



Université de Montréal

**Déclencher le changement institutionnel : une analyse de  
l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes  
directrices en allaitement maternel au Québec**

par

Maria Carolina Agnolon

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maître en sciences (M. Sc.)  
en administration des services de santé  
option analyse et évaluation du système de santé

Mars, 2013

© Maria Carolina Agnolon, 2013

## Résumé

L'allaitement maternel est reconnu comme la façon optimale de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants. Néanmoins, le Québec présente des taux d'allaitement parmi les plus faibles au Canada. Dans un tel contexte, le gouvernement provincial plaça l'allaitement comme l'une de ses priorités de santé publique et il publia, en 2001, la politique L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices (LD). Cette étude a pour but de comprendre les processus d'émergence, d'élaboration et de mise en œuvre des LD. Il s'agit d'une étude de cas unique qualitative. Les données ont été recueillies par des entrevues et un groupe de discussion auprès de personnes engagées dans ce domaine et par la recension documentaire. Une analyse thématique déductive-inductive a été réalisée en utilisant la théorie institutionnelle. Les LD ont émergé à partir d'un mouvement professionnel qui a collaboré avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pendant la phase d'élaboration et le début de la phase d'implantation de la politique. Au fil du temps, la prise de décisions a été centralisée, les mécanismes de concertation sont devenus désuets et les relations entre les acteurs concernés sont devenues moins coopératives. L'inconfort et le mécontentement avec cette nouvelle façon de gérer le dossier allaitement ont favorisé l'émergence d'un nouveau mouvement professionnel. L'étude conclut cependant que les acteurs concernés par l'allaitement au Québec visent l'atteinte du même but et que la collaboration est possible même dans un domaine très institutionnalisé comme celui de la santé, la preuve étant la formulation consensuelle des LD.

**Mots-clés** : allaitement, politique de santé, changement institutionnel, entrepreneur institutionnel, stratégies d'engagement, domaine institutionnel

## Abstract

Breastfeeding is the optimal way of feeding infants and young children. Nevertheless, breastfeeding rates in Quebec are among the lowest in Canada. Within this context, the government of Quebec included breastfeeding among its public health priorities, and in 2001 published the policy L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices (Breastfeeding in Quebec: Guidelines; LD). Using a qualitative single case study design, this study aimed to understand the processes of emergence, development and implementation of the LD. Institutional theory was adopted as the theoretical framework. Data were collected through individual interviews and a focus group with professionals involved in the process under examination, as well as documentary analysis. Deductive-inductive thematic analysis was performed on transcribed verbatim. The LD emerged from a professional movement which worked in close collaboration with the Ministry of Health and Social Services in the initial phases of policy development and implementation. Over time, however, the decision making was centralized, consultation mechanisms became obsolete, and the relationships between different institutional actors became less cooperative. The discomfort and dissatisfaction with the Ministry's new way of managing the Quebec breastfeeding policy triggered the emergence of a new parallel professional movement. The study concludes, however, that even in a highly institutionalized domain such as health, those committed to breastfeeding in the province could work together as they aim to reach the same goal, i.e., higher rates of breastfeeding. The initial consensual formulation of the LD proves that, in this particular institutional field, collaboration is possible.

**Keywords:** breastfeeding, health policy, institutional change, institutional entrepreneur, strategies of engagement, institutional domain

# Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles et des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Problématique de recherche.....	3
Chapitre 1. Recension des écrits.....	6
1.1 Bienfaits de l’allaitement maternel.....	6
1.2 Stratégies internationales de protection, de promotion et de soutien à l’allaitement maternel.....	9
1.3 Politiques nationales de protection, de promotion et de soutien de l’allaitement de divers pays industrialisés.....	12
1.3.1 Canada : Portrait général des taux d’allaitement et des politiques provinciales.....	14
1.4 Sommaire de l’état de connaissances et questions de recherche.....	17
Chapitre 2. Cadre théorique.....	19
2.1 Théorie institutionnelle.....	19
2.1.1. Influence des pressions environnementales sur les organisations.....	19
2.1.2. Entrepreneur et changement institutionnel.....	21
2.2 Utilisation de la théorie institutionnelle pour mieux comprendre la formulation et l’implantation initiale des LD du Québec : notre cadre conceptuel.....	26
Chapitre 3. Méthodologie.....	29
3.1 Devis de recherche.....	29
3.2 Présentation du cas : les lignes directrices en allaitement maternel au Québec.....	29
3.3 Stratégie d’échantillonnage des participantes.....	32
3.4 Méthodes de collecte de données.....	33
3.5 Méthodes d’analyse de données.....	35

3.6 Considérations éthiques .....	36
Chapitre 4. Résultats .....	38
4.1 De 1977 à 1997 : phase d'émergence .....	38
4.1.1 Contexte institutionnel .....	38
4.1.2 Entrepreneurs institutionnels .....	40
4.1.3 Processus, événements et stratégies de changement.....	41
4.1.4 Sommaire de la phase d'émergence.....	42
4.2 De 1997 à 2001 : phase de développement.....	43
4.2.1 Contexte institutionnel .....	43
4.2.2 Entrepreneurs institutionnels .....	44
4.2.3 Processus, événements et stratégies de changement.....	45
4.2.4 Sommaire de la phase de développement .....	50
4.3 De 2001 à 2009 : phase d'implantation initiale .....	51
4.3.1 Contexte institutionnel .....	51
4.3.2 Entrepreneurs institutionnels .....	53
4.3.3 Processus, événements et stratégies de changement.....	55
4.3.4 Sommaire de la phase d'implantation initiale.....	85
4.4 De 2009 au 18 octobre 2010 : phase d'implantation actuelle.....	86
4.4.1 Contexte institutionnel .....	86
4.4.2 Entrepreneurs institutionnels .....	88
4.4.3 Processus, événements et stratégies de changement.....	89
4.4.4 Sommaire de la phase d'implantation actuelle .....	93
4.5 Sommaire des résultats .....	94
Chapitre 5. Discussion .....	96
5.1 Les entrepreneurs institutionnels en allaitement maternel au Québec.....	97
5.1.1 Les entrepreneurs individuels .....	98
5.1.2 Les entrepreneurs collectifs .....	99
5.2 Stratégies d'engagement des acteurs dans le champ organisationnel.....	100
5.3 Principaux constats et pistes d'action .....	102
5.4 Stratégies de vérification de la rigueur de l'étude .....	105
5.5 Limites de l'étude .....	107

5.6 Pistes pour des recherches futures .....	107
Chapitre 6. Conclusions .....	109
Bibliographie.....	111
Annexe 1 – Lettres d’invitation .....	xiii
A1.1 Personnes clés .....	xiii
A1.2 Membres du CAIAB .....	xiv
A1.3 Membres du CQA et de la TCA.....	xv
A1.4 Membres de la TNRAM .....	xvii
Annexe 2 – Guides d’entretien .....	xviii
A2.1 Personnes clés .....	xviii
A2.2 Membres du CAIAB .....	xx
A2.3 Membres du CQA et de la TCA.....	xxii
A2.4 Membres de la TNRAM .....	xxiv
Annexe 3 – Formulaire de consentement.....	xxvi
A3.1 Entretien individuels.....	xxvi
A3.2 Groupe de discussion .....	xxx
A3.3 Personnes facilement identifiables.....	xxxiv

## Liste des tableaux

<b>Tableau I.</b> Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	10
<b>Tableau II.</b> Taux d'amorce de l'allaitement (%) au Canada, selon la province .....	15
<b>Tableau III.</b> Nombre des établissements Amis des bébés par province canadienne .....	16
<b>Tableau IV.</b> Transferts du dossier allaitement au MSSS.....	77

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> La théorie institutionnelle dans la compréhension de l'élaboration et de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement au Québec .....	27
<b>Figure 2.</b> Structure organisationnelle du CQA en 2006.....	60
<b>Figure 3.</b> Structure hiérarchique des mécanismes de concertation à la DGSP .....	79
<b>Figure 4.</b> Organisation administrative de la DGSP, en 2008, par rapport au dossier allaitement .....	81

## Liste des sigles et des abréviations

ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
Agence	Agences de la santé et des services sociaux
CAIAB	Comité d'agrément pour l'Initiative des amis des bébés
CCA	Comité canadien pour l'allaitement
CQA	Comité québécois en allaitement
CLSC	Centre local de services communautaires
DGSP	Direction générale de santé publique
DGSS	Direction générale des services sociaux
FRQSC	Fonds de recherche du Québec – Société et culture <sup>1</sup>
GOESA	Groupes et organismes d'entraide et de soutien à l'allaitement
IAB	Initiative des amis des bébés
IHAB	Initiative Hôpitaux amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LD	Lignes directrices en allaitement maternel <sup>2</sup>
MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique
RNR	Regroupement Naissance-Renaissance
TCA	Table de consultation en allaitement
TCNPP	Table de consultation nationale en promotion et en prévention
TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
TNRAM	Table nationale des répondantes en allaitement maternel
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action (Alliance mondiale pour l'allaitement maternel)

---

<sup>1</sup> Anciennement appelé le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC).

<sup>2</sup> Réfère à la politique L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, publiée en 2001 par le MSSS.

## Remerciements

À Charo Rodríguez, qui a été beaucoup plus qu'une directrice de recherche pour moi. Charo a été une personne qui a su me soutenir dans différents aspects de la vie et une amie qui m'a accueillie à bras ouverts. Avec sa grande expertise et son expérience dans le domaine, elle m'a aidée à cheminer dans le parcours difficile d'une recherche parsemée d'embûches personnelles et politiques, et avec sa sympathie, elle a conquis ma pleine confiance. Mille mercis, Charo, de m'avoir ainsi accueillie et guidée. Je te suis reconnaissante pour ta patience et pour avoir toujours respecté mon rythme.

À mes parents et à mes frères, qui m'ont donné la liberté nécessaire pour affronter cette aventure dans un pays trop loin, trop différent... et trop froid! Merci de me permettre de poursuivre mes propres rêves, même s'ils font en sorte qu'il y a une plus grande distance entre nous. *Saudades sempre.*

À ma petite Isabella, née pendant la période d'écriture de ce mémoire, qui m'a aidée à comprendre les réalités de l'allaitement maternel, qui m'a enseigné à être une mère et qui, chaque jour, me montre la valeur du temps et de la vie.

À Mauricio, mon amour, qui a toujours été à mes côtés pendant ce long parcours. Avec sérénité, il m'a aidé à me relever après chaque chute.

À Nicole Roberge, responsable de la gestion académique au département d'administration de la santé, qui, depuis mon premier courriel envoyé alors que j'étais encore au Brésil, a toujours respecté mes différences et mes limites. Merci de m'avoir accueillie et orientée avec beaucoup de compréhension et d'attention. Merci également de m'avoir présentée à Charo.

Au Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), qui, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à travers le programme Actions concertées, a financé cette recherche et m'a offert une bourse pour la réalisation de cette étude.

Je tiens aussi à remercier le comité consultatif du projet qui a aidé l'équipe de recherche à assurer la pertinence de ses activités.

À l'équipe de recherche avec laquelle j'ai travaillé et, plus spécialement, à Sonia Semenic et à Danielle Groleau qui m'ont accordé leur confiance pour réaliser ce travail de recherche. Je remercie particulièrement Julie Lauzière pour toutes les discussions que nous avons eues ensemble ainsi que pour avoir assuré la révision du français de ce mémoire.

Enfin, à toutes les personnes qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à ce projet; leur collaboration était empreinte de professionnalisme, de passion et d'engagement. Merci infiniment à chacune et à chacun d'entre vous.

*« Si tu veux aller plus loin,  
il faut que tu prennes le risque;  
il faut que tu ailles au-delà de ce qui a déjà été fait;  
il faut que tu oses écouter les gens... »*

– Participante à l'étude

## Introduction

Cette étude est issue d'un projet de recherche plus vaste et conçu en réponse à un appel de propositions du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), dans le cadre du programme Actions concertées, pour évaluer la mise en œuvre de la politique L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices (ci-après LD). Afin d'assurer la pertinence des activités de recherche proposées, un comité consultatif a été créé avant le dépôt initial de la proposition de projet. Ce comité était composé de diverses actrices<sup>3</sup> du milieu de l'allaitement au Québec et il a été consulté ponctuellement par l'équipe de recherche tout au long du projet. Une fois le projet financé, l'organisme subventionnaire a également mis en place un comité de suivi comprenant des représentants du FRQSC, du MSSS (le partenaire dans l'action concertée) et des répondantes régionales en allaitement maternel pour assurer que le projet répondait bien aux objectifs retenus.

Plus particulièrement, le but de la présente étude était de mieux comprendre les processus d'émergence, d'élaboration et de mise en œuvre initiale des LD publiées en 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Au Canada et ailleurs dans le monde, il existe un large consensus au sein des organisations de santé et de la communauté scientifique selon lequel l'allaitement maternel est la façon optimale de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 1999; OMS, 2003; College of family physician of Canada, 2004; Simard et coll., 2005; Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada, 2005; Ip et coll., 2007; Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des sages-femmes, 2008; Association des pharmaciens du Canada, 2011; American Academy of Pediatrics, 2012). Des données probantes montrent clairement l'importance de l'allaitement sur la santé et le bien-être de l'enfant et de sa mère, les effets de l'allaitement étant le plus souvent fonction de son exclusivité et de sa durée (Beaudry et coll., 2006; Horta et coll., 2007; Ip et coll., 2007; Duijts et coll., 2010). L'allaitement bénéficie

---

<sup>3</sup> La majorité des personnes œuvrant dans le domaine de la périnatalité étant des femmes, le genre féminin a été utilisé pour alléger le texte; il désigne cependant aussi bien les hommes que les femmes.

également aux familles et à la société. Par exemple, le lait maternel est gratuit, et si l'enfant est nourri au sein, il est toujours prêt et à la bonne température. L'allaitement est donc pratique pour les familles et il ne leur occasionne pas de dépenses supplémentaires obligatoires (Beaudry et coll., 2006). Et puisqu'il contribue à la santé de l'enfant et de sa mère, l'allaitement permet aussi de diminuer les dépenses du système de santé (Guillemette et Badlissi, 2001; Bartick et Reinhold, 2010). À la lumière de ces données, les divers organismes internationaux et nationaux en santé, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, recommandent l'allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire sans autre liquide ou aliment, pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (WHO, 2002; OMS, 2003).

Au cours des trois dernières décennies, divers instruments internationaux ont été élaborés afin de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel, y compris l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (Nations Unies, 1989); le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) et les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS et UNICEF, 1989) qui forment ensemble les piliers de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (WHO et UNICEF, 2009); la Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (OMS et UNICEF, 1990 ; WHO et UNICEF, 2005); la Convention sur la protection de la maternité et la recommandation associée (Conférence générale de l'Organisation internationale du travail, 2000a; 2000b); et la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS, 2003). La plupart de ces stratégies et initiatives internationales sont appuyées par les pays membres des organisations onusiennes et elles ont fortement incité ces derniers à adopter des politiques et des programmes nationaux pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel (OMS, 2003). En renforçant cette idée, une étude réalisée par Dyson et collaborateurs (2010), basée sur une évaluation des données provenant de pays développés et d'une consultation menée auprès de divers acteurs en allaitement, a identifié que la création de politiques publiques de santé constituait un prérequis pour l'augmentation des taux d'allaitement dans les pays industrialisés, afin d'éliminer les barrières à la pratique de l'allaitement.

Outre les organisations mentionnées plus haut, d'autres groupes promeuvent et soutiennent formellement la pratique de l'allaitement à l'échelle internationale. C'est le cas de la Ligue La Leche. Formée par un groupe de femmes aux États-Unis en 1956, cette organisation a ensuite donné lieu à plusieurs autres groupes ailleurs dans le monde, dont celui qui a vu le jour à Jonquière en 1960 (<http://www.llli.org>). Une autre organisation non gouvernementale, remarquable pour son action dans le domaine depuis 20 ans, est l'Alliance mondiale pour l'allaitement maternel (WABA, World Alliance for Breastfeeding Action). La WABA est un réseau d'individus et d'organisations intéressés par la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement à travers le monde, et ce toujours sur la base de diverses stratégies et initiatives internationales relatives à l'allaitement (<http://www.waba.org.my>).

C'est dans ce contexte que le Québec a été la première province canadienne à élaborer et à mettre en œuvre une politique en matière d'allaitement (MSSS, 2001a). Trois autres provinces ont ensuite élaboré et mis en œuvre une telle politique gouvernementale, à savoir le Manitoba (Manitoba Health and Healthy Living, 2006), le Nouveau-Brunswick (New Brunswick Department of Health, 2006) et la Nouvelle-Écosse (Department of Health et Department of Health Promotion and Protection, 2006).

