de prendre en compte lors d'une intervention toutes les facettes de l'identité de la personne et [qu']il est impossible de se concentrer que sur une facette » (2010 : 39). Avec les femmes immigrantes, par exemple, les « bonnes pratiques » recommandent aux intervenantes de développer une sensibilité culturelle en se familiarisant avec les pratiques culturelles d'allaitement, les croyances et la religion (Traoré, 2017). Bien que les interventions et les services doivent être adaptés aux besoins et aux réalités spécifiques des femmes, il faut faire preuve de discernement pour éviter la tendance culturaliste. Celle-ci peut mener à la discrimination, notamment en assumant que les femmes immigrantes déterminent leurs pratiques d'allaitement uniquement sur la base de leur culture.

Pourtant, les professionnelles de l'allaitement tendent à expliquer les pratiques d'allaitement des femmes en mettant l'accent sur la différence dite culturelle plutôt que sur des privilèges ou des difficultés « personnelles » ou, du moins, qui ne relèveraient pas de la culture. En ce sens, bien que certaines professionnelles de l'allaitement dénotent une connaissance des problématiques spécifiques pouvant être vécues par les femmes « d'ailleurs » – peu au sujet de l'allaitement, davantage en ce qui a trait au parcours migratoire, comme la perte du réseau de

soutien, l'acculturation, les difficultés d'accès aux ressources, etc. —, la plus grande part de leurs explications portent sur la différence culturelle. Autrement dit, la culture reste le principal élément de repérage et d'explication des pratiques d'allaitement de femmes immigrantes. Ces représentations justifient, chez certaines professionnelles de l'allaitement, que la femme reçoive des conseils différents, comme je le présenterai dans la prochaine section.

7.4.2 Trois figures récurrentes : « l'Africaine », « la femme musulmane/arabe » et « la Québécoise de souche »

Trois figures ressortent particulièrement du discours des professionnelles de l'allaitement quant à l'adaptation des pratiques d'intervention à la « culture » des mères : « la femme africaine », « la femme musulmane/arabe » et « la femme québécoise de souche ». Il s'agit de trois schémas dont je tente d'accentuer les contrastes, aussi symétriquement que possible. Il en découle une récurrence thématique, qui permet d'envisager les mêmes éléments, mais à partir de perspectives différentes, voire opposées. Cette structure permet également de souligner la manière dont l'analyse du discours des professionnelles fait ressortir un axe identitaire-moral entre les mères « québécoises de souche » et les mères perçues comme venant d'ailleurs. Cet axe explique les nombreux points communs entre les deux premières figures, d'une part; et la récurrence des propositions sur le contraste avec la troisième figure, d'autre part.

Ce qu'il est important de préciser des trois figures qui seront présentées, c'est que « le culturel » a une fonction d'altérisation (Spivak, 1988), puisqu'il s'agit souvent d'un euphémisme exprimant une altérité radicale et inaltérable (Beagan, 2018). De ce fait, il faut en comprendre qu'on soulève les figures, non pour elles-mêmes, mais pour faire ressortir les dynamiques d'altérisation. Si les catégorisations ont tendance à exagérer l'homogénéité des groupes et à produire des stéréotypes, elles ont également des effets concrets sur les services. Dans les pages qui suivent, je me questionne justement sur cet impact des figures stéréotypées sur les pratiques et les interventions auprès des femmes.

Figure 1 : les femmes « africaines »

Comme l'a montré Didier Fassin (1999), la figure de « l'Africaine » constitue souvent, dans les discours des professionnelles de la santé en Occident, l'archétype de l'altérité. Dans le contexte de l'allaitement, les femmes « africaines » auraient une disposition innée pour l'allaitement. La

référence à l’Afrique ne renvoie pas aux résidentes du continent, mais sert plutôt à qualifier les femmes racisées noires, qu’elles soient immigrantes ou natives du Québec. Nombreuses sont les professionnelles, et les mères blanches, à affirmer que « les femmes africaines/noires sont faites pour allaiter ». Ce résultat rejoint ceux d’Alexandra Nacu (2011), qui confirment que les professionnelles de la santé tendent à considérer que certains groupes ont plus de facilité à allaiter, particulièrement les « Africaines », au sens de « femmes noires ». Une association qui peut paraître surprenante à la lumière, par exemple, des statistiques montrant que les femmes noires sont celles qui allaitent le moins aux États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Une seule professionnelle de l’allaitement, Chloé, fait écho à cette dernière considération en évoquant un processus d’acculturation :

Mais on dirait qu’avec le temps, elles deviennent un peu américanisées. On a des amis, mon fils avait des amis africains que les 3-4 premiers sont nés en Afrique versus les 2 filles sont nées ici, pis c’était totalement différent. Ses gars ont été portés, elle était pas stressée, elle les a allaités sans être stressée pis ses filles, elle passait son temps à *checker* le poids, tandis qu’en Afrique jamais qu’elle les avait pesés, elle allait « il va bien, ok c’est fini », mais ici, elle les pesait, elle était toujours stressée « il me semble qu’elle boit pas assez, il me semble qu’elle boit trop... » C’est spécial, il me semble qu’aux autres enfants, c’était pas comme ça. Mais ici, on dirait que sûrement elle a trop entendu de trucs. (Chloé, blanche, marraine d’allaitement, Montréal)

Dans cet extrait, Chloé formule à demi-mot une critique de la médicalisation de la maternité et de l’allaitement, qui serait plus présente ici que dans les pays d’origine. Cette critique renvoie à l’idée qu’elle considère que la culture de la maternité en Amérique, c’est de s’inquiéter — inquiétudes alimentées par les prescriptions médicales. De plus, Chloé décrit l’« américanisation » des femmes immigrantes. L’acculturation des pratiques d’allaitement des femmes migrantes est perçue comme une corruption. Le stress associé à la prise de poids du bébé paraît avoir été imposé par les normes de santé occidentales. Ne pas s’être inquiétée du poids de ses garçons n’est pas vu comme de la négligence, mais plutôt comme « normal pour elles ».

Pour Nadira, cette plus grande facilité de l’allaitement chez les mères « africaines » implique à la fois des dimensions biologiques/physiologiques et des dimensions culturelles.

Je sais pas pourquoi, mais c’est facile. Elles n’ont jamais les mamelons plats, elles. Physiquement aussi, je trouve qu’elles ont tout ce qu’il faut. Je sais pas pourquoi. C’est comme... Souvent, physiologiquement, biologiquement, ça va bien, le lait est là, les mamelons sont parfaits, tout est beau. Elle sait comment s’installer. Elle y va, elle sait que c’est l’allaitement à la demande, elle se pose pas de question ! Elle allaite à la demande, tout le temps, tout le temps. C’est facile parce que, oui, culturellement, elles font que ça. C’est difficile

à expliquer, mais les Africaines, c'est facile. Puis, elles allaitent beaucoup. Bref, j'ai pas besoin de « *preacher* » pantoute l'allaitement, je fais juste faire du renforcement positif parce que, tu sais, quand ça va bien, tu fais juste renforcer, t'interviens pas, tu fais juste observer la beauté de tout ça ! (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

En plus d'être homogénéisante, cette affirmation renvoie ces femmes à leur corps, précisément leurs seins et leurs mamelons, qui seraient « parfaits » pour l'allaitement. Cet extrait de verbatim soulève aussi une dimension esthétique, voire l'image de la Nature à l'œuvre, incarnée dans une femme racisée qui allaite. De plus, l'extrait met en lumière un renvoi au *preaching*, exprimé à plusieurs reprises par les professionnelles. Ce renvoi est révélateur de la manière dont elles perçoivent leur travail, c'est-à-dire à la fois comme une entreprise de conversion (il faut convaincre les femmes d'allaiter) et une relation d'aide et de soutien. On remarque également que Nadira considère que le fait de ne pas avoir à prêcher l'allaitement facilite son travail. On peut aussi voir que Nadira construit un discours idéalisé de l'allaitement chez les femmes « africaines », s'appuyant sur la corporalité, la naturalité et la beauté de processus biologiques.

La fascination et l'appréciation que semblent afficher les professionnelles de l'allaitement pour les pratiques des femmes « africaines » renvoient moins au respect des lignes directrices des autorités de santé publique qu'à l'aspect « instinctif » et « naturel » du geste :

Pis quand je suis en post-partum, là, j'essaie d'aider les patientes qui ont besoin, souvent plus les premiers bébés, mais... bizarrement, on dirait qu'il y a des femmes qui s'en souviennent super bien, mais il y a des femmes, surtout les québécoises (*petit rire*), que même rendues à leur troisième bébé, on dirait qu'elles oublient tout par rapport aux madames africaines que c'est son premier bébé pis elle l'a mieux, là, tsé... En tout cas ! (*rire*) Je l'sais pas qu'est-ce qu'on a, là, mais on a perdu notre instinct ! (*rire*) (Justine, blanche, infirmière en périnatalité, Montréal)

Une riche littérature expose les dualités classiques nature/culture, corps/esprit, Orient/Occident, femme/homme, Noirs/Blancs. Dans les représentations sociales du genre, les femmes sont appréhendées comme des sujets plus proches de la nature que les hommes, du fait de leur capacité à mettre au monde des enfants. L'idée que les corps noirs ainsi que la culture noire sont connectés à la naturalité prend racine dans une histoire coloniale raciste et sexiste (Fanon, 1961 ; Haraway, 1989 ; Wade, 1993). Une littérature scientifique abondante dénigrant le corps des femmes et le corps des personnes noires a construit l'infériorité de ces groupes sociaux, en recourant à des explications biologiques ou culturelles (Guillaumin, 1972 ; Martin, 1987 ; Collins, 2016 [2000]).

D'ailleurs, le lien entre les femmes noires et les animaux est notoire dans la science raciste du 19^e siècle (Collins, 2016 [2000]).

Quoi qu'il en soit, dans un contexte où les PCN, le tire-lait et les autres signes de médicalisation de l'alimentation du nourrisson sont présentés comme les coupables du déclin de l'allaitement dans les sociétés occidentales, la figure de la femme « africaine » semble pouvoir être perçue comme moins corrompue par la modernité et plus en phase avec la nature. Au-delà de leurs mamelons qui sont présentés comme *parfaitement* faits pour l'allaitement, les femmes racisées noires sont également qualifiées par les professionnelles de l'allaitement par opposition aux femmes de la troisième figure, les « Québécoises de souche », que j'aborderai plus tard.

Dans le dernier extrait, Nadira mentionne en outre que les femmes africaines ne se posent pas de questions concernant leur allaitement. Ce type de discours est tenu par plusieurs professionnelles de l'allaitement et renvoie les femmes « africaines » à une attitude nonchalante de lâcher-prise. L'absence supposée de stress de ces femmes serait favorable :

Mais c'est du monde qui est moins stressé. On revient au... Une maman qui est plus stressée et il faut que ça aille bien, ben, ça va pas bien. Elles, elles sont plus : "Ben là, *let's go* ! Pas de problème !" (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

De manière similaire, Korine, qui est marraine d'allaitement, rapporte une situation dans laquelle une mère racisée noire subissait des pressions de la part des professionnelles pour que son bébé prenne plus de poids, alors qu'il échappait aux prévisions de la courbe de croissance :

À la clinique d'allaitement, on en a vu un peu plus [des personnes racisées noires]. Parce que là, vu qu'on les voit en personne, c'est sûr que la couleur de la peau, on le remarque. Je me souviens, il y a pas si longtemps que ça, c'était une dame, je pense africaine ou haïtienne, je pense que c'était son quatrième enfant. Puis là, c'était drôle parce que, elle mettait son bébé au sein, puis elle était vraiment relaxe : « Ben j'ai allaité mes trois autres enfants puis là tout allait bien. Mais, là, les infirmières sont stressées parce que bébé prend seulement 22 grammes par jour. Alors elles voudraient que tu regardes la mise au sein ». (Korine, blanche, marraine d'allaitement, Rive-Sud de Montréal)

Dans l'extrait, Korine qualifie la mère de « relaxe » quant au poids de son enfant, laissant entendre qu'elle se rend à la clinique d'allaitement sans crainte initiale de sa part. Bien qu'elle se conforme aux recommandations des infirmières de visiter la clinique, elle est perçue comme n'étant pas stressée par les normes médicales puisqu'elle accorde plus de valeur à l'expérience d'allaitement

acquise précédemment. Ceci souligne une discordance entre perfection naturelle et absence de conscience des dangers repérés par la médecine.

Comme l'indiquent les résultats des entretiens postnataux, ces représentations ne collent pas à la réalité. Par exemple, suite à sa césarienne, Lyson, dont les parents sont d'origine antillaise, avait des inquiétudes et se posait des questions sur la montée de lait et la prise au sein. Elle décrit ainsi l'interaction qui s'en est suivi avec son infirmière :

Pis c'était drôle, parce qu'à l'hôpital, quelqu'un — une infirmière m'a dit : « Oh non, non ! Toi t'es faite pour ça, là ! » « Pardon ?! [*Ça voulait dire quoi, ça ?*] Ben vraiment, c'est ce que j'ai dit : « Je comprends pas, pardon ? » Elle dit : « Ah, mais oui, les Noires, vous, vous allaitez comme ça ! » Là je fais comme : « Ah tsé, tsé... Fait que tsé, c'est... c'est intéressant. Pourquoi ? Pourquoi plus nous que les autres ? (Lyson, 37 ans, racisée noire, non-immigrante, RFÉ, suivi médical)

Le fait que Lyson ne soit ni immigrante ni africaine mérite d'être souligné, surtout si l'on tient compte du précédent témoignage de Chloé et du thème de l'acculturation qui l'accompagne. Force est de constater que la figure de l'« Africaine » renvoie à un imaginaire qui n'a pas nécessairement de lien avec le pays d'origine, mais ici à la catégorisation raciale. En poursuivant son récit, Lyson confie que l'infirmière quitta ensuite rapidement la chambre pour prendre soin d'autres patientes. Le caractère homogénéisant, exotisant et valorisant de la figure de l'allaitement de la femme « africaine » n'est donc pas sans conséquence. Lyson s'est sentie victime d'un stéréotype. Les catégories ethnicisantes et racisantes ont des conséquences sur le parcours d'allaitement des mères, d'autant plus quand aucune distinction n'est faite entre les femmes racisées noires, par exemple entre celles qui sont nées en Afrique et celles qui, comme Lyson, sont nées au Québec. Une autre conséquence de ces représentations généralisantes et stéréotypées, est que l'infirmière n'a pas offert d'aide, laissant Lyson dans l'anxiété (bien que l'on puisse penser que l'infirmière se voulait rassurante avec ce commentaire). Il est clair que celle-ci a été traitée différemment des mères blanches par cette infirmière.

Bref, il semble que cet ensemble de considérations puisse nuire à la qualité des interventions, en se substituant à l'appréciation du soutien offert et des conditions de vie réelles. Les professionnelles de l'allaitement n'ont bien sûr pas l'apanage de la catégorisation ethnique et, comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs mères rencontrées ont aussi abondé dans le sens

de la « différence culturelle », y compris au moyen de formules directes, par exemple « Nous, les Noires ».

Figure 2 : les femmes « musulmanes/arabes »

La deuxième figure, « la femme arabe », se conformerait aux préceptes du Coran et allaiterait (ou souhaiterait allaiter) jusqu'à deux ans. Dans les propos de plusieurs professionnelles, on retrouve un amalgame entre différentes catégories, qui se déclinent en termes nationaux (« algérienne »), géographiques (« maghrébine »), ethniques (« arabe ») et religieux (« musulmane »). Le stéréotype associé est très répandu dans le milieu de l'allaitement, au point d'avoir été formulé lors des cours prénataux. La grande majorité des professionnelles rencontrées tenaient pour acquis que l'allaitement prolongé au sein était la norme (religieuse) des femmes « arabes », puisque c'est ce que « la religion leur dit » :

Ben les mamans qui pratiquent l'Islam vont allaiter le plus longtemps possible, vont viser le deux ans, souvent ne l'atteignent pas, mais c'est pas rare le un an et demi. (Élodie, blanche, nutritionniste et IBCLC, Montréal)

J'ai travaillé avec une large population de familles musulmanes, puis elles, ça fait partie intégrante de leur religion, d'allaiter. Et elles allaitent, généralement jusqu'à deux ans, c'est ça qui est recommandé. Je peux pas dire que c'est plus facile, mais on dirait que c'était comme beaucoup plus courant. ... tout le monde le fait, donc ça faisait partie de leur culture. (Fanny, racisée noire, infirmière en périnatalité, Rive-Nord)

Moi je trouve que les mamans du Maghreb... les mamans arabes ont tendance à allaiter plus longtemps, parce que dans le Coran, religieusement, c'est écrit qu'il y a des avantages à continuer l'allaitement jusqu'à deux ans et plus. (Judith, blanche, IBCLC et ancienne sage-femme, Montréal)

Les clientes immigrantes qui allaitent exclusivement, elles vont allaiter longtemps. Surtout les musulmanes, parce que c'est dans les recommandations des pratiques religieuses, d'allaiter jusqu'à deux ans leur bébé. Les mamans musulmanes, elles savent qu'elles ont le deux ans dans leur tête parce qu'elles savent que c'est ça, les bonnes pratiques. C'est la religion qui l'a dit. (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

Ces professionnelles interprètent cette conformité perçue aux recommandations de la santé publique chez les femmes musulmanes comme un signe de conformité aux règles islamiques, plutôt qu'un choix individuel ou une volonté de suivre les recommandations de l'OMS.

Les professionnelles dépeignent les pratiques d'allaitement des femmes musulmanes comme entièrement déterminées par la religion. Cette perception n'est pas sans lien avec l'islamophobie genrée décrite par Jasmin Zine (2006), une forme de discrimination ethno-

religieuse et raciale dirigée contre les femmes musulmanes et qui découlent de représentations orientalistes qui font des femmes musulmanes des victimes opprimées des sociétés perçues comme misogynes. Les femmes musulmanes sont ainsi représentées à partir de caractéristiques telles que « soumises » et « passives » devant la religion ou leur mari (Zine, 2006). Ceci rejoint une littérature abondante sur l'image des femmes musulmanes comme étant déterminées par l'Islam, caractérisée par la négation de leur agentivité⁸², de leur subjectivité et de leur réflexivité (Benhadjoudja, 2018), une négation qui n'est pas sans rappeler les débats publics sur le port du voile.

En revanche, dans le cas de la présente étude, ce déni d'agentivité est perçu positivement par les professionnelles. Quand il s'agit d'allaitement de longue durée, à l'instar de ce qui a été dit à propos de la figure de la femme « africaine », les intervenantes valorisent la passivité et la soumission qu'elles attendent des femmes musulmanes. Ici encore, elles estiment que ces traits facilitent l'adhésion aux normes de santé publique.

Ce stéréotype voulant que les femmes arabes ou musulmanes allaitent pendant deux ans peut favoriser des traitements discriminatoires. Prenons l'exemple d'une situation rapportée par Charlotte. À l'occasion de la supervision d'un stage en périnatalité, une étudiante-infirmière avait la charge du suivi d'une femme arabe qui venait d'accoucher de son troisième enfant. Sans y réfléchir, l'étudiante avait alors assumé que cette mère allait non seulement allaiter, mais qu'elle n'aurait pas non plus besoin d'aide. En fait, cette femme n'avait pas allaité ses deux premiers enfants et souhaitait tenter l'expérience pour la première fois. Pour ce faire, cependant, elle avait besoin de soutien. Suivant l'anecdote, sans l'intervention de Charlotte, cette mère n'aurait pas reçu de conseils d'allaitement. Il est intéressant de remarquer que c'est l'étudiante (donc avec peu d'expérience professionnelle) qui a reproduit le stéréotype et que la professionnelle l'a remis en cause. Il est donc possible que ce stéréotype soit si « connu », qu'il soit directement enseigné dans la formation « culturelle » en soins infirmières sur l'allaitement. On le retrouve d'ailleurs directement dans le guide d'intervention auprès des familles d'immigration pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de

⁸² Il est à noter que, dans les discours majoritaires portant sur la « race » et l'ethnicité, la perception du manque d'agentivité des femmes musulmanes s'applique aux femmes portant le voile, et non aux femmes musulmanes s'opposant au port du voile et critiquant l'islam (voir Bilge, 2010a, Hammer, 2013).

vulnérabilité *Naître ici et venir d'ailleurs* : « la majorité des Somaliennes étant musulmanes, elles suivent les enseignements du Coran prescrivant aux femmes d'allaiter » (Durand et al., 2007 : 55).

En tenant compte de la taille limitée de mon échantillon, il faut souligner que, parmi les trois femmes enceintes s'identifiant comme musulmanes que j'ai rencontrées, aucune n'a affirmé souhaiter allaiter en raison de sa religion, ou des préceptes du Coran. Aziza est la seule qui mentionne que, selon le Coran, il est recommandé d'allaiter jusqu'à deux ans. Dans son cas, cependant, la norme familiale supplante la norme religieuse :

Je pense que c'est écrit dans le Coran qu'on peut allaiter deux ans de suite, je crois, un truc comme ça, mais oui, je pense que oui, c'est, oui, un petit truc. *[Mais toi c'est quelque chose qui t'a influencé ?]* Non moi, non. C'était comme ça. Mes sœurs ont allaité, ma mère nous a allaités, donc pour moi c'était logique que j'allaité mon fils. Oui. (Aziza, 37 ans, racisée arabe, immigrante, RFM, suivi médical)

Il semble donc, encore une fois, que le stéréotype ne soit pas en phase avec la réalité.

Élizabeth, qui est infirmière en périnatalité à Montréal et consultante en lactation, va plus loin en affirmant qu'elle aborde le Coran lors de ses interventions auprès des femmes musulmanes dans le but de les inciter à allaiter jusqu'à au moins deux ans :

Les familles musulmanes, oui, je vais leur en parler plus parce que, dans le Coran, ça dit d'allaiter jusqu'à 2 ans. Chose que j'ai apprise... Je pense que c'est dans mon cours sur l'allaitement. Et c'est le seul livre saint qui parle de l'allaitement et qui dit vraiment qu'il faut allaiter jusqu'à 2 ans. Les mamans musulmanes, je dis : « Vous savez que le Coran, ça dit deux ans, si vous pouvez, ça serait excellent. » Je sais que les familles plus musulmanes, les familles plus... immigrantes, sont plus pro-allaitement que les familles québécoises de souche, les familles canadiennes. Le message passe aussi plus facilement. (Élizabeth, blanche, infirmière en périnatalité et IBCLC, Montréal)

Il y a instrumentalisation du Coran à des fins de promotion de l'allaitement. Ce discours se rapproche de ce que l'on pourrait appeler *Coran-splaining*⁸³, c'est-à-dire quand une personne non-musulmane explique le Coran sans l'avoir lu à des personnes musulmanes. Soulignons l'hypocrisie sous-jacente, considérant que la religion musulmane est démonisée et que l'islamophobie est bien présente dans la société québécoise. Dans ces circonstances, utiliser ses préceptes pour valoriser l'allaitement de longue durée offre un contraste trop prononcé pour être ignoré.

⁸³ En référence au *mansplaining* ou *mecsplaining* (Solnit, 2018) définissant une situation où un homme explique à une femme quelque chose qu'elle sait déjà mieux que lui, sur un ton souvent paternaliste ou condescendant.

En résumé, comme pour la figure de « l’Africaine », la figure de la « Musulmane » renvoie à des stéréotypes dans les discours de promotion de l’allaitement. Ici encore, ces stéréotypes culturalistes portent sur des femmes « d’ailleurs » dont on loue la propension à suivre, de manière quasi automatique, les recommandations des autorités de santé publique. Les professionnelles de l’allaitement rencontrées, pour la plupart issue de la majorité, voient dans la « différence culturelle » un facteur facilitant leur travail, déplorant du même fait la déconnexion entre culture occidentale et nature. Dans les deux cas, les femmes migrantes sont décrites comme passives face aux traditions culturelles et religieuses.

Figure 3 : les femmes « québécoises de souche »

La troisième figure, la « Québécoise de souche », est pensée comme désavantagée en raison de la « culture du biberon ». Le terme « Québécoise de souche » ne renvoie pas à l’ensemble des résidentes de la province, mais aux femmes blanches d’ethnicité canadienne-française.

Le discours du « Nous » défavorisé provient de l’idée que les Québécoises, puisqu’elles se questionneraient davantage à savoir si elles allaitent ou non, auraient ainsi moins de chances d’allaiter :

Ben, par rapport à l’allaitement, on part déjà avec, mettons, deux prises⁸⁴ parce que déjà, au début, on sait pas trop si on va le faire. Ça fait que, déjà là, ça marque le fait que ça se peut qu’on n’allait pas. Tandis que, pour les autres, c’est comme une évidence. Oui, on est désavantagées au fond. (Roxanne, 26 ans, blanche, non-immigrante, RFM, suivi médical)

Conséquemment, elles sont aussi constamment comparées aux femmes migrantes qui « ne se posent pas de questions », qui dans les discours, est vu comme un avantage. Il y a là une comparaison à faire avec, notamment, la surdétermination de la religion en tant que fil interprétatif des pratiques d’allaitement perçues des femmes arabes. On constate en opposition une absence totale de ce type d’interprétations en ce qui concerne les femmes blanches d’origine canadienne-française. L’iconographie mariale dans l’art chrétien, qui représente la Vierge Marie allaitante (Johnson et Rintoul, 2019 ; Jouffroy, 2007), n’est pas mentionnée pour expliquer la volonté de certaines femmes catholiques de donner le sein. La Vierge du lait ne fait peut-être pas partie des discours des professionnelles ni de celui des mères, mais les noms des positions d’allaitement

⁸⁴ Référence à une expression utilisée au baseball : après 3 prises, tu es disqualifiée.

connues par les femmes de l'étude qui ont assisté aux cours prénataux sur l'allaitement, telles que la madone et la madone inversée, restent tout de même imprégnés de ce symbole. Lorsqu'il s'agit d'aspects religieux des majoritaires, cette explication est totalement évacuée⁸⁵. De plus, on peut y voir une certaine condescendance envers les femmes musulmanes avec lesquelles on utilise des arguments religieux tandis qu'avec les Québécoises, on parle de l'allaitement dans des termes scientifiques des bienfaits de cette pratique sur la santé de l'enfant. On s'adresse donc à leur « intelligence » plutôt qu'à leurs « traditions ».

Ainsi, on présume que les femmes blanches d'origine canadienne-française vivront l'allaitement plus « difficilement » puisqu'elles se posent « trop » de questions. La perception stéréotypée des pratiques d'alimentation du nourrisson est que les femmes blanches d'ethnicité canadienne-française n'allaitent pas. Mon échange avec Aïsha est, à ce propos, révélateur de la vision que peuvent avoir les femmes « d'ailleurs » sur les comportements d'alimentation des nourrissons des femmes « d'ici » :

Oui, tu dois allaiter deux ans en fait dans la communauté noire... Je ne sais pas dans votre communauté à vous, on critique beaucoup. Quand on dit que vous allaitez pas, vous tirez au moins le lait ? [*Ça dépend.*] Mais comment l'enfant va être fort ? Est-ce qu'il y a eu des cas où l'enfant s'est quand même bien développé, bien fait ? [*À ton avis, c'est plus connu que les québécoises ou les blanches n'allaitent pas, c'est ça ?*] Oui beaucoup disent ça, la communauté blanche n'allait pas. On dit ça. Des préjugés, mais moi tout ce qu'on dit sur les Blancs, il y a beaucoup de choses qui sont fausses. Si tu les côtoies, je pense qu'ils sont même plus protectrices envers l'enfant que les Noires. (Aïsha, 29 ans, racisée noire, immigrante sénégalaise sans statut régulier, RFF, suivi médical)

À l'opposé des figures précédentes, qui sont perçues comme passives, la figure de la Québécoise de souche se démarque comme étant la face contemporaine de la femme qui souhaite choisir les modalités de son allaitement. Ceci confirme le constat d'Annemarie Mol (2008), selon qui le « choix » est communément vu dans le système de santé occidental comme un privilège des patientes occidentales. En revanche, dans mes résultats, ce privilège du choix est vu comme un fardeau pour les « Québécoises de souche » : c'est plus facile d'allaiter pour les autres en raison

⁸⁵ On pourrait répondre que les femmes québécoises sont moins religieuses ou encore que la religion catholique est moins prescriptive que la religion musulmane, mais il reste que le rapport entre religion et maternité est réservé au traitement des femmes minoritaires. Ce n'est pas seulement que les professionnelles parlent des préceptes religieux des femmes minoritaires, c'est aussi que la religion est l'affaire de l'Autre.

de l'automatisme de leur culture/nature alors que les « Québécoises de souche », individualisées, doivent faire le choix d'allaiter, faire preuve d'agentivité et de raison.

Dans tous les cas, les femmes blanches d'ethnicité canadienne-française seraient, selon les discours des professionnelles, plus encadrées, plus soutenues, dans leurs pratiques d'allaitement, soit parce que ce sont elles qui utilisent le plus les services, puisqu'elles sont plus portées à chercher de l'aide professionnelle, faute de réseau de femmes avec expérience d'allaitement en raison du contexte postmigratoire, soit parce que les professionnelles les catégorisent comme présentant un plus grand risque de vivre un allaitement « difficile ».

Bien que les professionnelles affirment les encadrer davantage, les femmes de l'étude qui correspondent à ce profil considèrent ne pas avoir reçu suffisamment de conseils et d'encadrement « pour bien » allaiter. À mon avis, cette contradiction s'explique par le fait qu'elles ont des attentes spécifiques envers le système de santé, attentes le plus souvent déçues. Cette figure de la Québécoise de souche défavorisée en ce qui concerne l'allaitement prend appui sur la rhétorique de la perte de savoirs associée à l'arrivée de la PCN. Autant les mères québécoises de mon échantillon que les professionnelles approchées attribuent la plus grande difficulté d'allaitement des femmes québécoises blanches à un manque de réseau de femmes expérimentées en raison de la « mode » du biberon, associée au Québec des années 1950. Pour Élise, ce n'est pas que l'allaitement est plus facile pour les femmes d'autres origines. Son explication relève plutôt de la socialisation des femmes. Il s'agirait d'un contraste entre savoir maintenu et savoir perdu :

Si elle a une question, s'il y a quelque chose, ben, la mère, la tante, la cousine, tout le monde a allaité. C'est clair que, dans le tas, il y en a une qui sait : « C'est normal, ça, c'est normal. Fais telle affaire, ça va aller mieux. Couche-toi. As-tu pensé à mettre bébé sur le lit, et mets-toi à quatre pattes par-dessus ton bébé, puis là, varies ton angle en fonction du bébé et où est-ce qu'il a la bouche, ça va aller chercher les canaux ». Les trucs de grand-mère, elles en ont sur l'allaitement. Mais nous ici, on les a pas, parce que nos mères et nos grand-mères, elles ont pas allaité. Ces trucs-là se sont perdus, la connaissance s'est perdue. Elles vont vivre les mêmes difficultés. Si le bébé prend mal le sein, elles vont avoir les mêmes blessures. Sauf que... la réaction de l'entourage : « Non, non, fais pas ça comme ça, tu vas te faire mal, prend une autre position ». Tandis que dans notre culture blanche québécoise [...] quand finalement, t'en parles à un médecin ou une infirmière, ça fait trois semaines que tu traînes ton bobo. Tu veux une solution maintenant, parce que t'es à « boutte » maintenant. (Élise, blanche, marraine d'allaitement, Rive-Sud de Montréal)

Les femmes québécoises privilégieraient davantage les avenues médicales officielles (l'infirmière ou la médecin) pour régler leurs problèmes d'allaitement, puisqu'elles n'ont pas la possibilité de questionner leur entourage.

7.4.2.1 Considérations intersectionnelles sur la figure de la « Québécoise de souche »

Dans une perspective intersectionnelle, et pour approfondir le lien entre les trois figures présentées, ce qui précède rend compte du fait que, pour les professionnelles de la santé, être une femme noire qui allaite, ce n'est pas la même chose qu'être une femme arabe ou musulmane qui allaite, même si dans les deux cas il y a croisement entre des rapports sociaux de sexe/genre et de « race »/ethnicité. En croisant les trois figures, des points de compatibilité et d'opposition émergent.

Dans les discours des professionnelles, la figure de la Québécoise de souche s'avère plus nuancée puisqu'elles y joignent d'autres fils interprétatifs que la culture. La « culture du biberon » dans laquelle les femmes auraient grandi et vivraient s'articule avec la classe et l'âge pour créer deux parcours possibles, toujours selon les professionnelles.

1) Le premier parcours se rapporte à celles qui n'amorceront pas l'allaitement ou qui n'allaiteront pas longtemps. Ce parcours est davantage associé aux femmes plus jeunes de classes défavorisées. « Chez les Québécoises, que c'est de formule en formule, de génération en génération. Surtout chez les défavorisées. » (Nadira, racisée arabe, infirmière en périnatalité, Rive-Sud de Montréal)

2) Le deuxième parcours se rapporte à celles qui font de l'allaitement un projet identitaire intensif et qui recherchent la perfection. Elles ont une idée précise de leurs aspirations d'allaitement en termes de durée et d'exclusivité. Cette volonté de contrôle sur leur allaitement est en opposition, dans les discours, au « lâcher-prise » des femmes « africaines ». C'est ce qui expliquerait qu'elles utilisent davantage les services professionnels de soutien à l'allaitement. Chloé, marraine d'allaitement, considère que les femmes des autres origines acceptent davantage les difficultés de l'allaitement (telles que les douleurs ou les tétées de nuit) que les femmes québécoises qui cherchaient un allaitement parfait :

Pour les Africaines, c'est tellement normal. On les voit vraiment pas à la clinique d'allaitement. On dirait qu'il y en a plein qui voit pas nécessairement les problématiques que nous on va voir, ou que des blanches québécoises vont comme tout de suite « ça fait mal » ou essayer de... voir des problèmes. On voit vraiment plus les Québécoises blanches, c'est la grande majorité. Par

exemple, des bébés peuvent boire 15 fois dans la nuit pis eux autres, les Africaines vont juste penser « ben oui, c'est normal ». Tandis qu'il y a les typiques d'ici, ils boivent deux ou trois fois dans la nuit à partir de trois, quatre, cinq mois pis c'est comme un problème pour elles. Fait que c'est vraiment différent. On dirait que les femmes africaines recherchent moins d'aide extérieure. On va quasiment leur créer un problème parce que pour elles, elles vont juste faire comme ça vient dans le fond. (Chloé, blanche, marraine d'allaitement, Montréal)

Selon le discours des professionnelles, les femmes québécoises auraient plus de difficulté avec des éléments inhérents aux pratiques d'allaitement : les tétées de nuit, les inconforts physiques, le manque de mobilité, la codépendance, le malaise face à l'allaitement en public, etc. — éléments construits comme générant des soucis chez les femmes occidentales. Kate, consultante en lactation et monitrice d'allaitement, présente cette volonté de contrôle comme un enjeu spécifique aux femmes éduquées et plus âgées :

Parfois, des femmes plus vieilles peuvent avoir plus de difficultés de lâcher-prise. Parce que les femmes accouchent plus tard dans la vie qu'avant. Quand j'ai une femme qui est passée déjà 35 ans dans sa vie et qu'elle a construit une carrière toute planifiée comme il faut, puis tout est sous contrôle dans sa vie. Puis, ensuite, un bébé qui vient au monde. Puis, on s'entend que la vie avec un nouveau-né, c'est pas quelque chose qu'on peut contrôler, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, c'est pas quelque chose qu'on peut contrôler. Cette perte de contrôle peut être vraiment difficile pour certaines femmes et je vois ça plus souvent chez les femmes qui sont plus vieilles, mettons plus que 35 ans. (Kate, blanche, IBCLC et monitrice d'allaitement, Rive-Nord de Montréal)

Comme le laisse entendre Kate, la figure de la « Québécoise de souche » implique souvent des éléments associés à l'âge et à la classe sociale. Elles seraient plus âgées, plus éduquées et auraient de meilleurs revenus. Elles semblent proactives. Elles ont lu plusieurs livres ou sites spécialisés, elles recherchent des ressources en prévision des difficultés, elles se déplacent pour les haltes-allaitement ou autres groupes d'entraide, elles ont le plus souvent une marraine d'allaitement ou une accompagnante à la naissance. Bref, elles connaissent et ont accès aux ressources. Il s'agit de pouvoirs et de ressources qui sont accessibles à certaines catégories sociales privilégiées.

Les mères qui sont dans la portion, je vais dire statut économique moyen, souvent elles ont plus d'information, elles ont fait plus de cours prénataux, elles ont fait plus de cours prénataux privés, y'ont été se renseigner un peu plus, y'ont lu plus de livres. Souvent elles sont un petit peu plus vieilles aussi, tu sais elles ont eu le temps d'en entendre un peu plus parler, elles ont une couple d'amies qui ont accouché. Souvent la motivation à allaiter est plus psychologique, de dire je veux que l'enfant ait le meilleur pour lui-même, pour son développement pour son cerveau... et cetera. [...] Souvent ce qu'on voit c'est que les mamans qui ont un revenu un peu plus faible, sont un petit peu plus jeunes, elles ont moins d'information, j'ai l'impression qu'elles sont un peu plus encadrées par du personnel médical et on les pousse vers l'allaitement. (Amélie, blanche, aide-natale, Rive-Sud de Montréal)

Dans l'extrait précédent, Amélie différencie deux « profils sociologiques » parmi ses clientes, qui sont en majorité des Québécoises blanches. D'un côté, des femmes de statut socioéconomique favorisé, qui auraient une motivation davantage « psychologique », ce qui veut dire une motivation interne, plus réfléchie, plus assumée. De l'autre côté, les femmes ayant un statut socioéconomique défavorisé seraient, au contraire, « poussées » vers l'allaitement à la faveur d'un encadrement institutionnel.

On peut trouver que les propos des professionnelles à l'égard des femmes défavorisées sont infantilisans. Peu importe la volonté de ces dernières concernant l'alimentation du nourrisson, en effet, elles ne sont pas perçues comme maîtresses de leur décision. Si elles ne choisissent pas l'allaitement, c'est qu'elles n'ont pas eu assez d'informations ou n'ont pas l'éducation nécessaire pour « bien » comprendre les bénéfices-santé pour l'enfant. Si elles choisissent d'allaiter, c'est qu'on les a poussées à le faire. Dans tous les cas, elles se trouvent dans des rapports de pouvoir où elles n'ont pas la légitimité de prendre leurs propres décisions.

L'éducation des femmes accompagnées fait également partie de ce qui facilite le travail des professionnelles. Faisant de la pratique privée, Kate considère que sa clientèle est constituée presque uniquement de femmes disposant des revenus élevés. Lorsqu'elle compare avec une expérience précédente à titre de monitrice d'allaitement bénévole, Kate explique en entretien qu'il est plus facile de travailler auprès de femmes éduquées :

Normalement, les gens qui ont plus d'éducation, elles comprennent mieux qu'est-ce qui se passe et qu'est-ce qu'il faut faire pour régler les difficultés. C'est plus facile travailler avec eux. Souvent, les gens qui ont moins d'éducation, il faut que je me répète souvent, les démarches à prendre, puis ça prend un suivi plus près. Donc, ouais... Souvent, les revenus et l'éducation, ça va ensemble aussi. (Kate, blanche, IBCLC et monitrice d'allaitement, Rive-Sud de Montréal)

Par ailleurs, les résultats indiquent que le rapport qu'entretiennent les professionnelles avec ces femmes change suivant l'âge des mères. Plusieurs professionnelles admettent « materner » les jeunes mères, qui sont le plus souvent défavorisées socioéconomiquement :

Souvent les mamans qui sont peut-être un peu plus jeunes, ben faut s'attendre qu'y aient peut-être moins entendu l'information. C'est peut-être des trucs qui sont un peu plus nouveaux puis la difficulté souvent c'est qu'on va avoir tendance à les materner. [...] c'est *touché* parce que t'as le goût de jouer à leur mère mais c'est pas ton rôle, y'en ont une de mère. Puis c'est des mamans, c'est des femmes puis on a tendance à essayer de faire. « Là là il faudrait que tu fasses ça », non, je vais donner mes recommandations comme je suis supposée de donner mais en

règle générale, c'est la tendance générale, c'est d'essayer d'être un peu plus... je vais dire paternalisant mais maternalisant, d'essayer de jouer un petit peu plus c'te rôle là alors que c'est pas notre rôle. (Amélie, blanche, aide-natale, Rive-Sud de Montréal)

Ces exemples montrent que les rapports de pouvoir entre les mères et les professionnelles se construisent et se négocient en permanence selon les caractéristiques sociales des mères. Ici, le croisement des rapports de sexe/genre, de « race »/ethnicité, d'âge et de classe amplifie la surveillance et le contrôle des pratiques d'alimentation du nourrisson.

Quant aux femmes privilégiées, elles investissent du temps et de l'argent pour « réussir » leur projet d'allaitement, elles ont les ressources, elles sont perçues comme déterminées, mais comme *trop* stressées et en perte de confiance en leur capacité d'allaiter.

En cours prénatal, je dis : « Arrêtez de lire vos livres, arrêtez. Parce que plus vous lisez, plus vous allez être stressée, puis moins ça va fonctionner. » Tu le sais, quand tu rentres chez quelqu'un, c'est une ingénieure, c'est une architecte, c'est une avocate. Si ça va pas bien d'emblée, ça va pas aller mieux. Tu sais, il y a clairement du monde qui dit : « Mais le livre disait... » « Lâche le livre ! » Ça va pas bien, d'habitude. Ce sont des mamans qui ont des listes de listes et que tout doit être d'une façon précise. Les médecins, les avocates, les ingénieures, ça va moins bien que le monde plus artistique [...]. On avait une médecin, une fois, elle pesait les couches avant et après. Parce qu'elle voulait absolument que son bébé... Elle voulait savoir s'il avait fait assez de pipi. Mais « “*trust-toi*”, “*trust*” ton bébé ! » Non, elle, elle pesait... C'était rendu obsessionnel. (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

C'est ce qu'Alexandra Nacu (2011) nomme l'« intellectualisation » de l'allaitement (Nacu, 2011). Les entretiens avec les professionnelles présentent de nombreux exemples où des femmes « québécoises de souche » éduquées sont considérées trop peu instinctives pour une pratique aussi *naturelle* :

Les mamans non éduquées, on dirait qu'elles ont plus de facilité avec l'allaitement que les mamans non éduquées. Je pense que c'est parce qu'elles lisent moins et elles se « trustent » plus. Je pense que c'est vraiment une affaire de : « Regarde, c'est mon sein, c'est bébé, *let's go!* » Versus : « Le livre, il m'a dit qu'il fallait que je fasse ça... » Elles sont trop strictes. (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal)

Les idées de nature et de corporalité de l'allaitement sont au cœur du raisonnement des professionnelles. Ce qui donne lieu à un intéressant paradoxe entre l'allaitement conçu comme un savoir complexe nécessitant de transmettre des avis techniques et médicalisés, d'une part, et la représentation des femmes blanches d'ethnicité canadienne-française, nanties et éduquées qui sont « trop dans leur tête, pas assez dans leur corps » (Élisabeth, blanche, infirmière et IBCLC, Montréal), d'autre part. Les questionnements de ces femmes sont construits dans les discours

comme « intellectuels », par opposition au « corporel », « instinctif », « naturel ». Les professionnelles les opposent ainsi aux femmes « africaines » :

Pis il y a des patientes aussi africaines, je trouve que.... Peut-être parce qu'elles ont beaucoup d'enfants dans leur famille, pis elles en ont pris, elles sont plus à l'aise avec les bébés, c'est plus facile pour elles de les mettre... Je généralise, mais habituellement, plus facile pour elles de les mettre au sein, tandis qu'une patiente québécoise que c'est la première de sa gang d'amies à avoir des enfants pis qui veut faire ça parfait, souvent elles sont beaucoup moins fluides dans leurs mouvements, pis là elles essaient de l'accrocher pis ça marche pas. (Justine, blanche, infirmière en périnatalité, Montréal)

En tenant compte des considérations formulées plus haut, on peut être tenté de voir dans cet extrait une prophétie autoréalisatrice, sous la forme d'un axe mettant en perspective le stress et les pressions ressenties par les mères en milieu hospitalier (voir 6.4.5.1). L'axe que j'ai en tête oppose la représentation suivant laquelle les femmes racisées n'ont pas besoin de conseils et celle d'après laquelle les femmes blanches d'ethnicité canadienne-française, au contraire, ont besoin d'un encadrement serré. Cette piste interprétative semble aussi pertinente pour rendre compte de résultats présentés au chapitre précédent, à l'effet que les mères de l'échantillon qui sont d'ethnicité canadienne-française affichent une certaine propension à la déception et à la culpabilité lorsqu'elles ne peuvent donner « ce qu'il y a de mieux » à leur enfant.

En résumé, les stéréotypes peuvent aboutir à des contraintes d'allaitement liées à la « race » et à l'ethnicité, qui se matérialisent notamment sous forme de discrimination dans les soins et les informations données. Ces représentations et les comportements qui leur sont associés mettent en place les conditions qui font en sorte que les professionnelles de l'allaitement tentent davantage de convaincre les femmes québécoises blanches d'allaiter et donnent moins d'informations et de conseils aux femmes immigrantes racisées.

7.5 Conclusion de chapitre

Dans le chapitre précédent, il a été démontré que les expériences d'allaitement des mères sont loin d'être homogènes. Elles se constituent à l'intersection de multiples axes de hiérarchies sociales. L'imbrication de ces axes rend possible une agentivité, à partir de laquelle les participantes sont à même de jouer un rôle actif dans la (re)production, la résistance et la déstabilisation des discours et des représentations, en dépit des contraintes à l'allaitement (obstacles et incitations) qui les affectent. Pour résumé, j'ai soutenu que les rapports sociaux de

sexe/genre reconfigurent les aspirations d'allaitement des mères, entre autres en raison de l'intériorisation de l'idéal de la bonne mère allaitante. J'ai aussi soutenu que l'allaitement sert d'assise pour mettre en place ou pour amplifier la répartition inégale des tâches domestiques et liées aux soins de l'enfant, sur fond de division sexuelle du travail.

Le chapitre qui s'achève a, à son tour, permis de démontrer les impacts de l'immigration sur le manque de soutien découlant de l'absence d'un réseau de femmes dans l'entourage. Les rapports sociaux basés sur le statut d'immigration montrent également un tiraillement entre un désir de conformité aux règles d'ici en matière d'allaitement et un détachement face à des règles qui paraissent parfois rigides ou superflues.

L'analyse des contraintes liées aux rapports socioéconomiques fait ressortir les coûts sous-jacents de l'allaitement maternel. Elle indique aussi que le capital culturel des femmes diplômées leur permet de chercher et de trouver davantage de services lorsque se présentent des difficultés, tout en favorisant une attitude plus critique face aux conseils et services offerts par les professionnelles de l'allaitement.

De plus, le présent chapitre a aussi mis en évidence des figures de l'« Africaine », de la « Musulmane » et la « Québécoise de souche » dans les discours des professionnelles de l'allaitement. Comme je l'ai montré, les figures de l'« Africaine » et de la « Musulmane » sont des exemples particulièrement forts d'une dynamique plus large, renvoyant à l'« Autre ». L'ensemble des figures agissent comme des catégories ethniques et ont une influence importante sur les services et conseils offerts aux mères. Cet enjeu de discrimination au sein des services d'allaitement fait aussi écho aux inégalités sociales dans l'accès aux ressources de soutien à l'allaitement. Ces obstacles sont de différentes natures, notamment structurelles, et reflètent les normes sociales et les rapports de pouvoir au sein de la société. Ces barrières peuvent découler de la privation matérielle et de l'accès difficile aux ressources (linguistiques, économiques, etc.), mais aussi de l'éloignement géographique des migrantes de leur réseau ou encore de la discrimination – qu'elle soit raciale, de genre, de classe, d'âge, etc. À cet effet, les vécus de l'allaitement ne peuvent se comprendre sans tenir compte des idéologies et des valeurs privilégiées par les mères et sans égard au poids des normes sociales. Celles-ci, dans le cadre de cette étude, ont pu être rendues visibles grâce aux discours des professionnelles de l'allaitement rencontrées.

Les professionnelles acceptent davantage que certaines femmes, en fonction de leur positionnalité, dérogent à la norme. Les infirmières en périnatalité, qui ne se concentrent pas uniquement sur l'allaitement maternel, peuvent par exemple décider de plus ou moins insister sur l'allaitement selon les problèmes vécus par la famille, ou encore, augmenter les pressions associées à la promotion de l'allaitement ; dans un cas comme dans l'autre en se laissant guider par les catégories attribuées. Autrement dit, le repérage d'une catégorie sociale réelle ou perçue (autant au niveau de l'éducation présumée de la mère, de son revenu, de son âge, que de son ethnicité, etc.) peut générer des différences de prise en charge, influencer le contenu et les formes des recommandations et informations transmises aux mères. Ultimement, cela a un impact sur le vécu de l'allaitement.

L'allaitement maternel est donc révélateur de la construction de rapports inégalitaires dans les interactions quotidiennes ou institutionnelles, telles que racontées par les mères dans leurs récits. Les analyses développées dans ce chapitre montrent de quelles façons les discours entourant l'allaitement se reconfigurent tout en se recoupant suivant la positionnalité des mères. L'intersectionnalité des rapports sociaux, c'est aussi le fait que les attentes sociétales quant à l'allaitement des femmes ne sont pas les mêmes et ne prennent pas la même forme selon la « race », le statut d'immigration, l'ethnicité, l'âge et la classe sociale des mères. Bien que les participantes soient en situation d'oppression du fait de leur genre, les résultats des analyses indiquent que certaines d'entre elles sont également dans des positions de pouvoir, en participant à des majorités (de classe, de « race », ethnique). Cependant, ces positions de pouvoir ne se traduisent pas nécessairement en privilèges d'allaitement. À tout le moins dans les discours des professionnelles et de certaines femmes blanches de l'échantillon, les « Québécoises de souche » seraient défavorisées en raison d'une « culture du biberon » ayant entraîné l'oubli de savoirs expérientiels, ce qui demanderait une surveillance et des pressions accrues. Dans tous les cas, il est difficile d'échapper dans les discours aux renvois à l'état de nature à la corporalité des femmes. Les résultats montrent bien les différences entre les discours se cristallisant autour de ces trois figures, toutes les trois traversées d'une manière ou d'une autre par l'idée de nature, d'instinct (perdu pour la figure des Québécoises de souche) et de la « bonne mère allaitante ».

Pour conclure, il est donc important de souligner comment la blanchité positionne les professionnelles de la santé dans leurs rapports aux femmes, puisque 16 des 21 professionnelles

rencontrées sont blanches. Par leur blancheur de même que par l'autorité associée à leur profession, elles disposent d'un double levier de pouvoir pour imposer un discours, une vision du monde et des pratiques. Tout d'abord, elles sont les détentrices et les productrices d'un discours de santé publique qui reproduit des stéréotypes de genre. Ces stéréotypes, comme je l'ai montré, ont des incidences matérielles sur la vie des femmes, que ce soit en reconduisant des processus de racialisation ou en faisant en sorte qu'elles soient discriminées dans les conseils et soins qu'elles reçoivent.

CHAPITRE 8 : Synthèse et discussion

Suivant une prémisse classique en sociologie, tirée des pistes émergeant de la revue de la littérature, j'ai posé l'hypothèse que les femmes n'ont pas les mêmes aspirations d'allaitement et ne rencontrent pas les mêmes contraintes pour réaliser ces aspirations, en fonction de leur situation au croisement des divers axes d'oppression sociale. Dans le but d'explorer la manière dont les différences sociales peuvent façonner de manière inégalitaire le vécu de l'allaitement maternel des femmes, cette thèse visait deux objectifs principaux : 1) identifier les écarts entre les aspirations initiales et les expériences vécues ; et 2) rendre compte des inégalités sociales dans le vécu de l'allaitement maternel en pensant leur articulation.

Ce chapitre discute mes résultats et les compare à ceux d'autres études. Tout d'abord, je présenterai une synthèse des principaux résultats tout en faisant des liens avec de précédentes recherches, en prenant soin d'indiquer en quoi mes résultats les confirment, les infirment ou vont plus loin. Après quoi j'ouvrirai la discussion à des enjeux plus généraux, cherchant à discerner comment l'éclairage jeté sur l'allaitement affecte la compréhension de ces enjeux. Finalement, le chapitre se conclura sur l'appréciation des limites et forces de la recherche menée.

8.1 Synthèse des principaux résultats de recherche

L'allaitement maternel est au cœur de l'expérience de maternité des femmes. Mes résultats ont montré des écarts entre leurs aspirations initiales en période prénatale et les réalités de l'allaitement maternel en période postnatale. Quelques études adoptant une perspective sociologique ou féministe abordent cette question (Lupton et Schmied, 2001; Moreau, Tahon et Daigle, 2010; Razurel, 2010; Moreau, 2011; Couturier, 2012; Héon et Martin, 2013; Hinsliff-Smith, Spencer, et Walsh, 2014; Tomori et al., 2016). À l'image de ces travaux, mon constat rend compte de l'idéalisation de l'allaitement dans l'imaginaire des mères, ainsi que de leur manque de préparation ressenti pour composer avec les réalités de cette pratique.

Malgré la vision universaliste véhiculée par les discours institutionnels de promotion de l'allaitement maternel, la diversité des vécus s'impose : certaines en retirent un sentiment de fierté, d'autres d'incompétence maternelle ; certaines apprécient les moments intimes, d'autres se sentent appropriées par l'allaitement. En procédant comme moi à un suivi longitudinal, débutant en fin de

grossesse et se poursuivant jusqu'à six mois post-partum, Virginia Schmied et Lesley Barclay (1999) ont révélé que la majorité des femmes sont fortement attachées à l'allaitement, et ce, malgré le fait qu'il s'agisse d'une expérience inscrite dans le corps (« *embodied* ») parfois difficile à vivre. Cette étude rend compte de la diversité des expériences des mères : pour certaines, l'expérience est harmonieuse et agréable, pour d'autres, elle est plutôt perturbatrice, désagréable, voire violente. Mes résultats abondent dans ce sens, mais apportent une nuance importante : s'étendant dans le temps, l'allaitement est une expérience complexe qui n'est pas que positive ou que négative, mais souvent les deux à la fois à différents moments. L'ambivalence marque l'expérience de l'allaitement. Cette ambivalence implique souvent à la fois des défis physiques et de grandes récompenses émotionnelles.

Par ailleurs, j'ai montré que ce vécu de l'allaitement est structuré, à plusieurs égards, par les différences sociales. Ce point est important puisqu'il permet d'éclairer l'une des lacunes identifiées dans la littérature. En effet, les études tendent à s'intéresser à un échantillon homogène de femmes ; le plus souvent blanches de classe moyenne ou supérieure, ou noires à faible revenu. Autrement dit, des femmes qui se trouvent souvent doublement privilégiées ou doublement opprimées au sein des hiérarchies sociales. La diversité des positions sociales des femmes que j'ai rencontrées jumelée à l'analyse intersectionnelle suggère que ces positions de pouvoir ou d'oppression ne se traduisent pas nécessairement en privilèges ou contraintes d'allaitement. Évoquons les « Québécoises de souche », qui sont représentées dans les discours analysés comme désavantagées dans le contexte d'une « culture du biberon » et d'une perte de savoirs expérientiels, entraînant une surveillance et des pressions accrues du milieu hospitalier.

Pour aller plus loin discutons l'autorité des professionnelles sous un regard intersectionnel. La question de l'autorité des professionnelles de la santé touche toutes les femmes en raison des rapports sociaux de sexe/genre à l'œuvre en médecine, tels qu'ils se sont constitués historiquement. Il s'agit d'un corps de professionnels disposant d'un savoir spécifique sur le corps des femmes. Dans cette perspective, la question des femmes immigrantes qui craignent de mal faire et de se le faire reprocher rejoint celle des mères blanches et non-immigrantes qui sont aussi soumises à l'autorité des médecins.

En revanche, il est révélateur que les « éléments récalcitrants » au discours de la santé publique soient les femmes blanches québécoises de souche les plus éduquées. Les femmes éduquées provenant d'un autre pays ne remettent pas nécessairement en question l'autorité médicale. Comme nous l'avons vu, soit elles souhaitent s'y conformer, soit elles relativisent les recommandations à partir de conseils familiaux. Dans ce dernier cas, elles n'évoquent pas l'« incompétence » des professionnelles rencontrées.

Sans adhérer à la proposition naturaliste suivant laquelle les femmes blanches québécoises de souche les plus éduquées ont « perdu leur instinct », il faut chercher ailleurs les raisons des questionnements, des difficultés, du stress de ces femmes perçu par les professionnelles de l'allaitement. Considérant que ces dernières ne sont pas dans la même position de « race » et d'ethnicité que les femmes racisées noires, j'émets l'hypothèse que les professionnelles blanches ne peuvent pas, en toute bonne conscience, les renvoyer à l'état de nature, car ce sont des femmes « comme elles ».

Je rappelle que cela ne renvoie pas qu'au thème de la nature ; comme il a été démontré dans les analyses des entretiens prénataux, la rhétorique « allaiter, c'est naturel » est amplement mobilisée par les mères blanches. L'enjeu ici réside dans les écarts que présentent les renvois à la nature. Les femmes racisées noires sont renvoyées à une nature primitive et instinctive, alors que le « c'est naturel d'allaiter » des femmes blanches semble davantage relever du « c'est dans la nature *des femmes* d'allaiter ». Dans le deuxième cas, à la nature évoque la féminité. L'analyse intersectionnelle croisant les rapports sociaux de sexe/genre, de classe et de « race » permet de montrer, que, même dans les discours sur la nature, il y a quand même des femmes qui sont perçues comme étant plus « naturelles/instinctives » que d'autres.