## **Problématique de recherche**

Selon les données publiques disponibles et jusqu'à récemment, le Québec ne faisait pas bonne figure en matière d'allaitement. La province présentait en effet les plus faibles taux d'allaitement au Canada en 1996-1997; ils étaient de 58,0 % à la naissance et de 34,8 % à 3 mois comparativement à 77,0 % et 53,6 % pour l'ensemble du Canada (Santé Canada, 2000). En réaction à ces statistiques et dans le contexte décrit précédemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) s'assura d'inclure l'allaitement maternel comme une action prioritaire de santé publique dans le document intitulé Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997). Ce document énonçait des cibles à atteindre pour l'année 2002 relativement à l'amorce et à la durée de l'allaitement, à savoir des taux d'allaitement de 80 % à la sortie de l'hôpital, de 60 % à trois mois et de 30 % à six mois, en plus de préciser les interventions à être implantées aux paliers provincial, régional et local pour favoriser cette

pratique (MSSS, 1997). Dans les années qui ont suivi, le Québec élaborera une politique spécifique à l'allaitement intitulée L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices (MSSS, 2001a) et devint ainsi, en 2001, la première province canadienne à publier une telle politique. Par la suite, une autre initiative importante du MSSS pour renforcer sa position pour l'allaitement a été d'inclure l'Initiative amis des bébés (IAB), une des stratégies clés comprises dans les LD, comme l'une des actions prioritaires du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) (MSSS, 2003). Ces démarches ont aujourd'hui porté leurs fruits puisque le Québec a non seulement augmenté ses taux d'allaitement, mais il a été la province canadienne qui a le plus augmenté son taux d'amorce de l'allaitement, passant de 72,6 % en 2000-2001 à 82,2 % en 2005 (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Les plus récentes données statistiques de la province montrent que les objectifs décrits dans les LD pour 2007 (MSSS, 2001a) ont été atteints pour le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital (85 %) et pratiquement atteints quant à durée totale de l'allaitement, avec des taux de 67 %, 56 % et 47 % à deux, quatre et six mois (Neill et coll., 2006). Cependant, les taux d'allaitement exclusif sont loin d'être atteints, avec des taux de 52 % à la sortie de l'hôpital et de 3 % à six mois (Neill et coll., 2006). Ainsi, malgré la progression importante à l'égard de l'allaitement maternel observé au Québec durant la dernière décennie, il reste beaucoup de chemin encore à parcourir afin de recréer une culture d'allaitement dans la province.

Afin de mieux informer la prise de décisions politique et stratégique sur l'allaitement dans la province, la présente étude a pour but de comprendre en profondeur les processus d'émergence, d'élaboration et de mise en œuvre initiale de la politique des LD. L'identification et la compréhension des événements marquants de même que des acteurs clés et de leurs actions ayant contribué à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique serviront à dégager des pistes d'action et de recherche susceptibles d'éclairer le MSSS sur les stratégies à privilégier pour le futur dans le dossier allaitement. Plus spécifiquement, les questions qui ont guidé notre démarche de recherche étaient les suivantes :

1. Comment les LD ont-elles été élaborées et déployées dans le temps?
2. Qui sont les acteurs et les événements clés qui ont influencé la formulation et la mise en œuvre initiale de cette politique?

3. Comment les différentes structures de concertation en allaitement mises sur pied au niveau provincial ont-elles contribué, à travers leurs décisions et leurs actions, à l'implantation des LD?

Le présent mémoire est structuré tel que décrit ci-après. Le chapitre 1 présente la recension des écrits où nous faisons un survol des bénéfices individuels et populationnels de l'allaitement avant de poursuivre avec une description des principales initiatives, stratégies et politiques en matière d'allaitement élaborées par des organisations internationales. Nous terminons ensuite ce chapitre en présentant les politiques et stratégies nationales de divers pays développés en matière d'allaitement ainsi qu'un portrait général des taux d'allaitement et des politiques et stratégies spécifiques à l'allaitement au Canada. Le chapitre 2 porte sur le cadre conceptuel de la recherche et présente les fondements théoriques sur lesquels notre étude repose, en l'occurrence la théorie institutionnelle. Nous présentons ensuite, au chapitre 3, la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Au chapitre 4, nous présentons nos résultats, lesquels ont été structurés en suivant les phases du changement institutionnel que nous avons examinées, soit (i) l'émergence, (ii) le développement, (iii) l'implantation initiale, et (iv) la phase d'implantation actuelle. Chaque phase comporte trois sections descriptives portant sur (i) le contexte institutionnel, (ii) les entrepreneurs institutionnels, et (iii) le processus, les événements et les stratégies de changement. Dans le chapitre 5, nous discutons des résultats obtenus et les recommandations pour la prise de décisions future. Enfin, les conclusions sont exposées dans le chapitre 6.

# Chapitre 1. Recension des écrits

## 1.1 Bienfaits de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est largement reconnu comme le mode d'alimentation privilégié pour assurer un développement optimal chez les nourrissons et les jeunes enfants (OMS, 2003, American Academy of Pediatrics, 2004; Health Canada, 2004; American Academy of Pediatrics, 2012). Ce consensus repose sur une littérature spécialisée qui fait état des effets bénéfiques de l'allaitement, autant au niveau individuel (enfant et mère) qu'au niveau sociétal (aspects économiques et environnementaux).

Au niveau individuel, autant chez la mère que l'enfant, les bienfaits de l'allaitement sont associés à sa durée et à son exclusivité (Beaudry et coll., 2006; Horta et coll., 2007; Ip et coll., 2007; Duijts et coll., 2010). Le lait maternel contient tous les nutriments, les anticorps, les hormones et les antioxydants dont le nourrisson a besoin pendant ses six premiers mois (Beaudry et coll., 2006). Ainsi, chez l'enfant, l'augmentation de la durée de l'allaitement exclusif diminuerait le risque des infections gastro-intestinales, de dermatite atopique (Kramer et coll., 2001; Ip et coll., 2007), d'otites moyennes aiguës de même que le risque d'hospitalisation en raison des maladies de l'appareil respiratoire inférieur pendant la première année de vie (Ip et coll., 2007). De plus, un allaitement d'au moins trois mois a été associé à une diminution de 27 % du risque d'asthme chez les enfants sans histoire familiale d'asthme (Ip et coll., 2007) alors qu'un allaitement d'au moins six mois diminuerait le risque de deux types de leucémies chez les enfants (Ip et coll., 2007). À plus long terme, les bienfaits de l'allaitement sur la santé pourraient inclure une diminution du risque de surpoids et d'obésité à l'adolescence et à l'âge adulte ainsi qu'une diminution du risque de diabète de type 2 (Ip et coll., 2007).

L'augmentation des taux d'allaitement diminuerait également la morbidité et la mortalité infantile, non seulement dans les pays en voie de développement, mais également dans les pays industrialisés (Beaudry et coll., 2006). Il a été estimé que l'allaitement pourrait prévenir chaque année plus de 13 % des décès attribuables à des causes évitables ou sauver la

vie de 1,3 million d'enfants de moins de 5 ans, essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Jones et coll., 2003). Dans les pays industrialisés, même si les bienfaits à court et à long terme de l'allaitement apparaissent plutôt liés à la diminution de la morbidité chez l'enfant et chez la mère, la métaanalyse de Ip et collaborateurs (2007) a permis de constater que l'allaitement serait aussi associé à une réduction de 36 % du risque de mortalité par le syndrome de mort subite du nourrisson chez les bébés allaités comparativement aux bébés non allaités.

Pour la santé de la mère, à court terme, l'allaitement aiderait à diminuer les pertes sanguines postaccouchement (Beaudry et coll., 2006) et faciliterait le retour au poids prégravide (Hatsu et coll., 2008). De plus, des études permettent de penser que le non-allaitement ou une durée d'allaitement plus courte seraient associés à un risque de dépression post-partum (Ip et coll., 2007). À long terme, l'allaitement diminuerait le risque de cancer du sein et des ovaires (Ip et coll., 2007). De plus, au niveau émotionnel, l'allaitement contribuerait au renforcement du lien mère-enfant (Beaudry et coll., 2006).

Outre ce qui précède, l'allaitement maternel comporte des bienfaits pour les familles et pour la société aux plans économique et environnemental. Le lait maternel étant gratuit, il n'apporte pas de dépenses supplémentaires obligatoires aux familles par opposition à l'achat de substituts du lait maternel et des accessoires associés pour les enfants non allaités exclusivement (Beaudry et coll., 2006). De même, en raison de ses bienfaits pour la santé de l'enfant et de sa mère, l'allaitement a le potentiel de réduire les dépenses du système de santé (Guillemette et Badlissi, 2001; Bartick et Reinhold, 2010). L'allaitement au sein est aussi un choix vert comparativement à l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons, de biberons, de tétines, etc. qui comprend nécessairement l'utilisation de beaucoup de ressources (eau, énergie, matières premières) pour leur fabrication, leur transport et leur commercialisation de même que l'accumulation de déchets dans l'environnement (Labbok, 1994; Beaudry et coll., 2006).

En tenant compte des effets de l'allaitement à plusieurs niveaux, Hector et collaborateurs (2005) ont proposé un cadre conceptuel qui décrit trois niveaux des facteurs pouvant influencer l'allaitement. Tout d'abord, au niveau individuel, ces auteures considèrent

que des dimensions comme l'intention d'allaiter, les connaissances, les habiletés et les expériences parentales de la mère de même que l'interaction mère-enfant influencent l'amorce et la poursuite de l'allaitement. Ensuite, au niveau collectif, des facteurs liés aux environnements des familles sont susceptibles d'influencer l'allaitement; ces environnements incluent l'hôpital et les services de santé, l'environnement familial, celui du travail de même que l'environnement communautaire (salle d'allaitement aux centres commerciaux, etc.). L'importance du soutien a également été discutée par certains auteurs. Le soutien provenant de sources formelles, comme des professionnelles de la santé, et de sources informelles, comme des membres de la famille et des amies, a également été identifié comme étant très important pour l'amorce et la poursuite de l'allaitement (Simard et coll. 2005; Lamontagne et coll., 2008). Selon Tohotoa et collaborateurs (2009), le soutien émotionnel du père est également un facteur déterminant pour le succès de l'allaitement. Par ailleurs, en fournissant un cadre de régulation qui structure les actions dans le secteur de la santé, les politiques publiques en santé ont une influence sur ces facteurs environnementaux et, en bout de ligne, sur les décisions relatives à l'alimentation infantile (Hector et coll., 2005).

Enfin, le troisième ensemble de facteurs pouvant influencer l'allaitement se situerait au niveau sociétal (Hector et coll., 2005). Ils incluent notamment les normes culturelles au regard de l'allaitement, de l'alimentation infantile et de la parentalité dans la société de référence, y compris l'acceptabilité de l'allaitement et de l'exposition du sein pour nourrir l'enfant, le rôle de la femme et l'importance économique des produits liés aux substituts du lait maternel et aux aliments de complément. Selon les mêmes auteures, les facteurs collectifs et sociétaux pourraient s'influencer mutuellement de façon négative ou positive (Hector et coll., 2005).

En somme, l'allaitement maternel comporte des bénéfices pour la santé de l'enfant, de sa mère et de la société dans son ensemble. Ceci étant dit, plusieurs facteurs à différents niveaux vont se combiner pour faire en sorte que les femmes amorcent ou non l'allaitement, puis qu'elles continuent d'allaiter leur enfant, ou au contraire, qu'elles cessent de le faire plus tôt qu'elles l'auraient souhaité. Sur la base des données scientifiques disponibles, l'importance de l'allaitement est devenue telle que des organismes internationaux ont pris position en faveur de l'allaitement et ils ont créé diverses initiatives et stratégies afin de protéger, de

promouvoir et de soutenir cette pratique. Dans la section qui suit, nous décrivons les plus importantes d'entre elles.

## **1.2 Stratégies internationales de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel**

Au niveau international, l'OMS et l'UNICEF ont toujours défendu l'allaitement maternel comme la façon optimale et la plus sécuritaire de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants (OMS, 1981; OMS, 2003). En réponse à l'important déclin observé dans la pratique de l'allaitement dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, ces organismes ont créé, depuis les années 1980, diverses initiatives mondiales afin de favoriser l'allaitement maternel (OMS, 1981; Naylor, 2001).

Afin d'encadrer la commercialisation des substituts de lait maternel, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté, en mai 1981, le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (ci-après appelé le Code). Le Code constitue une initiative de protection de l'allaitement maternel invitant tous les pays membres à prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du Code, notamment en préparant une législation ou prenant d'autres mesures appropriées pour le mettre en œuvre et le promouvoir (OMS, 1981).

Dans le but de renforcer l'importance de l'allaitement, l'OMS et l'UNICEF ont publié en 1989 le document intitulé Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services de maternité qui fait le premier énoncé des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (voir le tableau I, p. 10) (OMS et UNICEF, 1989). En 1990, des décideurs d'une quarantaine de pays réunis à l'occasion d'une rencontre parrainée par divers organismes internationaux ont adopté la Déclaration d'Innocenti pour la protection, la promotion, et le soutien à l'allaitement qui définit quatre cibles opérationnelles pour les gouvernements à l'échelle mondiale (OMS et UNICEF, 1990).

En s'appuyant sur les initiatives existantes, l'OMS et l'UNICEF ont par la suite créé, en 1991-1992, un programme de reconnaissance pour les hôpitaux dont les services de

maternité avaient mis en œuvre les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et qui respectaient le Code; ce programme s'appelle l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) (Naylor, 2001). Cette nouvelle initiative visait à créer des environnements organisationnels favorisant l'allaitement au sein et le soutien approprié pour les mères.

**Tableau I.** Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

- 
1. Adopter une politique d'allaitement maternel, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de 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.  
*Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante (WHO et UNICEF, 2009): Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide au besoin.*
  5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
  6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
  7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
  8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
  9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
  10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
- 

Source : OMS et UNICEF (1989, p. iv).

Au cours des 15 années qui ont suivi le lancement de l'IHAB, plus de 20 000 hôpitaux répartis dans plus de 156 pays ont été agréés Amis des bébés (WHO et UNICEF, 2009). Pendant cette période, plusieurs rencontres ont été promues par l'OMS et UNICEF dans différents pays afin d'améliorer cette initiative par la révision de ses outils d'évaluation et son adaptation aux nouvelles réalités (WHO et UNICEF, 2009).

Bien que la littérature montre l'efficacité de la mise en œuvre de l'IHAB pour augmenter les taux d'amorce et d'exclusivité de l'allaitement (Merten et Ackermann-Liebrich, 2004; Merewood et coll., 2005; Merten et coll., 2005), cette initiative ne devrait pas être implantée seule, mais plutôt faire partie d'un ensemble d'interventions entreprises à d'autres niveaux de la société. Comme souligné par l'OMS et l'UNICEF :

« The BFHI [Baby-Friendly Hospital Initiative] has measurable and proven impact, however, it is clear that only a comprehensive, multi-sector, multi-level effort to protect, promote and support optimal infant and young child feeding, including legislative protection, social promotion and health worker and health system support via BFHI and additional approaches, can hope to achieve and sustain the behaviors and practices necessary to enable every mother and family to give every child the best start in life. » (WHO et UNICEF, 2009, p. 1)

Lors de la 55e rencontre de l'AMS tenue en mai 2002, une autre importante avancée a été réalisée pour le développement de politiques nationales en matière d'allaitement, soit l'adoption de la Stratégie mondiale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS, 2003). Ainsi, les pays développant des politiques pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement sont invités à le faire en se basant sur la Stratégie mondiale. Cette dernière a d'ailleurs été élaborée en tenant compte des outils développés antérieurement, dont le Code, la Déclaration d'Innocenti et de l'IHAB.

En résumé, la position des organismes internationaux en santé à l'égard de l'allaitement favorise clairement cette pratique, autant dans des pays industrialisés que dans les pays voie de développement. L'existence de diverses stratégies internationales a également contribué à créer un contexte favorable à la prise de position pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au niveau national. À cet égard, nous présentons dans la sous-section qui suit des exemples de politiques nationales élaborées par certains pays industrialisés.

### **1.3 Politiques nationales de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement de divers pays industrialisés**

À partir des différents outils élaborés au niveau international, plusieurs pays ont développé leur propre politique afin de mettre en œuvre des actions de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement. Ainsi, en Europe, un premier modèle d'action en ce sens a été publié en 2004, suivi d'une version révisée en 2008 (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, 2008). Ce document, élaboré par des experts européens dans le domaine de l'allaitement, a notamment comme but d'améliorer les taux et les pratiques en matière d'allaitement dans l'ensemble de l'Europe. Ses auteurs proposent des actions à être incluses dans les plans nationaux et régionaux afin de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement de manière efficace (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, 2008). En 2007, dix-huit pays européens<sup>4</sup> avaient une politique nationale ou régionale ou des recommandations nationales en matière d'allaitement maternel (Cattaneo et coll., 2010). De plus, dans la période de 2002 et 2007, le nombre d'hôpitaux agréés Amis des bébés a augmenté dans vingt pays européens (Cattaneo et coll., 2010). Il faut aussi remarquer que depuis 2002, tous les hôpitaux de la Suède sont agréés Amis des bébés. En outre, les services de première ligne qui ont implanté les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ont également augmenté en Europe, passant de 38 % en 2002 à 50 % des pays en 2007 (Cattaneo et coll., 2010).

Malgré les efforts de la communauté européenne, les taux d'allaitement sont encore en dessous des recommandations de l'OMS et UNICEF, à savoir que virtuellement tous les enfants soient allaités exclusivement jusqu'à 6 mois puis qu'ils continuent d'être allaités jusqu'à au moins l'âge de deux avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés. Il existe également de grandes disparités entre les taux d'allaitement d'un pays à l'autre. Ainsi, il y a des pays où les taux d'amorce de l'allaitement sont très bas, comme en Irlande (≈50 %) et en France (≈70 %) et d'autres, comme les pays scandinaves, où ces taux avoisinent les 99%

---

<sup>4</sup> À savoir, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la République slovaque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovénie et la Suède. La France a développé une proposition de politique nationale en 2009 (Turck, 2010).

(Cattaneo et coll., 2010). Mais même dans les pays où les taux d'amorce de l'allaitement sont élevés, les taux d'allaitement exclusif à 6 mois sont inférieurs aux recommandations.

En Amérique du Nord, et plus particulièrement aux États-Unis, une nouvelle politique en matière d'allaitement (U.S. Department of Health and Human Services, 2011) est venue remplacer, en 2011, la précédente qui datait de 2000. Cette dernière, intitulée HHS Blueprint for Action on Breastfeeding, fournissait un plan d'action créé dans le cadre du programme Healthy People 2010 avec l'objectif d'augmenter les taux d'allaitement à la naissance, à 6 mois et à 12 mois, avec des cibles de 75 %, 50 % et 25 % respectivement (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Les statistiques disponibles permettent d'apprécier l'augmentation progressive des taux d'allaitement qui a suivi. Ainsi, en 2007, les objectifs du Healthy People 2010 étaient près d'être atteints avec 75 % des enfants allaités à la naissance, 43,8 % allaités à 6 mois et 22,7 % allaités à 12 mois (comparativement à 70,9 %, 34,2 % et 15,7 % respectivement en 2000) (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). La nouvelle politique, appelée The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding, a été créée spécifiquement pour favoriser le soutien aux mères et aux bébés allaités. Il s'agit d'une politique qui décrit de façon détaillée les rôles et les responsabilités des familles, de la communauté, du système de santé (professionnelles de la santé), de l'employeur, des chercheurs (recherche et surveillance) et des décideurs politiques au regard du soutien aux mères. Des stratégies et des actions ont été recommandées à chaque groupe mentionné plus haut (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

En Océanie, la Nouvelle-Zélande a publié en 2002 sa politique nationale en matière d'allaitement. Celle-ci a été élaborée dans le contexte où les taux d'allaitement avaient peu progressé au cours de la décennie précédente. La politique de la Nouvelle-Zélande s'appuie sur les stratégies promues par l'OMS et l'UNICEF (Public Health Association of New Zealand, 2002). En 2009, le comité national d'allaitement chargé de conseiller le directeur général de la Santé a publié le document intitulé National Strategic Plan of Action for Breastfeeding 2008-2012 qui comprend un cadre stratégique ayant pour but ultime d'augmenter les taux d'allaitement (National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand, 2009). Ce plan utilise une approche axée sur les différents paliers de service de santé,

à savoir les paliers local, régional et national. Les objectifs et les résultats attendus à court, moyen et long terme ont été formulés autour de quatre sphères : (i) le gouvernement; (ii) la famille et la communauté; (iii) les services de santé; et (iv) les milieux de travail, les garderies et les maternelles (National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand, 2009). Enfin, l’Australie a publié en 2010 une révision de sa politique nationale en matière d’allaitement, la première ayant été diffusée en 1996. Intitulée Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015, elle s’inscrit dans la réforme de santé australienne et elle est un complément aux politiques provinciales et territoriales en matière d’allaitement. Son but est d’augmenter la proportion de bébés allaités exclusivement au sein à 6 mois et celle d’enfants allaités à 12 mois ou plus (Australian Health Ministers’ Conference, 2009). Les dernières statistiques disponibles datent de 2004 et indiquent un taux d’amorce de l’allaitement de 92 % et un taux d’allaitement exclusif de 56 % à 3 mois et de 14 % à 6 mois (Australian Institute of Family Studies, 2008).

### **1.3.1 Canada : Portrait général des taux d’allaitement et des politiques provinciales**

Au Canada, la santé est une juridiction provinciale ou territoriale. Pour cette raison, le Canada n’a pas une politique nationale spécifique en matière d’allaitement maternel. Néanmoins, les recommandations de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie et des Diététistes du Canada s’alignent sur celles de l’OMS en ce qui a trait à la durée de l’allaitement exclusif et à la poursuite de l’allaitement (Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada, 2005).

Les taux pour l’amorce de l’allaitement ont augmenté au cours des 15 dernières années au Canada et ils sont généralement plus élevés dans les provinces à l’ouest du pays (voir le tableau II, p. 15).

Les données canadiennes montrent qu’une mère sur cinq ayant amorcé l’allaitement cesse d’allaiter son bébé au cours du premier mois (Lavoie et Dumitru, 2011). Au Québec, cette proportion est d’une mère sur quatre (Lavoie et Dumitru, 2011). Néanmoins, à six mois, la moitié des mères québécoises qui ont amorcé l’allaitement allaitent toujours leur bébé

(Lavoie et Dumitru, 2011). Tant au Québec qu'ailleurs au Canada, les taux d'allaitement diminuent avec l'âge de l'enfant. Les raisons invoquées par 49 % des mères ayant participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2009-2010 pour expliquer leur décision de ne pas amorcer l'allaitement comprenaient la préférence pour le biberon, la perception que les préparations commerciales pour nourrissons soient aussi bonnes que le lait maternel et la perception que l'allaitement au sein est peu attrayant ou dégoûtant (Lavoie et Dumitru, 2011). Pour les mères qui ont choisi d'amorcer l'allaitement, la raison principale pour expliquer leur décision de cesser l'allaitement est la perception d'un manque de lait (Lavoie et Dumitru, 2011).

**Tableau II.** Taux d'amorce de l'allaitement (%) au Canada, selon la province

	<b>1996- 1997 (1)</b>	<b>2000- 2001 (2)</b>	<b>2003 (3)</b>	<b>2005 (3)</b>	<b>2007 (3)</b>	<b>2009 (3)</b>	<b>2011 (3)</b>
<b>CANADA</b>	76,7	81,6	84,6	86,9	87,0	87,2	88,2
<b>Colombie- Britannique</b>	89,0	93,5	93,3	93,4	95,2	97,3	94,4
<b>Prairies</b>	88,0	–	–	–	–	–	
<b>Alberta</b>	–	89,4	91,3	92,7	92,5	92,4	93,5
<b>Saskatchewan</b>	–	86,7	87,3%	88,8	82,9	90,0	85,1
<b>Manitoba</b>	–	81,9	88,6	89,7	86,6	86,4	94,2
<b>Ontario</b>	81,2	82,8	87,0	87,8	88,5	87,7	87,0
<b>Québec</b>	57,7	72,6	76,5	82,7	82,3	81,7	88,6
<b>Maritimes</b>	65,3	–	–	–	–	–	
<b>Nouveau- Brunswick</b>	–	64,6	64,5	77,1	75,2	83,4	70,3
<b>Nouvelle- Écosse</b>	–	78,4	76,9	74,1	74,7	76,7	80,3
<b>Terre-Neuve et Labrador</b>	–	58,0	63,8	62,3	74,6	60,7	54,7
<b>Île-du-Prince- Édouard</b>	–	68,9	77,6	72,1	72,2	72,6	91,3

Sources : (1) Santé Canada, 2000; (2) Agence de la santé publique du Canada, 2008; (3) Statistique Canada, 2013

Depuis 2004, Santé Canada recommande l’allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie du bébé (Health Canada, 2004). Au Canada, le taux d’allaitement exclusif pendant six mois chez les mères qui ont donné naissance au cours des cinq années précédant l’enquête a augmenté entre 2003 et 2005, passant de 17,3 % à 20,3 %, puis il est demeuré stable par la suite, soit entre 2005 (20,3 %) et 2007-2008 (23,1 %) et entre 2007-2008 (23,1 %) et 2009-2010 (25,9 %) (Santé Canada, 2012). Au Québec, le taux d’allaitement exclusif a augmenté entre 2008 (17,9 %) et 2011 (22,6 %) (Statistique Canada, 2012).

L’accroissement des taux d’allaitement au Québec au cours 15 dernières années est remarquable, tel que noté au **Tableau II**. Les taux ont commencé à augmenter avec le début des actions gouvernementales spécifiques pour l’allaitement, comme l’instauration de l’allaitement comme priorité nationale de santé publique en 1997 (MSSS, 1997), la publication de la politique des LD en 2001 et l’inclusion de l’IAB, une des stratégies des LD visant à transformer les services de maternité pour mieux soutenir les mères, dans le PNSP 2003-2012(MSSS, 2003). La mise en place de l’IAB a d’ailleurs été associée avec une augmentation des taux d’allaitement, autant pour l’amorce, la durée et l’exclusivité (Hannula et coll., 2008).

Toujours en ce qui concerne l’IAB, la promotion et le soutien à l’implantation de cette initiative au Canada ont commencé avec la mise en place du Comité canadien pour l’allaitement (CCA), autorité nationale désignée par Santé Canada, l’OMS et l’UNICEF, en 1996. Le Canada possédait, au 28 juin 2012, 43 établissements certifiés Amis des bébés (voir le tableau III, ci-après). La majorité de ces établissements (n=28) sont localisés dans la province de Québec. C’est également au Québec qu’ont été agréés le premier hôpital (1999) et le premier centre de santé communautaire (2004) Amis des bébés au Canada.

**Tableau III.** Nombre des établissements Amis des bébés par province canadienne

	Québec (1)	Ontario(2)	Colombie-Britannique (2)	Saskatchewan (2)
<b>Hôpital</b>	3	3	2	
<b>Maison de naissance</b>	2			

<b>Centre de santé communautaire*</b>	15	9		1
<b>Centre de santé et de services sociaux(CSSS)**</b>	8			
<b>Total</b>	28	12	2	1

\* Centre local de services communautaires (CLSC) pour le Québec.

\*\* Les CSSS regroupent des CLSC, des centres d'hébergement publics ainsi que, dans certains cas, des hôpitaux. Pour qu'un CSSS soit certifié Amis de bébés, la totalité de ses installations doivent répondre aux critères d'évaluation.

Sources : (1) MSSS, 2012; (2) Comité canadien pour l'allaitement, 2012.

En date de 2011, quatre provinces au Canada possédaient une politique spécifique à l'allaitement formulée par le gouvernement provincial. Le Québec a été la première province à se doter d'une politique pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement, soit les LD publiées en 2001 (MSSS, 2001a) et faisant l'objet de la présente recherche. Les trois autres provinces à s'être dotées d'une politique en matière d'allaitement sont le Manitoba (Manitoba Health and Healthy Living, 2006), le Nouveau-Brunswick (New Brunswick Department of Health, 2006) et la Nouvelle-Écosse (Department of Health et Department of Health Promotion and Protection, 2006). Traduites en anglais par le gouvernement de la Saskatchewan (MSSS, 2001b), les LD ont été consultées à titre de référence au moins par la province de la Nouvelle-Écosse (Department of Health et Department of Health Promotion and Protection, 2006; Semenic et coll., 2012). Les LD québécoises ont également été une source d'inspiration en France pour l'élaboration de leur propre politique d'allaitement (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2002).

## **1.4 Sommaire de l'état de connaissances et questions de recherche**

Les données scientifiques montrent l'importance de l'allaitement au niveau individuel et au niveau populationnel. Devant ces données, les organismes internationaux responsables de la santé et des enfants, à savoir l'OMS et l'UNICEF, ont développé d'importantes stratégies afin d'engager et d'inviter les pays membres à créer des politiques nationales de protection, de promotion et de soutien de la pratique de l'allaitement. Plusieurs pays industrialisés ont adopté de telles stratégies et ils ont créé leur propre politique nationale en matière d'allaitement. Pour

sa part, le Canada n'a pas une telle politique étant donné que la santé est de juridiction provinciale. Néanmoins, en 2011, quatre provinces possédaient une politique gouvernementale en matière d'allaitement. Le Québec a fait preuve de leadership à ce sujet en étant la première province à développer et à mettre en œuvre une politique d'allaitement, soit celle qui fait l'objet de la présente recherche.

Malgré des progrès remarquables dans la pratique de l'allaitement au Québec et bien que la province soit un chef de file dans la création et l'implantation d'une politique concernant l'allaitement maternel, les taux d'allaitement y demeurent inférieurs aux recommandations de santé publique. Afin de proposer des pistes de solutions pour l'avenir, la présente étude fournit un regard rétrospectif pour mieux comprendre la façon dont la politique québécoise a été formulée de même que les dynamiques entre les acteurs concernés par sa mise en œuvre. Une meilleure compréhension de ces processus contribuera à la prise de décisions future pour, en fin de compte, rehausser les taux d'allaitement et faciliter l'émergence d'une culture d'allaitement dans la province. Plus spécifiquement, à titre de rappel, les questions de recherche qui ont guidé notre étude étaient les suivantes :

1. Comment les LD ont-elles été élaborées et déployées dans le temps?
2. Qui sont les acteurs et les événements clés qui ont influencé la formulation et la mise en œuvre initiale de cette politique?
3. Comment les différentes structures de concertation en allaitement mises sur pied au niveau provincial ont-elles contribué, à travers leurs décisions et leurs actions, à l'implantation des LD?

## **Chapitre 2. Cadre théorique**

Afin de comprendre et d'expliquer en profondeur les processus à l'étude ici, nous avons décidé d'adopter le cadre théorique proposé par la théorie institutionnelle. Dans les paragraphes qui suivent, nous résumons les principaux éléments de cette approche théorique pour, par la suite, présenter le cadre conceptuel que nous avons utilisé. Ce dernier tient compte tout particulièrement des processus d'entrepreneuriat et des phases de changement institutionnel.

### **2.1 Théorie institutionnelle**

La théorie institutionnelle est actuellement considérée comme étant l'une des perspectives les plus importantes pour comprendre le phénomène organisationnel (Greenwood et coll., 2008). Cette théorie nous permet une approche riche et complexe des organisations (Zucker, 1987) en nous aidant à comprendre les influences de l'environnement institutionnel sur les processus organisationnels (Oliver, 1991; Scott, 2004). Tel que noté par Scott (2004, p. 2):

« Institutional theory attends to the deeper and more resilient aspects of social structure. It considers the processes by which structures, including schemas, rules, norms, and routines, become established as authoritative guidelines for social behavior. It inquires into how these elements are created, diffused, adopted, and adapted over space and time; and how they fall into decline and disuse. »

#### **2.1.1. Influence des pressions environnementales sur les organisations**

À partir des années 1980, les institutionnalistes s'intéressent davantage à l'étude de l'influence des pressions environnementales sur les organisations. Les pressions exercées par l'environnement font en sorte que les organisations tendent à être similaires, tant au niveau de leur structure que de leurs pratiques (Powell et DiMaggio, 1983). La dynamique institutionnelle renvoie alors à la reproduction ou à l'imitation des structures organisationnelles et des activités afin répondre aux pressions environnementales du champ

organisationnel (Oliver, 1991). Deux des raisons évoquées pour expliquer cette convergence vers l'homogénéisation des organisations d'un même champ organisationnel sont (i) la bureaucratie et (ii) la croissance de la rationalisation de l'état et des professions développées durant le XXe siècle (Powell et DiMaggio, 1983; DiMaggio et Powell, 1991).

La théorie institutionnelle est très riche en concepts. Ainsi, selon Zucker (1987), la notion de **champ organisationnel** renvoie à l'ensemble des organisations qui partagent le même environnement institutionnel. DiMaggio et Powell (1991, p. 64-65) le définissent comme suit :

« By organizational field we mean those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products. »

Ce sont donc les organisations qui composent un champ organisationnel particulier qui tendent à avoir des caractéristiques plus similaires (Powell et DiMaggio, 1983).

Le concept utilisé pour référer au processus d'homogénéisation du champ organisationnel de façon à faire face à l'influence et aux pressions environnementales est, dans la perspective de la théorie institutionnelle, l'**isomorphisme** (DiMaggio et Powell, 1991). L'isomorphisme institutionnel est ainsi le processus de modification que l'organisation traverse afin d'augmenter sa compatibilité avec les caractéristiques de l'environnement et de s'adapter aux pressions exercées par ce dernier (DiMaggio et Powell, 1991).

Les auteurs Powell et DiMaggio (1983; DiMaggio et Powell, 1991) ont identifié trois sources de pressions vers l'isomorphisme. Ces trois sources de pressions, à savoir coercitives, mimétiques et normatives, orientent le comportement des acteurs vers des pratiques semblables. Les pressions **coercitives** sont exercées par l'acteur qui détient une autorité formelle pour faire respecter des règles et des lois, par exemple l'État. Les pressions **mimétiques** sont une force qui incite l'imitation des semblables. Ainsi, une organisation se (re)modèle en prenant comme exemple d'autres organisations de son champ organisationnel qui ont déjà obtenu de la reconnaissance ou du succès. Finalement, les pressions **normatives**

sont associées avec la professionnalisation qui, elle, est responsable de l'établissement des standards pour les comportements à suivre dans le domaine.

Bref, la théorie institutionnelle nous aide à comprendre et à expliquer le processus d'institutionnalisation des organisations. Celles-ci, soumises à des pressions et à des contraintes issues de leur contexte institutionnel, adaptent leur structure et leurs activités d'une façon menant à la convergence des pratiques organisationnelles (Powell et DiMaggio, 1983; Oliver, 1991; Batillana, 2006).