Dans un autre ordre d'idées, j'ai exposé que l'allaitement n'est pas « gratuit ». En effet, il occasionne diverses dépenses, que ce soit pour l'achat de produits naturels, de médicaments, d'accessoires ou de vêtements ; ou pour bénéficier de services privés. Certaines femmes font valoir que l'allaitement exige une alimentation saine et celle-ci est perçue comme coûteuse. Ce résultat concorde en partie avec les conclusions de Leslie Kaufman, Swarna Deenadayalan et Adam Karpati (2010), qui mettent en évidence la crainte des mères que leur lait puisse ne pas être de bonne qualité, que leurs mauvaises habitudes de vie et d'alimentation affectent leur bébé. Les peurs

quant à l'impact de l'alimentation de la mère sur la qualité du lait ont aussi été soulevées par Julia Kim, Barbara Fiese et Sharon Donovan (2017), plusieurs femmes afro-américaines de leur étude estimant qu'il faut une alimentation excellente et dispendieuse pour produire du « bon » lait. Dans cette étude, les femmes affichent aussi l'idée que l'allaitement nécessite de calculer les calories, de s'assurer de bien ingérer toutes les vitamines essentielles et de consommer suffisamment de protéines.

Beaucoup d'études soutiennent que les discours des femmes désavantagées socioéconomiquement laissent entendre que l'allaitement est perçu comme un privilège de classe (Chin et Dozier, 2012 ; Chin et Solomonik, 2009 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Jung, 2015 ; Lucas et McCarter-Spaulding, 2012). Mes analyses abondent dans ce sens. L'allaitement est vu, à bien des égards, comme un projet des classes privilégiées dans lequel les femmes investissent temps, énergie et argent. Ce résultat est confirmé, notamment, par Orit Avishai (2007 et 2011), qui montre que les femmes de classe favorisée blanches et instruites tentent de gérer leur allaitement comme un projet à réussir, c'est-à-dire comme une tâche à accomplir, planifier, évaluer et, ultimement, réussir en comptant sur l'autodiscipline, des connaissances d'experts, des conseils professionnels et la consommation de technologies et d'outils de soutien à l'allaitement. La notion de performance étant très présente dans cette étude, il est intéressant de reproduire ici un extrait des propos de l'une de ses participantes :

It's admirable that mothers are willing to do whatever it takes to keep their children as healthy as possible, and breast-feeding is a great gift to the child. The issue is when it gets stuck in the arena of these high-achieving women having gotten an A + at everything in their lives and they're treating breast-feeding in the same way. [Lisa, a mothers' group moderator who serves a predominantly educated, middle-class clientele.] (Avishai, 2007 : 135)

Cet extrait est très similaire à ce que l'on retrouve dans les propos des « performantes » de mon étude. Toutefois, l'analyse de l'articulation des rapports sociaux de classe et de « race » permet d'aller plus loin. Pour les femmes blanches d'ethnicité canadienne-française, l'allaitement est un véritable signe de distinction, au sens bourdieusien du terme (que ce signe renvoie à leur classe d'appartenance ou à la classe à laquelle elles aspirent). Pour les femmes immigrantes, de classe défavorisée ou non, même lorsqu'il se déroule « parfaitement » (selon les recommandations des autorités de santé publique), l'allaitement ne participe pas des critères du bon maternage. Mes

résultats font ressortir l'idée suivant laquelle la valorisation des sacrifices généralement associés à l'allaitement ne sont pas reconnus pour ces femmes.

8.1.1 Enjeux prénataux et mises en perspective

Dans ce qui suit, je vais discuter quelques-uns des principaux résultats en ce qui a trait aux enjeux prénataux. Tout d'abord, j'ai montré que la prise de décision concernant la méthode d'alimentation du nourrisson (allaitement ou PCN) se fait généralement avant l'accouchement. Ce constat est soutenu par plusieurs études (Carroll Gallagher, Clarke, Lillar, et Begley, 2015 ; Earle, 2000 ; Kjelland, Corley, Slusher, Moe et Brockopp, 2014 ; Kong et Lee, 2004 ; Murphy, 1999). Selon la littérature sur l'allaitement, une large partie des femmes enceintes décideraient en début de grossesse de la méthode d'alimentation du nourrisson et maintiendraient cette décision jusqu'à la fin de la grossesse. Mes résultats suggèrent d'aller plus loin, en laissant entendre que cette « décision » (même si elle n'est pas pensée comme un processus réflexif par les participantes) est prise avant même d'être enceinte. Ce constat est valide pour 15 des 20 femmes rencontrées.

Ce résultat semble contraster avec ceux de Sylvie Champagne (2002), qui soutient que les professionnelles de la santé (médecin, sage-femme, infirmière, nutritionniste) ont une forte influence sur la décision d'allaiter. Mes résultats indiquent que cela n'est le cas que pour les rares indécises, susceptibles de se laisser persuader de privilégier l'allaitement lors des cours prénataux. Cet écart pourrait s'expliquer du fait qu'une quinzaine d'années sépare mes résultats de ceux de Sylvie Champagne (2002). Des années marquées par une promotion intensive de l'allaitement maternel au Québec, ce qui a pu favoriser une certaine intériorisation des normes.

Par ailleurs, certaines études suggèrent que l'attitude du père face à l'allaitement influence grandement la décision de la femme d'allaiter, suggérant que lorsque celui-ci est favorable à l'allaitement, la femme est plus susceptible d'initier l'allaitement (Dubois, Bédard, Girard et Beauchesne, 2000 ; Scott, Binns et Aroni, 1997). D'après Naomi Bromberg Bar-Yam et Lori Darby (1997), la place du père dans la prise de décision quant à l'alimentation du nourrisson serait même plus déterminante que celle des professionnelles de la santé. Toutefois, cette affirmation ne fait l'unanimité. D'autres études indiquent plutôt que la contribution du père est minimale sur ce plan (Bayard, 2008 ; Carroll et al., 2015 ; Sheehan, Schmied et Cooke, 2003). Les résultats de la présente recherche viennent soutenir cette deuxième proposition.

Les deux raisons principales qu'évoquent les mères pour expliquer le peu de discussion avec le père concernant la décision sur l'alimentation du nourrisson sont : une *décision qui va de soi* et une *décision qui revient aux femmes*. La norme sociale qui sous-tend le dernier point est que les décisions et les responsabilités de l'allaitement reviennent aux femmes en raison de son aspect corporel. Ce résultat rejoint Jean-Marie Miron, Francine de Montigny et Carl Lacharité (2008), qui interprètent ce rapport au corps de la mère comme un marqueur de distance face à leur implication dans la prise de décision associée à l'alimentation du nourrisson. De mon côté, j'ai soutenu que cet argument de l'autonomie du corps peut aussi invisibiliser une certaine division sexuelle du travail et dissimuler la posture essentialiste suivant laquelle les décisions en matière d'enfants reviennent, en dernière instance, aux femmes. De plus, mes résultats tendent à montrer que les pères ne semblaient pas, d'après les mères, se formaliser de la question de l'alimentation du nourrisson, puisque leurs conjointes avaient pris la « bonne décision » pour la santé et le bien de l'enfant. Toujours selon les mères, ils auraient plutôt tendance à encourager l'allaitement — signe que la promotion de l'allaitement maternel les a aussi atteints ou signe d'une potentielle déresponsabilisation de leur part.

Bien que la décision d'allaiter ou non fasse peu l'objet de réflexion de la part des mères, puisque « ça va de soi », l'influence des cours prénataux ou plus largement des recommandations de la santé publique se fait sentir dans la formulation des aspirations quant aux modalités d'allaitement envisagées. Pour 18 femmes sur 20, le désir d'allaiter pour six mois ou plus fait état de l'intégration des recommandations de santé publique en termes de durée. Jusqu'à six mois, la norme de l'allaitement est tellement forte qu'elle ignore les inégalités. En revanche, mes résultats indiquent un détachement une fois les six mois atteints, la recommandation de poursuivre jusqu'à deux ans et plus étant relativisée par les participantes. Dans plusieurs cas, ce détachement prend la forme d'un profond malaise, qui témoigne du fait que l'allaitement de longue durée n'est pas normalisé au Québec : plus l'enfant grandit, moins l'allaitement est socialement accepté. Un constat également exprimé dans une étude sur les stigmates de l'allaitement de longue durée aux États-Unis et au Royaume-Uni (Tomori, Palmquist et Dowling, 2016).

Terminons la discussion des enjeux prénataux en soulignant un résultat inattendu. Considérant la part grandissante d'études faisant état de la pression qui est mise sur les femmes pour l'allaitement (Afflerback et al., 2013 ; Badinter, 2010 ; Bayard, 2012 ; Bayard et Chouinard,

2014 ; Héon et Martin, 2013 ; Hunt et Thomson, 2017 ; Lee, 2008 ; Moreau, Tahon et Daigle, 2010 ; Murphy, 1999 ; Ryan, Bissell et Alexander, 2010 ; Striley et Field-Springer, 2014 ; Wall, 2001 ; Wolf, 2007), on aurait pu s'attendre à ce que cet aspect prenne une place importante dans la thèse. Toutefois, toutes les mères, sauf une, affirment le désir d'allaiter. Très peu se plaignent des pressions sociales, bien qu'elles reconnaissent leur existence et soient en mesure de les identifier, notamment dans les cours prénataux. Selon elles, les discours pro-allaitement s'adressent à d'autres qu'elles.

Pourtant, à différents niveaux, j'ai montré que les attentes envers elles influencent leurs pratiques et leur vécu de l'allaitement. La relative insouciance des répondantes à cet égard peut s'interpréter comme résultant du fait que, dans le Québec d'aujourd'hui, l'allaitement est un sujet sensible qui a fait l'objet de nombreux débats qui ont soulevé les pressions pesant sur les mères. Prenons par exemple l'intensité des termes employés par certaines participantes (« *brainwashing* », « secte », etc.) pour décrire l'emphase mise sur l'allaitement maternel dans les cours prénataux. Ces termes ne sont pas sans rappeler ceux qui ont été rapportés par Denise Moreau, Marie-Blanche Tahon et Julie Daigle (2010, dans une étude menée auprès de douze primipares francophones de la région d'Ottawa. Une participante a notamment parlé d'une « mafia de l'allaitement ». Cela étant dit, j'en conclus que les mères sont conscientes des pressions en faveur de l'allaitement maternel, mais qu'elles préfèrent se considérer non-influencables — en particulier lorsque leur entourage leur répète de « surtout ne pas se mettre de pression ».

8.1.2 Enjeux postnataux et mises en perspective

Dans ce qui précède, j'ai discuté certains des principaux enjeux prénataux. Passons maintenant aux enjeux postnataux. Tout d'abord, fortes de leurs expériences, les mères adaptent leurs discours, notamment au sujet de leurs aspirations et préconceptions. Par exemple, j'ai constaté un assouplissement des critères initiaux d'arrêt. Cela rejoint une étude s'étant intéressée à l'expérience de l'allaitement prolongé chez 107 Australiennes ayant allaité plus de deux ans (Gribble, 2008). Bien que 87 % de ces mères n'aient initialement pas eu l'intention d'allaiter longtemps et, bien que plusieurs aient affiché une attitude négative face à cette pratique, elles ont changé d'avis, notamment en voyant leur enfant apprécier l'allaitement.

Dans la littérature sur l'allaitement, la majorité des études consultées rapportent des sentiments de tristesse, déception, honte, regret, culpabilité et deuil pour les femmes qui ne parviennent pas à allaiter, ou seulement sur une courte durée (Bayard, 2008 ; Blum, 1999 ; Dykes et Williams, 1999 ; Guttman et Zimmerman, 2000 ; Héon et Martin, 2013 ; Moreau, Tahon et Daigle, 2010 ; Murphy, 1999 ; Niquette, 2014). Le vécu des quatre femmes de la présente étude confrontées à cette situation ne fait pas exception. En revanche, les résultats permettent une nuance absente des précédentes études : ces mères qui ont cessé l'allaitement de manière précoce par rapport à ce qu'elle souhaitait oscillent toutes entre culpabilité et soulagement. Ce soulagement est important. Suite à l'arrêt de l'allaitement, ces mères se disent toutes libérées d'un poids ou d'une douleur. Mentionnons que les raisons évoquées par les mères pour cesser l'allaitement concordent, en partie du moins, avec celles identifiées par Erika Odom et al. (2013), soit : 1) des difficultés avec la lactation, 2) des enjeux concernant la prise de poids de l'enfant, 3) une maladie ou le besoin de prendre des médicaments qui sont incompatibles avec l'allaitement et 4) les efforts associés avec le travail d'extraction du lait.

Pour celles qui poursuivent l'allaitement, les tâches et émotions spécifiques à l'allaitement qui alourdissent leur expérience (le temps, la disponibilité, les contraintes de déplacement, les restrictions alimentaires, etc.) sont associées aux sacrifices maternels et sont souvent vues comme inévitables. Ces sacrifices sont, au fond, valorisés et ramènent à des éléments cruciaux de la « maternité intensive ». Si je reprends les trois éléments fondamentaux de celle-ci (Hays, 1996 ; Porter et O'Reilly, 2005), soit 1) que la mère est le parent principal, 2) que ce travail exige d'elle beaucoup de temps, d'énergie et de ressources dédiées à l'enfant et 3) que ce travail est plus important que tout emploi rémunéré ; je constate que seul le dernier point n'est pas corroboré dans mes résultats. Ce lien étroit entre l'allaitement et la maternité intensive est aussi confirmé dans plusieurs autres travaux (Afflerback et al., 2013 ; Bayard, 2008 ; Hanser et Li, 2017 ; Lee, 2008 ; Rippeyoung et Noonan, 2012b).

Ensuite, mes analyses rendent compte d'un sentiment d'insatisfaction face aux conseils reçus (ou à l'absence de conseils) en ce qui a trait à la mise au sein en post-partum immédiat. Deux éléments sont notables : les contradictions et la rigidité des infirmières. Tout d'abord, soulignons que l'ambiguïté dans les conseils reçus n'est pas exclusive au contexte québécois. En effet, d'autres autrices ont souligné les informations contradictoires et l'inadéquation du soutien offert aux

femmes en contexte hospitalier concernant les pratiques d'allaitement (notamment, Marshall et al., 2007 pour le Royaume-Uni ; Vervatidis, 2016 pour la Suisse). Les mères critiquent aussi la rigidité des professionnelles de la santé quant à leur adhésion aux politiques de promotion de l'allaitement, qualifiées de « dogmatiques », rigidité nuisant à l'offre d'une réponse adéquate aux besoins réels des mères.

Sur ces points, mes résultats confirment ceux d'autres études (Dykes, 2006 ; Hvatum et Glavin, 2016 ; Thomson et Dykes, 2011). Plusieurs sources indiquent que les mères considèrent que les interactions qu'elles ont eues avec les professionnelles de la santé révèlent une intransigeance. Cette intransigeance a évidemment des conséquences importantes sur le rapport qu'entretiennent les mères avec les professionnelles de la santé en période postnatale. Cette approche, jugée rigide et inflexible (Fenwick et al., 2013), amène parfois les femmes à craindre des sanctions sociales, entre autres sous forme de critiques des professionnelles de la santé, les poussant à mentir quant à leurs pratiques réelles d'alimentation du nourrisson. La peur des réprimandes et les efforts de dissimulations ont été rapportés dans plusieurs études (Barclay et al., 1995 ; Spencer et al., 2015). Notons que d'autres travaux suggèrent que si les infirmières sont fréquemment identifiées comme source principale de ces pressions (Moreau, Tahon, et Daigle, 2010 ; Héon et Martin, 2013), c'est qu'elles sont souvent les premières professionnelles de la santé rencontrées par les mères lors de la grossesse.

L'extraction du lait mérite d'être discutée puisque toutes les mères allaitantes rencontrées l'ont pratiquée, quotidiennement ou occasionnellement. La place que prend l'extraction du lait maternel chez les mères a été relativement peu documentée dans la littérature (Johnson et al., 2009 ; Morse et Bottorff, 1988 ; Stearns, 2009) et aucune étude de ce genre n'a été menée au Canada. Comme d'autres l'ont montré (Morse et Bottorff, 1988 ; Stearns, 2009), le lait extrait est généralement réservé à une utilisation par une tierce personne, en l'absence de la mère. La justification type consiste à affirmer que l'extraction sert à se décharger temporairement de la tâche de nourrir l'enfant pour avoir une pause, un moment de répit sans l'enfant. J'ai indiqué qu'un espoir de liberté était associé à la possibilité d'extraire le lait dans les discours prénataux, mais que celui-ci ne s'est pas concrétisé dans la réalité. D'autres études corroborent mes résultats en indiquant que les mères trouvent que l'extraction du lait est une tâche qui demande beaucoup de

temps, qui parfois est stressante et qui souvent « ne vaut pas la peine » (Avashi, 2007 ; Stearns, 2009).

Par ailleurs, l'expérience du tire-lait motive chez certaines un sentiment de « déféctuosité », de ne pas parvenir à extraire autant de lait que d'autres mères. Quand la quantité de lait extrait est faible, leur corps leur semble ne pas être assez performant ou adéquat. Ce résultat est appuyé par divers travaux indiquant que l'incapacité pour certaines mères d'extraire une quantité suffisante de lait est perçue comme une « preuve concrète » que leur production de lait est inadaptée, causant insécurité et frustration (Johnson et al., 2009 ; Morse et Bottorff, 1988 ; Stearns, 2009). Toutefois, mes résultats apportent une nuance intéressante. À l'inverse, les mères qui parviennent à extraire de grandes quantités de lait vivent un sentiment de fierté, ce qui souligne encore une fois la diversité des expériences.

Tout comme l'extraction du lait et les tâches connexes, l'allaitement est vu comme un « travail ». Cette affirmation rejoint la vision de plusieurs autrices (Avishai, 2011 ; Dykes, 2006 ; Schmied et Lupton, 2001 ; Wolf, 2011). Ce constat a par ailleurs été développé parmi les féministes matérialistes qui ajoutent qu'il s'agit non seulement d'un travail, mais que ce travail fait l'objet d'une appropriation par la classe des hommes (voir par exemple Guillaumin, 1992). Néanmoins, mes résultats font ressortir des perspectives sur ce travail qui oscillent entre une vision féministe matérialiste (l'allaitement comme tâche ayant le potentiel d'augmenter leur charge générale de travail) et une vision féministe différentialiste (un sentiment de pouvoir et de contrôle fondé sur l'allaitement). On peut le constater notamment par la prégnance dans leurs récits d'une ambivalence face à l'expérience de l'allaitement.

8.2 Au-delà de la question de l'alimentation du nourrisson : regards sur des enjeux plus larges

En prenant pour objet de recherche les mécanismes de construction du vécu de l'allaitement maternel, j'ai analysé les enjeux entourant cette pratique, mais également les rapports sociaux inégalitaires. De ce fait, il est possible d'articuler mes résultats aux études soulevant ces rapports à partir d'autres points d'entrée que celui de l'allaitement maternel.

8.2.1 Intégration des personnes migrantes

Par leur position particulière au sein des axes d'oppression sociale en tant que femmes migrantes, certaines mères se retrouvent émancipées d'une certaine pression sociale, culturelle et familiale du pays d'origine tandis que d'autres ressentent plutôt la pression de devoir faire comme « il faut ici » et, donc, perdent de l'agentivité par voie d'intégration sociale aux normes de la société d'accueil. Tout se passe comme si les mères immigrantes se voyaient tenues de choisir entre le respect des habitudes et valeurs culturelles de leur pays d'origine ou la conformité aux normes du pays d'accueil. Ces mères se trouvent souvent ainsi tiraillées face à la difficulté d'articuler des injonctions contradictoires. Ces constats s'intègrent à un large corpus de connaissances sur l'intégration des personnes immigrantes, montrant notamment que les connaissances ancrées dans des normes familiales ou culturelles sont susceptibles d'être reproduites ou transformées (Labelle, Field et Icart, 2007 ; Li, 2007 ; Saadaoui, 2015 ; Safi, 2006 ; Santelli, 2003). Plus particulièrement, la période périnatale se présente souvent comme un moment-charnière, « où les différences entre les pratiques et savoirs des professionnelles et des familles font l'objet de négociations » (Fortin et Le Gall, 2007 :17).

Mentionnons qu'il y a toutes sortes d'autres pratiques au regard desquelles les personnes migrantes sont jugées ou pensent être jugées soit par les membres de la société d'accueil, soit par les membres de leur communauté ethnique, entre autres en ce qui a trait à l'éducation des enfants par exemple. Comme l'ont montré Faustine Régner et Ana Masullo (2009), ces tensions s'observent aussi dans les pratiques alimentaires et les normes de corpulence. Dans leur étude, les autrices soutiennent que les pratiques de consommation et l'adoption ou non des recommandations en matière d'alimentation sont révélatrices des appartenances sociales, mais surtout de la tension entre les façons de faire acquises dans leur milieu d'origine et celles qui pourraient témoigner de leur intégration dans la société d'accueil.

Concernant l'idée selon laquelle l'expertise des professionnelles de la santé invaliderait les savoirs informels et de transmission familiale, les analyses que j'ai présentées apportent des nuances importantes. Dans les discours des professionnelles de l'allaitement approchées, la « tradition » et la « religion », telles que celles-ci se les imaginent, peuvent être instrumentalisées pour convaincre les femmes migrantes de se conformer aux normes de l'OMS en la matière. De

ce fait, on comprend que les normes sociales du Québec, qui ne semblent pas suffisamment favorables à l'allaitement de longue durée au regard des professionnelles, sont plutôt mises de côté pour valoriser la « culture d'allaitement » des pays d'origine.

Par ailleurs, les femmes migrantes ne sont pas dupes, car certaines rapportent que les « Québécoises n'allaitent pas » (notamment dans les espaces publics selon leurs observations). Elles se trouvent donc confrontées à trois normes différentes sur les pratiques d'allaitement : celles de leur pays d'origine, celles recommandées par les professionnelles de l'allaitement et celles qu'elles prétendent constater de la société d'accueil.

8.2.2 Inégalités sociales dans l'accès et la qualité des soins

Les barrières aux services de soutien en allaitement identifiées par certaines femmes migrantes (les finances, le transport, le manque de connaissances des services) sont évoquées dans d'autres études abordant les difficultés d'accès des nouvelles arrivantes (Bouabdillah et Tourigny, 2015; Hyman, 2001; Newbold et Willinsky, 2009; Deslandes, Rivard, Trudeau et Lemoyne, 2012). Parmi les cas de figure qui ne se sont pas présentés pendant mes recherches, mentionnons les difficultés de maîtrise de la langue du pays d'accueil et la méfiance envers le système de santé. Certaines études ont permis de mettre en lumière quelques spécificités quant aux écarts en santé des femmes, particulièrement en contexte post-migratoire (Hyman, 2001 et 2009 ; Spitzer, 2011 et 2012 ; Vissandjée et al. 2007; Vissandjée, Apale et Wieringa, 2009; Vissandjée et Lingam, 2012).

8.2.2.1 Différences de traitements et discriminations dans les soins et les conseils reçus

Au-delà des inégalités sociales dans l'accès et la qualité des soins, j'ai noté que les conseils offerts révélaient parfois des différences de traitement et de la discrimination. L'analyse du discours des professionnelles de l'allaitement fait émerger des pratiques de soins et des interventions différenciées selon la classe, la « race », l'ethnicité, l'âge et le statut migratoire. J'ai suggéré que les attentes d'allaitement envers les femmes ne sont pas les mêmes et ne prennent pas la même forme selon leur positionnalité au sein de ces différents rapports sociaux. J'ai souligné que les femmes africaines et musulmanes sont décrites comme « vraiment faciles » par les professionnelles, celles-ci s'attendant qu'elles allaitent, sans stress, sans grande difficulté, sans se

plaindre, et qu'en cas de besoin, elles suivent les conseils qu'on leur prodiguera — tous des aspects facilitant l'intervention. J'ai aussi noté par ailleurs que certaines professionnelles se montrent plus exigeantes avec les femmes de classes moyenne et supérieure, qui auraient « toutes les ressources pour réussir » l'allaitement.

Ces résultats font écho à une littérature abondante en sociologie de la santé, qui met en évidence les logiques et mécanismes d'omission volontaire, de dissimulation ou de rétention d'information, au fondement de l'échange d'information entre médecins et patientes (Carde, 2019 ; Fainzang, 2013 ; Hyman, 2009 ; Koboti et Lkhadir, 2017 ; Ouvrier, 2019 ; Sptizer, 2011). Comme l'explique Sylvie Fainzang, ces logiques s'inscrivent dans :

un mécanisme de reproduction sociale, en vertu de quoi les médecins, en voulant s'adapter à l'aptitude supposée des patients à recevoir l'information, ne la fournissent qu'à ceux qui en sont les dépositaires habituels dans la société. Les inégalités d'accès à l'information médicale ne résultent donc pas seulement d'une insuffisance au niveau des outils que la société donne à certains malades pour la comprendre, mais aussi d'une rétention, a priori, de l'information en direction des malades issus de ces milieux sociaux. (Fainzang, 2013 : 91)

Par exemple, les personnes de classes défavorisées sont perçues comme des « patients difficiles » par les médecins, ce qui les fait offrir moins d'information (Carde, 2019).

Par ailleurs, l'enjeu relatif à l'« abaissement » des exigences quand l'intervention s'adresse à certains publics défavorisés est un classique en sociologie de la santé. À titre d'exemple, Caroline Després (2017) évoque le cas de médecins qui évitent d'aborder avec leurs patients l'obésité, le tabagisme ou l'alcoolisme, par exemple, anticipant un refus d'observance ou craignant de stresser leurs patients. Au final, ces médecins abaissent indûment les normes de prise en charge des patients défavorisés par rapport aux patients privilégiées.

À ce propos, les sociologues de la santé se questionnent à savoir si cet abaissement des attentes, justifié par les professionnelles de la santé par leur prétendu réalisme, est préjudiciable sur les opportunités de changement au niveau des comportements à risque pour la santé. Pour reprendre les réflexions d'Estelle Carde (2019), on peut se demander où s'arrête le réalisme des médecins et où commencent les stéréotypes à l'égard des patientes. Cette interrogation sur la construction de catégories de patientes, l'adaptation des pratiques médicales et les enjeux de discrimination en santé qui en découlent font l'objet d'un large pan de la littérature. Ces enjeux ne se limitent pas aux patientes de classes défavorisées, mais aussi aux patientes immigrées et/ou

racisées (Balsa et McGuire, 2003 ; Borrell et al., 2006 ; Carde, 2006, 2007 et 2010 ; Easton Easton, Entwistle et Williams, 2013 ; Er-rafiy et Brauer, 2012 ; Harris et al, 2006 ; Kotobi, 2000 ; Sauvegrain, 2012 et 2013 ; Thomas, 2018). La ligne est donc mince, entre, ce que j'ai nommé la prétendue personnalisation des soins valorisée par les bonnes pratiques des intervenantes et l'adaptation fondée sur des stéréotypes (raciaux, classistes ou culturalistes) menant à des pratiques discriminatoires.).

8.2.3 Médicalisation du corps des femmes

Depuis les années 60, à la faveur de la médicalisation des naissances, plusieurs paramètres de l'allaitement sont contrôlés par le champ médical. Ceci fait émerger des enjeux organisationnels et des obstacles institutionnels au sein du milieu hospitalier – ne pas être logée dans la même pièce que ses enfants, devoir respecter des horaires fixes de visite, etc. Cela étant dit, dans la thèse, l'enjeu de la médicalisation de l'allaitement a été traité de manière périphérique.

En concordance avec la littérature abordant la médicalisation de l'alimentation du nourrisson, mes résultats indiquent que la prise de poids du bébé est une source de stress chez les nouvelles mères. En contexte d'allaitement exclusif, on s'attend à ce que la mère assume la responsabilité de la prise de poids de son enfant. Cette pression et la perspective de ne pas être capable d'allaiter les amènent à tenter différents moyens pour assurer la prise au sein et maximiser la production de lait (produits naturels galactogènes, dompéridone, stimulation intensive avec le tire-lait, frénotomie, etc.). Tous ces moyens soulèvent une contradiction entre les pratiques de soins et l'idée, qui relève en quelque sorte de la pensée magique, que toute femme qui persévère suffisamment est capable d'allaiter. Une contradiction qui renvoie à l'association courante entre l'allaitement maternel et la nature, par le truchement du corps des femmes, qui est « fait pour ça ». Cette contradiction souligne une lecture particulière du travail de gestion de la lactation. Dans son étude, Caroline Chautems (2018) explique que ce modèle (dans son cas proposé par les sages-femmes) propose une lecture à la fois naturaliste et productiviste de l'allaitement nécessitant la mobilisation d'outils et de techniques pour optimiser son déroulement.

Ce paradoxe s'explique aussi par le caractère faillible du corps des femmes. Une critique de cette représentation du corps des femmes allaitantes s'inscrit dans la critique féministe de

l'institution patriarcale, incarnée ici par la médecine (Ehrenreich et English, 1982). Cette dernière s'octroie le contrôle du corps des femmes à l'aide d'interventions technologiques et de la surveillance des corps, sur fond d'approches biomédicales. En ce sens, ce que l'on retrouve dans la médicalisation de l'allaitement et les discours biomédicaux et institutionnels met en cause le corps des femmes. Ceci se traduirait par un manque de confiance des femmes envers leur capacité à allaiter et agirait comme contrainte idéologique à l'allaitement maternel (Eden, 2012 ; Marshall, Godfrey et Renfrew, 2007).