À partir de la fin des années 1980, l'intérêt des chercheurs institutionnalistes pour l'étude de la variation (ou de l'hétérogénéité) et le changement institutionnel a grandi (Dacin et coll., 2002). Suite à la remarque de DiMaggio (1988) selon laquelle la théorie institutionnelle devrait intégrer le concept d'**agent de changement** (en anglais « *agency* »; « *the capacity to "make a difference" in one's situation* » (Scott, 2004, p.12), les institutionnalistes souhaitent de plus en plus comprendre le rôle que jouent des individus et des organisations dans le changement institutionnel (Batillana, 2006). Cette nouvelle tendance dans l'institutionnalisme organisationnel a été matérialisée par l'apparition de nouveaux sujets d'intérêt tels que l'étude du changement institutionnel et celle de l'entrepreneuriat institutionnel.

Dans la prochaine section, nous présentons quelques caractéristiques des entrepreneurs organisationnels et de leur influence dans le changement institutionnel.

### **2.1.2. Entrepreneur et changement institutionnel**

L'**entrepreneuriat institutionnel** a été défini ainsi : « *the activities of actors who have an interest in particular institutional arrangements and who leverage resources to create new institutions or to transform existing ones* » (Maguire et coll., 2004, p. 657). Par conséquent, les entrepreneurs institutionnels sont des acteurs à qui le changement institutionnel est attribué (Hardy et Maguire, 2008). Ce concept permet alors, à l'intérieur de la théorie institutionnelle, de comprendre et de mettre de l'avant l'acteur, qu'il soit un individu ou un collectif, comme une source possible du changement (Batillana, 2006).

Pour mieux comprendre l'entrepreneuriat institutionnel, Batillana (2006) a utilisé comme niveau d'analyse les facteurs et les conditions individuels qui peuvent favoriser ou empêcher une personne à agir comme un entrepreneur institutionnel.

« Only individuals who somehow break with the rules and practices associated with the dominant institutional logic(s) and thereby develop alternative rules and practices can be regarded as institutional entrepreneurs. » (Batillana, 2006, p. 657)

D'après Batillana (2006), la **position sociale** d'un acteur dans l'organisation et dans son champ organisationnel est un facteur important pour l'inciter à agir comme entrepreneur. Cette auteure utilise la conceptualisation de champ organisationnel de Bourdieu : « *fields are structured systems of social positions within which struggles take place between individuals over resources, stakes, and access* » (Batillana, 2006, p. 659). La position sociale que l'acteur occupe lui donne différents types d'accès aux ressources rares, à la légitimité, à l'autorité, au contrôle et à la prise de décisions (Batillana, 2006).

En outre, les stratégies adoptées et les actions posées par les individus ou les organisations dans leur champ organisationnel constituent toujours une activité politique (Maguire et coll. 2004; Levy et Scully, 2007). Selon Maguire et collaborateurs (2004, p.658), « *[i]nstitutional change is thus a political process that reflects the power and interests of organized actors* ».

Les processus d'entrepreneuriat institutionnel sont intimement liés au **changement institutionnel** (Batillana, 2006); certains auteurs les considèrent même comme des processus équivalents (Maguire et coll., 2004; Batillana, 2006). Selon Dacin et coll (2002, p. 48), le changement institutionnel :

« [c]an proceed from the most micro interpersonal and suborganizational levels to the most macro societal and global levels. It can take place in relatively brief and concentrated periods or over time measured in decades or centuries. And it can take place incrementally, so that observers and participants are hardly aware of any change, or abruptly, in dramatic episodes that present large discontinuities with former patterns. »

L'étude du changement institutionnel peut alors être abordée à partir de divers points de vue (Leblebici et coll., 1991; Greenwood et coll., 2002). À cet égard, une attention particulière a été portée par les institutionnalistes sur l'étude des différentes **phases ou étapes du changement institutionnel** (p. ex. Oliver, 1991; Tolbert et Zucker, 1995; Greenwood et coll., 2002). Parmi eux, Hargrave et Van de Ven (2006) conceptualisent le processus du changement institutionnel comme évoluant sur trois périodes – l'émergence, l'élaboration et la mise en œuvre ou la convergence – et ils proposent un **modèle d'action collective** du changement institutionnel.

Le modèle d'action collective vise à expliquer le processus d'émergence des nouveaux arrangements institutionnels à partir de la compréhension des interactions entre les différents acteurs. Le changement institutionnel est vu « *as a dialectical process in which partisan actors espousing conflicting views confront each other and engage in political behaviors to create institutions* » (Hargrave et Van de Ven, 2006, p. 864). C'est un modèle qui explique le changement à partir des concepts du conflit, du pouvoir et du comportement politique. De cette façon, une personne ou un groupe (l'entrepreneur) qui perçoit un besoin de changement pour résoudre un problème reconnaît qu'il n'a pas toutes les ressources et le pouvoir pour faire seul le changement, donc cet entrepreneur s'organise pour mobiliser d'autres acteurs du champ organisationnel afin de créer un réseau des personnes qui possèdent des sources de pouvoir différentes et qui sont aussi intéressées au changement (Hargrave et Van de Ven, 2006).

Le modèle de l'action collective est complémentaire à d'autres modèles de changement institutionnel, en l'occurrence celui de la conception (*design*), celui de l'adaptation et celui de la diffusion institutionnelle. La plus grande contribution de Hargrave et Van de Ven (2006) a été l'association de chacun de ces modèles à une étape déterminée du processus de changement institutionnel. Comme nous pouvons le noter: « *[t]he four models of institutional change can be thought of not only as alternative perspective on a single phenomenon but also as representing different temporal phases of one complete institutional change process* » (Hargrave et Van de Ven, 2006, p. 882). Ainsi, chaque modèle joue un rôle dominant dans une période ou étape du changement. Ces étapes sont l'émergence, le développement et

l'implantation ou la convergence. Étant donné que le modèle de l'action collective est complémentaire aux trois autres modèles, nous pouvons trouver ces éléments (conflit, pouvoir et comportement politique) dans chacune des étapes du changement institutionnel.

La première étape, la phase d'émergence, est cohérente avec la perspective du modèle de la conception institutionnelle (*design*), où l'entrepreneur annonce son intention de développer une nouvelle pratique ou de transformer celle qui est existante. Il s'agit du début de la période où l'organisation prendra connaissance de cette intention et il pourra alors survenir un conflit inter organisationnel. Dans la phase d'émergence, les ressources ne sont pas encore mobilisées ou organisées pour changer le champ organisationnel (Hargrave et Van de Ven, 2006). Dans la phase de développement, les différents acteurs sont déjà mobilisés et engagés dans la discussion entourant le déploiement du processus du changement. Les acteurs mettent alors en commun leurs ressources et leurs différentes sources de pouvoir afin d'exposer leurs perspectives et leurs intérêts respectifs relativement à la proposition de changement (Hargrave et Van de Ven, 2006). Enfin, la dernière étape du changement est identifiée comme la phase de l'implantation ou de la convergence. Cette phase est mieux représentée par les modèles de l'adaptation et de la diffusion. Dans cette phase, le conflit diminue et la synthèse de la phase antérieure, soit celle du développement, est présentée comme étant légitime et pouvant être implantée, car elle a été acceptée par les acteurs en présence (Hargrave et Van de Ven, 2006).

Outre les acteurs, les modèles et les phases du changement institutionnel, il apparaît également important de comprendre les stratégies adoptées par les différents acteurs (entrepreneurs). À ce titre, et à cause de l'importance énorme de la dynamique de pouvoir dans les champs organisationnel, nous considérons important de prêter une attention particulière au répertoire des **stratégies d'engagement** que de multiples intervenants dans un champ organisationnel peuvent adopter pour favoriser le changement ou y résister (Hardy et Phillips, 1998). L'une ou l'autre de ces stratégies sera adoptée par différents acteurs en vertu de leurs **attributs de pouvoir**, à savoir leur **autorité formelle**, leur **contrôle sur des ressources essentielles** et leur **légitimité discursive** (Hardy et Phillips, 1998). Ces stratégies

sont cohérentes avec le modèle d'action collective, car le pouvoir est l'un des éléments clés de ce modèle (Hargrave et Van de Ven, 2006).

L'autorité formelle est le pouvoir qu'une organisation, comme le gouvernement, possède. C'est la reconnaissance de la légitimation de l'organisation à prendre les décisions. Disposer des ressources rares, comme l'expertise, l'argent, l'information, est aussi une source de pouvoir. Et dernièrement, la légitimité discursive est caractérisée par la capacité de représenter les autres et de parler en leur nom (Hardy et Phillips, 1998).

Afin de décrire les dynamiques de pouvoir d'un champ organisationnel, il faut identifier qui possède l'autorité formelle, qui a les ressources rares et qui est capable d'avoir de la légitimité discursive dans ce champ. De cette façon, ces trois sources de pouvoir nous permettent d'analyser les interactions du champ organisationnel :

« Thus, when one organization is “dependent” on another, we should not simply assume that a resource-dependency relationship binds the two; we must also consider who has formal authority and who has discursive legitimacy. Different patterns of power distribution have profound implications for the way in which the domain evolves. » (Hardy et Phillips, 1998, p. 219)

Par le biais de leur étude empirique, Hardy et Phillips (1998) identifient quatre différentes stratégies d'engagement : deux de caractère coopératif, soit la collaboration et la conformité, et deux de conflit, soit la contention et la contestation. La **collaboration** concerne le partage de pouvoir. Lorsque cette stratégie est adoptée, les partenaires mettent à contribution leurs attributs de pouvoir respectifs afin de résoudre les problèmes communs. Dans ce cas, la stratégie de riposte serait une réciprocité collaborative :

« Collaboration operates on a model of shared power. In collaboration, problem-solving decisions are eventually taken by group of stakeholders who have mutually authorized each other to reach a decision. Thus, power to define the problem and to propose a solution is effectively shared among the decision makers (Gray, 1989, p. 119). » (cité dans Hardy et Phillips, 1998, p. 224)

Au contraire, dans un mode de **conformité**, le pouvoir n'est d'aucune façon partagé, quoique les partenaires travaillent toujours ensemble. Dans ce cas, « [...] *power is neither shared nor is participation, strictly speaking, voluntary. Instead of the reciprocal relations we*

*find in collaboration, the dominant partner uses its power to regulate weaker parties which have no choice but to cooperate* » (Hardy et Phillips, 1998, p. 224). Par conséquent, l'acteur le plus puissant adoptera la régulation comme stratégie de riposte, afin de prévenir des menaces possibles de la part du partenaire le moins puissant.

D'un autre côté, la dynamique de conflit dans le champ organisationnel survient lorsque les partenaires ont des intérêts différents et qu'ils démontrent des comportements non compatibles. Dans l'un des scénarios conflictuels possibles, les attributs de pouvoir sont distribués de manière diffuse entre les partenaires, et ainsi, la toile des relations de pouvoir apparaît très complexe. Dans ce contexte, un des partenaires insatisfaits avec la distribution du pouvoir dans son champ organisationnel peut adopter des positions adverses par rapport à tous les autres acteurs présents dans le champ, un comportement qui pourrait générer une stratégie de marginalisation pour prévenir la menace causée par l'acteur en conflit (**contention**<sup>5</sup>) (Hardy et Phillips, 1998). Lorsque l'autorité formelle et les ressources sont plus manifestement concentrées dans les mains de l'un des partenaires institutionnels, une stratégie oppositionnelle (**contestation**) peut être démontrée par d'autres acteurs qui détiennent aussi certains attributs de pouvoir; l'acteur le plus puissant aura alors ici tendance à choisir ses partenaires afin d'éviter les menaces (Hardy et Phillips, 1998).

## **2.2 Utilisation de la théorie institutionnelle pour mieux comprendre la formulation et l'implantation initiale des LD du Québec : notre cadre conceptuel**

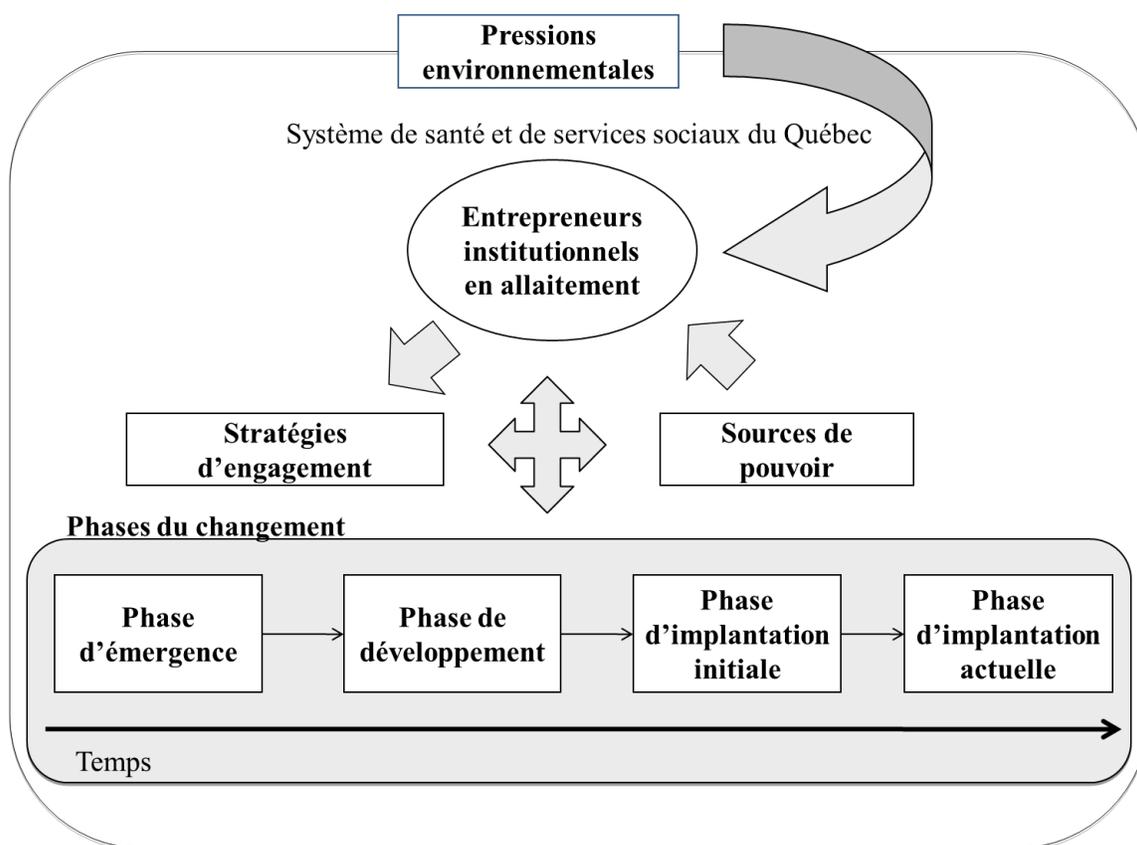
Les concepts de base de la théorie institutionnelle que nous venons d'exposer nous ont permis de construire le cadre conceptuel qui nous aidera à comprendre les enjeux relatifs au processus d'émergence, de développement et d'implantation des LD au Québec (voir la figure 1, p. 27). Ainsi, plusieurs pressions environnementales à l'égard de l'allaitement se sont fait sentir dans le **domaine institutionnel** de la santé au Québec : (i) l'accumulation de

---

<sup>5</sup> La contention réfère au comportement ou à l'attitude des autres « membres » du champ organisationnels qui agissent de façon à marginaliser l'acteur en conflit.

données scientifiques soutenant que l'allaitement est la façon optimale de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants (p. ex., Beaudry et coll., 2006; Horta et coll., 2007; Ip et coll., 2007; American Academy of Pediatrics, 2012); (ii) la position politique des organismes internationaux en santé qui priorisent clairement la pratique de l'allaitement, de même que les stratégies mises de l'avant pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement à l'échelle mondiale (OMS, 1981; OMS et UNICEF, 1990; OMS, 2003; WHO et UNICEF, 2009); et (iii) les données statistiques qui signalaient, au milieu des années 1990, que le Québec détenait des taux d'allaitement parmi les plus bas au Canada (Santé Canada, 2000).

**Figure 1.** La théorie institutionnelle dans la compréhension de l'élaboration et de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement au Québec



Sous l'influence de ces pressions environnementales, des entrepreneurs institutionnels, individuels ou collectifs (Hardy et Maguire, 2008), ont mobilisé leurs sources de pouvoir (autorité formelle, possession des ressources rares ou légitimité discursive), puis ils ont adopté

des comportements particuliers (stratégies d'engagement) afin de favoriser le changement institutionnel ou d'y résister (Hardy et Phillips, 1998), en vue de l'augmentation des taux d'allaitement dans la province.

Les décisions, les actions et les échanges entre les différents entrepreneurs institutionnels ont évolué dans le temps. Nous parlons alors de différentes phases du changement ou d'étapes du processus historique de l'évolution des LD, à savoir les phases d'émergence, de développement et d'implantation des LD et la phase d'implantation actuelle. À l'intérieur de la présente étude, la transition d'une phase à l'autre a été déterminée par certains événements marquants (voir la section Résultats, p. 40) qui ont eu lieu à l'intérieur du domaine institutionnel examiné.

## **Chapitre 3. Méthodologie**

Cette recherche est une étude de cas unique. Le cas examiné est la politique intitulée L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices (LD). Dans ce chapitre, nous allons d'abord présenter en détail le devis de recherche choisi de même que le cas en question et son contexte particulier. La stratégie d'échantillonnage des participantes sera ensuite présentée, puis nous précisons les méthodes utilisées pour la collecte et l'analyse de données. En dernier lieu, les stratégies utilisées pour assurer la rigueur de cette recherche qualitative et les considérations éthiques liées à celle-ci seront présentées.

### **3.1 Devis de recherche**

Comme noté précédemment, nous avons choisi l'étude de cas comme stratégie de recherche dans cette investigation. Plus particulièrement, il s'agit d'une étude de cas de nature qualitative (interprétative) de type intrinsèque (Stake, 1995), le cas examiné étant les LD. Le devis est longitudinal rétrospectif, puisque nous nous intéressons à un cas spécifique et complexe qui mérite d'être exploré en profondeur, et ce depuis son émergence. De plus, cette approche apparaît optimale pour analyser le rôle des acteurs clés et pour dessiner la chronologie des événements et des activités qui ont permis l'évolution des LD. La période couverte par la présente étude s'étend ainsi des premières actions ayant menées à la formulation des LD jusqu'au dépôt du rapport intérimaire au FRQSC.

### **3.2 Présentation du cas : les lignes directrices en allaitement maternel au Québec**

Publiées en 2001, les LD ont été développées par un groupe de personnes issues des trois paliers de gestion en santé (local, régional et provincial) et reconnues pour leur expertise en allaitement, afin de définir le cadre institutionnel de cette pratique en santé au Québec. Les LD s'adressent aux administrateurs, aux professionnelles et aux intervenantes de la santé qui

travaillent en périnatalité. Son but ultime est d'assurer l'excellence au regard de l'information transmise à la population et d'optimiser le soutien aux familles concernant l'allaitement.

D'une manière générale, le document fait un survol des bienfaits de l'allaitement et des actions pour l'allaitement au niveau mondial et provincial. Il présente également un portrait général de la situation de la pratique de l'allaitement au Québec et les conditions qui peuvent la favoriser. La publication de ce document représente aussi la prise de position officielle du gouvernement provincial pour l'allaitement.

Les LD proposent des objectifs, des principes et des stratégies pour guider l'action et pour favoriser l'allaitement maternel. Son objectif général est fondé sur l'augmentation de l'amorce et de durée de l'allaitement, à savoir :

« [Q]ue d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et de 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an. » (MSSS, 2001a, p. 7)

Les objectifs intermédiaires des LD portaient sur : (i) l'instauration d'un système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte; (ii) l'engagement du MSSS et des établissements à mettre en place les conditions nécessaires (temps, espace et soutien) pour favoriser l'allaitement parmi les membres de leur personnel; (iii) l'implantation de l'IAB dans les services de maternité et les CLSC; (iv) la mise en place de groupes de soutien à l'allaitement dans chaque région; et (v) l'augmentation des taux de l'allaitement exclusif.

Les LD se basent sur les principes de protection, de soutien et de promotion (ou d'encouragement) de l'allaitement, c'est-à-dire respectivement : (i) la mise en place de mesures sociales contribuant à protéger l'allaitement contre les interférences externes (p. ex., des mesures comme un congé de maternité, des garderies en milieu de travail, le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel); (ii) le soutien des mères qui allaitent, sur le plan des ressources personnelles et communautaires nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs; et (iii) la prédisposition favorable de la population par rapport à l'allaitement.

Afin de concrétiser les objectifs et les principes décrits plus haut, quatre stratégies ont été élaborées. Tel que précisé dans les LD :

« [L]es stratégies proposées visent à ce que toutes les mères québécoises aient la possibilité d'allaiter et de prendre une décision éclairée à ce sujet après avoir reçu une information complète, et à ce que les familles reçoivent le soutien et l'encouragement approprié dans un milieu qui favorise l'allaitement au sein » (MSSS, 2001a, p. 7).

La première et la principale de ces stratégies est l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB). L'IAB est reconnue mondialement et elle a permis à plusieurs pays d'augmenter leurs taux d'allaitement. La deuxième stratégie vise l'« *organisation du soutien à l'allaitement afin d'offrir une aide concrète aux femmes dès leur sortie du centre hospitalier* » (MSSS, 2001a, p. 8). La troisième vise à mettre en œuvre un système efficace de suivi des taux d'allaitement au Québec. Enfin, la quatrième et dernière stratégie repose sur le pouvoir d'influence que le MSSS, les établissements et les intervenantes doivent exercer pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger (p. ex., les autres ministères).

Basées sur ces principes et ces stratégies, les LD guident et définissent les actions prioritaires à être développées en fonction de la responsabilité de chaque palier de service, à savoir provincial (MSSS), régional (directions de santé publique) et local (établissements, professionnelles de la santé, groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement). Généralement, ces actions prioritaires visent à améliorer la santé et le développement des enfants et à atteindre l'objectif d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement au Québec.

En somme, le MSSS, par le biais du groupe de travail sur les LD, a produit un document détaillé qui s'appuie sur des connaissances scientifiques et sur les recommandations et les initiatives mondiales pour : (i) énoncer des objectifs; (ii) définir les moyens qui permettront de les atteindre; (iii) proposer des pistes d'action stratégiques; et (iv) proposer des modalités de soutien à l'implantation des stratégies et de leurs résultats.

### 3.3 Stratégie d'échantillonnage des participantes

En accord avec notre perspective qualitative, les participantes à notre étude étaient des personnes qui disposaient de connaissances historiques approfondies sur le processus d'élaboration et d'implantation des LD et qui, par conséquent, pouvaient constituer la meilleure source de données possible pour notre étude (*purposerful sampling*) (Patton, 2002). Dans un premier temps, nous avons considéré comme participantes potentielles à notre étude les personnes suivantes :

- les personnes, les professionnelles et les gestionnaires qui ont participé à l'écriture des LD;
- les personnes, les professionnelles et les gestionnaires qui ont participé à un ou plusieurs mécanismes de concertation;
- les professionnelles et les gestionnaires qui ont reçu le mandat de responsables du dossier allaitement au niveau ministériel.

De plus, nous avons visé la diversification interne de l'échantillon afin de refléter la diversité des points de vue entre les différents groupes engagés dans le processus d'élaboration et d'implantation des LD. En effet, selon Pires (1997, p. 155), le principe de diversification pour l'échantillonnage permet de « *donner le panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche* ». Ainsi, nous avons porté une attention particulière pour inclure des participantes appartenant à tous les paliers du domaine institutionnel, soit les paliers local, régional et provincial<sup>6</sup>, de même qu'à différentes disciplines.

En tenant compte de ces critères et afin de mieux cibler les participantes à l'étude, nous avons utilisé les stratégies d'échantillonnage des informateurs clés et de boule de neige pour identifier et recruter les participantes. Ainsi, dans un premier temps, nous avons utilisé, à titre d'informateur clé, une collaboratrice de notre équipe de recherche qui était engagée dans le

---

<sup>6</sup> À l'intérieur de la présente étude, les participantes du palier local comprennent des représentantes de groupes et d'organismes d'entraide et de soutien à l'allaitement (GOESA), des marraines d'allaitement, des consultantes en lactation, de professionnelles de la santé et de chercheuses universitaires. Au palier régional, il s'agit de répondantes régionales en allaitement et au palier provincial, de gestionnaires et de professionnelles du MSSS.

dossier allaitement, afin d'obtenir la chronologie des événements importants et une liste initiale d'acteurs clés. Une représentante ministérielle connaissant bien les LD nous a également fourni une première liste des personnes à interviewer, liste qui a par la suite été complétée par la méthode d'échantillonnage en boule de neige (Patton, 2002). Enfin, le recrutement de membres et ex-membres de comités nationaux a été réalisé à travers les listes de membres de chaque comité.

De cette manière, nous avons finalement recruté un total de 25 personnes ayant participé activement à l'élaboration et à la mise en œuvre initiale des LD. Ces personnes comprennent des acteurs engagés de différentes façons dans le domaine d'allaitement, à savoir des chercheuses, des représentantes d'organismes communautaires en allaitement, des marraines d'allaitement, des consultantes en lactation, des gestionnaires au niveau ministériel, des répondantes régionales en allaitement, des professionnelles de la santé (p. ex., médecins, infirmières et nutritionnistes).

Les participantes potentielles ont été invitées à participer de notre étude à travers une lettre envoyée par courriel par la candidate à la maîtrise ou une coordonnatrice de recherche afin de présenter l'étude (voir les textes d'invitation à l'annexe 1). Leur participation étant volontaire, les personnes ainsi contactées avaient ensuite le loisir d'accepter ou non de participer à cette recherche.

### **3.4 Méthodes de collecte de données**

Pour réaliser la collecte de données, nous avons eu recours à différentes sources d'information afin de documenter l'histoire des LD et d'améliorer notre compréhension de ce processus. Essentiellement, nous avons utilisé deux sources de données, soit des entretiens et l'analyse documentaire.

La principale méthode de collecte utilisée dans cette étude était des entretiens, surtout individuels, mais aussi de groupe. Ainsi, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-structurés (Kvale, 1996) avec des informateurs clés qui ont participé à la formulation et à l'implantation des LD. Les guides d'entretien, présentés à l'annexe 2, ont été élaborés à l'aide

de notre cadre conceptuel de façon à couvrir toutes les dimensions théoriques importantes pour l'étude (Patton, 2002). Ceci étant dit, durant nos entretiens avec les participantes, nous avons également pris soin d'encourager la discussion sur les sujets considérés comme étant importants pour eux, mais qui pouvaient ne pas avoir été envisagés *a priori*. Un total de 17 entrevues semi-structurées ont été réalisées entre le 13 octobre 2009 et le 11 février 2010 auprès des personnes identifiées comme ayant des connaissances historiques approfondies sur l'élaboration et l'implantation des LD (sept avec des acteurs clés du processus historique des LD, cinq avec des membres du comité d'agrément pour l'IAB [CAIAB] et cinq avec des membres du comité québécois en allaitement [CQA] ou de la table de consultation en allaitement [TCA]).

Nous avons également utilisé l'entretien de groupe dans le cadre de cette étude. Plus spécifiquement, nous avons mené un groupe de discussion focal (*focus groups*) (Krueger et Casey, 2000) avec des membres de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM) en février 2010, afin d'obtenir de l'information détaillée sur l'émergence de cette table et sur sa fonction ainsi que la fonction des divers comités nationaux qui ont été mis en place. Huit répondantes régionales en allaitement ont participé à ce groupe de discussion. Au départ, il était prévu de tenir un deuxième groupe de discussion avec des membres du CQA et de la TCA. Cependant, trop peu de personnes s'étaient inscrites pour y participer. Nous avons donc convoqué à un entretien individuel les membres qui souhaitaient participer à la recherche. L'exemple du texte d'invitation que nous avons envoyé est disponible à l'annexe 1.

De façon générale, les groupes de discussion de type groupe focal permettent de trouver les points de convergence et de divergence entre les participants à l'égard du sujet discuté, d'observer l'interaction entre les participants et leurs attitudes lorsque les autres parlent, d'identifier la culture et les valeurs du groupe et le partage de connaissances de même que de valider les résultats des entrevues dans un deuxième temps (Kitzinger, 2000). De plus, « *The idea behind the focus group method is that group process can help people to explore and clarify their views in ways that could be less easily accessible in a one-on-one interview* » (Kitzinger, 2000, p. 21).

Notre groupe de discussion a été animé par un modérateur (l'une des chercheuses responsables de cette étude) de façon à guider la discussion. Trois observatrices étaient également présentes pour prendre des notes pendant la discussion et pour permettre ensuite la triangulation des observations (Krueger et Casey, 2000).

Les entrevues individuelles et le groupe de discussion ont été enregistrés afin de permettre leur transcription, et ainsi la collecte de données en cherchant à maintenir la perspective et l'exactitude des propos des personnes interviewées par le biais des verbatim. Ainsi, les entretiens ont été transcrits intégralement avec l'objectif de garantir la meilleure qualité des données pour l'analyse. Il est à noter qu'aucun code n'a été utilisé pour identifier les citations afin de préserver l'anonymat des participantes.

Enfin, les données obtenues par le biais des entrevues individuelles et par le groupe de discussion ont été complétées par une révision générale de documents d'archives pertinents (c.-à-d., des procès-verbaux de réunions de planification ou de réunions de comités, des pièces justificatives, des documents publics comme des énoncés de politiques, des ébauches des LD et des documents personnels comme courriels), organisés par événement et par date en vue de mieux garantir la validation des données (triangulation) et de compléter l'information pour la description du cas examiné (Green et Thorogood, 2009; Berg, 2001).

Les données ont été recueillies jusqu'à la saturation empirique (Patton, 2002). Selon ce principe, il n'est plus nécessaire d'ajouter de nouvelles données quand ces dernières ne fournissent plus de nouveaux éléments à la recherche (Boutin, 2000).

### **3.5 Méthodes d'analyse de données**

Plusieurs stratégies d'analyse des données qualitatives ont été utilisées dans le cadre de cette étude. Premièrement, et avec le support du logiciel ATLAS.ti, les verbatim de tous les entretiens ont été codifiés suivant une approche déductive-inductive. Une première liste de codes a été élaborée par la candidate à la maîtrise, sous l'étroite supervision de sa directrice de recherche, en s'inspirant de notre cadre conceptuel (approche déductive). Cette liste initiale de codes a ensuite été validée et enrichie au fur et à mesure que l'analyse avançait (approche

inductive). Cette codification a permis l'identification des thèmes récurrents (*patterns*) dans l'ensemble de données collectées (Braun et Clarke, 2006).

L'analyse thématique ainsi réalisée, complétée par la lecture approfondie des documents recueillis, nous a permis d'utiliser la stratégie narrative décrite par Langley (1999). Cette stratégie permet la construction détaillée de l'histoire à travers le temps avec un accent particulier sur le contexte, soit le *temporal bracketing*. Nous avons ainsi utilisé cette stratégie afin de clarifier la séquence logique de notre étude, en organisant nos données à partir de la description et de la mise en contexte des événements et des prises de décisions (Langley, 1999). Selon Langley (1999), il s'agit d'une bonne stratégie à utiliser avec un ou plusieurs petits cas. Nous l'avons également choisie pour nous permettre d'offrir un portrait complet et exact de l'histoire et des acteurs clés des LD.

### **3.6 Considérations éthiques**

Avant le début du travail de terrain, le protocole de recherche de la présente étude ainsi que le matériel associé ont été revus et approuvés par le comité d'éthique GEN (Genetics/Population Research/Investigator Initiated Studies) du Centre universitaire de santé McGill – Hôpital général de Montréal, le 7 août 2009. Les formulaires de consentement utilisés pour les entrevues individuelles et le groupe de discussion sont disponibles à l'annexe 3.

Les participantes potentielles ont ensuite été invitées par courriel à participer à une entrevue individuelle ou au groupe de discussion. Un exemple de texte d'invitation que nous avons envoyé est disponible à l'annexe 1. Dans ce courriel, nous avons fourni l'information pertinente au projet de recherche. Les personnes intéressées à participer à un entretien individuel ont elles-mêmes communiqué avec la candidate à la maîtrise, par téléphone ou par courriel, afin de prévoir un rendez-vous. Pour les personnes invitées au groupe de discussion, un lien vers un sondage Doodle était inclus dans le courriel d'invitation afin de leur permettre de choisir entre deux dates disponibles pour participer au groupe de discussion. Aucune pression n'a été exercée afin d'obtenir la collaboration et la participation des participantes

potentielles. Toutes les personnes invitées étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Enfin, il est important de souligner qu'en raison des caractéristiques de notre étude, nous avons pris grand soin de préserver l'anonymat des participantes tout au long du processus de recherche. Cependant, malgré tous nos efforts, trois participantes pourraient être identifiables par certains lecteurs, et ce en raison du rôle clé qu'elles ont joué dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique examinée. Nous avons ainsi communiqué avec chacune de ces personnes afin d'obtenir leur permission avant de diffuser les résultats de cette étude. Après avoir lu le rapport préliminaire de résultat qui leur a été remis à l'été 2011, aucune de ces trois participantes n'avait d'objection à signer le formulaire de consentement nous permettant de diffuser nos résultats (voir le formulaire de consentement à l'annexe A3.3).

## **Chapitre 4. Résultats**

Dans cette section, nous présentons les résultats obtenus avec le matériel empirique recueilli lors de l'étude. Suivant les principales dimensions du cadre conceptuel que nous avons adopté pour l'étude (décrit à la section 2.2, p. 26), nous décrivons notamment le contexte et les phases du changement institutionnel survenues lors de l'émergence, de l'élaboration et de la mise en œuvre des LD en allaitement dans le système de santé et services sociaux de la province de Québec. Pour chacune de ces phases, nous mettons l'accent sur les processus et les événements clés qui ont marqué l'élaboration et l'implantation de la politique en matière d'allaitement maternel au Québec. De plus, nous présentons les acteurs (c.-à-d., les entrepreneurs institutionnels) qui ont joué un rôle essentiel dans chacune de ces phases, en examinant particulièrement leurs attributs de pouvoir respectifs de même que leurs comportements stratégiques durant les périodes examinées.