Il y a donc une tension entre le discours des autorités de santé publique (discours laissant entendre que toutes les femmes peuvent allaiter) et les soins cliniques (surveillance intensive du poids, prescription de médicaments pour stimuler la production lactée, etc.). Cette tension continue entre la santé publique et les soins cliniques fait contraster leurs rôles respectifs. Le rôle de la santé publique est de formuler des recommandations qui amélioreront les résultats de santé au niveau de la population, tandis que le rôle des cliniciennes est de fournir des soins au niveau individuel, où on doit tenir compte de tous les facteurs et iniquités qui peuvent influencer sur les décisions et les comportements d'une personne. De ce fait, il peut y avoir un écart considérable entre les deux perspectives en fonction notamment des contraintes du milieu clinique et la prise en compte du contexte social dans lequel le comportement de santé s'exerce. La tension qui en découle affecte non seulement la promotion de l'allaitement maternel, mais également la prévention dans le domaine tabagique, de la consommation d'alcool, de l'obésité et de la toxicomanie, par exemple.

8.2.4 Division sexuelle du travail

L'allaitement est souvent perçu comme le choix économique. En articulant le rapport à l'argent et les enjeux de genre, j'ai montré l'importance pour certaines mères de faire des économies pour la famille. En cas d'échec de l'allaitement, la division sexuelle du travail fait en sorte que les femmes prennent davantage sur elles les sacrifices financiers à faire pour l'achat de PCN et de biberons. Ce constat rejoint les conclusions de plusieurs études qui montrent que les mères se privent de faire des dépenses pour elles-mêmes, plus que les pères, afin de combler les besoins de leurs enfants. La division sexuelle du travail teinte la façon dont l'argent est perçu et dépensé au sein des familles. Comme le rapportent diverses enquêtes (Burgoyne, 1995; Elizabeth,

2001; Nyman, 2003; Pahl, 1990 et 1995 ; Seery, 2019), les femmes voient généralement l'argent sous l'angle familial alors que les hommes le perçoivent d'abord sous l'angle personnel.

Par ailleurs, mes analyses suggèrent que le contexte de migration influence le vécu de l'allaitement. En me penchant sur l'implication des pères, j'ai recueilli des discours rapportant un engagement et une implication particulièrement saillants chez les pères au sein des familles immigrantes. Les mères concernées remarquent que, depuis la naissance de l'enfant, la répartition des tâches domestiques et liées aux soins de l'enfant est plus égalitaire qu'avant. Elles interprètent cette implication accrue en termes d'effet de la migration sur l'accessibilité d'un réseau de soutien. L'absence des femmes de leur famille et de leur entourage serait, selon elles, comblée par l'engagement du père dans des tâches traditionnellement réservées aux femmes. Au-delà de l'impact positif sur le vécu de l'allaitement des femmes interrogées, ce constat fait écho à d'autres études qui abordent la reconfiguration familiale en contexte postmigratoire (Battaglini, Gravel, Poulin, Fournier et Brodeur, 2002; Gervais et de Montigny, 2008). Selon Sylvie Fortin et Josiane Le Gall (2012), la transformation des rôles de genre engendrée par la migration se produit en raison notamment de l'éloignement du réseau familial et de la plus grande disponibilité des hommes (réseau social restreint, absence de travail, peu d'argent pour des loisirs, etc.). Ce résultat concorde aussi, en partie, avec ceux de Christine Gervais et Francine de Montigny (2010) lorsqu'elles affirment, dans une étude menée auprès de pères maghrébins immigrés au Québec, que ceux-ci s'attribuent un rôle important dans le soutien, tant moral que physique, à l'allaitement. Cette étude rapporte un « appui inconditionnel à l'allaitement [qui] prend son origine dans les croyances religieuses et culturelles des pères maghrébins, qui valorisent et encouragent l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans » (2010 : 143). Les résultats suggèrent que le contexte de migration joue un rôle particulier dans l'implication des pères : « En l'absence des femmes de leur famille élargie, ils sont le principal soutien de leur conjointe et l'encouragent à persévérer dans l'allaitement malgré les difficultés » (Gervais et de Montigny, 2010 : 143). Ces résultats rejoignent ceux du rapport de Francine Montigny et al. (2007), selon lesquels les pères d'origine québécoise reconnaissent aussi leur importance en tant que source de soutien matériel et émotif pour leur conjointe lors des moments difficiles de l'allaitement. Toutefois, si l'on compare les deux études, les pères d'origine québécoise auraient davantage tendance à recourir à de l'aide externe formelle et informelle que les pères immigrants.

Mes résultats rendent compte du fait que ce soutien à l'allaitement chez les personnes migrantes peut aussi se manifester par une plus grande implication dans les tâches domestiques ou dans les autres soins de l'enfant. Dans mon cas, ce résultat est à l'opposé du vécu des femmes non-migrantes, qui ont plutôt tendance à suggérer que l'allaitement entraîne l'amplification des inégalités dans les tâches domestiques et les responsabilités parentales – à leur désavantage. Ce constat fait écho plus largement aux connaissances sur la division sexuelle du travail domestique et parental. S'occuper des enfants reste la prérogative des femmes, allaitement ou non.

8.3 Limites et forces de la recherche

Compte tenu de la place qu'a pris l'action de catégoriser les femmes au sein de ma recherche, je tiens à souligner l'importance méthodologique de la déconstruction des catégories menée dans le chapitre théorique. Déconstruction touchant des représentations ethniques, raciales, de genre et de classe, qu'il fallait impérativement mener avant d'assigner ces catégories aux femmes rencontrées. En effet et pour reprendre les mots d'Estelle Carde (2008 : 8), « [l']usage des catégories ethniques et raciales m'est apparu crucial [...], pour autant qu'il respecte le principe suivant : les catégories pertinentes pour l'analyse ne sont pas les catégories qu'élabore l[a] chercheu[se], ce sont celles qui s'imposent à [elle], par leur prégnance dans les représentations et les pratiques ».

Dans la thèse, l'usage d'étiquettes ethniques et raciales (sur lesquelles se basent les trois figures présentées au chapitre 7, soit « l'Africaine », « la femme musulmane/arabe » et « la Québécoise de souche ») par les professionnelles de l'allaitement témoigne de la prégnance de ce type de catégorisation dans les interactions quotidiennes et dans les rapports sociaux. Ce processus servant à se distancier de l'« Autre » est bien documenté dans d'autres recherches (Audy, 2017 ; Carde, 2019 ; Popay et al., 2003; Shildrick et MacDonald, 2013; Brenton, 2019). Cela étant dit, l'une des limites de la thèse est le fait que n'ont été étudiés que les discours et les pratiques rapportées. De ce fait, on perd une partie de la dynamique de construction des catégories à l'œuvre entre les mères et les professionnelles. Mener une ethnographie sur les lieux d'exercice des professionnelles, par exemple, aurait été une façon de pallier. En ce sens, l'observation de l'espace clinique en tant qu'espace de négociation mérite d'être explorée lors de futures recherches.

Une autre limite à souligner réside dans les résultats associés aux pères. Rappelons que je n'ai recueilli que la perception des femmes de l'opinion de leur conjoint ou mari. Il aurait donc été intéressant d'interroger directement le mari ; d'autant plus qu'une étude a montré que, de manière générale, les femmes ont tendance à percevoir leur conjoint ou mari comme moins favorable à l'allaitement maternel qu'il ne l'est en réalité (Bar-Yam et Darby, 1997).

La méthode d'échantillonnage présente à son tour deux principaux défauts: l'exclusion de certaines femmes et la non-représentativité de l'échantillon. Tout d'abord, la logique d'échantillonnage adoptée invisibilise certaines mères. Malgré la diversité des participantes rencontrées notamment au niveau de la « race » ou de l'ethnicité, du revenu familial, du statut de migration et du type de suivi de grossesse, certaines caractéristiques initialement recherchées ne sont pas présentes chez les femmes de mon échantillon. Prenons l'exemple du niveau de scolarité. Comme il a été mentionné au chapitre 4, le niveau de scolarité des participantes est élevé. Il s'agit d'un biais que l'on retrouve souvent dans les recherches (Henrich, Heine et Norenzayan, 2010). Malheureusement et contrairement à mon intention, aucune femme non-diplômée ou ayant arrêté les études tout de suite après l'obtention d'un diplôme d'études secondaires n'a été rencontrée. Ce biais peut expliquer la part importante que prend dans mon étude la « scientisation » de l'allaitement. J'ai montré que la « scientisation » de l'allaitement ne se limitait pas aux recommandations de santé publique ou à la littérature scientifique, mais qu'elle était aussi interprétée, internalisée et mobilisée par plusieurs mères. Ce constat résulte potentiellement de la composition de l'échantillon.

Dans la même veine, mentionnons qu'à la suite de la première annonce de recrutement, 20 femmes m'ont contactée en moins de 24 heures pour participer à l'étude. Au fil des questions préalables, j'ai constaté qu'elles étaient toutes blanches, non-migrantes et de classe moyenne ou supérieure. De ce fait, j'ai refusé la participation de plusieurs femmes, considérant que ce « profil » était déjà bien présent dans l'échantillon. À la lumière de mes perspectives épistémologiques et de la théorie féministe du positionnement décrites au chapitre 4, il est attendu que des femmes partageant des positions sociales similaires tendent à proposer des représentations, préconceptions, aspirations et réalités d'allaitement semblables. Le risque était donc réel que l'échantillon se limite à un groupe de femmes privilégiées. Ainsi, si des critères de diversification n'avaient pas été établis

(pour inclure le statut de migration, le niveau de revenus et l'appartenance à une minorité racisée ou ethniciée), l'échantillon aurait probablement été homogène. Soulignons que le grand intérêt manifesté dans les 24 premières heures peut s'expliquer par le fait que ce « profil » de mère tend à anticiper l'expérience de l'allaitement, accordant une grande importance à sa réussite. De plus, le fait d'afficher le désir d'allaiter, avec force esprit de dévouement, fait l'objet d'une valorisation sociale considérable, ce qui peut aussi servir de source de motivation. Par ailleurs, ce dernier point susceptible d'expliquer pourquoi, durant le recrutement, je n'ai été contactée que par une seule femme ne souhaitant pas allaiter.

Ensuite, bien que les mères monoparentales n'aient pas été d'emblée exclues de la sélection, aucune n'a pris contact avec moi pour la recherche. Il en va de même pour les mères vivant avec un handicap, vivant en couple lesbien, ne parlant pas français ou étant âgées de 20 ans et moins⁸⁶ ; des situations qui ont toutes le potentiel d'induire des différences significatives dans les résultats. Cela étant dit, la diversification (selon l'ethnicité, la « race », le niveau de revenu, le statut de migration, l'âge, le type de suivi de grossesse, l'aide à la procréation) a permis de présenter des profils assez variés.

Dans un même ordre d'idées, malgré l'intérêt de rencontrer des femmes ayant décidé de ne pas allaiter, l'appel à participation n'a reçu qu'une réponse positive. Il faut préciser que l'appel mentionnait « Vous pensez allaiter ? Vous ne pensez pas allaiter ? », justement dans l'espoir de réduire ce biais d'échantillonnage. Il est vraisemblable qu'une recherche sur le vécu de l'alimentation du nourrisson attire davantage de femmes souhaitant allaiter. Ce risque de biais est sans doute accentué du fait qu'une des voies de recrutement passait par des organismes faisant la promotion de l'allaitement. Il aurait été particulièrement intéressant de creuser davantage les déterminants du choix de ne pas allaiter, notamment quand la décision survient en période prénatale. Cependant, en tenant compte du fait que 89 % des mères du Québec choisissent initialement d'allaiter, cette difficulté était prévisible, même si une autre approche avait été adoptée.

⁸⁶ L'intérêt supplémentaire de cette classe d'âge est que les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) leur sont destinés. Notons que des infirmières travaillant au programme SIPPE ont été rencontrées.

Pour ce qui est du risque de non-représentativité, la technique d'échantillonnage par choix raisonné, utile pour recruter des participantes ayant des caractéristiques précises, implique de renoncer à un échantillon statistiquement représentatif de la population totale des femmes enceintes au Québec. La non-représentativité tient aussi à la taille restreinte de l'échantillon, qui limite d'emblée la généralisation des résultats et l'applicabilité des recommandations. Pour assurer la transférabilité des résultats (comprise comme la capacité d'appliquer les résultats à d'autres contextes), la puissance statistique attendue d'un échantillon représentatif peut être la clé d'une méthodologie quantitative.

Cela étant dit, une étude qualitative comme la mienne ne cherche pas cette représentativité statistique, mais une représentativité sociologique⁸⁷. En échange de la capacité de généralisation, j'ai plutôt misé sur la richesse des descriptions. Je peux creuser plus en profondeur chaque cas approché. Ainsi, par un nombre plus restreint de participantes, j'ai pu creuser en profondeur chaque cas rapporté via des portraits individuels. Ce choix allait de soi considérant que le point focal de la recherche portait sur l'expérience.

Malgré les critiques formulées, pour asseoir sa validité, mon étude s'inscrit dans la tradition scientifique de rigueur méthodologique, tout en menant une réflexion sur l'« objectivité » et la neutralité en recherche (voir 4.5). En ce sens, mon étude s'appuie sur une méthode qualitative de validation qui fait référence à la capacité de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié » (Mucchielli, 1996 : 265). La validité interprétative implique de vérifier si les résultats et les interprétations données sont effectivement conformes à la réalité ou crédibles. Pour être plus précise, par l'analyse des représentations, il ne s'agit pas d'accéder à la réalité, mais plutôt à une « construction du réel » (Herzlich, 1972), un « reflet du réel » (Moliner, 1996), c'est-à-dire une réalité pour les individus et les groupes qui les produisent et les véhiculent.

De plus, pour maximiser les chances d'obtenir des résultats dits « valides » (Drapeau, 2004), j'ai eu recours à la technique de triangulation des données. Lors de l'interprétation, je suis restée vigilante quant à la cohérence interne de mes déductions, confrontant mes interprétations à

⁸⁷ Une certaine équivalence des méthodes quantitatives et qualitatives a été proposée, notamment via un parallèle entre la validité interne et la crédibilité, la validité externe et la transférabilité, la fidélité et la constance, et entre l'objectivité et la fiabilité (voir notamment Mucchielli, 1996 ; Drapeau, 2004).

ce que Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet (2007 : 52) nomment le « matériel référentiel de base ». Dans mon cas, ce matériel renvoie aux études et recherches se rapprochant de mon objet, qui ont permis l'élaboration des premières hypothèses, ainsi qu'à des théories reconnues et bien définies.

Finalement, la collecte longitudinale des données et l'utilisation de plusieurs sources de données sont des points forts de la recherche qui méritent d'être soulignés. Je tiens donc à conclure cette section par une brève remarque à propos des journaux de bord. En tant que chercheuse, lors des entretiens, on apporte des moments de réflexivité aux participantes en leur permettant de verbaliser leur vécu. Dans cette optique, l'activité du journal de bord a eu un effet presque thérapeutique pour celles qui s'y sont investies. Plusieurs rapportent avoir déversé leurs émotions, parlant de moments révélateurs, voire libérateurs pour elles⁸⁸. De plus, le journal de bord constitue un artéfact du parcours d'allaitement. Cette qualité d'artéfact m'est apparue pour la première fois quand une participante m'a demandé s'il était possible que je lui redonne son journal après la retranscription, tenant à le conserver comme souvenir. Pour ces raisons et quelques autres, cet outil mérite d'être repris lors de futures recherches.

8.4 Conclusion de chapitre

Ce chapitre a permis de discuter de façon plus approfondie certains résultats. En comparant ces résultats à la littérature, j'ai pu souligner les contrastes et similitudes de manière à replacer ma contribution dans son contexte, me donnant l'occasion de la valoriser. C'est bien là le sens de cette thèse, que de contribuer à combler les angles morts de la littérature sur les mécanismes de construction du vécu de l'allaitement maternel.

En discutant les limites et les forces de ma recherche, j'ai offert des pistes pour approfondir certains de ses aspects tout en accentuant ses points forts. Le respect des critères de scientificité en

⁸⁸ Quelques exemples : « J'ai aimé écrire le journal, parce que dans les moments de merde où j'avais des phases comme que je voulais péter une coche... (rires) Moi j'étais déjà en train d'écrire, là, parce que je suis écœurée pis il faut que je le dise à quelqu'un ! » (Lyson) ; « C'était plus descriptif. C'est aussi un mécanisme que moi j'ai dans la vie. Pour appréhender quelque chose qui me touche, je fais comme une espèce de mise en récit. Je pense qu'on le voit un peu dans le journal. Au début, je suis plus académique et, à la fin, je suis : Ah... *fuck you* ! Ça me permet de me distancier un peu, de prendre du recul » (Laurence) ; « C'est en écrivant dedans le journal, je pense, que je me suis rendu compte que je me sentais soulagée. Que c'était comme sa faute parce qu'il aimait pas que ça coule pas vite et non de la mienne. Je pense que c'est en le mettant dedans que j'ai fait...Ça m'a frappée. » (Joanie)

recherche qualitative (transférabilité, validité interprétative, cohérence interne, etc.) et les moyens de les mettre en œuvre (saturation théorique, triangulation des données, transparence, comparaison au matériel référentiel de base, etc.) permettent de montrer la capacité de mes résultats et de mes analyses à contribuer significativement au développement des connaissances.

CHAPITRE 9 : Conclusion générale

Si l'allaitement est bel et bien promu au Québec, il est soumis à des exigences qui définissent comment il doit se dérouler. Ces exigences peuvent être différentes des recommandations de la santé publique en la matière. Abordant le choix de la méthode d'alimentation du nourrisson à partir d'une perspective féministe critique, selon laquelle les mères subissent des pressions multiples de leur entourage, mais également de la part des professionnelles de la santé, j'ai exploré la construction sociale de cet événement et les manières de le vivre chez les primipares.

Deux objectifs principaux ont animé la thèse. Tout d'abord, j'ai cherché à mieux saisir le vécu subjectif des femmes face aux écarts possibles entre leurs aspirations initiales (la décision d'allaiter ou non, les modalités de l'allaitement, les préconceptions et motivations) et leurs réalités d'allaitement. Ensuite, je me suis intéressée aux inégalités sociales dans le vécu des normes d'allaitement, dans le but de dégager le système de normes et les rapports sociaux contraignants qui conditionnent le sentiment de « réussite » ou d'« échec » que peuvent ressentir les femmes. Ce faisant, j'ai accordé une attention particulière à la reconfiguration des décalages entre les aspirations et les réalités postnatales suivant la positionnalité des femmes. J'aborderai les apports et les implications de ma recherche ainsi que des pistes de réflexion pour de futures études. En conclusion, je discuterai mon changement de positionnalité.

9.1 Apports et implications

Dans cette thèse, j'ai pensé la construction sociale de la réalité de l'allaitement en termes de *co-construction* des rapports sociaux. Pour ce faire, l'intersectionnalité a été l'angle d'analyse privilégié. Cette affiliation théorique a permis de mettre en lumière des angles d'approche différents et complémentaires dans un champ d'étude qui tend à comparer les groupes sociaux sur un seul axe de différenciation (le statut socioéconomique ou l'ethnicité, par exemple), « toutes choses étant égales par ailleurs ».

Mes résultats ont montré, notamment, l'intériorisation des discours de la promotion de l'allaitement, des décalages importants entre aspirations et réalités ainsi que la transformation des discours des mères une fois qu'elles sont confrontées à la réalité. La thèse souligne également

l'influence consciente ou inconsciente du partenaire, de la famille et des amis sur les décisions et les expériences de l'allaitement maternel, car les mères prennent rarement des décisions d'alimentation du nourrisson de manière isolée. De ce fait, les analyses proposées complètent des connaissances déjà bien établies.

Par ailleurs, l'analyse intersectionnelle permet d'aller plus loin. Au sein des pratiques de maternage, l'allaitement est présenté dans les discours, aujourd'hui et au Québec, comme le choix évident des mères des classes privilégiées. En s'attardant à l'articulation des inégalités sociales, les privilèges, désavantages et oppressions relatives à l'association de l'allaitement et de la bonne mère sont mis en relief.

La portée de cette recherche est à la fois théorique, sociale et pratique. Il s'agit de contribuer à la sociologie des inégalités sociales affectant la maternité tout en soulevant un enjeu de justice sociale. En effet, l'identification des processus qui peuvent nuire à la réalisation des aspirations des mères ou à un vécu agréable constitue une première étape en vue de la réduction des inégalités en matière d'alimentation du nourrisson. Sur cette voie, j'ai souligné diverses contraintes telles que l'intériorisation du rôle de la bonne mère allaitante, l'accès inégal aux ressources, un réseau social restreint ou éloigné, des discours stéréotypés, etc. Les résultats de cette recherche permettront, je l'espère, d'informer et de conseiller les autorités de santé publique pour mieux répondre à la diversité des besoins et des réalités des femmes en matière d'alimentation du nourrisson.

La sociologie a rarement pour rôle de proposer des recommandations formelles. En revanche, il est nécessaire de réfléchir à la pertinence du travail sociologique et à sa portée pour les personnes dont il parle, dans mon cas les mères et les professionnelles de l'allaitement. Je me permets donc quelques réflexions sur l'implication des résultats pour la pratique. Tout d'abord, la présente étude offre une problématisation de l'universalité des messages de promotion de la santé.

Ensuite, les résultats mettent en évidence l'importance d'éviter les stéréotypes chez les professionnelles quant à l'intention d'allaiter des femmes et quant à leur capacité d'atteindre leurs objectifs en la matière, car ils favorisent certaines pratiques discriminatoires, notamment sur le plan des conseils offerts. La fine frontière entre sensibilité culturelle et personnalisation des soins,

qui sont toutes deux considérées comme essentielles à une bonne pratique professionnelle, fait qu'il est souvent difficile de distinguer catégorisations et stéréotypes, difficile de reconnaître l'agentivité des femmes et les impacts de l'acculturation sur celles-ci. Il faut ainsi s'assurer d'enseigner aux professionnelles de la santé lors de leurs formations les compétences « culturelles » sans essentialiser l'« Autre ».

De plus, mes conclusions soutiennent l'importance de définir, lors des cours prénataux, des attentes réalistes concernant les défis potentiels de l'allaitement maternel afin que les femmes prennent une décision plus éclairée en la matière. Cela, dans le cadre d'une approche visant à informer plutôt qu'à convaincre. En ce sens, il serait souhaitable de considérer « le taux de satisfaction retirée du fait d'allaiter son enfant [comme] l'unité de mesure à privilégier et non [uniquement] les taux d'allaitement » (Niquette, 2014 : 95). En ce sens, je me range donc derrière les propositions de Manon Méthot (2016), qui prône une promotion de l'allaitement centrée sur les femmes. Cette approche se distingue du mode actuel de promotion de l'allaitement, centré sur l'enfant, sur plusieurs plans. Dans cet ordre d'idées, la promotion de l'allaitement pourrait insister sur la notion d'expérience positive ou sur les avantages pratiques plutôt que sur les bienfaits nutritionnels de l'allaitement.

Cette approche se concentrerait sur l'expérience de l'allaitement, et non sur sa pratique. Il ne faut pas confondre la proposition suivant laquelle il y a des efforts à faire avec le désir d'accroître les taux et la durée d'allaitement. Cette approche viserait donc l'augmentation des taux de satisfaction des mères, et ce, peu importe les modalités, plutôt que de viser l'augmentation des taux d'allaitement. Cela implique de fait de renoncer au cloisonnement binaire de l'information sur l'allaitement maternel et sur les PCN.

Par-delà la question de l'information, se fait sentir un besoin de comprendre tout le poids du contexte de vie dans la prise de décision et dans la poursuite du mode d'alimentation du nourrisson choisi. La nouvelle approche de promotion de l'allaitement aurait donc comme devoir de parfaire l'écoute des besoins et des aspirations des femmes. À mon avis, ce changement focal impliquerait de permettre aux futures mères d'exprimer leurs appréhensions et leurs ambivalences lors des cours prénataux, plutôt que d'y recevoir des informations strictement pratiques (qu'elles risquent d'oublier rapidement, n'étant pas encore dans le vif du postpartum).

De plus, les résultats permettent de mieux comprendre les rapports complexes qu'entretiennent les mères avec les recommandations de la santé publique et la promotion de l'allaitement.

En définitive, peu importe la méthode d'alimentation du nourrisson privilégiée, écouter les mères exprimer leurs appréhensions et incertitudes face à l'allaitement plutôt que de chercher à les convaincre d'allaiter par le biais d'un discours idéalisé semble être une avenue susceptible de mieux répondre à leurs besoins réels. C'est aussi ce que concluent Marie Dietrich Leurier et Eunice Misskey (2015) : les informations prénatales en matière d'allaitement devraient non seulement promouvoir les avantages et les joies d'allaiter, mais aussi reconnaître les réalités et les défis auxquels une nouvelle mère peut s'attendre. L'objectif de la santé publique en matière de promotion d'allaitement devrait donc être de bien préparer les femmes aux difficultés possibles de l'allaitement et de les informer sur les solutions existantes. De cette manière, les femmes qui vivent des difficultés seraient moins susceptibles d'interpréter ces difficultés en termes de lacune personnelle (« défectueuse ») ou d'incompétence maternelle (« mauvaise mère »); et plus susceptibles de vivre une expérience d'allaitement satisfaisante, par-delà les critères de réussite de l'allaitement formulés par les autorités de santé publique. Finalement, soutenir les mères dans ce qu'elles considèrent être la meilleure option pour elles et leur bébé, tout en continuant de les soutenir si leur décision se modifie en cours de route, permettra de développer leur sentiment d'agentivité.

9.2 Directions futures

Je propose deux orientations pouvant être approfondies lors de recherches ultérieures. Premièrement, l'allaitement prolongé (non-écourté) pourrait être exploré suivant le même angle de recherche. Comme nous l'avons vu, les discours des mères se transforment une fois confrontés à la réalité de l'allaitement. En raison des limites temporelles qu'implique le doctorat, je n'ai pas suivi les participantes au-delà de six mois postpartum, bien que plusieurs aient poursuivi leur allaitement. Il m'est donc impossible de connaître leur vécu au-delà de six mois d'allaitement. Dans les entretiens postnataux, une pression sociale pour sevrer l'enfant semble déjà apparaître pour certaines durant la même période. La décision des mères concernant la durée de leur allaitement serait donc « sous surveillance », comme le souligne Cindy Stearns (2011). Toujours

sous forme de suivi longitudinal, une future recherche pourrait s'intéresser aux éventuels nouveaux écarts émergeant dans les représentations sociales des mères quant à l'allaitement. Elle pourrait tenter de découvrir si les discours continuent de se transformer par exemple lorsque l'allaitement se prolonge au-delà d'un an, quand la mère retourne au travail, à l'entrée de l'enfant à la garderie, au moment du sevrage, etc. En fonction des normes imposées par leur réseau social et, d'un point de vue général, par la société, des études laissent entendre que les mères seraient souvent contraintes, soit d'arrêter l'allaitement plus tôt qu'elles ne le désirent, soit de se justifier face aux critiques si elles continuent d'allaiter (Faircloth, 2010a ; Stearns, 2011). Ce suivi permettrait donc d'approfondir comment les inégalités sociales et les contraintes à l'allaitement prolongé se manifestent selon la positionnalité des femmes.

Deuxièmement, il semble nécessaire de porter une plus grande attention à la diversité des professionnelles de l'allaitement. Il revient régulièrement aux infirmières de renseigner les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel. Lors des cours prénataux, ce sont elles qui prodiguent le plus souvent des conseils aux nouvelles mères durant la période postpartum immédiate. Or, les entretiens ont permis de montrer que d'autres professionnelles sont aussi impliquées, à différents moments et à différents degrés, dans la promotion de l'allaitement chez les mères –les monitrices et les marraines d'allaitement des organismes communautaires, les sages-femmes et les aides-natales des maisons de naissance, les consultantes en lactation, etc. En effet, les entretiens semi-dirigés avec les professionnelles de l'allaitement se sont avérés être un matériel empirique remarquablement riche dont le potentiel n'a pu être exploité pleinement en raison de la question de recherche, strictement axée sur les mères.

Dans une future recherche, il faudrait réfléchir aux manières dont les professionnelles portent les discours de promotion de l'allaitement. Des études ont décelé un malaise chez certaines professionnelles lorsqu'elles font la promotion de l'allaitement, entre autres parce qu'elles craignaient de susciter la culpabilité chez les mères (Alianmoghaddam, Phibbs et Benn, 2017 ; Brodribb et al., 2009; Doucet, 2011). Cela dit, peu se sont penchées sur les expériences et les vécus des différentes professionnelles impliquées dans la promotion de l'allaitement, en tant qu'agentes effectives ou en puissance de cette pression à l'allaitement que peuvent ressentir les mères. Ces aspects n'ayant pas fait l'objet d'analyses dans la présente thèse, les infirmières ont parfois pu

paraître « démagogiques » et « dogmatiques ». Ces apparences méritent d'être approfondies, car les professionnelles sont aussi soumises aux exigences de leur profession et de la santé publique.