### **4.1 De 1977 à 1997 : phase d'émergence**

Cette phase correspond à la période antérieure à la création du groupe de travail pour l'élaboration et la formulation des LD, laquelle est survenue en 1997. D'après les données recueillies, le début de cette période remonte jusqu'à 20 ans auparavant.

#### **4.1.1 Contexte institutionnel**

La période antérieure à la formulation des LD a été ponctuée par différentes initiatives visant à améliorer la condition des femmes dans la province de Québec. À cet égard, le premier service pour la Condition féminine fut implanté en 1981 au MSSS. Quelques années plus tard, au début des années 1990, Québec amorçait la mise en œuvre des centres de naissance et des chambres de naissance dans des centres hospitaliers, dans le but d'offrir aux nouvelles mères des services de maternité plus humains. À cette époque, l'allaitement était principalement soutenu par les organismes communautaires. Tel qu'exprimé par l'une des personnes interrogées dans le cadre de cette étude :

« Il y avait un vide, il y avait un vide! Il n'y avait pas beaucoup de choses qui se faisaient à part de ça [groupes d'entraide]. Il ne faut jamais oublier... Je pense que l'allaitement a survécu au Québec... c'était beaucoup grâce aux groupes d'entraide : Ligue La Leche, Nourri-Source... Je ne peux pas tout nommer, mais il y a beaucoup de groupes d'entraide au Québec. Et je pense que toutes les femmes qui allaitaient et qui donnaient du soutien aux autres ont été beaucoup plus importantes, dans ces années-là, que le système de santé. »

Au début des années 1990, la première Politique de périnatalité, intitulée Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif, fait néanmoins mention de l'allaitement maternel (MSSS, 1993). Ce document marque le début de l'intérêt formel des décideurs politiques pour le dossier de l'allaitement. Tel que souligné lors de nos entretiens :

« On peut dire que dans la Politique de péri de '93, la thématique de l'allaitement y était déjà... Et c'est de là que je pense qu'a démarré l'intérêt plus pointu pour l'allaitement [au niveau politique], et que quelques années plus tard on s'est penchées sur des lignes directrices en allaitement. »

À la suite de la Politique de périnatalité de 1993, un pas important a été franchi en matière d'allaitement avec la publication, en 1997, des Priorités nationales de santé publique (1997-2002). Celles-ci rendaient explicite la préoccupation du MSSS à l'égard des très bas taux d'allaitement dans la province : 47,7 % à la sortie des services de maternité en 1993 (Levitt et coll., 1995). Alors, le MSSS établit des objectifs à atteindre pour 2002, soit un taux de 80 % pour l'amorce de l'allaitement et des taux d'allaitement de 60 % et de 30 % respectivement au troisième et au quatrième mois de vie de l'enfant (MSSS, 1997). Cependant, malgré cette préoccupation politique, les moyens explicites pour atteindre ces objectifs n'étaient pas mis en avant dans le document.

Pendant ce temps, des professionnelles de la santé engagées envers l'allaitement participaient, à titre individuel, aux activités relatives à l'allaitement organisées soit par des institutions internationales telles que l'UNICEF et l'OMS, soit par des entités locales comme des organismes communautaires de soutien à l'allaitement. Conséquemment, lorsque l'UNICEF et l'OMS structurèrent officiellement leur Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), des personnes du Québec, déjà intéressées et engagées auprès de ces organismes internationaux, ont commencé à offrir de la formation IHAB à l'extérieur du Canada dès 1994.

### 4.1.2 Entrepreneurs institutionnels

Durant cette phase initiale d'émergence des LD, deux acteurs principaux ont été identifiés dans le champ organisationnel : la Dre A<sup>7</sup> et le MSSS. En effet, une actrice essentielle au projet pour l'allaitement maternel au Québec fut la Dre A, identifiée ainsi par toutes les participantes de la présente étude. Plus spécifiquement, son influence a été décisive durant la phase d'émergence. La Dre A, en tant que clinicienne, avait depuis longtemps mis son expertise à titre de médecin au service de l'allaitement au Québec : « *J'ai décidé de faire... de jouer [le rôle de] la représentante du lait humain* ». Non seulement a-t-elle reconnu la nécessité d'un changement dans les pratiques relatives à l'allaitement, mais comme nous le détaillerons dans la sous-section suivante, elle a proposé des moyens pour augmenter les taux d'allaitement chez les Québécoises. Également, en devenant meneuse (leader) du mouvement professionnel pour l'allaitement maternel, elle a démontré une haute légitimité discursive durant toute cette période. Comme noté par une des participantes : « *[La Dre A] était l'élément pour partir tout ça, mais après ça, elle a consulté plein de personnes* ». Étant la meneuse inconditionnelle du mouvement pour l'allaitement durant sa phase initiale, elle fut en mesure de transmettre avec succès les besoins ressentis dans le milieu aux décideurs politiques, c'est-à-dire au MSSS.

Si la Dre A a pu se qualifier en tant qu'entrepreneure individuelle, le MSSS devrait être considéré comme un entrepreneur institutionnel collectif durant cette phase. En effet, en réagissant à la pression constante du terrain, le Ministère a mobilisé son autorité formelle pour aller de l'avant avec ce dossier. L'extrait suivant illustre bien ce point :

« [C]'est clair que c'est une volonté d'individu, mais ce qui a donné l'aval, ce qui a permis de donner l'aval c'est vraiment une volonté politique de dire : "Il faut au moins qu'on regarde ça, pour voir si on [ne] pourrait pas faire mieux". Je pense que [haut cadre du MSSS] avait beaucoup cette préoccupation-là, à l'époque de dire : "Ça n'a pas de bon sens qu'on soit le dernier [la province canadienne avec le plus faible taux d'allaitement], il faut regarder ce qui se passe." »

---

<sup>7</sup> Nous avons obtenu l'autorisation de cette participante pour la citer de cette façon (Dre A), même si elle pourrait être facilement identifiable par certains lecteurs (voir la section 3.7, p. 38, pour les considérations éthiques).

### 4.1.3 Processus, événements et stratégies de changement

L'engagement professionnel de la Dre A à l'égard de l'allaitement maternel a commencé en 1977, lorsqu'elle a participé à une journée de formation sur l'humanisation de la naissance en milieu hospitalier dans la ville de Québec. Cette même année, elle s'est mise en réseau avec l'OMS/UNICEF grâce à une réunion organisée par INFACT Canada, à Toronto, au cours de laquelle l'avenir et la protection de l'allaitement maternel dans le pays ont été discutés. Par la suite, sans jamais cesser de s'intéresser à l'allaitement, elle sentit la nécessité de changer sa pratique clinique quotidienne et trouva finalement, dix ans plus tard, les ressources pour favoriser le changement qu'elle voulait apporter dans la dispensation des soins de santé à ses patientes :

« J'ai commencé la clinique d'allaitement pour répondre aux besoins des mères qui avaient de la difficulté pendant l'allaitement et qui ne trouvaient pas l'aide qu'elles avaient besoin auprès de leur famille ou des professionnelles de la santé qu'elles consultaient ».

En 1991, la conférence intitulée « Naissance et Pauvreté : des interventions... à partager » était organisée à Montréal. Cette conférence fut une précieuse occasion pour la Dre A de se réseauter davantage avec les décideurs politiques québécois concernés par la périnatalité. Ces échanges firent ressortir de façon claire la nécessité de « sensibiliser » le MSSS quant aux problèmes entourant les faibles taux d'allaitement au Québec. Conséquemment, la Dre A commença à écrire et à expédier une série de lettres aux différentes personnes qui ont occupé le poste de ministre de la Santé du Québec au cours des années suivantes, la première lettre ayant été envoyée en 1991.

Qui plus est, le réseau professionnel « informel » de l'allaitement qui existait dans la province, alimenté par la Dre A, a contribué à la création du premier groupe de travail « formel » composé de professionnelles de l'Hôpital général juif de Montréal intéressées à l'allaitement au début des années 1990. L'objectif général de ce groupe était manifestement de faire du lobbying auprès du gouvernement. À cet égard, le groupe publia, en 1994, un document basé sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

(ci-après, le Code), lequel document pouvait être considéré comme un outil de lobbying. Comme tel, il fut directement adressé au ministre de la Santé en place à ce moment-là.

Durant 1994, en plus de participer aux travaux de ce groupe de professionnelles, la Dre A a continué d'écrire et d'expédier des lettres aux décideurs politiques québécois, plaidant la cause de l'allaitement maternel. Par exemple, le 3 février 1994, elle expédiait une lettre à la sous-ministre adjointe à la Santé publique dans laquelle elle proposait une discussion formelle sur de nombreux sujets, dont la création d'un comité provincial pour l'allaitement, l'adoption du Code et la formation initiale des professionnelles de la santé en matière d'allaitement. Finalement, le 31 janvier 1997, la Direction de la santé publique du MSSS répondit à la demande de la Dre A par une lettre indiquant que la Direction souhaitait retenir ses services à titre de conseillère médicale afin de mettre en place un plan ministériel pour soutenir, promouvoir et protéger l'allaitement maternel.

#### **4.1.4 Sommaire de la phase d'émergence**

En résumé, la phase d'émergence dans la création des LD, laquelle s'est étendue sur une période de 20 ans, a été caractérisée par la présence de deux principaux acteurs institutionnels : la Dre A et le MSSS. Durant cette période et en synchronie avec ce qui se passait au niveau international, la Dre A mobilisait, lentement mais sûrement, sa position de puissance dans le champ organisationnel en tant que médecin engagée dans l'allaitement maternel (pouvoir principalement fondé sur son expertise médicale et sa légitimité discursive) afin de susciter une réponse officielle de la part de l'acteur institutionnel qui détenait l'autorité formelle pour favoriser un changement institutionnel dans le domaine, c'est-à-dire le MSSS. Quoique leurs positions de départ fussent différentes, c'est-à-dire que la Dre A avait adopté une stratégie très proactive alors que le Ministère réagissait plutôt aux demandes des professionnelles de la santé sous le leadership de la Dre A, les stratégies d'engagement adoptées dans ce champ organisationnel durant la période initiale de changement pourraient être qualifiées de collaboration (Hardy et Phillips, 1998). En effet, l'engagement des deux partenaires, la Dre A et le MSSS, a été mutuel et le pouvoir a été partagé entre eux afin de résoudre un problème : la Dre A apportait sa connaissance sur la pratique de l'allaitement et sa légitimité discursive auprès des professionnelles de la santé, et le MSSS détenait le pouvoir de

décision, soit l'autorité formelle. La création, par le Ministère, d'un groupe de travail sur l'allaitement maternel, présidé par la Dre A, constitue l'événement qui marque l'amorce de la seconde période de changement examinée, soit la phase de développement.

## **4.2 De 1997 à 2001 : phase de développement**

La phase de développement relativement au changement dans le dossier de l'allaitement s'est étendue de 1997, avec le recrutement des membres du groupe de travail ministériel pour l'élaboration des LD, à 2001, alors que les LD furent rendues publiques. En d'autres mots, cette période comprend principalement le processus d'écriture de la nouvelle politique en matière d'allaitement au Québec. À ce moment-là et, en parallèle avec l'activité de ce groupe ministériel, le champ organisationnel en allaitement était aussi fertile en d'autres activités et événements visant à favoriser la pratique de l'allaitement dans la province.

### **4.2.1 Contexte institutionnel**

Plusieurs événements marquèrent le champ organisationnel durant la phase d'élaboration du changement à l'égard de l'allaitement maternel. En 1999, un événement important eut lieu, à savoir la certification Amis des bébés de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. Situé dans la région de la Montérégie, cet hôpital fut non seulement le premier hôpital québécois, mais aussi le premier hôpital canadien à obtenir cette prestigieuse reconnaissance internationale. Également en 1999, de nombreuses professionnelles de la santé, telles que des infirmières et des médecins travaillant dans les hôpitaux et les CLSC, et des représentantes des organismes communautaires situés dans la région de Québec commencèrent à mieux structurer leur engagement à l'égard de l'allaitement maternel. Comme noté par l'une des participantes à notre étude :

« Il n'y avait pas beaucoup de concertation et quand je suis [arrivée] en '99, on était encore aux premiers balbutiements de la concertation. [...] C'était une concertation qui était encore fragile où les gens ne se faisaient pas encore confiance, il n'y avait pas beaucoup de projets démarrés et c'était le début, hein ?! Le début de se connaître, de comment se faire confiance. »

Ce groupe de personnes a été à la source du Comité régional pour l'allaitement maternel, lequel comprenait environ 50 personnes qui travaillaient ensemble à l'avancement du dossier allaitement dans la région de la Capitale-Nationale. Ceci étant dit, il n'y eut pas que les personnes de cette région qui furent actives à l'égard de la promotion de l'allaitement dans la province. En Montérégie, par exemple, il fut décidé que le budget de la Direction de la santé publique alloué au dossier allaitement allait être réparti entre les paliers régional et local afin de soutenir les comités de concertation à ces deux paliers.

#### **4.2.2 Entrepreneurs institutionnels**

Trois principaux acteurs institutionnels ont été identifiés durant la phase d'élaboration des LD : la Dre A, à titre de présidente du groupe de travail ministériel, le groupe de travail lui-même et la Coalition pour l'allaitement maternel.

Indéniablement, la Dre A fut la personne la plus apte à diriger la « matérialisation » des LD au Québec. Surnommée la « *mère des lignes directrices* », la Dre A a été considérée « *la personne la plus importante... Quand il y avait des choses qui arrêtaient le processus, elle s'y remettait tout le temps, tout le temps. [La Dre A] est celle qui a vraiment poussé le bateau jusqu'au bout.* » Autrement dit, elle fut une actrice très puissante qui utilisa sa légitimité discursive et son expertise pour soutenir le changement également durant cette période d'élaboration. Une des participantes résume ainsi les atouts de la Dre A :

« [J]e pense que [les forces de la Dre A comprenaient] le fait qu'elle soit médecin, son type de personnalité, son insistance à faire quelque chose et après, sa capacité de rassembler tout le monde, aller chercher des gens qui avaient des avis différents... ».

Le groupe de travail ministériel sur l'allaitement maternel est aussi considéré comme un entrepreneur institutionnel pendant cette période. Assurément, ce groupe détenait un degré élevé d'engagement et d'expertise puisque ses membres étaient des représentantes de différents groupes de professionnelles de la santé concernées par l'allaitement maternel, et pour la même raison, il détenait aussi une grande légitimité discursive. Comme noté par l'une des personnes interviewées : « *C'était peut-être tous les gens qui croyaient, qui souhaitaient*

*qu'il se passe quelque chose dans l'allaitement. Donc, cette volonté-là du groupe de travail a permis l'élaboration des LD. »*

De plus, nous avons aussi considéré qu'un troisième acteur institutionnel d'importance a émergé durant cette période : la Coalition pour l'allaitement maternel. Il s'agissait d'un groupe de professionnelles de la santé et de représentantes d'organismes communautaires profondément intéressées à l'allaitement maternel dans la province, et dont les deux sources de pouvoir dans le champ organisationnel en allaitement étaient leur expertise et leur légitimité discursive parmi les professionnelles de la santé de la province.

### **4.2.3 Processus, événements et stratégies de changement**

Durant cette phase, les processus entrepris par le groupe de travail ministériel et la Coalition pour l'allaitement maternel ont tous deux eu un impact significatif sur l'élaboration des LD. Dans les sections suivantes, nous détaillerons chacun de ces processus séparément.

#### **4.2.3.1 Groupe de travail ministériel sur les LD**

Tel que noté précédemment, ce groupe de travail fut créé en 1997 et présidé par la Dre A. Celle-ci a choisi elle-même les premiers membres du groupe de travail, en se basant sur leur expertise en allaitement maternel :

« [O]n a décidé de faire un groupe de travail avec des gens qui connaissaient l'allaitement, qui étaient intéressés par l'allaitement. On aurait pu faire un groupe de travail... juste aller chercher un représentant des médecins, un représentant des infirmières, un représentant des diététistes, un représentant des groupes d'entraide, mais on a pensé qu'il y avait tellement de travail à faire, que si on allait aux gens qui ne connaissaient pas l'allaitement, qu'il serait plus long avant d'arriver à un consensus. C'est un choix qu'on a fait. Je vous dirais que vraiment c'était basé sur le fait qu'on voulait avoir des gens qui connaissaient l'allaitement pour être capables d'obtenir un résultat peut-être plus rapide. »

Les premières personnes sélectionnées ont par la suite aidé la Dre A à compléter le groupe de travail en suggérant le nom d'autres personnes. Outre l'expertise, d'autres critères comme le poste occupé et la représentation d'un groupe particulier (un groupe professionnel, un type spécifique d'organisation ou une région) furent également pris en considération : « *On*

*a essayé d'avoir une représentativité des gens de Montréal, Québec, Estrie et des petites régions du Québec.* » L'hétérogénéité dans le groupe était bel et bien recherchée afin d'élaborer un document de politique fondé sur les besoins perçus par différentes personnes œuvrant dans le domaine de l'allaitement. Ceci était particulièrement important pour les consultantes en lactation, explicitement considérées dans ce groupe de travail, puisque le document de politique les a ensuite aidées à développer leur niche professionnelle dans le contexte institutionnel. En plus de professionnelles, le groupe de travail incluait aussi des chercheuses dont le principal rôle était d'assurer la qualité des sources et l'utilisation de données probantes pour l'élaboration du document. Travaillant en étroite collaboration, les professionnelles et les chercheuses mirent leur expérience et leur expertise au profit de l'élaboration de la meilleure politique possible en matière d'allaitement pour le Québec. L'esprit de coopération et le respect des compétences respectives qui régnaient dans ce groupe de travail ont été soulignés lors de nos entretiens :

« [I]l n'y avait pas une question que les chercheurs avaient le dernier mot, où celui qui travaille en santé publique qui avait le dernier mot. Tout le monde a été respecté. Je pense que c'était... le document final, c'était un bon résumé de tous ces points de vue là. »

De plus, le groupe de travail établissait des alliances avec les groupes communautaires, les comités régionaux pour l'allaitement et la Coalition pour l'allaitement maternel. Les stratégies collaboratives de tous ces groupes permirent l'élaboration d'un document de politique très inclusif qui définissait soigneusement les responsabilités propres aux divers groupes d'acteurs concernés par l'allaitement au Québec :

« [O]n a donné des responsabilités au Ministère, on en a donné aux agences [de la santé et des services sociaux], on en a donné aux hôpitaux, aux CLSC... Même aux groupes d'entraide et aux professionnels eux-mêmes. Donc ça, je pense, permettait aux gens d'utiliser la théorie, mais de dire aussi : "On a des choses à faire." »

En résumé, au sein du groupe de travail ministériel lui-même, où « *tous étaient invités à participer et à apporter son point de vue* » et où chacun des membres avait le « *sentiment d'être la bienvenue, et que nos opinions, notre participation étaient importantes pour le déploiement [du document]* », de même que dans ses relations avec les intervenantes « à

l'externe », la collaboration a été la stratégie d'engagement adoptée, et ce par tous les partenaires institutionnels durant la phase d'élaboration des LD.

Ceci étant dit, la période d'élaboration du document final des LD a été plutôt longue, puisqu'elle a duré quatre ans. Qui plus est, une autre année entière s'est ensuite écoulée avant la publication du document une fois son écriture complétée. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ces délais. D'abord, la présidente du groupe de travail (la Dre A) avait été engagée pour une journée par semaine seulement, ce qui a ralenti le processus, particulièrement à la fin des travaux du groupe. Le fait que les ressources financières fournies pour soutenir le processus d'écriture des LD étaient limitées a aussi forcé les membres du groupe soit à s'impliquer sur une base volontaire, soit à être payées par leurs employeurs respectifs, ce qui a sûrement contribué à ralentir la préparation du document et retardé sa publication. Afin d'aider à compléter l'écriture, la mise en forme, la révision et le dépôt du document final, le MSSS a finalement dégagé deux professionnelles. Enfin, le transfert du dossier de l'allaitement maternel d'un service à l'autre à l'intérieur du MSSS, soit de la Direction générale de la santé publique à la Direction générale des services à la population, en 2001, pourrait également avoir contribué au délai observé dans la publication des LD. Malgré ces possibles contraintes, la conviction et la persévérance du groupe, de même que les stratégies collaboratives déployées durant cette période par tous les intervenants institutionnels en allaitement, ont favorisé la naissance du document de politique des LD : « *[M]ême s'il n'y avait pas beaucoup de sous, les gens avaient tellement de conviction, les acteurs étaient tellement intéressés qu'on pouvait vivre sans avoir un grand budget; on était capables d'aller de l'avant.* »

#### **4.2.3.2 Coalition pour l'allaitement maternel**

Selon un document publié par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), la Coalition pour l'allaitement maternel a été créée en 1998 lors d'une réunion organisée à Vancouver, en Colombie-Britannique, pour le lancement de l'IAB au Canada (Grégoire, 2003, p. 10) :

« [U]ne douzaine de Québécoises, irréductibles de l'allaitement, se rencontrent [...]. À leur retour, elles sèment quelques graines, à moins qu'elles n'aient fait gicler quelques gouttes de colostrum, quoi qu'il en soit, l'arbre a pris racine et, sous la coordination du Regroupement Naissance-Renaissance, la Coalition québécoise pour l'allaitement maternel voyait le jour ».

Sous la coordination du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) dès sa création en 1998 et jusqu'en 2002, la coalition a été créée par et elle était composée de professionnelles et de représentantes des groupes communautaires du domaine allaitement. La coalition se définissait elle-même comme un groupe indépendant dont l'un des objectifs était d'exercer une pression sur le MSSS, afin de tenter de faire avancer le plus possible le dossier de l'allaitement au Québec. Au fil du temps, la coalition devenait de mieux en mieux structurée et de nombreuses personnes se sont retrouvées à porter divers chapeaux. Il est à noter que de nombreuses membres du groupe de travail ministériel sur les LD étaient également des membres de la Coalition pour l'allaitement maternel. Ainsi, l'idée d'avoir une coalition pour l'allaitement maternel était appuyée non seulement par les professionnelles du terrain, mais aussi par des actrices travaillant au sein du gouvernement. En fait, la coalition comprenait des professeures d'université, des infirmières, des médecins, des travailleuses en santé publique, des représentantes d'organismes communautaires œuvrant en allaitement, des bénévoles et même des représentantes du MSSS. Bien que cette composition variée fût considérée comme positive par la plupart des gens, certains, au contraire, ont cru que la présence des représentantes du gouvernement constituait un conflit d'intérêts évident. Quoi qu'il en soit, durant cette période, la Coalition pour l'allaitement maternel était perçue par toutes les intervenantes en allaitement au Québec comme étant le premier partenariat d'importance, démontrant une attitude collaborative claire :

« [L'un] de ses rôles c'était de devenir effectivement un appui, parce qu'on savait qu'il y avait du travail qui commençait à être fait pour les LD. Donc, c'était de devenir un appui au groupe de travail, et peut-être d'avoir une vision plus large. Les LD, on était en lien avec le Ministère. La coalition était vraiment une vision beaucoup plus de société. »

Pour ce qui est des actions entamées, la coalition a tout d'abord dressé un portrait de la situation de l'allaitement dans chaque région du Québec. Par la suite, sans doute incommodée par le retard dans la publication des LD, la coalition a décidé de faire pression auprès du

Ministère, la stratégie considérée étant de dénoncer publiquement ledit retard dans les médias. En dépit du fait que cette dénonciation n'ait jamais eu lieu, nous considérons cette décision comme le premier événement conflictuel entre ces deux acteurs institutionnels importants, c'est-à-dire le MSSS et la Coalition pour l'allaitement maternel. Cela a également provoqué un conflit à l'intérieur même de la coalition, entre les représentantes gouvernementales et les autres membres qui favorisaient la pression médiatique contre le Ministère :

« [E]n tant que Direction de la santé publique qui fait partie du gouvernement d'abord, je ne pouvais pas convoquer la presse, mais les organismes communautaires qui étaient au sein de la coalition, eux autres, ils pouvaient. Alors, eux, ils avaient ce pouvoir-là, donc ça a permis de pousser pour que [les] LD [soient publiées] »

Le manque de financement, l'émergence du Comité québécois en allaitement (CQA) et le conflit d'intérêt des membres à l'intérieur de la coalition ont fait en sorte qu'en 2002, le RNR s'est retiré de la coordination de la Coalition pour l'allaitement maternel. Le paragraphe suivant est tiré de la lettre de désistement du RNR (Lettre d'une page adressée aux membres de la Coalition pour l'allaitement maternel; signée par la présidente du RNR au mois de mai, 2002) :

« Il s'est avéré que la mise sur pied de la coalition québécoise pour l'allaitement maternel, qui se voulait inclusive quant au nombre et à la diversité de participantes, a plutôt permis la mise sur pied d'un comité provincial des différents intervenants. Ce qui rend difficile, par le fait même, un consensus pour l'application de stratégies de pression politique étant donné le rapport qu'ont plusieurs membres avec leur [propre] instance. »

Par la suite, la coordination de la coalition a été assumée par l'ASPQ. Le rôle de la coalition en est alors devenu principalement un de « *protection de l'allaitement maternel* ». Un plan de travail visant des actions de mobilisation, de sensibilisation, d'éducation et d'influence favorable à l'allaitement a été élaboré de même qu'un organigramme organisationnel et une proposition de financement pour ce collectif. Néanmoins, même si la coalition est devenue un acteur de plus en plus organisé formellement sous la coordination de l'ASPQ, elle fut incapable d'accomplir son nouveau mandat en raison du manque de financement. En bout de ligne, la coalition mourut lorsque la Table de consultation en

allaitement (TCA) fut créée par le MSSS en 2001-2002. Tel que souligné par l'une des personnes interrogées :

« [L]e Ministère, avec les LD et tout ça, semblait vraiment vouloir travailler très fort, on a accueilli ça avec une certaine ouverture, puis on s'est dit, "OK!... On ne se rencontrera pas à quatre places, à quatre endroits différents... On va se concentrer sur une concertation." Donc c'est pour ça que la coalition, on l'a laissée aller de côté et on s'est concentré sur la TCA à ce moment-là. »

#### **4.2.4 Sommaire de la phase de développement**

Dans la phase de développement des LD, nous avons identifié trois entrepreneurs institutionnels principaux, soit la Dre A; le groupe de travail sur les LD, mis sur pied par le MSSS et présidé par la Dre A; et la Coalition pour l'allaitement maternel. Le pouvoir de ces trois acteurs reposait surtout sur leur expertise et leur légitimité discursive.

En effet, la mise en place du groupe de travail pour l'élaboration des LD et l'émergence de la coalition ont été les événements les plus importants pour faire avancer la formulation des LD pendant cette période. Le groupe de travail et la coalition ont agi comme acteurs collectifs et ils ont utilisé la collaboration comme stratégie fondamentale d'engagement dans le champ organisationnel afin d'atteindre leurs objectifs et mettre en place leurs actions. Cependant, relativement au retard dans la publication de la politique, des conflits entre le MSSS et la Coalition pour l'allaitement maternel ont émergé vers la fin de cette phase. La coalition a alors contesté ce retard en menaçant de sortir sur la place publique. Cette dynamique conflictuelle s'est soldée par le départ du RNR à la coordination de la coalition, laquelle a ensuite été assumée par l'ASPQ, puis par la réorientation de la coalition elle-même et sa disparition au moment où la TCA a été constituée.

La fin de cette phase est marquée par la publication des LD, en septembre 2001, et la nomination d'une représentante ministérielle pour le dossier allaitement (la Mrep1)<sup>8</sup>, responsable de la mise en œuvre des LD.

---

<sup>8</sup> Nous avons obtenu l'autorisation de cette participante pour la citer de cette façon (la MRep1) même si elle pourrait être facilement identifiable par certains lecteurs (voir la section 3.7, p. 38, pour les considérations éthiques).

### **4.3 De 2001 à 2009 : phase d'implantation initiale**

La phase d'implantation initiale s'étend de l'année 2001, au moment où le MSSS a nommé une responsable ministérielle pour l'allaitement (la Mrep1) afin d'assurer la mise en œuvre des LD à la suite de leur publication, jusqu'en 2009, année où la présente étude a commencé. Cette phase est l'étape la plus complexe de notre étude, car elle comprend différents entrepreneurs institutionnels qui ont fait partie de plusieurs événements clés, chacun déployant ses stratégies d'engagement institutionnel particulières.

#### **4.3.1 Contexte institutionnel**

Dans cette période, trois événements marquants ont entouré la mise en œuvre des LD : (i) la publication du Programme national de santé publique en 2003; (ii) le transfert du dossier allaitement à la Direction générale de santé publique (DGSP) en 2006; et (iii) le changement de représentante ministérielle pour le dossier allaitement en 2006.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) a été élaboré par la DGSP. Il s'agit d'un document d'orientation, d'un cadre de référence qui regroupe tous les domaines d'intervention publique et qui oriente les actions en la matière afin d'améliorer la santé des Québécois sur une période de 10 ans (MSSS, 2003). Il a été préparé de façon à faire suite aux Priorités nationales de santé publique 1997-2002.

Le PNSP s'inscrit dans le prolongement de la Loi sur la santé publique, adoptée en 2001 (MSSS, 2003). Il constitue un cadre de référence pour les actions de santé publique dans la province, en délimitant les responsabilités qui incombent aux acteurs des trois paliers de gestion (provincial, régional et local). Ainsi, comme noté par l'une des personnes interrogées, le principal rôle du MSSS est de mettre en œuvre le programme et « *d'assurer le déploiement au niveau national des activités de soutien, de formation, de coordination nécessaires pour qu'aux niveaux régional et local, les activités puissent se réaliser* ». Plus particulièrement en ce qui concerne l'allaitement, le PNSP vise à encourager « *la mise en place du réseau Amis des bébés dans les services de maternité des centres hospitaliers et les CLSC; il s'agit de la*

*principale mesure retenue par le ministère pour favoriser l'allaitement maternel* » (MSSS, 2003, p. 38).

Lorsque le PNSP a été publié, en 2003, le dossier allaitement se trouvait sous la responsabilité de la Direction générale des services sociaux (DGSS). Il a été transféré à la DGSP seulement en 2006. Suite à ce transfert, le PNSP a alors été adopté comme cadre de référence pour les actions en matière d'allaitement. Il faut aussi souligner que la structure organisationnelle et décisionnelle de la DGSP est différente de celle de la DGSS, principalement au niveau des mécanismes de concertation (pour plus de détails, consulter la section 4.3.3.4, p. 78). Comme nous verrons plus tard, cette différence a eu beaucoup d'influence sur les changements qui sont survenus dans la phase d'implantation initiale à partir de 2006.

Par ailleurs, presque au même moment où le dossier allaitement a été transféré à la DGSP, il y a eu un changement au niveau de la représentante ministérielle du dossier allaitement. En fait, ce changement avait déjà été amorcé à la fin de l'année de 2004 (au cours de la phase d'implantation initiale des LD) alors que la première représentante ministérielle du dossier allaitement (la Mrep1) avait pris un congé différé de six mois. Pendant cette période d'absence, le poste a été occupé par la Mrep2<sup>9</sup>, une professionnelle choisie par la Mrep1.

Après le retour de la Mrep1, les deux professionnelles, la Mrep1 et la Mrep2, sont restées en poste et elles ont travaillé ensemble pendant une année dans le but de préparer la remplaçante (la Mrep2) à assumer le poste après la retraite déjà annoncée de la répondante (la Mrep1). Un accident a cependant obligé la Mrep1 à prendre un autre congé. En raison de cet accident, il apparaît que la Mrep1 n'a pas eu le temps de consolider toutes les mesures élaborées pour le transfert de répondante avec la Mrep2. Ceci étant dit, les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ont valorisé le temps que ces professionnelles ont travaillé ensemble et qualifient leurs forces de complémentaires. Tel que souligné par l'une des participantes : « *[Elles] sont complètement l'opposée l'une de l'autre. En fait, les qualités de l'une sont les défauts de l'autre; pour les deux. Elles ont travaillé [...] ensemble [...] ça a*

*été extraordinaire.* » Du fait qu'elle avait acquis les connaissances liées au dossier allaitement et en raison de la conjoncture intraorganisationnelle, la Mrep2 a commencé à assumer définitivement les fonctions du poste en 2006. Enfin, c'est à ce moment qu'elle-même ainsi que le dossier allaitement ont été transférés de la DGSS à la DGSP (le processus de transfert du dossier allaitement est détaillé à la section 4.3.3.4, p. 78).

### **4.3.2 Entrepreneurs institutionnels**

Six acteurs institutionnels importants ont été identifiés dans cette étape, en l'occurrence : (i) la Mrep1; (ii) le Comité québécois en allaitement (CQA); (iii) le MSSS; (iv) le Comité d'agrément pour l'Initiative des amis des bébés (CAIAB); (v) la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM); et (vi) la Mrep2. Parmi eux, les trois premiers peuvent être clairement identifiés comme étant des entrepreneurs institutionnels en raison du rôle qu'ils ont joué dans l'avancement du dossier allaitement.