Une pré-analyse des entretiens réalisés avec les professionnelles dans le cadre de cette thèse permet de dégager les stratégies mises en place par ces professionnelles pour se conformer aux exigences de santé publique – par exemple en essayant de convaincre les femmes de persister malgré des difficultés d'allaitement, au moyen de discours généralisants sur la « nature des femmes ». La pré-analyse permet aussi de mettre de l'avant les stratégies qu'elles utilisent pour résister à ces exigences et pour critiquer la pression exercée sur les femmes et sur les mères. Parmi les stratégies de résistances remarquées, notons l'investissement de la flexibilité offerte par la pratique sur le terrain par rapport aux recommandations officielles – permettant entre autres d'accorder une place à l'écoute des besoins des femmes relativement à leurs appartenances de classe, de sexe/genre, de « race », ainsi que culturelles et ethniques, etc.

Il serait utile de procéder à la comparaison entre les discours des professionnelles du milieu de la santé et celles d'autres milieux (les marraines d'allaitement et les accompagnantes à la naissance, par exemple). Dans un cas comme dans l'autre, des entretiens supplémentaires permettraient d'analyser comment les professionnelles de l'allaitement perçoivent et vivent leur travail. Me demandant comment les discours de promotion de l'allaitement en sont venus à faire sens pour elles, j'é mets l'hypothèse des raisons intimes dépassant la simple éthique de travail.

Finalement, je tiens à terminer cette thèse en revenant sur ma positionnalité. Comme je l'ai défendu, ma posture épistémologique s'inscrit dans la lignée du *feminist standpoint theory*. Dès lors, à titre de chercheuse, je suis convaincue que ma position sociale et mon parcours de vie influencent les connaissances produites dans cette recherche. De ce fait, mon changement de positionnalité à la fin de ce parcours doctoral ne peut être ignoré. À l'image de mes participantes, j'ai débuté ce projet de recherche nullipare et je le termine primipare. La conclusion de cette thèse s'écrit cinq mois après la naissance de mon fils. Pour reprendre mes propres résultats, je fais partie des « chanceuses » et j'ai moi aussi usé à plusieurs occasions de « l'allaitement magique » qui peut parfois désamorcer aisément une crise. Le vécu de mon allaitement n'est d'ailleurs pas étranger à cette thèse. En effet, le travail intellectuel effectué ici a certainement influencé ma manière de vivre cet allaitement. Cela étant dit, mon expérience reste bien loin du « glamour » de l'allaitement

de Mahée Paiement, dont j'ai discuté en introduction. Bien que cette expérience ne nuance en rien ma vision critique de la promotion de l'allaitement, ce passage d'*outsider* à *insider* aura certainement une influence sur mes futures analyses de cet enjeu. Soulignons que ce statut d'*insider* se joue à deux niveaux, en tant que mère et « professionnelle de l'allaitement ». Les trois dernières années de vie professionnelle ont été, à bien des égards, un terrain d'observation officieux. J'ai accompagné plus d'une trentaine de familles en tant qu'accompagnante à la naissance, faisant de moi la témoin de moments de douleur, de frustration, de déception, mais aussi d'émerveillement, d'intimité et de douceur. Ces accompagnements s'inscriront également, d'une manière ou d'une autre, dans ma production de connaissances futures.

Bibliographie

- ABRIC, Jean-Claude. *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset, Delval, 1987.
- AFFLERBACK, Sara, Shannon K. CARTER, Amanda K. ANTHONY, et al. « Infant-Feeding Consumerism in the Age of Intensive Mothering and Risk Society », *Journal of Consumer Culture*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 387-405.
- AFOAKWAH, Georgina, Rebecca SMYTH, et Dame Tina LAVENDER. « Women's Experiences of Breastfeeding: A Narrative Review of Qualitative Studies », *African Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 7, n° 2, 2013, p. 71-77.
- AGNEW, Theresa. Joanne GILMORE et Pattie SULLIVAN. *Perspectives multiculturelles de l'allaitement maternel au Canada*. Santé Canada, Ottawa, Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
- AHLUWALIA, Indu B., Brian MORROW, Denise D'ANGELO, et al. « Maternity Care Practices and Breastfeeding Experiences of Women in Different Racial and Ethnic Groups: Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System (PRAMS) », *Maternal Child Health Journal*, vol. 16, n° 8, 2012, p. 1672-1678.
- AÏACH, Pierre et Didier FASSIN. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La revue du praticien*, vol. 54, n° 20, 2004, p. 2221-2227.
- AL NAMIR, Hibah Maki A., Anne-Marie BRADY et Louise GALLAGHER. « Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support », *British Journal of Midwifery*, vol. 25, n° 7, 2017, p. 426-440.
- ALIANMOGHADDAM, Narges, Suzanne PHIBBS et Cheryl BENN. « Resistance to Breastfeeding: A Foucauldian Analysis of Breastfeeding Support from Health Professionals », *Women and Birth*, vol. 30, n° 6, 2017, p. 281-291.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the Use of Human Milk », *Pediatrics*, vol. 129, n° 3, 2012, p. e827-e841.
- ANDREWS, Therese et Stephanie KNAAK. « Medicalized Mothering: Experiences with Breastfeeding in Canada and Norway ». *The Sociological Review*, 2013, vol. 61, n° 1, 2013, p. 88-110.
- ANTHIAS, Floya et Nira YUVAL-DAVIS. *Racialized Boundaries: Race, Nation, Gender, Color and Class and the Anti-Racist Struggle*, London, Routledge, 2005.
- ANTHIAS, Floya. « Intersectional What? Social Divisions, Intersectionality and Levels of Analysis ». *Ethnicities*, vol. 13, n° 1, 2013, p. 3-19.

ANTHIAS, Floya. « Intersections and Translocations: New Paradigms for Thinking About Cultural Diversity and Social Identities », *European Educational Research Journal*, vol. 10, n° 2, 2011, p. 204-217.

ANTHIAS, Floya. « Thinking Through the Lens of Translocational Positionality: An Intersectionality Frame for Understanding Identity and Belonging », *Translocations : Migration and social change*, vol. 4, n° 1, 2008, p. 5-20.

APPLE, Rima D. *Mothers and medicine: A social history of infant feeding, 1890-1950*, Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1987.

ARTIS, Julie E. « Breastfeeding at Your Own Risk », *Contexts*, vol. 8, n° 4, 2009, p. 28–34.

ATCHAN, Marjorie, Maralyn FOUREUR et Deborah Lee DAVIS. « The decision not to initiate breastfeeding –women’s reasons, attitudes and influencing factors- a review of the literature », *Breastfeeding Review*, vol. 19, n° 2, 2011, p. 9-17.

AUBIN, Émilie. « L’histoire de l’accouchement : Entre sécurité et dépossession féminine ». Mémoire de maîtrise, HEC Montréal, 2018.

AVISHAI, Orit. « Managing the lactating Body: The Breast-Feeding Project and Privileged Motherhood », *Qualitative Sociology*, vol. 20, n° 2, 2007, p. 135-152.

AVISHAI, Orit. « Managing the Lactating Body: The Breastfeeding Project in the Age of Anxiety », dans LIAMPUTTONG, Pranee (dir.), *Infant Feeding Practices*, New York, Springer, 2011, p. 23-38.

BADINTER, Élisabeth. *L’Amour en plus. Histoire de l’amour maternel du XVII^e au XX^e siècle*, Paris, Flammarion, 1980.

BADINTER, Élisabeth. *Le conflit, la mère et la femme*, Paris, Flammarion, 2010.

BAI, Dorothy Li, Daniel Yee Tak FONG, Kris Yuet Wan LOK, et al. « Practices, Predictors and Consequences of Expressed Breast-milk Feeding in Healthy Full-term Infants », *Public health nutrition*, vol. 20, n° 3, 2017, p. 492-503.

BAILLARGEON, Denyse. « Les médecins québécois francophones et l’allaitement, 1900-1970 : un discours à la fois autoritaire et ambigu », dans BAYARD, Chantal et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l’allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 23-43.

BAILLARGEON, Denyse. *Un Québec en mal d’enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004.

BAKER, Michael et Kevin S. MILLIGAN. « Maternal Employment, Breastfeeding, and Health: Evidence From Maternity Leave Mandates », *Journal of Health Economics*, vol. 27, n° 4, 2007, p. 871-887.

- BALSA, Ana I. et Thomas MCGUIRE. « Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities », *Journal of health economics*, vol. 22, n° 1, 2003, p. 89-116.
- BAMBARA, Toni Cade. *The Black Woman: An Anthology*, New York, New American Library, Simon and Schuster, 2010 [1970].
- BANDURA, Albert. *Self-efficacy : The exercise of control*, New York, Freeman, 1997.
- BARIBEAU, Colette et Chantal ROYER. « L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation* », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 38, n° 1, 2012, p. 23-45.
- BARIL, Gérald et Marie-Claude PAQUETTE. *Les normes sociales et l'alimentation : analyse des écrits scientifiques*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2012.
- BARRON, Sharron et al. « Factors Influencing Duration of Breast Feeding Among Low Income Women », *Journal of American Dietetic Association*, vol. 88, n° 12, 1988, p. 1557-1561.
- BARTLETT, Alison. « Black Breasts, White Milk? Ways of Constructing Breastfeeding and Race in Australia », *Australian Feminist Studies*, vol. 19, n° 45, 2004, p. 341 -355.
- BARTLETT, Alison. « Breastfeeding as Headwork: Corporeal Feminism and Meanings for Breastfeeding », *Women's Studies International Forum*, vol. 25, n° 3, 2002, p. 373-382.
- BARTICK, Melissa. « Breastfeeding and the U.S. economy », *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, vol. 6, 2011, p. 313-318.
- BARTICK, Melissa et Arnold Reinhold. « The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis », *Pediatrics*, vol. 125, n° 5, 2010, p. e1048-e1056.
- BAR-YAM, Naomi Bromberg et Lori DARBY. « Fathers and Breastfeeding: A Review of the Literature », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 1, 1997, p. 45-50.
- BATTAGLIANI, Alex et al. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes », *Service Social*, vol. 49, n° 1, 2002, p. 35-69.
- BATTAGLIANI, Alex, Sylvie GRAVEL et Laurence BOUCHERON. *Les mères immigrantes, pareilles pas pareilles ! facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Rapport de recherche, 2000.
- BATTAGLIANI, Alex, Sylvie GRAVEL, Carole POULIN, Michel FOURNIER et Jean-Marc BRODEUR. « Migration et paternité ou réinventer la paternité », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15, n° 1, 2002, p. 165-179.
- BAYARD, Chantal et Catherine CHOUINARD (dir.). *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014.

BAYARD, Chantal. « “Cachez ce sein que je ne saurais voir” : comment négocier l’allaitement dans l’espace public ? », dans BAYARD, Chantal et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l’allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 115-135.

BAYARD, Chantal. « Les représentations sociales de l’allaitement maternel : Point de vue de femmes québécoises rencontrées durant leur grossesse », dans LAPIERRE, Simon et Dominique DAMANT (dir.), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*, Québec, Presses de l’Université du Québec, 2012, p. 47-71.

BAYARD, Chantal. « Les représentations sociales de l’allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter ». Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 2008.

BEAGAN, Brenda. L. « A Critique of Cultural Competence: Assumptions, Limitations, and Alternatives », dans FRISBY, Craig L. et Williams T. O’DONOHUE (dir.), *Cultural Competence in Applied Psychology*, Springer, Cham, 2018.

BEAL, Anne C., Karen KUHLETHAU et James M. PERRIN. « Breastfeeding Advice Given to African American and White Women by Physicians and WIC Counselors », *Public Health Reports*, vol. 118, n° 4, 2003, p. 368-376.

BEAL, Frances M. « Double jeopardy : To be Black and female », *Meridians*, vol. 8, n° 2, 2008 [1969], p. 166-176.

BEE, David E., Tom BARANOWSKI, David K. RASSIN, et al. « Breast-Feeding Initiation in a Triethnic Population », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 145, n° 3, 1991, p. 306-309.

BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle, Marc DUMAS, Maryse BERTHIAUME, et al. « Le “vide spirituel paradoxal” en salle de naissance : hypothèse de travail et enjeux méthodologiques », *Studies in Religion/Sciences Religieuses*, vol. 41, n° 3, 2012, p. 439-454.

BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle. « La naissance comme expérience spirituelle pour le parent : résultats et relectures féministes d’une recherche interdisciplinaire », *Religiologiques*, n° 36, Printemps 2018, p. 133-156.

BELANOFF, Candice M., Beth M. MCMANUS, Adam C. CARLE, et al. « Racial/Ethnic Variation in Breastfeeding Across the US: A multilevel Analysis from the National Survey of Children’s Health, 2007 », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, n° suppl. 1, 2012, p. S14-S26.

BELL, Linda, Marie LACOMBE, Frances GALLAGHER, et al. « Les facteurs impliqués dans l’arrêt précoce de l’allaitement maternel », *Soins Pédiatrie/Puériculture*, vol. 33, n° 269, 2012, p. 39-45.

BENHADJOUJIA, Leila. « Les femmes musulmanes peuvent-elles parler ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 42, no. 1, 2018, p. 113–133.

- BENNETT, Annemarie E., Daniel MCCARTNEY et John M. KEARNEY. « Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner », *Midwifery*, vol. 40, 2016, p. 169-176.
- BENOIT, Annie. « Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères canadiennes ». Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2012.
- BENTLEY, Margaret E., Deborah L. DEE et Joan L. JENSEN. « Breastfeeding Among Low Income, African-American Women: Power, Beliefs and Decision Making », *The Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 1, 2003, p. 305S-309S.
- BERGER, Peter L. et Thomas LUCKMANN, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 1996 [traduction française de *The Social Construction of Reality A Treatise in the Sociology of Knowledge*, 1966].
- BIHR, Alain, et PFEFFERKORN, Roland. « Conclusion », dans Alain BIHR (dir.), *Le système des inégalités*, La Découverte, 2008, p. 103-108.
- BIHR, Alain. *Les rapports sociaux de classe*, Lausanne, Éditions Page deux, 2012.
- BILGE, Sirma et Mathieu FORCIER. « La racialisation », *Revue Droits et libertés*, vol. 35, n° 2, automne 2016, p. 13-14.
- BILGE, Sirma. « Beyond Subordination vs. Resistance: An Intersectional Approach to the Agency of Veiled Muslim Women », *Journal of Intercultural Studies*, vol. 31, n° 1, 2010a, p. 9-28.
- BILGE, Sirma. « De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe », *L'Homme et la société*, vol. 2, n° 176-177, 2010b, p. 43-64.
- BILGE, Sirma. « Le blanchiment de l'intersectionnalité », *Recherches féministes*, vol. 28, n° 2, 2015, p. 9-32.
- BILGE, Sirma. « Smuggling Intersectionality into the Study of Masculinity: Some Methodological Challenges », *Feminist Research Methods: An International Conference*, University of Stockholm, 2009b.
- BILGE, Sirma. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogène*, vol. 1, n° 225, 2009a, p. 70-88.
- BLUM, Linda. *At the Breast: Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston, Beacon Press, 1999.
- BOLTANSKI, Luc. « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 26^e année, n° 1, 1971, p. 205-233.
- BORRELL, Luisa et al. « Self-reported health, perceived racial discrimination and skin color in African Americans in the CARDIA study », *Social science and medicine*, vol. 63, n° 6, 2006, p. 1415-1427.

- BOUABDILLAH, Naima et Jocelyne TOURIGNY. « La compétence culturelle et les soins périnataux des réfugiées à Winnipeg : interventions de sensibilisation auprès des infirmières », *L'infirmière clinicienne*, vol 12, n° 1, 2015, p. 1-9.
- BOURDIEU, Pierre. « Social space and symbolic power », *Sociological theory*, vol. 7, n° 1, 1989, p. 14-25.
- BOURDIEU, Pierre. *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Collection Le sens commun, 1979.
- BOURDIEU, Pierre. *In other words: Essays towards a reflexive sociology*. Stanford, Stanford University Press, 1990.
- BOWLEG, Lisa. « When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research », *Sex roles*, vol. 59, n° 5-6, 2008, p. 312-325.
- BOWLEG, Lisa. « The Problem with the Phrase “Women and Minorities”: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 7, 2012, p. 1267-1273.
- BOYER, Kate. « Affect, Corporeality and the Limits of Belonging: Breastfeeding in Public in the Contemporary UK », *Health & place*, vol. 18, n° 3, 2012, p. 552-560.
- BOYER, Kate. « The Emotional Resonances of Breastfeeding in Public: the Role of Strangers in Breastfeeding Practice », *Emotion, Space and Society*, vol. 26, 2018, p. 33-40.
- BRACKE, Sarah et María PUIG DE LA BELLACASA. « Le féminisme du positionnement. Héritages et perspectives contemporaines », *Cahiers du genre*, vol. 1, n° 54, 2013, p. 45-66.
- BRAH, Avtar et Ann PHOENIX. « Ain't I a Woman? Revisiting Intersectionality », *Journal of international women's studies*, vol. 5, 2004, n° 3, p. 75-86.
- BRENTON, Joslyn. « The limits of intensive feeding: maternal foodwork at the intersections of race, class, and gender », *Sociology of health & illness*, vol. 39, n° 6, 2017, p. 863-877.
- BRIDGES, Khiara. *Reproducing Race: An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization*, Berkley, Los Angeles et London, University of California Press, Berkley, 2011.
- BROWN, Tyson H. « Racial Stratification, Immigration, and Health Inequality: A Life Course-Intersectional Approach », *Social Forces*, vol. 96, n° 4, 2018, p. 1507–1540.
- BRYANT, Carol A. et al. « A Strategy for Promoting Breastfeeding Among Economically Disadvantaged Women and Adolescents », *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 3, n° 4, 1991, p. 723-730.
- BURDETTE, Amy M. « Neighborhood Context and Breastfeeding Behaviors among Urban Mothers », *Journal of Human Lactation*, vol. 29, n° 4, 2013, p. 597-604.

BURGOYNE, Carole B. «Financial Organization and Decision-Making within Western Households », *Journal of Economic Psychology*, vol. 16, n° 3, 1995, p. 422-430.

BURNS, Elaine et Zoi TRIANDAFILIDIS. « Taking the Path of Least Resistance: A Qualitative Analysis of Return to Work or Study While Breastfeeding », *International breastfeeding journal*, 2019, vol. 14, n° 15, 2019, p. 1-13.

BURNS, Elaine, Jenny FENWICK, Athena SHEEHAN et Virginia SCHMIED. « Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 9, n° 1, 2013, p. 57-73.

BURNS, Elaine, Virginia SCHMIED, Jennifer FENWICK et Athena SHEEHAN. « Liquid gold from the milk bar: constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives », *Social Science & Medicine*, vol. 75, n° 10, 2012, p. 1737-1745.

BÜSKENS, Petra. The Impossibility of "Natural Parenting " for Modern Mothers: On Social Structure and The Formation of Habit, *Journal of the Association for Research on Mothering*, vol. 3, n° 1, 2001, p.75-86.

BUTLER, Judith. *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion* [Traduction française de *Gender Trouble : Feminism and the Subversion of Identity*, 1990], Paris, La Découverte, 2005 [1990].

CAILLAVET, France, Katia CASTETBON, Christine CÉSAR, et al. « Déterminants sociaux de l'allaitement », dans Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. 2014, p. 267-307.

CALLISTER, Lynn CLARK et Inaam KHALAF. « Spirituality in Childbearing Women » *The Journal of perinatal education*, vol. 19, n° 2, 2010 p. 16-24.

CARBY, Hazel. « Femme blanche écoute ! Le féminisme noir et les frontières de la sororité », dans DORLIN, Elsa. (dir.), *Black feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 87-112.

CARDE, Estelle, Emmanuelle BERNIER, Dominique BERNIER, et al. « L'approche "intégrée" des rapports sociaux inégalitaires : Intersectionnalité, inégalités sociales et santé », *Revue du CREMIS*, vol. 8, n° 2, 2015, p. 22-27.

CARDE, Estelle. « "On ne laisse mourir personne". Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, vol. 2, n° 16, 2006, p.57-80.

CARDE, Estelle. « La race, de la catégorie sociale à l'objet d'étude épidémiologique », dans CANSELIER, Guillaume et Sonia DESMOULIN-CANSELIER (dir.), *Les catégories ethno-racialisées à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, Paris, Société de législation comparée, coll. de l'UMR de droit comparé de Paris, vol. 24, 2011, p. 77-88.

- CARDE, Estelle. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 99-110.
- CARDE, Estelle. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Bulletin Amades*, vol. 74, Dossier n° 12, 2008, p.1-8. En ligne au : <http://journals.openedition.org/amades/496>, consulté le 15 janvier 2015.
- CARDE, Estelle. « Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici : l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité », *Autrepart*, vol. 3, n° 55, 2010, p. 89-105.
- CARDE, Estelle. « When Social Inequalities Produce "Difficult Patients": A Qualitative Exploration of Physicians' Views », *SAGE Open*, Octobre-Décembre, 2019, p.1-11.
- CARDI, Coline, Lorraine ODIER, Michela VILLANI, et al. « Penser les maternités d'un point de vue féministe », *Genre, sexualité & société*, n° 1, 2016, p. 1-13.
- CARRICABURU, Danièle. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, p. 123-144.
- CARROLL, Margaret, Louise GALLAGHER, Mike CLARKE, Sally MILLAR et Cecily BEGLEY. « Artificial milk-feeding women' s views of their feeding choice in Ireland », *Midwifery*, vol. 31, n° 6, 2015, p. 640-646.
- CARTER, Pamela. *Feminism, Breasts and Breast-Feeding*, New York, St. Martin's Press, 1995.
- CARTER, Shannon K. et Amanda KOONTZ ANTHONY. « Good, Bad, and Extraordinary Mothers: Infant Feeding and Mothering in African American Mothers' Breastfeeding Narratives », *Sociology of Race and Ethnicity*, vol. 1, n° 4, 2015, p. 517-531.
- CARTER, Shannon K., et Beatriz M. REYES-FOSTER. « Pure gold for broken bodies: Discursive techniques constructing milk banking and peer milk sharing in US News », *Symbolic Interaction*, vol. 39, no. 3, 2016, p. 353-373.
- CHAMBERLAIN, Laura Beth, Marcy MCMAHON, Barbara L. PHILIPP et Anne MEREWOOD. « Breast Pump Access in the Inner City: A Hospital-Based Initiative to Provide Breast Pumps for Low-Income Women », *Journal of Human Lactation*, vol. 22, n° 1, p. 2006, p. 94-98.
- CHAMPAGNE, Sylvie. « Profil d'offre et facteurs associés à la production de services de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en CLSC ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 2002.
- CHARLICK, Samantha J., Lois MCKELLAR, Andrea L. GORDON, et al. « The Private Journey: An Interpretative Phenomenological Analysis of Exclusive Breastfeeding », *Women and Birth*, vol. 32, n° 1, 2019, p. 34-42.
- CHARRIER, Philippe et Gaëlle CLAVANDIER. *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013.

CHAUTEMS, Caroline, « Quand l'allaitement "fait" la mère », *Anthropologie & Santé*, vol. 16, 2018. En ligne au : <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2926>>, consulté le 23 août 2019.

CHAUVEL, Louis. « Le retour des classes sociales ? », *Revue de l'OFCE*, vol. 79, n° 4, 2001, p. 315-359.

CHAZEL, Alain. « Normes et valeurs sociales ». Dans *Encyclopaedia Universalis*, Paris, 2002, p. 314-317.

CHEN, Wil-Lie. « Understanding the Cultural Context of Chinese Mothers' Perceptions of Breastfeeding and Infant Health in Canada », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, n° 7-8, 2010, p. 1021-1029.

CHIN, Ashley C., Leann MYERS et Jeanette H. MAGNUS. « Race, Education, and Breastfeeding Initiation in Louisiana, 2000-2004 », *Journal of Human Lactation*, vol. 24, n° 2, 2008, p. 175-185.

CHIN, Nancy P. et Ann M. DOZIER. « The Dangers of Baring the Breast: Structural Violence and Formula-Feeding Among Low-Income Women », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 64-73.

CHIN, Nancy P. et Anna SOLOMONIK. « Inadequate: A Metaphor for Lives of Low-Income Women? », *Breastfeeding Medicine*, vol. 4, n° suppl. 1, 2009, p. S41-S43.

CHRISTOFFERSEN, Ashlee et Olena HANKIVSKY. « Intersectionality and the Determinants of Health: A Canadian Perspective », *Critical Public Health*, vol. 18, n° 3, 2008, p. 271-283.

CLAVANDIER, Gaëlle et Philippe CHARRIER. « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, vol. 12, n° 1, 2015, p. 165-174.

COLEN, Cynthia G. et David M. RAMEY. « 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 & Medicine*, vol. 109, 2014, p. 55-65.

COLEN, Shellee. « Like a Mother to Them: Stratified Reproduction and the West Indian Childcare Workers and Their Employers », dans GINSBERG, Faye D. et Rayna RAPP (dir.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Presses de l'Université de Californie, Berkeley, 1995, p. 78-102.

COLLIN, Françoise et Françoise LABORIE. « Maternité », dans HIRITA, Helena, Françoise LABORIE, Hélène LE DOARÉ, et al. (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, 2^e édition, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 109-114.

COLLINS, Patricia Hill et Sirma BILGE. *Intersectionality*, Cambridge, Polity Press, 2016.

COLLINS, Patricia Hill. « Shifting the Center: Race, Class, and Feminist Theorizing About Motherhood », dans GLENN, Evelyn Nakano, Grace CHANG et Linda Rennie FORCEY (dir.), *Mothering : Ideology, Experience, and Agency*, New York, Routledge, 1994, p. 45-65.

COLLINS, Patricia Hill. *La pensée féministe noire : Savoir, conscience et politique de l'empowerment*, Montréal, Les éditions Remue-Ménage, 2016 [2000].

COMBAHEE RIVER COLLECTIVE. « Le Combahee River Collective, pionnier du féminisme Noir. Contextualisation d'une pensée radicale », *Les cahiers du CEDREF*, n° 14, 2006 [version traduite par Jules FALQUET], p. 69-104.

COOPER, Anna Julia. *A Voice from the South*, New York, Oxford University Press, 1988.

COTE, Brigitte. *Allaitement maternel en milieu pluriethnique*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 2003.

COUTURIER, Marie-Ève. « Nourrir son enfant avec des préparations lactées dans un contexte de promotion de l'allaitement maternel : l'expérience des mères québécoises ». Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2012.

CRENSHAW, Kimberley Williams. « Mapping the Margins of Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color », *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, p. 1241-1299.

CRICCO-LIZZA, Roberta. « Black Non-Hispanic Mothers' Perceptions About the Promotion of Infant-Feeding Methods by Nurses and Physicians », *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 35, n° 2, 2006, p. 173-180.

CUADRAZ, Gloria Holguin et Lynet UTTAL. « Intersectionality and In-Depth Interviews: Methodological Strategies for Analyzing Race, Class, and Gender », *Race, Gender & Class*, vol. 6, n° 3, 1999, p. 156-186.

DAMANT, Dominique, Marie-Ève CHARTRÉ et Simon LAPIERRE. « L'institution de la maternité » dans LAPIERRE, Simon et Dominique DAMANT (dir.) *Regards critiques sur la maternité dans différents contextes sociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2012, p. 5-17.

DAVIES, Linda, Sara COLLINGS, et Julia KRANE. « Making Mothers Visible: Implications For Social Work Practice and Education in Child Welfare », *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, vol. 5, n° 2, 2003, p. 158-169.

DAVIS, Angela Y. *Women, Race and Class*, New York, Random House, 1981.

DAVIS, Kathy. « Intersectionality as Buzzword : A Sociology of Science Perspective on What Makes a Feminist Theory Successful », *Feminist Theory*, vol. 9, n° 1, 2008, p. 67-85.

DAVIS, Shametrice et Chris LINDER. « Problematizing Whiteness: A Woman of Color and a White Woman Discuss Race and Research », *Journal of Dialogue Studies*, vol. 4, 2016, p. 49-68.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. « The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression », *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 8, 1994, p. 1125-1140.

- DE BEAUVOIR, Simone. *Le Deuxième Sexe I*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1976 [1949].
- DE JAGER, Emily, Jaclyn BROADBENT, Matthew FULLER-TYSZKIEWICZ, et al. « The Role of Psychosocial Factors in Exclusive Breastfeeding to Six Months Postpartum », *Midwifery*, vol. 30, n° 6, 2014, p. 657-666.
- DE MONTIGNY, Francine, Danaë LARIVIERE-BASTIEN, Christine GERVAIS, et al. « Fathers' Perspectives on Their Relationship with Their Infant in the Context of Breastfeeding », *Journal of Family Issues*, vol. 39, n° 2, 2018, p. 478-502.
- DE MONTIGNY, Francine, Danaë LARIVIÈRE-BASTIEN et Kate ST-ARNEAULT. « L'expérience des pères à propos de l'allaitement », dans Nine M.-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL et Florence GRESSIER (dir.), *Accueillir les pères en périnatalité*. Toulouse, Érès, coll. La vie de l'enfant, 2017, p. 81-90.
- DE MONTIGNY, Francine, Pascale DE MONTIGNY GAUTHIER et Emmanuelle DENNIE-FILLION. « La sexualité après la naissance et en contexte d'allaitement maternel : l'expérience des mères et des pères », dans Chantal BAYARD et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 137-158.
- DE MONTIGNY, Francine. « La promotion de l'allaitement : les représentations sociales paternelles », dans Chantal BAYARD et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 159-177.
- DEBONNET-GOBIN, Vicky. « Allaitement maternel et médecine générale : étude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes, s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue ». Thèse de doctorat, Université de Picardie Jules-Verne, 2005.
- DELIOVSKY, Katerina. « Whiteness in the Qualitative Research Setting: Critical Skepticism, Radical Reflexivity and Anti-racist Feminism ». *Journal of Critical Race Inquiry*, vol. 4, n° 1, 2017, p. 1-24.
- DELPHY, Christine. « L'ennemi principal », dans *L'ennemi principal. L'Économie politique du patriarcat*, Paris, Éditions Syllepse, 1998 [1970], p. 31-55.
- DENNIS, Cindy-Lee, Anita GAGNON, Andrea VAN HULST, et al. « Predictors of Breastfeeding Exclusivity Among Migrant and Canadian-Born Women: Results from A Multi-Centre Study », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 10, n° 4, 2012, p. 527-544.
- DENNIS, Cindy-Lee. « Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review », *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 31, n° 1, 2002, p. 12-32.
- DESCARRIES, Francine et Christine CORBEIL. « La maternité au cœur des débats féministes » et « Conclusion : Des mots pour dire la maternité », dans DESCARRIES, Francine et Christine CORBEIL (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2002, p. 23-50/523-538.

DESLANDES, Rollande, Marie-Claude RIVARD, François TRUDEAU et Jean LEMOYNE. « Regard sur le processus d'adaptation d'immigrants adultes de la Mauricie sous l'angle des habitudes de vie et des compétences de la vie courante », *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 43, n° 1-2, 2012, p. 91-118.

DESPRÉS, Caroline. *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse des discours de médecins et dentistes*, 2017. En ligne au : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/etudes/des-pratiques-medicales-et-dentaires-entre-differenciation-et-discrimination>, consulté le 15 avril 2020.

DESROCHERS, Sylvie Louise et Lise RENAUD. « Que dit la presse québécoise de la norme sociale entourant l'allaitement maternel ? », dans BAYARD, Chantal et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 67-87.

DESROCHERS, Sylvie Louise. « Normes sociales et allaitement maternel : évolution du discours d'un quotidien francophone au Québec ». Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2012.

DEUBEL, Tara F., Elizabeth M. MILLER, Ivonne HERNANDEZ et al. « Perceptions and practices of infant feeding among African American women », *Ecology of food and nutrition*, vol. 58, n° 4, 2019, p. 301-316.

DODGSON, Joan E. « Racism, Race and Disparities in Breastfeeding », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 74-83.

DOLTO, Françoise. *Dialogues québécois*, Paris, Le Seuil, 1983.

DORLIN, Elsa. (dir.), *Black feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, Paris, L'Harmattan, 2008.

DORLIN, Elsa (dir.). *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris, Presses universitaires de France, 2009.

DOUGLAS, Susan J. et Meredith W. MICHAELS. « The New Momism », dans DOUGLAS, Susan J. et Meredith W. MICHAELS, *The Mommy Myth : The Idealization of Motherhood and How It Has Undermined All Women*, New York, Free Press, 2005, p. 1-27.

DOWLING, Sally et Amy BROWN. « An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter? », *Breastfeeding Medicine*, vol. 8, n° 1, 2013, p. 45-52.

DRAPEAU, Martin. « Les critères de scientificité en recherche qualitative », *Pratiques psychologiques*, vol. 10, n° 1, 2004, p. 79-86.

DUBÉ, Marie-Magdeleine. « Perception des mères sur l'établissement de la relation mère-bébé en contexte d'allaitement difficile ayant mené au sevrage ». Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2016.

DUBET, François et Danilo MARTUCCELLI. *À l'école : sociologie de l'expérience scolaire*, Paris, Le Seuil, 1996.

DUBET, François, Olivier COUSIN et Jean-Philippe GUILLEMET. « Sociologie de l'expérience lycéenne », *Revue française de pédagogie*, vol. 94, 1991, p. 5-12.

DUBOIS, Lise. « L'allaitement des nourrissons nés au Québec de mères immigrantes : la diversité culturelle au rendez-vous », *Nutrition Science en évolution : la revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec*, vol. 16, n° 2, 2018, p. 25-30.

DUBOIS, Lise et Manon GIRARD. « Social Determinants of Initiation, Duration and Exclusivity of Breastfeeding at the Population Level » *Canadian journal of public health*, vol. 94, n° 4, 2003, p. 300-305.

DUBOIS, Lise, Brigitte BÉDARD, Manon GIRARD et Édith BEAUCHESNE. *L'alimentation. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Les nourrissons de 5 mois, vol. 1, n° 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.

DURAND, Danielle et al. *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente – Naître ici et venir d'ailleurs: les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2007.

DWORKIN, Andrea. « Le gynocide annoncé », dans *Les femmes de droite*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2012, p.149-193.

DYKES, Fiona et Catherine WILLIAMS. « Falling by the Wayside: A Phenomenological Exploration of Perceived Breast-Milk Inadequacy in Lactating Women », *Midwifery*, vol. 15, n° 4, 1999, p. 232-246.

DYKES, Fiona. « “Supply” and “Demand”: Breastfeeding as Labour », *Social Science and Medicine*, vol. 60, n° 10, 2005, p. 2283-2293.

EARLE, Sarah. « Why Some Women Do Not Breast Feed: Bottle Feeding and Father's Role », *Midwifery*, vol. 16, n° 4, 2000, p. 323-330.

EASTON, Phyllis, Vikki A. ENTWISTLE et Brian WILLIAMS. « How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation », *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 319, 2013, p.1-12.

EDEN, Aimee R. « New Professions and Old Practices: Lactation Consulting and the Medicalization of Breastfeeding », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 98-109.

ELIZABETH, Vivienne. « Managing Money, Managing Coupledness: a Critical Examination of Cohabitants' Money Management Practices », *The Sociological Review*, vol. 49, n° 3, 2001, p. 389-411.

ER-RAFIY, Abdelatif et Markus BRAUER. « Increasing perceived variability reduces prejudice and discrimination: Theory and application », *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 6, n° 12, 2012, p. 920-935.

FAIRCLOTH, Charlotte. « 'If they want to risk the health and well-being of their child, that's up to them' : Long-term breastfeeding, risk and maternal identity », *Health, Risk & Society*, vol. 12, n° 4, 2010a, p. 357-367

FAIRCLOTH, Charlotte. « 'What Science Says Is Best' : Parenting Practices, Scientific Authority and Maternal Identity », *Sociological Research Online*, vol. 15, n° 4, 2010b, p. 1-14.

FAIRCLOTH, Charlotte. « "Natural" Breastfeeding in Comparative Perspective: Feminism, Morality, and Adaptive Accountability », *Ethnos*, vol. 82, n° 1, 2017, p. 19-43.

FALLON, Victoria, Sophia KOMNINO, Kate M. BENNETT, Jason C. G. HALFORD et Joanne A. HARROLD. « The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 13, n° 4, 2016, p. 1-14.

FALLS, Susan. *White gold: Stories of breast milk sharing*, Lincoln, University of Nebraska Press, 2017.

FASSIN, Didier. « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans DOZON, Jean-Pierre et Didier FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, coll. Voix et regards, 2001, p. 181-208.

FILDES, Valerie. *Breasts, Bottles and Babies: A History of Infant Feeding*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 1986.

FLACKING, Renée, Fiona DYKES et Uwe EWALD. « The Influence of Fathers' Socioeconomic Status and Paternity Leave on Breastfeeding Duration: A Population-Based Cohort Study », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 38, n° 4, 2010, p. 337-343.

FORGUES, Bernard, Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ et Lionel GARREAU. « Analyses longitudinales », dans Raymond-Alain THIETART (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 1999, p. 422-448.

FORSTE, Renata, Jessica WEISS et Emily LIPPINCOTT. « The Decision to Breastfeed in the United States: Does Race Matter? », *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, 2001, p. 291-296.

FORTIN, Sylvie et Josiane LE GALL. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques », *Enfances, Familles, Générations*, n° 6, printemps 2007, p. 16-37.

- FOSS, Katherine A. « Perpetuating “Scientific Motherhood”: Infant Feeding Discourse in Parents Magazine, 1930-2007 », *Women & Health*, vol. 50, n° 3, 2010, p. 297-311.
- FOSS, Katherine A. et Ken BLAKE. « “It’s natural and healthy, but I don’t want to see it” : Using Entertainment-Education to Improve Attitudes Toward Breastfeeding in Public », *Health Communication*, vol. 34, n° 9, 2019, p. 919-930.
- FOUCAULT, Michel « Entrevue. Le jeu de Michel Foucault », *Ornicar — Bulletin périodique du champ freudien*, n° 10, 1977.
- FOWLE, Rebekah. « Exploring the Impact of a Difficult Breastfeeding Experience on Maternal Identity: A Narrative Analysis ». Thèse de doctorat, University of East London, 2015.
- FRERICHS, Leah, Julie ANDSAGER, Shelly CAMPO, et al. « Framing Breastfeeding and Formula-Feeding Messages in Popular U.S. Magazines », *Women & Health*, vol. 44, n° 1, 2006, p. 95-118.
- FRIEDAN, Betty. *La femme mystifiée*, Paris, Gonthier, 1964 [1963].
- GAGNON, Raymonde. « La grossesse et l’accouchement à l’ère de la biotechnologie : l’expérience de femmes au Québec ». Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2017.
- GALERAND, Elsa et Danièle KERGOAT. « Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l’imbrication des rapports sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 2, 2014, p. 44-61.
- GALIPEAU, Roseline et Linda LEMIRE. « Conseils contradictoires en allaitement : perception de femmes adultes allaitantes », communication présentée au congrès de l’ACFAS, 2019.
- GALIPEAU, Roseline, Louise DUMAS et Mario LEPAGE. « Perception of Not Having Enough Milk and Actual Milk Production of First Time Breastfeeding Mothers: Is There a Difference? », *Breastfeeding Medicine*, vol. 12, n° 4, 2017, p. 210-217.
- GALLO, Linda C. et Karen A. MATTHEWS. « Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 1, 2003, p. 10-51.
- GATRELL, Caroline. « Boundary Creatures ? Employed, Breastfeeding Mothers and ‘Abjection as Practice’ », *Organization Studies*, vol. 40, n° 3, 2019, p. 421-442.
- GATRELL, Caroline. « Secrets and Lies: Breastfeeding and Professional Paid Work », *Social Science and Medicine*, vol. 65, n° 2, 2007, p. 393-404.
- GAYLE, Rubin. *Surveiller et jouir, une anthropologie politique du sexe*, Paris, EPEL, 2010.
- GERVAIS, Christine et Francine DE MONTIGNY. « Les croyances des pères originaires du Maghreb immigrés au Québec envers l’allaitement maternel », *Reflets : Revue d’intervention sociale et communautaire*, vol. 16, n° 1, 2010, p. 127-150.

GIBSON, Maria V., Vanessa A. DIAZ, Arch G. Mainous III et Mark E. GEESEY. « Prevalence of breastfeeding and acculturation in Hispanics: results from NHANES 1999–2000 study », *Birth*, vol. 32, n° 2, 2005, p. 93-98.

GILROY, Paul. « Race ends here », *Ethnic and Racial Studies*, vol. 21, n° 5, 1998, p. 838-847.

GILLIGAN, Carol. *Une si grande différence*, Paris, Flammarion, 1986 [1982].

GINSBERG, Faye D. et Rayna FAYE. « Introduction : Conceiving the New World Order », dans *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, GINSBERG, Faye D. et Rayna RAPP (dir.), Presses de l'Université de Californie, Berkley, 1995, p. 1-16.

GIONET, Linda. « Tendances de l'allaitement au Canada », *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, n° 82-624-X, 2013, En ligne au : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm>> 42>, Consulté le 23 août 2019.

GIRARD, Chantal. « Les naissances au Québec et dans les régions en 2017 », *Coup d'œil sociodémographique*, n° 65, avril, Institut de la statistique du Québec, 2018, p. 1-6.

GIRARD, Lisa-Christine, Sylvana M. CÔTÉ, Blandine DE LAUZON-GUILLAIN, et al. « Factors Associated with Breastfeeding Initiation: A Comparison between France and French-Speaking Canada », *PLoS ONE*, vol. 11, n° 11, 2016, p. 1-14.

GLENN, Evelyn Nakano. « Social Constructions of Mothering: A Thematic Overview », dans GLENN, Evelyn Nakano, Grace CHANG et Linda Rennie FORCEY (dir.), *Mothering : Ideology, Experience, and Agency*, New York, Routledge, 1994, p. 1-29.

GOJARD, Séverine. « L'allaitement, une norme sociale », *Spirale*, vol. 3, n° 27, 2003, p. 133-137.

GOJARD, Séverine. « L'allaitement : une pratique socialement différenciée », *Recherches et Prévisions*, n°53, septembre 1998, p 23-34.

GOJARD, Severine. « Alimentation du nourrisson et position sociale : quatre manières d'être mère », *INRA Sciences Sociales*, n° 2, 2012.

GRANT, Aimee. « “I... Don't Want to See You Flashing Your Bits Around” : Exhibitionism, Othering and Good Motherhood in Perceptions of Public Breastfeeding », *Geoforum*, vol. 71, 2016, p. 52-61.

GREEN, Katherine E. et Melissa M. GROVES. « Attachment parenting: An exploration of demographics and practices », *Early Child Development and Care*, vol. 178, n° 5, 2008, p. 513-525.

GREENE, Jennifer C., Valerie J. CARACELLI et Wendy F. GRAHAM. « Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs » *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 11, n° 3, 1989, p. 255-274.

GREMMO-FÉGER, Gisèle. « Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit », *Spirale*, vol. 3, n° 27, 2003, p. 45-59.

GREUSARD, Renée. « Nous avons eu tort de vous faire croire que la maternité est un lieu de délices », En ligne au : <<https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20170126.OBS4404/nous-avons-eu-tort-de-vous-faire-croire-que-la-maternite-est-un-lieu-de-delices.html>> consulté le 15 novembre 2018.

GRIBBLE, Karleen D. « Long-term breastfeeding; changing attitudes and overcoming challenges », *Breastfeeding Review*, vol. 16, n° 1, 2008, p. 5-15.

GRIFFITHS, Lucy J., A. Rosemary TATE et Carol DEZATEUX. « The Contribution of Parental and Community Ethnicity to Breastfeeding Practices: Evidence from the Millennium Cohort Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, n° 6, 2005, p. 1378-1386.

GRIFFITHS, Lucy J., et al. « Do early infant feeding practices vary by maternal ethnic group? », *Public Health Nutrition*, vol. 10, n° 9, 2007, p.957-964.

GRIGNON, Claude et Christiane GRIGNON. « Alimentation et stratification sociale », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 16, n° 4, 1981, p. 207-217.

GRISWOLD, Michele K., et al. « Experiences of Racism and Breastfeeding Initiation and Duration Among First-Time Mothers of the Black Women's Health Study », *Racial and Ethnic Health Disparities*, vol. 5, n° 6, 2018, p. 1180-1191.

GROLEAU, Danielle, Catherine SIGOUIN et Nicole Anne D'SOUSA. « Power to Negotiate Spatial Barriers to Breastfeeding in a Western Context: When Motherhood Meets Poverty », *Health & place*, vol. 24, 2013, p. 250-259.

GROLEAU, Danielle, Margot SOULIÈRE et Laurence J. KIRMAYER. « Breastfeeding and the Cultural Configuration of Social Space among Vietnamese Immigrant Woman », *Health & Place*, vol. 12, n° 4, 2006, p. 516-526.

GUÉRARD, Geneviève P. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2019.

GUILLAUMIN Colette. « Pratiques du pouvoir et idée de Nature. (I) L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, n° 2, 1978, p. 5-30.

GUILLAUMIN, Colette. *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard « Folio essai », 2002.

GUILLAUMIN, Colette. *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*, Paris, Côté-femmes, coll. Recherches, 1992.

GUILLAUMIN, Colette. « Question de différence », *Questions féministes*, n° 6, 1979, p. 3-21.

GUTTMAN, Nurit et Deena R. ZIMMERMAN. « Low-Income Mothers' Views on Breastfeeding », *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 10, 2000, p. 1457-1473.

- HAIK, Laura N., Dany L. GAUTHIER, Dominique BROUSSEAU, et al. « Understanding Breastfeeding Behavior: Rates and Shifts in Patterns in Quebec », *Journal of Human Lactation*, vol. 23, n° 1, 2007, p. 24-31.
- HAMMER, Juliane. « Center Stage. Gendered Islamophobia and Muslim Women », dans Carl W. ERNST (dir.), *Islamophobia in America. The Anatomy of Intolerance*, New York, Palgrave Macmillan, 2013, p. 107-144.
- HANCOCK, Ange-Marie. « Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm », *Politics & Gender*, 2007, vol. 3, n° 2, 2007, p. 248-254.
- HANDFIELD, Catherine. « L'allaitement sans lunettes roses », La Presse, Édition du 2 avril 2018. En ligne au : <https://plus.lapresse.ca/screens/cc3c4f25-9815-49f8-a581-adf546e2888d__7C__0.html> consulté le 10 avril 2018.
- HANSEN, Keith. « Breastfeeding: A Smart Investment in People and in Economies », *The Lancet*, vol. 387, n° 10017, 2016, p. 416.
- HANSER, Amy et Jialin LI. « The Hard Work of Feeding the Baby: Breastfeeding and Intensive Mothering in Contemporary Urban China », *The Journal of Chinese Sociology*, vol. 4, n° 1, 2017, p. 1-20.
- HARAWAY, Donna J. *Primate visions: Gender, race, and nature in the world of modern science*. Routledge, New York, 1989.
- HARAWAY, Donna. « Savoirs situés. La question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle », dans *Manifeste cyborg*, Paris, Exils, 2007, p. 107-142.
- HARBEC, Anne-Marie. « Expérience et conceptions de l'allaitement au sein ou au biberon : le rôle de l'entourage ». Mémoire de maîtrise, Université Laval, 2017.
- HARDING, Sandra. « Introduction : Is There a Feminist Method », dans *Feminism and Methodology*, Bloomington, Indiana University Press, 1987, p. 1-14.
- HARDING, Sandra. *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking From Women's Lives*, New York, Cornell University Press, 1991.
- HARDISON-MOODY, Annie. « On Good Mothering: Practicing Solidarity in the Midst of the Breastfeeding Wars », dans BISCHOFF, Claire, Elizabeth O'Donnell GANDOLFO et Annie HARDISON-MOODY (dir.), *Parenting as Spiritual Practice and Source for Theology : Mothering atters*, Cham, Palgrave Macmillan, 2017, p. 113- 132.
- HARPER, Elizabeth. *Regards sur l'intersectionnalité*. Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), coll. Études et analyses, n° 44, 2012.

HARRIS, Ricci et al. « Racism and health: the relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand », *Social Science and Medicine*, vol. 63, n° 6, 2006, p. 1428-1441.

SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN et Miriam H. LABBOK. « Introduction : Breastfeeding constraints and realities », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 1-11.

HAYS, Sharon. *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, Yale University Press, 1996.

HEAD, Emma. « Understanding Mothers' Infant Feeding Decisions and Practices », *Social Sciences*, vol. 6, n° 2, 2017. p. 50.

HEINIG, Meredith Jane, Jennifer R. FOLLETT, Kara D. ISHII, et al. « Barriers to Compliance with Infant-Feeding Recommendations among Low-Income Women », *Journal of Human Lactation*, vol. 22, n° 1, 2006, p. 27-38.

HENRICH, Joseph, Steven J. HEINE et Ara NORENZAYAN. « The weirdest people in the world? », *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 33, n° 2-3, 2010, p. 61-135.

HÉON, Marjolaine et Patrick MARTIN. « La théorie queer et les revers de la promotion de l'allaitement », *Aporia*, vol. 5, n° 2, 2013, p. 15-24.

HERZLICH, Claudine. « La représentation sociale », dans Serge MOSCOVICI (dir.), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1972, p. 303-325.

HOLCOMB, Jeanne. « Resisting Guilt: Mothers' Breastfeeding Intentions and Formula Use ». *Sociological Focus*, vol. 50, n° 4, 2017, p. 361-374.

HOLMBERG, Karin S. M., Ulla M. C. PETERSON et Marie G OSCARSSON. « A Two-Decade Perspective on Mothers' Experiences and Feelings Related to Breastfeeding Initiation in Sweden ». *Sexual & reproductive healthcare*, vol. 5, n° 3, 2014, p. 125-130.

HOOKS, bell. *Ne suis-je pas une femme? : femmes noires et féminisme*, Paris, Éditions Cambourakis, 2015 [1981].

HORTA, Bernardo L. « Breastfeeding: Investing in the Future », *Breastfeeding Medicine*, vol. 14, n° 1, 2019, p. 1-2.

HOULE, Patricia, Martin TURCOTTE et Michael WENDT. Évolution de la participation des parents aux tâches domestiques et aux soins des enfants de 1986 à 2015, juin 2017, Statistique Canada. En ligne au : <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2017001-fra.htm>> consulté le 5 juin 2019.

HUET, Frédéric, Pascal MAIGRET, Isabelle ELLIAS-BILLON, et al. « Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, vol. 29, n° 4, 2016, p. 177-187.

HULL, Gloria T., Patricia BELL-SCOTT et Barbara SMITH. *All the women are white, all the blacks are men, but some of us are brave: Black women's studies*, New York, The Feminist Press, 1982.

HUNTER, Louise, Julia MAGILL-CUERDEN et Christine MCCOURT. « “Oh No, No, No, We Haven't Got Time to Be Doing That” : Challenges Encountered Introducing a Breast-Feeding Support Intervention on a Postnatal Ward ». *The practising midwife*, vol. 19, n° 1, 2016, p. 36-39.

HUNTING, Gemma. *Qualitative Intersectionality-Informed Research: A Primer*, Vancouver, Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University, 2014.

HYMAN, Ilene. *Immigration et santé*, Série de documents de travail sur les politiques de santé, Santé Canada, Unité de communication de la recherche sur les politiques, 2001.

HYMAN, Ilene. *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*, Ottawa, Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI) de l'Agence de la santé publique du Canada, 2009.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : Constats et pistes d'action*, Rapport, Gouvernement du Québec, 2015.

JACQUES, Béatrice. « L'accouchement à domicile comme pratique alternative en 2005 », dans Morel, Marie-France (dir.), *Naître à la maison : D'hier à aujourd'hui*, 2016, p. 305-319.

JACQUES, Béatrice. « Quand la technique échappe aux médecins », dans Jacques BESSON et al. (dir.), *Que sont parents et bébés devenus ?*, ERES, « Les Dossiers de Spirale », 2010, p. 123-137.

JACQUES, Béatrice. *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France, collection Partage du savoir, 2007.

JAUNAIT, Alexandre et Sébastien CHAUVIN. « Représenter l'intersection : Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales », *Revue française de science politique*, vol. 62, n° 1, 2012, p. 5-20.

JOHNSON, Clare et Jenny RINTOUL, « From Nursing Virgins to Brelfies: the Project of Maternal Femininity », *Journal of Gender Studies*, 2019, p. 1-19.

JOHNSON, Katherine M. et Colleen SALPINI. « Working and Nursing: Navigating Job and Breastfeeding Demands at Work », *Community, Work & Family*, vol. 20, n° 4, 2017, p. 479-496.

JOHNSON, Sally, Iain WILLIAMSON, Steven LYTTLE, et al. « Expressing Yourself: A Feminist Analysis of Talk Around Expressing Breast Milk », *Social Science & Medicine*, vol. 69, n° 6, 2009, p. 900-907.

JOHNSTON, Marina L. et Noreen ESPOSITO. « Barriers and Facilitators for Breastfeeding Among Working Women in the United States », *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 36, n° 1, 2007, p. 9-20.

JOHNSTON-ROBLEDO, Ingrid et Victoria FRED. « Self-Objectification and Lower Income Pregnant Women's Breastfeeding Attitudes », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 38, n° 1, 2008, p. 1-21.

JONES, Camara Phyllis. « Race, Racism, and the Practice of Epidemiology », *American Journal of Epidemiology*, vol. 154, n° 4, 2001, p. 299-304.

JONSEN, Karsten et Karen JEHN. « Using Triangulation to Validate Themes in Qualitative Studies », *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, vol. 4, n° 2, 2009, p. 123-150.

JORDAN, June. *Civil wars*, New York, Simon and Schuster, 1995 [1981].

JORDAN, Pamela L. et Virginia R. WALL. « Breastfeeding and Fathers: Illuminating the Darker Side », *Birth*, vol. 17, n° 4, 1990, p. 210-213.

JOUFFROY, Christian. « La maternité dans l'iconographie mariale », *Mémoires de l'Académie nationale de Metz*, 2007, p. 217-250.

JUNG, Courtney. *Lactivism: How Feminists and Fundamentalists, Hippies and Yuppies, and Physicians and Politicians Made Breastfeeding Big Business and Bad Policy*, New York, NY: Basic Books, 2015.

JUTEAU, Danielle. « "Nous" les femmes : sur l'indissociable homogénéité et hétérogénéité de la catégorie », *L'Homme et la société*, vol. 2, n° 176-177, 2010, p. 65-81.

JUTEAU, Danielle. « L'ethnicité comme rapport social », *Mots*, n° 49, décembre 1996, p. 97-105.

JUTEAU, Danielle. « De la fragmentation à l'unité : vers l'articulation des rapports sociaux », *L'égalitarisme en question. Cahiers de recherche éthique*, vol. 18, 1994, p. 81-108.

JUTEAU, Danielle. *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1999.

JUTEAU, Danielle et Nicole LAURIN-FRENETTE. « L'évolution des formes de l'appropriation des femmes : des religieuses aux "mères porteuses" », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 25, n° 2, 1988, p. 183-207.

KAUFMAN, Leslie, Swarna DEENADAYALAN et Adam KARPATI. « Breastfeeding Ambivalence Among Low-Income African American and Puerto Rican Women in North and Central Brooklyn », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 14, n° 5, 2010, p. 696-704.

KERGOAT, Danièle. « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », dans Helena HIRATA, Françoise LABORIE, Hélène LE DOARÉ, et al. (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, 2000, p. 35-44.

KERGOAT, Danièle. « La division du travail entre les sexes », dans Jacques KERGOAT, Josiane BOUTET, Henri JACOT, et al. (dir.), *Le Monde du travail*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, p. 319-324.

KERGOAT, Danièle. « Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à la subversion », dans BIDEF-MORDREL, Annie. (dir.), *Les rapports sociaux de sexe*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Actuel Marx, n° 30, 2010, p. 60-75.

KERGOAT, Danièle. « Rapports sociaux et division du travail entre les sexes », dans MARUANI, Margaret (dir.), *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2005, p. 94-101.

KERSUZAN, Claire, Severine GOJARD, Christine TICHIT, et al. « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 27, 2014, p. 440-449.

Kiefer, Amy. « Breastfeeding benefits: the real, the imagined and the exaggerated », site Expecting Science. En ligne au : <https://expectingscience.com/2015/11/02/breastfeeding-benefits-the-real-the-imagined-and-the-exaggerated/>, consulté le 20 mai 2019.

KILLIAN-BUZY, Catherine. « Dossier : allaitement maternel », *Cahiers de la puéricultrice*, vol.159, 2002, p. 13-28.

KIM, Julia H., Barbara H. FIESE et Sharon M. DONOVAN. « Breastfeeding is natural but not the cultural norm: A mixed-methods study of first-time breastfeeding, African American mothers participating in WIC », *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 49, n° 7, 2017, p. S151-S161.

KNIBIEHLER, Yvonne. « L'allaitement et la société », *Recherches féministes*, vol. 16, n° 2, 2003, p. 11-33.

KOCADOST, Fatma Çingı. « Le positionnement intersectionnel comme pratique de recherche : faire avec les dynamiques de pouvoir entre femmes », *Les cahiers du CEDREF*, n° 21, 2017, p. 17-50.

KOTOBİ, Laurence et Aïcha LKHADIR. *Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle*, Rapport final de la Fondation de France, 2017.

KOTOBİ, Laurence. « Le malade dans sa différence ; les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin, 2000, p. 62-72.

KRONBORG, Hanne, Ingegerd HARDER, et Elisabeth O. C. HALL. « First Time Mothers' Experiences of Breastfeeding their Newborn », *Sexual & Reproductive Healthcare*, vol. 6, n° 2, 2015, p. 82-87.

KRTLITZA, Eliane et Ouriel ROSENBLUM. « Allaiter ou non : une simple question de choix ? », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 63, n° 1, 2015, p. 17-22.

- KUKLA, Rebecca. « Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns », *Hypatia*, vol. 21, n° 1, 2006, p. 157-180.
- LABELLE, Micheline, Ann-Marie FIELD et Jean-Claude ICART. *Les dimensions d'intégration des immigrants, des minorités ethnoculturelles et des groupes racisés au Québec*, Document de travail. Montréal, UQAM, 2007. En ligne au : <<http://www.accommodements-quebec.ca/documentation/rapports/rapport-9labellemicheline.pdf>>, consulté le 10 mai 2020.
- LANGELIER, Brent A., M. Pia CHAPARRO, et Shannon E. WHALEY. « Social and Institutional Factors that Affect Breastfeeding Duration Among WIC Participants in Los Angeles County, California », *Maternal Child and Health Journal*, vol. 16, n° 9, 2012, p. 1887-1895.
- LAURENDEAU, France. « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, n° 2, 1983, p. 235-243.
- LAUZIERE, Julie. « Maintien de l'allaitement après le retour au travail : une exploration de ses déterminants ». Mémoire de maîtrise, Université Laval, 2007.
- LAW, Jules. « The Politics of Breastfeeding: Assessing Risk, Dividing Labor », *Signs*, vol. 25, n° 2, 2000, p. 407-450.
- LEE, Ellie J. « Living with Risk in the Age of 'Intensive Motherhood': Maternal Identity and Infant Feeding », *Health, Risk & Society*, vol. 10, n° 5, 2008, p. 467-477.
- LEE, Robyn. « Breastfeeding and Sexual Difference: Queering Irigaray », *Feminist Theory*, vol. 19, n° 1, 2018a, p. 77-94.
- LEE, Robyn. « Breastfeeding Bodies: Intimacies at Work », *Gender, Work & Organization*, vol. 25, n° 1, 2018b, p. 77-90.
- LEE, Robyn. « Queering Lactation : Contributions of Queer Theory to Lactation Support for LGBTQIA2S+ Individuals and Families », *Journal of Human Lactation*, vol. 35, n° 2, 2019, p. 233-238.
- LENOIR, Rémi. « Espace social et classes sociales chez Pierre Bourdieu », *Sociétés & Représentations*, vol. 17, n° 1, 2004, p. 385-396.
- LESSARD, Michaël et Suzanne ZACCOUR. *Grammaire non sexiste de la langue française : le masculin ne l'emporte plus !*, Saint-Joseph-du-Lac, M. Éditeur, 2017.
- LEURER, Marie Dietrich et Eunice MISSKEY. « "Be positive as well as realistic" : a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers », *International breastfeeding journal*, vol. 10, n° 10, 2015, p. 1-11.
- LÉVESQUE, Marie-Josée. « L'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants en milieu autochtone ». Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais, 2013.

LEVINE-RASKY, Cynthia. « Intersectionality Theory Applied to Whiteness and Middle-Classness », *Social identities*, vol. 17, n° 2, 2011, p. 239-253.

LI, Xue. *Portrait d'un processus d'intégration : difficultés rencontrées et ressources mises à profit par les nouveaux arrivants au cours des quatre années qui suivent leur arrivée au Canada*, Ottawa, Ontario, Citoyenneté et immigration Canada, 2007. En ligne au : <<http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/recherche/integration/index.asp>>, consulté le 10 mai 2020.

LIBBUS, Kay M., Traci A. BUSH et N. M. HOCKMAN. « Breastfeeding Beliefs of Low-Income Primigravidae », *International Journal of nursing studies*, vol. 34, n° 2, 1997, p. 144-150.

LIND, Jennifer N., Cria G. PERRINE, Ruowei LI, et al. « Racial Disparities in Access to Maternity Care Practices That Support Breastfeeding – United States, 2011 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, n° 33, 2014, p. 725-728.

LINK, Bruce G. et Jo PHELAN. « Social Conditions as Fundamental Causes of Disease », *Journal of health and social behavior*, 1995, p. 80-94.

LITTMAN, Heidi, Sharon VANDERBRUG MEDENDORP et Johanna GOLDFARB. « The Decision to Breastfeed: The Importance of Fathers' Approval », *Clinical Pediatrics*, vol. 33, n° 4, 1994, p. 214–219.

LOEWY, Patricia. « Nursing Bodies : Social and Cultural Constraints on the Act of Breastfeeding in Western Society ». Mémoire de maîtrise, Union Institute & University, 2013.

LORDE, Audre. *Sister Outsider : Essays and Speeches*, Berkeley, Crossing Press, 1984.

LUBOLD, Amanda Marie et Louise Marie ROTH. « The Impact of Workplace Practices on Breastfeeding Experiences and Disparities among Women », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 157-166.

LUCAS, Jennifer C. et Deborah MCCARTER-SPAULDING. « Working out Work : Race, Employment, and Public Policy », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 144-156.

MACKENZIE, Caroline. « Agency : un mot, un engagement », *Rives méditerranéennes*, vol. 4, 2012, p. 35-37.

MAHON-DALY, Patricia et Gavin J. ANDREWS. « Liminality and Breastfeeding: Women Negotiating Space and Two Bodies », *Health & Place*, vol. 8, n° 2, 2002, p. 61-76.

MARMOT, Michael. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, London, Bloomsbury Publishing, 2004.

- MARSHALL, Joyce L., Mary GODFREY et Mary J. RENFREW. « Being a ‘Good Mother’: Managing Breastfeeding and Merging Identities », *Social Science and Medicine*, vol. 65, n° 10, 2007, p. 2147-2159.
- MARTIN, Emily. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Milton Keynes, Open Press University, 1987.
- MARTIN, Karin A. « Giving Birth Like a Girl ». *Gender & Society*, vol. 17, n° 1, 2003, p. 54-72.
- MARTUCCI, Jessica et Anne BARNHILL. « Examining the Use of “Natural” in Breastfeeding Promotion: Ethical and Practical Concerns », *Journal of medical ethics*, vol. 44, n° 9, 2018, p. 615-620.
- MATHIEU, Nicole-Claude. « Homme-culture et femme-nature ? », *L’Homme. Revue française d’anthropologie*, tome 13 n° 3, 1973, p. 101-113.
- MATHIEU, Nicole-Claude. « Identité sexuelle/sexuée/de sexe ? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre », dans Anne-Marie DAUNE-RICHARD, Marie-Claude HURTIG et Marie-France PICHEVIN (dir.), *Catégorisation de sexe et constructions scientifiques*. Aix-en-Provence, Université de Provence (Petite collection CEFUP), 2013 [1989], p. 109-147.
- MATHIEU, Nicole-Claude. « Notes pour une définition sociologique des catégories de sexe », *Épistémologie sociologique*, n° 11, 1971, p. 19-39.
- MATHIEU, Nicole-Claude. *L’anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté-Femmes, coll. Recherches, 2007 [2000].
- MAXWELL, Joseph, A. *La modélisation de la recherche qualitative : une approche interactive*, Fribourg, Éditions Universitaires de Fribourg, vol. 11, 1999.
- MCCARTER-SPAULDING, Deborah, Jennifer LUCAS et Rebecca GORE. « Employment and Breastfeeding Outcomes in a Sample of Black Women in the United States », *Journal of National Black Nurses’ Association : JNBNA*, vol. 22, n° 2, 2011, p. 38-45.
- MCCLAIN, Janelle S. « Pregnant African American Women Breastfeeding Intentions, Beliefs, Attitudes and Perspectives ». Thèse de doctorat, Walden University, 2019.
- MCGUIRE, Treasure M. « Drugs affecting milk supply during lactation, Australian Prescriber: An independent review », vol. 41, n° 1, 2019, p. 7-9.
- MCKEEVER, Robert et Brooke W. MCKEEVER. « Moms and media: exploring the effects of Online communication on infant feeding practices », *Health Communication*, vol. 32, n° 9, 2017, p. 1059-1065.
- MCKINLEY, Nita Mary et Janet Shibley HYDE. « Personal Attitudes or Structural Factors? A Contextual Analysis of Breastfeeding Duration », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 28, n° 4, 2004, p. 388-399.

- MECINSKA, Lula. « 'Milk Pride': Lactivist Online Constructions of Positive Breastfeeding Value ». *Studies in the Maternal*, vol. 10, n° 1, 2018, p. 1-32.
- MEEDYA, Shahla, Kathleen FAHY, et Ashley KABLE. « Factors that Positively Influence Breastfeeding Duration to 6 Months: A Literature Review », *Women and Birth*, vol. 23, n° 4, 2010, p. 135-145.
- MEREWOOD, Anne. « Race, Ethnicity, and Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 118, n° 4, 2006, p. 1742-1743.
- MÉTHOT, Manon. « La promotion de l'allaitement dans une perspective centrée sur les filles et les femmes ». Mémoire de maîtrise, Université Laval, 2016.
- MICHELAT, Guy. « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Revue française de sociologie*, vol. 16, 1975, p. 229-247.
- MILES, Robert. *Racism After 'Race Relations'*, London, Routledge, 1993.
- MILES, Robert. *Racism*. London, Routledge, 1989.
- MILLIGAN, Renee A., Linda C. PUGH, Yvonne L. BRONNER, et al. « Breastfeeding Duration among Low Income Women », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 45, n° 3, 2000, p. 246-252.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, 2008.
- MIRON, Jean-Marie, Francine DE MONTIGNY et Carl LACHARITÉ, « Les pères et l'allaitement sous l'angle du rapport au corps », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 24, n° 2, 2008, p. 19-40.
- MITRA, Amal, Amal J. KHOURY, Agnes W. HINTON, et al. « Predictors of Breastfeeding Intention among Low-Income Women », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 8, n° 2, 2004, p. 65-70.
- MOHAMAD, Emma, Abdul LATIFF AHMAD, Samsudin RAHIM, et al. « Understanding Religion and Social Expectations in Contemporary Muslim Society When Promoting Breastfeeding », *Asian Social Sciences*, vol. 9, n° 10, 2013, p. 264-273
- MOL, Annemarie. *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines, Collection Sciences Sociales, 2009.
- MOLÉNAT, Xavier. « Peter L. Berger et Thomas Luckmann — Les fondateurs du constructivisme », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, vol. 30, n° 3, 2013, p. 17-17.
- MOLINO, Luisa. « Global Health and Policy Translation: Women's Embodied Experience of Breastfeeding in Quebec ». Mémoire de maîtrise, Université McGill, 2012.
- MOLONEY, Sharon. « Dancing With the Wind: A Methodological Approach to Researching Women's Spirituality Around Menstruation and Birth », *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 114-125.

MOREAU, Denise, Marie-Blanche TAHON et Julie DAIGLE. « Du lait et des épines », *Recherches féministes*, vol. 23, n° 2, 2010, p. 45-69.

MOREAU, Denise. « L'expérience de devenir mère : entre les attentes et la réalité », *Aporia*, vol. 3, n° 2, 2011, p. 26-36.

MUCCHIELLI, Alex. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 1996.

MUEFFELMANN, Rebecca E., Elizabeth F. RACINE, Jan WARREN-FINDLOW, et al. « Perceived Infant Feeding Preferences of Significant Family Members and Mothers' Intentions to Exclusively Breastfeed », *Journal of Human Lactation*, vol. 31, n° 3, 2015, p. 479-489.

MUERS, Rachel. « The Ethics of Breast-Feeding: A Feminist Theological Exploration », *Journal of Feminist Studies in Religion*, vol. 26, n° 1, 2010, p. 7-24.

MURPHY, Elizabeth. « 'Breast Is Best' : Infant Feeding Decisions and Maternal Deviance », *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, n° 2, 1999, p. 187-208.

MURPHY, Elizabeth. « Risk, Responsibility, and Rhetoric in Infant Feeding », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, n° 3, 2000, p. 291-325.

MUZAMMAL, Bushra. « Breastfeeding Experiences of Immigrant Mothers of Low-Birth Weight Babies Living in Montreal, Quebec ». Mémoire de maîtrise, Université McGill, 2016.

NACU, Alexandra. « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 1, 2011, p. 1-24.

NATHOO, Tasnim et Aleck OSTRY. *The One Best Way ? : Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2009.

NEWBOLD, K. Bruce et Jacqueline WILLINSKY. « Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers », *Culture, health & sexuality*, 2009, vol. 11, n° 4, p. 369-382.

NICKERSON, Lauren E., Abby C. SYKES et Teresa T. FUNG. « Mothers' Experience for Fathers' Support for Breast-Feeding », *Public Health Nutrition*, vol. 15, n° 9, 2012, p. 1780-1787.

NIQUETTE, Manon. « La promotion du soutien aux femmes qui désirent allaiter : pour en finir avec la culpabilité », dans BAYARD, Chantal et Catherine CHOUINARD (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014, p. 89-113.

NYMAN, Charlott. « The Social Nature of Money: Meanings of Money in Swedish Families », *Women's Studies International Forum*, vol. 26, n° 1, 2003, p. 79-94.

ODOM, Erika C., Ruwei LI, Kelley S. SCANLON, et al. « Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 131, n° 3, 2013, p. e726-e732.

OGBUANU, Chinelo, Saundra GLOVER, Janice PROBST, et al. « The Effect of Maternity Leave Length and Time of Return to Work on Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 127, n° 6, 2011, p. 1414-1427.

OLLIVIER, Michèle et Manon TREMBLAY. *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*, Paris, L'Harmattan, Collection Outils de recherche, 2000.

O'REILLY, Andrea. « "Ain't That Love?" : Anti-Racism and Racial Constructions of Motherhood », dans BAKER, Brian (dir.), *Introduction to Ethnic Studies*, Dubuque, Kendall/Hunt Publishing Company, 2004a, p. 181-188.

O'REILLY, Andrea. « A Politics of the Heart: African American Womanist Thought on Mothering », dans O'REILLY, Andrea (dir.), *Mother Outlaws : Theories and Practices of Empowered Mothering*, Toronto, Women's Press, 2004b, p. 171-192.

O'REILLY, Andrea. « Feminist Perspectives on Mothering : Power and Oppression », dans BIGGS, Lesley et Pamela DOWN, *Gendered Intersections : An Introduction to Women's and Gender Studies*, Halifax, Fernwood Publishing, 2005.

O'REILLY, Andrea. *From Motherhood to Mothering: The Legacy of Adrienne Rich's of Woman Born*, Albany, SUNY Press, 2004c.

OWENS, Nicole, Shannon K. CARTER, Chelsea J. NORDHAM, et al. « Neutralizing the Maternal Breast: Accounts of Public Breastfeeding by African American Mothers », *Journal of Family Issues*, vol. 39, n° 2, 2018, p. 430-450.

PAHL, Jan. « His Money, her Money - Recent Research on Financial Organization in Marriage », *Journal of Economic Psychology*, vol. 16, n° 3, 1995, p. 361-376.

PAHL, Jan. « Household Spending, Personal Spending and the Control of Money in Marriage », *Sociology*, vol. 24, n° 1, 1990, p. 119-138.

PALYS, Ted. « Purposive Sampling », dans GIVEN, Lisa M. (dir.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, vol. 2, Los Angeles, Sage, 2008, p. 697-698.

PAPADOPOULOS, Airia S. « Do All "Good Mothers" Breastfeed? How African American Mothers' Values and Experiences of Early Motherhood Influence Their Infant Feeding Choices ». Thèse de doctorat, University of South Florida, 2018.

PAYNTER, Martha Jane. « Medication and Facilitation of Transgender Women's Lactation » *Journal of Human Lactation*, vol. 35, n° 2, 2019, p. 239-243.

PINEAU, Marisa G. « Liquid Gold: Breast Milk Banking in the United States ». Thèse de Doctorat, University of California, 2012.

PIRÈS, Alvaro, P. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans POUPART, Jean et al., *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, 1997, p. 113-172.

- POIRET, Christian. « Les processus d’ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine : Africains, Ultra-marins et “Noirs” », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 27, n° 1, 2001, p. 107-127.
- PORTER, Marie, Andrea O’REILLY et Patricia M. SHORT. *Motherhood: Power and Oppression*, Toronto, Women’s Press, 2005.
- POURTOIS, Jean-Pierre et Huguette DESMET. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Bruxelles, Éditions Mardaga, Bruxelles, 2007.
- POWELL, Rachel, Marsha DAVIS, et Alex Kojo ANDERSON. « A Qualitative Look into Mother's Breastfeeding Experiences ». *Journal of Neonatal Nursing*, vol. 20, n° 6, 2014, p. 259-265.
- PRESS, Jacques. « Mécanismes de répression, travail de contre-transfert et processus de somatisation », *Revue française de psychanalyse*, vol. 65, n° 1, 2001, p. 85-100.
- PRINS, Baukje. « Narrative Accounts of Origins: A Blind Spot in the Intersectional Approach? », *European Journal of Women’s Studies*, vol. 13, n° 3, 2006, p. 277-292.
- QUÉNIART, Anne. *Le corps paradoxal. Regards de femmes sur la maternité*, Montréal, Saint-Martin, 1988.
- RAISLER, Jeanne. « Against the Odds: Breastfeeding Experiences of Low-Income Mothers ». *The Journal of Midwifery & Women’s Health*, vol. 45, n° 3, 2000, p. 253-263.
- RÉGNIER, Faustine et Ana MASULLO. « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d’alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 4, 2009, p. 747-773.
- REMPEL, Lynn A., et John K. REMPEL. « Partner Influence on Health Behavior Decision-Making: Increasing Breastfeeding Duration », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 21, n° 1, 2004, p. 92–111.
- REMPEL, Lynn A., et John K. REMPEL. « The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family », *Journal of Human Lactation*, vol. 27, n° 2, 2011, p. 115-121.
- RENO, Rebecca, Sheila BARNHART, et Patricia Temple GABBE. « A Critical Inquiry of Breastfeeding Attitudes, Barriers, and Experiences of African American Women living in Poverty », *Journal of Poverty*, vol. 22, n° 6, 2018, p. 518-536.
- RICH, Adrienne. *Naître d’une femme : la maternité en tant qu’expérience et institution*, Paris, Denoël-Gonthier, 1980 [1976].
- RIORDAN, Jan et Kathleen G. AUERBACH. *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones et Bartlett, 1993.
- RIPPEY, Phyllis L. F. et Laurel FALCONI. « A Land of Milk and Honey? Breastfeeding and Identity in Lesbian Families », *Journal of GLBT Family Studies*, vol. 13, n° 1, 2017, p. 16-39.

RIPPEYOUNG, Phyllis L. F. et Mary C. NOONAN. « Breastfeeding and the Gendering of Infant Care », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012b, p. 133-143.

RIPPEYOUNG, Phyllis L. F. et Mary C. NOONAN. « Is Breastfeeding Truly Cost Free? Income Consequences of Breastfeeding for Women », *American Sociological Review*, vol. 77, n° 2, 2012a, p. 244-267.

RIVARD, Andrée. *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, les Éditions du remue-ménage, 2014.

ROBERTS, Dorothy E. « BlackCrit Theory and the Problem of Essentialism ». *University of Miami Law Review*, 1998, vol. 53, 1998, p. 855-862.

ROBERTS, Dorothy E. « Racism and Patriarchy in the Meaning of Motherhood », *Journal of Gender & The Law*, vol. 1, 1993, p. 1-38.

ROBERTS, Dorothy E. « The Value of Black Mothers' Work », *Connecticut law review*, vol. 26, 1994, p. 871-878.

ROBERTS, Dorothy E. « Unshackling Black Motherhood », *Michigan Law Review*, vol. 95, 1997, p. 938-964.

ROBINSON, Catherine. « Breastfeeding Shame and the Birth of the Mother », Conference paper, The Australian Sociological Association, Monash University, 2013.

ROBINSON, Catherine. « Misshapen Motherhood: Placing Breastfeeding Distress », *Emotion, Space and Society*, vol. 26, 2018, p. 41-48.

ROGERS, Jamie et Ursula A. KELLY. « Feminist Intersectionality: Bringing Social Justice to Health Disparities Research », *Nursing Ethics*, vol. 18, n° 3, 2011, p. 397-407.

ROSIN, Hanna. «The case against breastfeeding ». *The Atlantic*, Avril 2009, p. 64-70.

ROTHMAN, Barbara Katz. « New Breast Milk in Old Bottles ». *International breastfeeding journal*, vol. 3, n° 1, 2008, p. 1-4.

ROWAN-LEGG, Anne. « L'ankyloglossie et l'allaitement », *Paediatrics and Child Health*, vol. 20, n° 4, 2015, p. 214-218.

RYAN, Alan S., Wenjun ZHOU et Mary Beth ARENSBERG. « The Effect of Employment Status on Breastfeeding in the United States », *Women's Health Issues*, vol. 16, n° 5, 2006, p. 243-251.

RYAN, Kath, Paul BISSELL et Jo ALEXANDER. « Moral Work in Women's Narratives of Breastfeeding », *Social Science and Medicine*, vol. 70, n° 6, 2010, p. 951-958.

SAADAoui, Adel. « L'intégration des immigrants tunisiens : entre habitus culturel national et trajectoire sociale ». Mémoire de maîtrise, Université Laurentienne, 2015.

SAFI, Mirna. « Le processus d'intégration des immigrés en France : Inégalités et segmentation », *Revue française de sociologie*, vol. 47, n° 1, 2006, p. 3-48.

SAILLANT, Francine. « Le mouvement pour la santé des femmes », dans DUFRESNE J., DUMONT F. et MARTIN, Y.(dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC, 1985, p. 743-762.

SANTÉ CANADA. *Choix de l'allaitement au Canada : statistiques et graphiques clés (2009-2010)*, En ligne au : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/initiation-fra.php>>, consulté le 15 juin 2014.

SANTELLI, Emmanuelle. « Du modèle d'intégration à l'analyse des manières de prendre place dans la société : le cas des descendants d'immigrés maghrébins », *Migrations Société*, vol. 15, n° 86, 2003, p.69-82.

SANTERRE, Marie-Josée et Cécile FORTIN. *Allaitement, Le portail d'information prénatale*, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

SAUVEGRAIN, Priscille. « Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, n° 3, 2013, p. 119–137.

SAUVEGRAIN, Priscille. « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012. En ligne au : <<http://remi.revues.org/5902>>, consulté le 27 août 2019.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? », *Recherches qualitatives*, Hors-Série, n° 5, 2007, p. 99-111.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. « L'entrevue semi-dirigée », dans GAUTHIER, B. (dir.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presse de l'Université du Québec, 2010, p. 337-360.

SCHMIED, Virginia et Deborah LUPTON. « Blurring the Boundaries: Breastfeeding and Maternal Subjectivity », *Sociology of health and illness*, vol. 23, n° 2, 2001, p. 234-250.

SCHMIED, Virginia et Lesley BARCLAY. « Connection and Pleasure, Disruption and Distress: Women's Experience of Breastfeeding », *Journal of Human Lactation*, vol. 15, n° 4, 1999, p. 325-334.

SCHÜTZ, Alfred. *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Collection Société, librairie des Méridiens Klincksieck, 1987.

SEERY, Annabelle. « Le travail, l'argent et l'amour : Les arrangements de couples de parents québécois à revenus modestes ». Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2019.

SÉGUIN, Louise, Lise GOULET, Kate FROHLICH, et al. *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1998.

SELLTIZ, Claire, Lawrence WRIGHTSMAN, Stuart W. COOK, et al. *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Montréal, Éditions HRW, 1977.

SEMENIC, Sonia E. « The Influence of Personal and Contextual Factors on Breastfeeding Duration and Exclusivity among First-Time Mothers ». Thèse de doctorat, Université McGill, 2005.

SHAW, Rhonda. « Performing Breastfeeding: Embodiment, Ethics and the Maternal Subject ». *Feminist Review*, vol. 78, n° 1, 2004, p. 99-116.

SHAW, Rhonda. « Theorizing Breastfeeding: Body Ethics, Maternal Generosity and the Gift Relation », *Body & Society*, vol. 9, n° 2, 2003, p. 55-73.

SINGH, Gopal K., et Mohammad SIAHPUSH. « Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases », *Human biology*, vol. 74, n° 1, 2002, p. 83-109.

SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN et Miriam LABBOK. *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012.

SMITH, Paige Hall. « Breastfeeding and Gender Inequality », *Journal of Women Politics and Policy*, vol. 34, n° 4, 2013, p. 371-383.

SMITH, Paige Hall. « Breastfeeding Promotion Through Gender Equity : A Theoretical Perspective for Public Health Practice », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 25-35.

SOLNIT, Rebecca. *Ces hommes qui m'expliquent la vie*, Paris, Éditions de l'Olivier, 2018.

SPENCER, Becky, Karen WAMBACH et Elaine Williams DOMAIN. « African American Women's Breastfeeding Experiences: Cultural, Personal, and Political Voices », *Qualitative Health Research*, vol. 25, n° 7, 2015, p. 974-987.

SPITZER, Denise. *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*, Toronto, University of Toronto, 2011.

SPITZER, Denise. *Oppression and Health*, Halifax, Fernwood Publishing, 2012.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. « Can the Subaltern Speak? », dans Nelson CARY et Larry GROSSBERG (dir.), *Marxism and the interpretation of Culture*, 1988, p. 66-111.

STARR, Sharron S. et Debra C. WALLACE. « Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. Journal of community health nursing », *Journal of community health nursing*, vol. 28, n° 2, 2011, p. 57-69.

STATISTIQUE CANADA. Tableau 11-10-0241-01 *Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants*, 2016. En ligne au : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1110024101> consulté le 12 juin 2018.

STAUNÆS, Dorthé. « Where Have All the Subjects Gone? Bringing Together the Concepts Of Intersectionality and Subjectification », *NORA : Nordic journal of women's studies*, vol. 11, n° 2, 2003, p. 101-110.

STEARNEY, Lynn M. « Feminism, Ecofeminism, and the Maternal Archetype: Motherhood as a Feminine Universal », *Communication Quarterly*, vol. 42, n° 2, 1994, p. 145-159.

STEARNS, Cindy A. « Breastfeeding and the Good Maternal Body », *Gender and Society*, vol. 13, n° 3, 1999, p. 308-325.

STEARNS, Cindy A. « Cautionary tales about extended breastfeeding and weaning », *Health Care for Women International*, vol. 32, n° 6, 2011, p. 538-554.

STRILEY, Katie Margavio et Kimberly FIELD-SPRINGER. « The Bad Mother Police: Theorizing Risk Orders in the Discourses of Infant Feeding Practices », *Health Communication*, vol. 29, n° 6, 2014, p. 552-562

TABET, Paola. *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, l'Harmattan, 1998.

TAYLOR, Erin N. et Lora Ebert WALLACE. « For Shame: Feminism, Breastfeeding Advocacy, and Maternal Guilt », *Hypatia*, vol. 27, n° 1, 2012, p. 76-98.

TENDELDE, Sandi M., Lorna FINNEGAN, Arlene Michaels MILLER, et al. « Risk of Breastfeeding Low-Income Women, Infants, and Children: A Discrete Time Survival Analysis », *Nursing Research*, vol. 61, n° 2, 2012, p. 86-95.

THOMAS, Erin V. « “Why even bother; they are not going to do it?” The Structural Roots of Racism and Discrimination in Lactation Care », *Qualitative health research*, vol. 28, n° 7, 2018, p. 1050-1064.

THOMSON, Gill, Katherine EBISCH-BURTON et Renee FLACKING. « Shame If You Do – Shame If You Don't: Women's Experiences of Infant Feeding », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 11, n° 1, 2015, p. 33-46.

THOMSON, Gill et Fiona DYKES. « Women's Sense of Coherence related to their infant feeding experiences », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 7, n° 2, 2011, p. 160-174.

TOMORI, Cecilia, Aunchalee E. L. PALMQUIST, et Sally DOWLING. « Contested Moral Landscapes: Negotiating Breastfeeding Stigma in Breastmilk Sharing, Nighttime Breastfeeding, and Long-Term Breastfeeding in the US and the UK », *Social Science & Medicine*, vol. 168, 2016, p. 178-185.

TRAORÉ, Badina Myrtha. « L'allaitement dans la formation initiale des futurs professionnels de la santé du Québec : Parvenir à un consensus sur les objectifs de formation initiale pour améliorer les compétences en allaitement ». Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 2017.

TURCK, Dominique, Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », *Archives de pédiatrie*, vol. 12, supplément n° 3, 2005, p. S145-S165.

TURCOTTE, Emmanuelle. « La promotion de l'allaitement maternel au Québec : enjeux éthiques et cliniques », *Intervention*, n° 125, 2006, p. 186-193.

VALLIÈRES, Annick. *Impacts sociaux du régime québécois d'assurance parentale et d'autres régimes comparables : revue de la littérature*, Conseil de gestion de l'assurance parentale du Québec, 2016.

VAN ESTERIK, Penny. « Breastfeeding across Cultures: Dealing with Difference », dans SMITH, Paige Hall, Bernice L. HAUSMAN, et Miriam H. LABBOK (dir.), *Beyond Health, Beyond Choice : Breastfeeding Constraints and Realities*, Nouveau-Brunswick, New Jersey et London, Rutgers University Press, 2012, p. 53-63.

VANG, Zoua, Jennifer SIGOUIN, Astrid FLENON et Alain GAGNON. « L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique », *Un Réseau stratégique de connaissances : Changements de population et parcours de vie*, Document de travail, vol. 3, n° 2, Article 6, 2015.

VATZ LAAROSSI, Michèle. « Femmes, mères et immigrantes : des enjeux de société et un appel au féminisme », dans Francine DESCARRIES et Christine CORBEIL (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2002, p. 431-455.

VATZ LAAROSSI, Michèle. *Le familial au cœur de l'immigration : stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*, Montréal, L'Harmattan, 2001.

VERVATIDIS, Aurélie. « Quand l'allaitement maternel "prend corps" : Ethnographie et autoethnographie dans le contexte vaudois de rencontres et consultations petite enfance ». Mémoire de maîtrise, Université de Lausanne, 2016.

VISSANDJÉE, Bilkis et Line LINGAM. « Enjeux liés aux approches sensibles à l'interaction entre le genre et la migration : construire des partenariats, revoir les pratiques pour un accès équitable à des soins de santé », dans SUÁREZ-HERRERA, J.C. et BLAIN, M.J. (dir.), *La recherche en santé mondiale : Perspectives socioanthropologiques*, Montréal, La Collection des cahiers scientifiques de l'ACFAS, 2012, p.197-212.

VISSANDJÉE, Bilkis, Alisha APALE et Saskia WIERINGA. « Exploring Social Capital among Women in the Context of Migration: Engendering the Public Policy Debate », dans VIJAY, A., *Racialized migrant women in Canada : essays on health, violence and equity*, Toronto, Toronto University Press, 2009, p. 198-215.

- VISSANDJÉE, Bilkis, Ilene HYMAN, Denise SPITZER, Alisha APALE et Nahar KAMRUN. « Integration, clarification, substantiation : Sex, gender, ethnicity and migration as social determinants of women's health », *Journal of International Women's Studies*, vol. 8, n° 4, 2007, p. 32-48.
- VOLPP, Leti. « Quand on rend la culture responsable de la mauvaise conduite », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n° 3, 2006, p. 14-31.
- VOZARI, Anne-Sophie, « "Si maman va bien, bébé va bien". La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, vol. 12, n° 1, 2015, p. 153-163.
- WADE, Peter. « 'Race', Nature and Culture », *Man*, vol. 28, n° 1, 1993, p. 17-34.
- WAGNER, Anne-Catherine. « Habitus », dans PAUGAM, Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? ».
- WALL, Glenda. « Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse », *Gender & society*, vol. 15, n° 4, 2001, p. 592-610.
- WALTZ, Miriam H.A. « Milk and Management: Breastfeeding as a Project », *Anthropology Southern Africa*, vol. 37, n° 1-2, 2014, p. 42-49.
- WAMBACH, Karen et Becky SPENCER. *Breastfeeding and human lactation*. Burlington, Jones & Bartlett Learning, 2019.
- WANG, Sarah, Sylvia GUENDELMAN, Kim HARLEY, et al. « When Fathers are Perceived to Share in the Maternal Decision to Breastfeed: Outcomes from the Infant Feeding Practices Study II », *Maternal Child Health Journal*, vol. 22, n° 11, 2018, p. 1676-1684.
- WEBER, Max. *Économie et Société*. Tome 1. Les Catégories de la sociologie, Paris, Plon, collection Pocket, 1995, 1^{re} édition 1922.
- WEBER, Max. *Essais sur la théorie de la science*. Paris, Plon, 1965.
- WHALEN, Bonny et Rachel CRAMTON. « Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity », *Current opinion in pediatrics*, vol. 22, n° 5, 2010, p. 655-663.
- WIEVIORKA, Michel. « Racism and Diasporas », *Thesis Eleven*, vol. 1, n° 52, 1998, p. 69-81.
- WILKINSON, Richard G. « Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? », *BMJ*, vol. 314, 1997, p. 591-595.
- WILLIAMS, Joan C. « A Reconstructive Feminism : Reconstructing the Relationship of Market Work and Family Work », *Northern Illinois University Law Review*, vol. 19, 1998, p. 89-108.
- WILLIAMSON, Iain, Dawn LEEMING, Steven LYTTLE, et al. « 'It should be the most natural thing in the world' : Exploring First-Time Mothers' Breastfeeding Difficulties in the UK Using Audio-Diaries and Interviews », *Maternal & child nutrition*, vol. 8, n° 4, 2012, p. 434-447.

- WOLF, Joan B. « Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign », *Journal of health politics, policy and law*, vol. 32, n° 4, 2007, p. 595-636.
- WOLF, Joan B. *Is Breast Best? Taking on the Breastfeeding Experts and the New High Stakes of Motherhood*. New York, New York University Press, 2010.
- YALOM, Marilyn. *Le sein. Une histoire*, Paris, Galaade éditions, 2010.
- YOUNG, Iris Marion. *On Female Body Experience: "Throwing Like a Girl" and Other Essays*, Oxford, Oxford University Press, 2005.
- YUVAL-DAVIS, Nira. « Intersectionality and Feminist Politics », *European Journal of Women's Studies*, vol. 13, n° 3, 2006, p. 193-209.
- ZINE, Jasmin. « Unveiled sentiments : Gendered Islamophobia and experiences of veiling among Muslim girls in a Canadian Islamic school ». *Equity & Excellence in Education*, vol. 39, n° 3, 2006, p. 239-252.
- ZITOUNI, Benedikte. « "With Whose Blood Were my Eyes Crafted?" (D. Haraway). Les savoirs situés comme la proposition d'une autre objectivité », dans DORLIN, Elsa et Éva RODRIGUEZ (dir.), *Penser avec Donna Haraway*, Paris, Presses universitaires de France, 2012, p. 46-63.
- ZOLESIO, Emmanuelle. « Anonymiser les enquêtés », *¿ Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, n° 12, 2011, p. 174-183.

Annexes

Annexe A - Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants 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.
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.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

– Tiré de *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel — Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF*, OMS, Genève, 1989, et de *The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative*, UNICEF, 1992.

Annexe B - Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

1. Interdire la promotion des laits artificiels, des tétines et des biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes et aux parents.
3. Interdire la promotion des laits artificiels, des tétines et des biberons dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés, comme les solides en pot, les céréales, les jus et l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que les emballages et les étiquettes mentionnent clairement la supériorité de l'allaitement au sein en plus de comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date de péremption y est indiquée et que les emballages ne comportent pas de termes comme humanisé ou maternisé.
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.) de la part des compagnies de produits alimentaires pour bébés.

Exemples de produits couverts par le Code

Préparations pour nourrissons

Aliments et boissons pour bébés de moins de 6 mois ou en remplacement du lait maternel (céréales, purées, jus, tisanes)

Biberons et tétines

– Tiré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/code-international-de-commercialisation-des-substituts-du-lait-maternel/> (consultée le 5 mai 2020)

Annexe C - Formulaire d'information et de consentement des mères

Faculté des arts et des sciences

Département de sociologie



Formulaire d'information et de consentement

Perspectives intersectionnelles du vécu de l'allaitement maternel

Chercheuse

Annick Vallières

Doctorante en sociologie

Faculté des arts et des sciences — Département de sociologie

Université de Montréal

Téléphone : XXX-XXX-XXXX

Courriel : annick.vallieres@umontreal.ca

Ce projet ne bénéficie pas de financement.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document. Les pages suivantes vous expliquent le but de ce projet de recherche ainsi que les procédures et conditions de participation. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Présentation du projet

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat d'Annick Vallières, sous la direction d'Estelle Carde, professeure agrégée au département de sociologie de l'Université de Montréal. La recherche a pour but d'explorer le vécu des femmes par rapport à l'expérience de l'allaitement maternel ou du non-allaitement.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à deux entrevues et, selon votre envie, tenir un « journal de bord » dans lequel il vous sera demandé d'inscrire ou d'enregistrer (selon le format que vous privilégiez), à la fréquence qu'il vous plaira, vos sentiments et réflexions vis-à-vis l'allaitement. La première entrevue aura lieu lors du troisième trimestre de votre grossesse. La seconde entrevue se déroulera le plus tôt possible suite à l'arrêt de l'allaitement ou au maximum six mois suite à l'accouchement dans le cas d'un allaitement de longue durée. Dans le cas d'un non-allaitement, le second entretien pourra avoir lieu deux mois post-partum. Ces entrevues auront lieu à l'endroit qui vous conviendra, selon vos disponibilités. Avec votre approbation, ces entrevues seront enregistrées sur bande numérique pour faciliter la transcription. Chaque entrevue sera d'une durée approximative d'une heure et portera sur les éléments suivants : éléments d'information sur vous et sur votre milieu, vos attentes, vos émotions, vos motivations par rapport à l'expérience de l'allaitement ainsi que les difficultés rencontrées, le cas échéant. Un résumé des résultats de la recherche vous sera expédié si vous en faites la demande.

Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation à l'étude

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de vous exprimer sur votre expérience d'allaitement maternel ou de non-allaitement, qu'elle soit positive ou négative, sans crainte de jugement de la part de la chercheuse. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques entourant le vécu de l'allaitement maternel.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment, si nécessaire. De plus, vous pourrez refuser à tout moment de répondre à une ou des questions pour lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise.

Confidentialité

Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, les renseignements et les transcriptions recueillis seront conservés de manière confidentielle. Seules la directrice de la thèse, la personne qui retranscrira les entretiens et la chercheuse auront accès à ces données. Les résultats généraux de ce projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participantes.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment par un simple avis verbal, sans avoir à donner de raison. Pour ce faire, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué sur la première page de ce document.

Suivi des résultats de la recherche et publication

À votre demande, vous serez informée des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter la chercheuse directement (voir les coordonnées sur la première page de ce document).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de la chercheuse concernant votre participation à ce projet, vous pouvez visiter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants> ou contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CERAS) :

Courriel : ceras@umontreal.ca
Téléphone au (514) 343-7338

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 du lundi au vendredi entre 9h et 12h ainsi que 13h et 17h (l'ombudsman accepte les appels à frais virés) ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

Attestation du consentement

Déclaration de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à la chercheuse et exiger des réponses satisfaisantes.

- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage la chercheuse de ses responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que les entrevues soient enregistrées sur un support numérique : Oui Non

Je consens à participer au journal de bord : Oui Non

Numéro de téléphone : _____

Prénom et nom de la participante
(caractères d'imprimerie)

Signature de la participante

Date : _____

Engagement de la chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assurée de la compréhension de la participante. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom de la chercheuse
(caractères d'imprimerie)

Signature de la chercheuse

Date : _____

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d'y participer.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal.

Projet no CERAS— 2016-17-048-D

Annexe D - Grille thématique de l'entretien prénatal

1. Données sociodémographiques

- Âge, l'âge de ton conjoint
- Combien de temps êtes-vous ensemble ?
- Lieu de naissance/nationalité/statut d'immigration + conjoint
- Statut socio-économique (approximation du salaire (comment est-ce divisé ?), dernier niveau de scolarité complété (en quoi ?), profession (longtemps que tu as ce travail ?))
- Religion (pratiquante ou pas)
- Origine sociale (les parents ?), frères et sœurs ?
Considères-tu de classe supérieure, inférieure ou la même que tes parents ?
- Quartier habité (services ? familial ? Etc.)
- Avoir accès à un congé payé (RQAP) ?
- Mêmes informations sur le conjoint

2. Déroulement de la grossesse (médicalisation)

Comment se déroule ta grossesse jusqu'à présent ?

- Combien de semaines ? Date de l'accouchement, quel endroit ?
- Quel hôpital ou maison de naissance ? Suivi médical ou sage-femme ? Pourquoi ? (et accompagnatrice à la naissance ?)
- Planifiée/prévue ou non ?
- Depuis le début de la grossesse, beaucoup de tests ? Inquiétudes ?
- Historique de santé ? quelque chose de particulier ?

2. Choix de l'alimentation du nourrisson

- Informations reçues : lors des cours prénataux et/ou suivi de grossesse (infirmières, médecins, sage-femme) ? Amis ? Famille ? Internet ? Associations ?
- Même source d'informations sur la grossesse que sur l'alimentation du nourrisson ?
- Moment de la prise de décision
- Raisons/motivations personnelles
- Objectifs/aspirations (en termes de durée, d'exclusivité, mais surtout en termes d'expériences)
- Sens accordé à cette pratique

3. Réseau social (son impact sur la prise de décision et ce qui est attendu en termes de soutien)

- Opinion du réseau social face à la décision et attentes envers le réseau face à l'allaitement (soutien social)
 - Conjoint (décision prise à deux ?)
 - Famille (sa propre mère a-t-elle allaité ?)
- Ami(e)s (connaît des femmes qui ont allaité ? avoir déjà vu ?)
- Dans les médias (télé, radio, Internet, magazines) qu'est-ce qui à ton avis est véhiculé concernant l'allaitement au sein ou au biberon ?
- Opinion et rôle du réseau professionnel, rapport à l'emploi (prévoir le retour au travail ? est-ce que l'allaitement au travail est envisagé ?)
 - Collègues
 - Employeurs

4. Attentes envers l'allaitement ou le non-allaitement

- Propre définition de la « réussite » de l'allaitement
- Avantages et inconvénients envisagés
- Craintes et appréhensions
- Allaitement en public
- Rapport à la maternité

5. Ouverture : Y a-t-il autre chose que tu aimerais ajouter ?

Annexe E - Grille thématique de l'entretien postnatal

1. Question ouverte sur le déroulement de l'accouchement ?
 - Complications ?
 - Relations avec le personnel ?
2. « Première tétée »/prise de lait : le déroulement de l'allaitement ou le non-allaitement
 - Limites physiques/complications
 - Relations avec le personnel de soins au sujet de l'alimentation du nourrisson
 - Conseils/techniques reçus du personnel
 - Pratiques du personnel de soins qui favorisent ou non l'allaitement
3. Description globale de l'expérience vécue, question ouverte sur comment ça s'est passé
 - Émotions
 - Au quotidien (insertion dans la routine, de quelles manières)
 - Rapport au corps/douleur/etc.
 - Allaitement en public (lieux publics, devant membres de la famille, entourage, etc.)
4. Soutien social perçu
 - Commentaires reçus/conseils/etc.
 - Perception du retour au travail et/ou école envisagé
 - Combiner travail et allaitement envisagé ? Considérer comme possible ?
5. Relation avec le conjoint
 - Division du congé de parentalité
 - Répartition des tâches domestiques et soins de l'enfant
 - Comment l'allaitement est pris ou non en compte dans cette division des tâches ?
 - Impact de l'allaitement sur la sexualité du couple
6. Retour sur les attentes et aspirations en période prénatale : différences en comparaison à la réalité ?
 - En quoi ?
 - Perception des barrières/difficultés/obstacles
 - Perception des « facilitateurs »
7. Allaitement et identité de mère, de femme
 - Est-ce que tu crois que le fait de ne pas avoir allaité ou d'avoir allaité peu de temps a changé ton expérience en tant que mère ? en tant que femme ?
 - Est-ce que cette expérience a changé la façon dont tu te perçois en tant que mère ? En tant que femme ?
 - D'être maintenant mère, est-ce que ça a changé la façon dont tu vois les mères en général ?
 - Peux-tu me parler de ton estime de toi à travers cette période ?
 - Est-ce que tu as senti une sorte de discrimination ou d'injustice face à ton expérience d'allaitement ?
 - Peux-tu me décrire ton sentiment de contrôle pendant cette expérience ? Est-ce que tu te sentais en contrôle ? Comment tu te sentais par rapport à ça ?
 - Est-ce que tu as l'impression d'avoir fait face à des barrières pour atteindre tes aspirations d'allaitement, tes objectifs, ce que tu voulais ?
 - Décris-moi, si possible, une situation où tu peux avoir ressenti ou perçu des barrières/difficultés/obstacles à tes pratiques d'allaitement.
 - Quels sont les obstacles à l'allaitement dont tu as fait face ?

- Qu'est-ce qui, pour toi, a facilité l'allaitement ?
- Selon toi, est-ce qu'il y a d'autres choses qui facilitent l'allaitement ?
- Considères-tu qu'il y a un accès égal entre les mères par rapport à ses obstacles et « facilitateurs » ? Selon toi, est-ce qu'il y a des femmes qui sont désavantagées ou avantagées ? Où te situes-tu ?
- Est-ce que tu vois un lien avec entre ton expérience d'allaitement et (situation économique, situation professionnelle, le fait d'être une femme, l'âge, la couleur de peau, le fait de parler français, d'être immigrante ou non) ?
- Est-ce que tu considères être avantagée ou désavantagée par rapport à ton expérience d'allaitement d'une quelconque façon ?
- Est-ce que tu crois être avantagée ou désavantagée par rapport à ton expérience d'allaitement en tant que femme blanche, et pourquoi ?
- Est-ce que tu crois que ton éducation a influencé d'une quelconque façon ton vécu de l'allaitement ?
- En quoi ton niveau de revenu familial peut influencer ton expérience d'allaitement ?
- Est-ce que tu crois que ton expérience aurait été différente si... ?
- Comment vis-tu la maternité de manière générale ? Ton nouveau rôle, ta nouvelle identité de mère ?

8. Retour sur le contenu du journal de bord :

- Comment s'est passée l'activité du journal de bord ?
- Qu'est-ce que tu y as inscrit ?
- Problèmes ?
- Est-ce que tu trouvais le journal de bord « intrusif » ?
- Est-ce que le fait de savoir que j'allais le lire affecte le contenu du journal ?
- Questions sur le contenu ?
- Est-ce qu'il y a des choses que tu n'as pas incluses, mais que tu aurais aimées ?
- Est-ce que tu crois que le fait d'avoir eu un premier entretien en période prénatale, a influencé d'une quelconque manière le vécu de l'allaitement ? Et de la formule ?

9. Ouverture :

Autre chose que tu aimerais ajouter ?

Annexe F - Lignes directrices pour compléter le journal de bord

Je vous remercie d'avoir accepté de tenir un journal. Ce journal portera spécifiquement sur vos réactions face à votre expérience d'allaitement ou de non-allaitement. Sentez-vous libre d'inscrire ou d'enregistrer tout ce qui vous apparaît important en lien avec votre vécu par rapport à cette nouvelle expérience.

Le journal de bord peut prendre la forme qui vous convient le mieux :

- **À la main** — si vous choisissez cette option, un carnet de notes vous sera remis au premier entretien.
- **À l'ordinateur** — si vous choisissez cette option, vous pourrez me transmettre vos messages directement par courriel annick.vallieres@umontreal.ca ou par Facebook.
- **Par enregistrement audio ou vidéo** – si vous choisissez cette option, vous pourrez le faire avec votre ordinateur ou votre téléphone cellulaire, puis me transmettre vos enregistrements directement par courriel annick.vallieres@umontreal.ca

Vous pouvez compléter le journal à la fréquence qu'il vous plaira et lorsque l'envie de me raconter une anecdote ou une réflexion concernant votre expérience d'allaitement ou de non-allaitement se manifestera. En remplissant votre journal, s'il-vous-plaît tentez d'inclure, sans toutefois vous y limiter, les éléments suivants :

- La date
- Ce qui est arrivé ?
- Qui d'autre était impliqué ? (le cas échéant)
- Comment ceci vous a-t-il fait vous sentir ?
- Comment ceci modifie ou confirme votre perception de l'allaitement ou du non-allaitement ?

Ce n'est en aucun cas un examen ou une évaluation, écrivez sans vous soucier de la grammaire, de l'orthographe ou de l'écriture. Vous pouvez vous exprimer le plus librement possible, sachez que ce journal, comme les entretiens, restera anonyme.

Merci de votre participation.

Si vous avez des questions à propos de votre journal de bord, veuillez me contacter (Annick Vallières, chercheuse) par courriel annick.vallieres@umontreal.ca ou par téléphone 450-346-8834. Si vous connaissez une femme enceinte (3^e trimestre) qui pourrait être intéressée à prendre part à cette recherche, merci de lui transmettre mes coordonnées.

Annexe G - Formulaire d'information et de consentement pour les professionnelles de l'allaitement

Faculté des arts et des sciences
Département de sociologie

Formulaire d'information et de consentement

Perspectives intersectionnelles du vécu de l'allaitement maternel

Université 
de Montréal

Chercheuse

Annick Vallières

Doctorante en sociologie
Faculté des arts et des sciences — Département de sociologie
Université de Montréal
Téléphone : XXX-XXX-XXXX
Courriel : annick.vallieres@umontreal.ca

Ce projet bénéficie d'un financement du Fond de recherche du Québec — Société et Culture.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document. Les pages suivantes vous expliquent le but de ce projet de recherche ainsi que les procédures et conditions de participation. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Présentation du projet

Cette recherche est réalisée dans le cadre du doctorat de sociologie d'Annick Vallières, sous la direction d'Estelle Carde, professeure agrégée au département de sociologie de l'Université de Montréal. Elle a pour but d'explorer le vécu des femmes de l'allaitement maternel.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue d'une durée approximative d'une heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous conviendra, selon vos disponibilités. Avec votre approbation, elle sera enregistrée sur bande audio numérique pour en faciliter la transcription. Elle portera sur les éléments suivants : votre emploi, votre perception de l'allaitement et de la formule lactée, votre clientèle et vos pratiques d'intervention.

Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation à l'étude

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à cette étude. Toutefois, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques sur les inégalités sociales en matière de vécu de l'allaitement maternel.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment, si nécessaire. De plus, vous pourrez refuser à tout moment de répondre à une ou des questions pour lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise.

Confidentialité

Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, les renseignements recueillis et les transcriptions seront conservés de manière confidentielle. Seules la directrice de la thèse, la personne qui retranscrira les entretiens et la chercheuse auront accès à ces données. Les résultats généraux de ce projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participantes.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous en retirer à n'importe quel moment par un simple avis verbal, sans avoir à donner de raison. Pour ce faire, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué sur la première page de ce document.

Suivi des résultats de la recherche et publication

À votre demande, vous serez informée des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter la chercheuse directement (voir les coordonnées sur la première page de ce document).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de la chercheuse concernant votre participation à ce projet, vous pouvez visiter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants> ou contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CERAS) :

Courriel : ceras@umontreal.ca
Téléphone au (514) 343-7338

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 du lundi au vendredi entre 9h et 12h ainsi que 13h et 17h (l'ombudsman accepte les appels à frais virés) ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

Attestation du consentement

Déclaration de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à la chercheuse et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage la chercheuse de ses responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée sur un support audio numérique : Oui Non

Numéro de téléphone : _____

Prénom et nom de la participante
(caractères d'imprimerie)

Signature de la participante

Date :

Engagement de la chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assurée de la compréhension de la participante. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom de la chercheuse
(caractères d'imprimerie)

Signature de la chercheuse

Date :

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d'y participer.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Projet no CERAS— 2016-17-048-D

Annexe H - Grille thématique de l'entretien avec les professionnelles de l'allaitement

1. Infos sur la participante et son emploi

- Données sociodémographiques : âge, origine, niveau d'éducation, etc.
- Quel est votre poste ?
- Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ? Nombre d'années de pratique en général ?
- Est-ce que ça nécessite une formation particulière ?
- Pouvez-vous me décrire quelles sont principalement vos tâches ?
- Les raisons pour lesquelles vous avez choisi cette carrière ?
- Quelle place prend l'allaitement dans votre travail ?

2. Perceptions de l'allaitement et des alternatives

- Quelle est votre perception de l'allaitement maternel ?
- Quelle est votre perception de la formule lactée et/ou du choix du non-allaitement ?
- Quelle est votre perception de la méthode mixte ?
- Quelle est votre perception des recommandations de santé publique ?
- Selon vous, quels sont les avantages/inconvénients de chaque méthode ?
- Avez-vous constaté des changements dans la façon de percevoir l'allaitement au Québec ? (chez les professionnels, les autorités sanitaires, les femmes, les pères, etc.)
- « Toute femme qui persévère suffisamment réussira à allaiter ». Qu'est-ce que vous en pensez ?

3. Les éventuelles différences chez les patientes à propos des sujets ci-bas*

Par exemple : « est-ce que, parmi vos patientes/clientes/usagères, vous en voyez qui vivent plus de difficultés que d'autres face à l'allaitement ? »

Relance : Et selon les revenus, voyez-vous des différences ? Selon le niveau d'éducation ? Selon l'âge ? Selon le milieu familial ? Selon la religion ?, Selon la culture ? etc. SIPPE, OLO, etc.

Pouvez-vous illustrer par des cas concrets ?

*PRÉNATAL

Choix de l'alimentation du nourrisson

Motivations des femmes

Attentes envers l'expérience de l'allaitement

Objectifs/aspirations (durée, exclusivité, etc.)

Craintes/appréhensions

*POSTNATAL

Vécu de l'allaitement

Raisons de l'arrêt de l'allaitement ou le choix de non-allaitement

Difficultés rencontrées

Relation avec le conjoint ou de la conjointe (partage des tâches, sexualité, etc.)

Allaitement en public

4. La cause de ces différences

« comment interprétez-vous ces difficultés particulières ? Pensez-vous que c'est en rapport avec leur culture ? leur niveau d'éducation ? leur origine ? leur âge ? etc. »

Est-ce que la maladie de la femme et/ou de son enfant/la prématurité/la difficulté qu'il peut y avoir eu pour tomber enceinte (ex : PMA) peut jouer sur le vécu de l'allaitement ?

Plus largement, est-ce que la question de la place de l'enfant dans le « projet de vie » de la femme (par exemple : enfant désiré longtemps ou arrivé « trop vite ») peut jouer sur le vécu de l'allaitement ?

Relance : Comment pensez-vous que cela peut jouer sur ces difficultés ?

Est-ce que vous faites des liens entre ce que vous me dites ici sur l'allaitement et ce que vous savez par ailleurs des comportements de ces femmes ?

Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?

5. Les traitements adaptés par les professionnelles

« et comment gérez-vous ces difficultés particulières ? Est-ce que vous les anticipez en faisant quelque chose de particulier avec ces patientes-là ? Avez-vous “adapté” vos pratiques à — selon ce que la participante a mentionné dans la section précédente — ces comportements/croyances/etc. ? »

Pouvez-vous m'illustrer vos pratiques par des cas exemples concrets ?

Relance : « Pouvez-vous me parler de votre pratique par rapport à [revenir sur les catégories évoquées par la participante lors de la section précédente] ?

Comment qualifiez-vous vos relations avec [les catégories] ?

Est-ce que vous croyez que vos collègues pensent (et/ou font) la même chose ? Pourquoi ?

Avez-vous des exemples ?

En quoi est-ce qu'intervenir avec ces patientes/clientes/usagères, est différent

Adaptez-vous votre pratique selon vos patientes/clientes/usagères ? Expliquez. »

« agression sexuelle » « difficultés linguistiques pour communiquer ? » « Malentendus culturels ? »

« Problèmes d'argent, de couverture maladie ? » « Isolement social ? »

6. Ouverture : Expérience personnelle avec l'allaitement

- Avez-vous des enfants ?
- Quelle méthode d'alimentation du nourrisson avez-vous choisi ?
- Comment ça s'est passé pour vous ?
- Est-ce que ce vécu peut jouer sur ce que vous m'avez mentionné jusqu'ici ?
- Impact sur son travail : ses pratiques/conseils/etc.

Annexe I - Affiche pour le recrutement des femmes enceintes



FEMMES ENCEINTES RECHERCHÉES

Vous êtes enceinte de votre premier enfant et pensez l'allaiter?
Votre expérience m'intéresse.

Vous ne pensez pas allaiter?
Votre expérience m'intéresse aussi.

Dans le cadre d'un projet de recherche, j'aimerais particulièrement vous rencontrer pour discuter si vous êtes dans l'une des situations suivantes:

- Non-blanche
- À faible revenu
- Non-diplômée ou ayant un diplôme d'études secondaires

Contactez-moi par courriel à **annick.vallieres@umontreal.ca** ou via facebook en message privé.

Merci de partager dans vos réseaux

Annick Vallières

Université  de Montréal

Annexe J - Affiche pour le recrutement des professionnelles de l'allaitement



Vous travaillez auprès de femmes qui allaitent, j'aimerais vous rencontrer!

Si vous êtes consultant-e en lactation, infirmier-ère en périnatalité, sage-femme, aide natale, marraine d'allaitement ou accompagnant-e à la naissance et que vous travaillez dans la grande région de Montréal, j'aimerais discuter avec vous de vos pratiques autour de l'allaitement maternel.

Dans le cadre d'une recherche, je vous propose de me rencontrer lors d'un entretien d'environ une heure, à l'endroit et au moment qui vous conviennent le mieux. Votre témoignage sera strictement confidentiel et anonyme.

Contactez-moi pour me signaler votre intérêt à participer et/ou pour toute question, par courriel à annick.vallieres@umontreal.ca ou directement via facebook en message privé.

Merci de partager dans vos réseaux.
Annick Vallières