À propos de la Mrep1, une des participantes à notre étude la qualifiait comme suit :

« C'est une personne [...] qui représentait tout le monde. C'est-à-dire que c'est une femme très, très humaine qui était sensible à nos passions, qui était autant passionnée que nous [...]. Donc [...] c'était une personne très crédible. En plus de connaître tous les cadres politiques, on sentait qu'elle était préoccupée par nos préoccupations. »

Après une courte période de travail sur le terrain à titre d'infirmière, la Mrep1 amorça son parcours professionnel au MSSS qui, comme souligné précédemment, se termina en 2006 alors qu'elle prit sa retraite. Dans le dossier allaitement, la Mrep1 a agi à la fois comme entrepreneure individuelle et représentante du MSSS. L'expérience acquise au cours de ses 27 ans de travail au MSSS faisait d'elle, sans aucun doute, une actrice clé dans le dossier allaitement dans la province. La Mrep1 détenait aussi une grande légitimité discursive parmi les gens du terrain, grâce à son expertise et à sa capacité de représenter les intérêts des gens et des groupes. Tel que souligné par l'une des participantes : « *[E]lle était capable de prendre nos demandes et de les présenter à ses supérieurs, pour qu'eux autres puissent accepter une*

---

<sup>9</sup> Nous avons obtenu l'autorisation de cette participante pour la citer de cette façon (la Mrep2) même si elle pourrait être

*bonne partie d'entre elles... Tu réalises comme on avait une puissance pour faire des changements? » Elle-même se voyait comme ça : « Je servais vraiment de portevoix pour le terrain. »*

De plus, la Mrep1 était capable de reconnaître le grand pouvoir d'action que les experts (personnes et organisations) qui sont à l'extérieur de la structure gouvernementale possèdent. L'extrait suivant illustre comment la Mrep1 croyait en ce pouvoir d'agir et l'encourageait comme une stratégie afin de favoriser l'avancement du dossier allaitement à l'intérieur du MSSS :

« [A]ux rencontres avec le Comité québécois en allaitement [CQA], par exemple, un dossier qui [ne] bouge pas au Ministère, elle disait aux gens : "donnez-moi un coup de pouce, envoyez des lettres au Ministère". Elle [la Mrep1] encourageait les gens à se mobiliser pour que le dossier bouge, mais... que ça... Elle demandait d'exercer de la pression. Elle utilisait plus souvent cette tactique-là ».

Le deuxième entrepreneur institutionnel identifié dans cette phase a été le CQA, créé en 2002 par le MSSS. Ce comité était prévu dans les LD (sa composition et son fonctionnement seront détaillés à la sous-section 4.3.3.2.1, p. 59). Les membres du CQA étaient très engagées dans le processus de mise en œuvre des LD sur le terrain. À cet égard, l'une d'entre elles a décrit la dynamique de la façon suivante : « *Honnêtement, tout le monde voulait ceci pour travailler. Alors... L'engagement était très, était très fort [...] Tout le monde a donné, tu comprends, s'est donné à 100 %.* » Agissant à titre d'entrepreneur collectif durant cette période, la principale source de pouvoir du CQA était son expertise en allaitement et sa légitimité discursive : « *[O]n rapportait ce qu'on voulait au milieu, ce qu'on entendait, donc on avait une puissance, on pouvait changer des choses, puis on avait une vision de la réalité qui [n']était quand même pas parfaite, mais avec une puissance.* »

Le MSSS a aussi été identifié comme acteur clé dans cette étape du processus de changement institutionnel : « *[Q]uand le Ministère le dit [dit des choses aux paliers local et*

---

facilement identifiable par certains lecteurs (voir la section 3.7, p. 38, pour les considérations éthiques).

régional<sup>10</sup>], ça donne de la crédibilité, ça donne du poids. C'est important que le Ministère ait le leadership du dossier. » En tant que détenteur de l'autorité formel, le MSSS a utilisé ce pouvoir pour coordonner et contrôler les actions du reste des acteurs concernés par le dossier allaitement. De plus, le MSSS a assumé l'entière responsabilité du budget (c.-à-d. qu'il détient aussi du pouvoir basé sur le contrôle des ressources financières). Tel que souligné par l'une des personnes interrogées : « *Le pouvoir de dépenser, c'est un pouvoir décisionnel qui appartient [uniquement] au Ministère [DGSP].* » Une partie de cette responsabilité, soit l'allocation de ressources, était antérieurement partagée entre le CQA et le MSSS. Ainsi, des 900 000 dollars alloués au dossier allaitement, 125 000 dollars restaient au MSSS. Et tel qu'expliqué par l'une des personnes interviewées, le CQA a participé à la priorisation des postes budgétaires pour l'utilisation de ces 125 000 dollars :

« ...comment on pourrait investir de mieux... pas investir, mais ce que je veux dire c'est... comment on devrait disposer du budget national, le budget provincial... le reste, là... ça appartient au réseau... en tout cas, les 125 000 piasses du dossier d'allaitement. Fait qu'on avait amorcé des discussions là, puis on avait réussi à s'entendre sur où accorder la priorité de dépenses pour proposer au Ministère ».

### **4.3.3 Processus, événements et stratégies de changement**

Afin de fournir une description claire et précise des processus survenus, des stratégies utilisées par les acteurs concernés et de tous les événements qui ont marqué la phase d'implantation initiale, nous traitons ci-après des éléments suivants : (i) le budget alloué au dossier allaitement; (ii) le Programme national de santé publique (PNSP); (iii) les mécanismes de concertation (CQA et TCA); (iv) les transferts du dossier allaitement au sein du MSSS; et finalement (v) la création de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM).

---

<sup>10</sup> Le palier local comprend les professionnelles de la santé des CLSC et des hôpitaux, les personnes-ressources des groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement (marraines d'allaitement et consultantes en lactation) et les chercheuses en allaitement alors que le palier régional comprend les professionnelles qui sont responsable du dossier allaitement dans les Agences (Directions de la santé publique), soit les répondantes régionales en allaitement maternel.

### 4.3.3.1 Budget

Le budget alloué par le MSSS a été l'élément permettant de démarrer l'implantation des LD sur le terrain. Cependant, au moment de la publication des LD, ce budget n'était pas encore disponible, et ce malgré le fait qu'une évaluation des coûts de mise en œuvre de la politique avait été réalisée pendant la phase de rédaction des LD. Après leur publication, c'est la Mrepl qui, sur la base de l'estimation des coûts déjà effectuée, a utilisé sa légitimité discursive et son autorité formelle, à titre de représentante du MSSS, pour faire soumettre un budget au Conseil du Trésor. Un montant de 900 000 dollars par année, réparti entre les agences de la santé des services sociaux et le MSSS, a été finalement octroyé. Tel que souligné par l'une des personnes interrogées :

« C'est sûr que quand le budget est entré, cela a permis que la majorité des régions du Québec consacrent du temps à l'allaitement maternel; pour moi et pour d'autres personnes d'avoir du travail en allaitement et d'avoir un budget lié au dossier. Cela, au niveau du Québec, a produit un impact. »

L'injection de fonds dans le dossier allaitement a permis de démarrer des actions en allaitement, telles que la formation des intervenantes et la promotion de l'allaitement. Ce financement a stimulé la motivation des gens du terrain et il a été perçu comme un facteur qui a permis de concrétiser des actions en allaitement dans les régions. Ceci étant dit, plusieurs personnes interviewées étaient d'avis que le montant alloué n'avait pas été suffisant pour mettre en place tous les éléments proposés dans les LD pour faire avancer le dossier. L'extrait suivant illustre clairement ce propos :

« C'est impossible de le faire à travers ce budget-là. C'est pour ça qu'il fallait que les gens... ils croient qu'on... que le projet soit suffisamment intéressant, motivant et mobilisant pour que les gens disent : "OK, bon, il n'y a pas beaucoup de sous, on va voir comment on peut l'utiliser au mieux." Chaque région a utilisé énormément d'imagination pour décider ce qu'elles feraient avec ce montant-là et, malgré tout, on a avancé. C'est sûr que l'argent n'était pas un facteur qui a nui, mais ça n'a pas été un facteur facilitant, parce qu'il n'a pas assez d'argent sur la table, ça c'est très, très clair. Il n'y a pas un autre projet au Québec de l'envergure qui peut être comparé à l'allaitement pour lequel il y a eu aussi peu d'argent mis par le Ministère. »

Avec le passage des régies régionales de la santé et des services sociaux aux agences de la santé et des services sociaux qui est survenu en 2004 suivant l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Assemblée Nationale, 2003), les directions de santé publique ont disposé de l'autonomie nécessaire pour décider des priorités dans leur région. Comme noté par l'une des participantes : « *[C]ette autonomie fait en sorte qu'ils font ce qu'ils veulent aussi. Donc, si le directeur de l'Agence croit énormément à l'allaitement, il en fera une priorité et allouera un budget à cette fin.* » Le fait d'avoir un directeur à l'Agence qui croit fortement à l'allaitement ou qui, au contraire, ne priorise pas l'allaitement dans son budget annuel est, selon plusieurs des personnes rencontrées, l'un des principaux facteurs qui ont contribué à l'avancement ou au non-avancement du dossier allaitement dans les diverses régions du Québec.

#### **4.3.3.2 Mécanismes de concertation**

Dans les pages suivantes, nous décrivons la composition, le rôle et le fonctionnement du Comité québécois d'allaitement (CQA) et de l'un de ses groupes de travail, le comité d'agrément pour l'IAB (CAIAB), qui ont agi comme acteurs institutionnels pour l'implantation des LD. De plus, nous présentons également la Table de consultation en allaitement (TCA), en discutant notamment de son rôle dans l'histoire des LD et de son lien transitoire avec la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM).

##### ***4.3.3.2.1 Comité québécois en allaitement (CQA)***

La première rencontre du CQA remonte au 5 novembre 2002 (Lettre de convocation, 2002). Comme noté précédemment, cette structure de concertation était prévue dans les LD et elle était désignée comme une des actions prioritaires à être menées sous l'égide du MSSS (MSSS, 2001a). Le mandat du CQA était de collaborer avec le MSSS pour l'application des LD, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action ministériel en allaitement et de soutenir les régions quant à l'implantation de l'IAB et de l'agrément IAB des établissements (Mandat CQA, 2006). Il visait également à orienter et à conseiller le sous-ministre adjoint de la DGSS sur les mesures à prendre pour implanter les LD. En bref, le CQA agissait comme

comité consultatif auprès du Ministère et il était le comité officiel pour le dossier allaitement à la DGSS.

Le CQA était composé par la représentante ministérielle du dossier allaitement; un représentant de la DGSP; quatre représentantes des agences de la santé et des services sociaux (répondantes régionales en allaitement); une représentante des ordres professionnels suivants : pharmaciens, infirmières, diététistes/nutritionnistes et sages-femmes; un membre du Collège des médecins du Québec; un conseiller clinicien; un conseiller scientifique; une représentante des groupes d'entraide; une chercheuse spécialisée en allaitement; une représentante de l'Association des CLSC et des CHLSD du Québec; un de l'Association des hôpitaux du Québec; une de l'Association québécoise de consultantes en lactation, et finalement, une de l'INSPQ (Mandat CQA, version corrigée, février 2003). Les membres du CQA étaient des personnes intéressées par l'allaitement. Leur expérience et leur expertise dans ce domaine aidaient à nourrir les discussions, les échanges et la consultation autour de ce comité. De plus, l'hétérogénéité quant à la composition du comité en ce qui concerne les groupes professionnels et les régions enrichissait le groupe et permettait d'avoir une vision d'ensemble, même quand les perspectives étaient très différentes. Selon l'une de nos participantes, le CQA permettait donc de « *pouvoir échanger et d'arriver à un consensus que l'on [n']aurait jamais vu autrement.* » De cette manière, le CQA a favorisé la mobilisation de professionnelles de différentes organisations, de différents paliers des services et de plusieurs régions, en cherchant un appui pour la mise en œuvre des LD partout au Québec. Conformément à la composition du CQA, des personnes étaient nommées pour représenter leur organisme ou leur regroupement professionnel respectif. Tel que noté pendant nos entretiens :

« [Le CQA] c'était l'outil qui déclinait des LD pour mettre en œuvre les [stratégies]. [...] À partir du moment que tu écris un document au Ministère, il fallait décliner des choses jusqu'au terrain [...] c'était un outil pour aller rejoindre les professionnelles, les ordres professionnels, les régions, etc. [...] c'était un bel outil. C'est une façon très logique de faire les choses à partir du Ministère pour aller implanter sur le terrain, à travers toute la province, des LD. »

Les rencontres étaient animées par la représentante ministérielle en allaitement (c.-à-d. la Mrep1 ou la Mrep2). Les membres se rencontraient de deux à trois fois par année, normalement pendant deux journées complètes, en plus des rencontres de chaque groupe de travail qui découlait du CQA. Des conférences téléphoniques avaient également lieu au besoin (Mandat CQA, version février 2003; Mandat CQA, version octobre 2006).

Les ordres du jour comprenaient des thèmes liés au plan d'action ministériel en allaitement, comme l'allocation des ressources, divers projets nationaux, le financement de projets de recherche sur l'allaitement, la mise en commun d'information sur l'IAB, le suivi des groupes de travail et principalement le CAIAB, et la communication autour des LD (conférences, colloques).

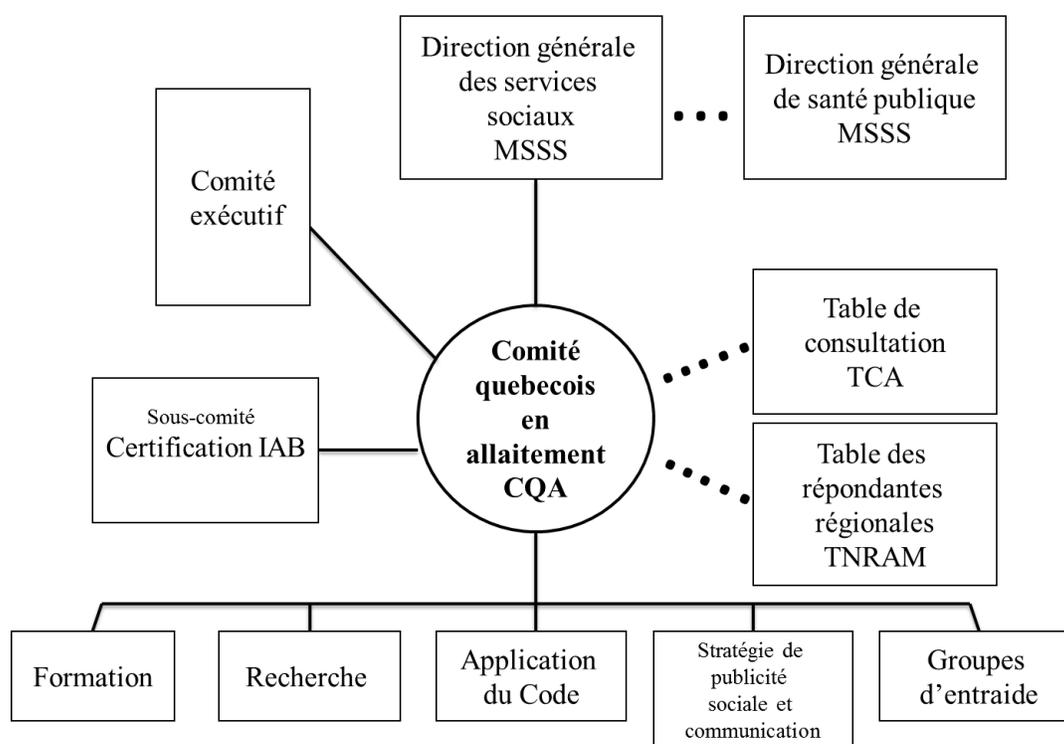
Le pouvoir réel du CQA relevait de l'influence qu'il exerçait sur le MSSS quant aux choix des actions et des activités à prioriser pour favoriser l'implantation des LD. Pour y arriver, les orientations suggérées par le CQA devaient être approuvées par les autorités de la DGSS, notamment par le gestionnaire assumant la présidence du CQA (c.-à-d. le supérieur immédiat de la professionnelle responsable du dossier allaitement, soit de la Mrep1 ou la Mrep2), tel qu'expliqué par une des personnes interviewées.

Comme mentionné précédemment, le mandat principal du CQA était de soutenir l'implantation de l'IAB, la principale stratégie des LD. Ceci étant dit, lors de la rencontre des 16 et 17 juin 2003, le CQA a proposé la création de quatre groupes de travail principaux afin d'implanter également les autres stratégies prévues dans les LD et de participer à la conception du plan d'action en allaitement. Lors de cette rencontre, les groupes de travail suivants ont été formés : (i) formation; (ii) communication et publicité sociale; (iii) application du Code; et (iv) recherche. Les membres de ces comités ont été recrutés au CQA (Ordre du jour CQA, 16 et 17 juin 2003), à la TCA et aussi à l'extérieur du MSSS. Ces groupes de travail relevaient directement du CQA et ils ont chacun élaboré un plan de travail doté d'actions concrètes et d'échéanciers visant la période de 2003 à 2005. Ces plans de travail étaient compris dans le Plan d'action ministériel en allaitement 2003-2007 (Plan d'action 2003-2007 – L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices – tableau synthèse). Les mandats spécifiques de

chaque groupe de travail ont été élaborés à partir soit du plan d'action des LD, soit des besoins des membres de la TCA ou du CQA (Compte-rendu CQA, mai 2005).

Toujours dans le cadre de la structure du CQA (voir la figure 2, ci-après), le CAIAB a été créé le 25 novembre 2002 et il était l'unique sous-comité permanent du CQA. Le CAIAB découlait directement du CQA (pour la responsabilité, le mode de fonctionnement et tous les détails relatifs au CAIAB, voir la section 4.3.3.2.1.2, p. 67). Pour assurer la coordination opérationnelle de toute la structure du CQA, un comité exécutif composé de quatre membres a été mis sur pied (Bilan des activités du CQA et de la TCA 2002-2003; Ordre du jour, conférence téléphonique du 10 décembre 2002).

**Figure 2.** Structure organisationnelle du CQA en 2006



Source : Mandat CQA, 2006

Le CQA avait aussi un rôle important à jouer concernant l'utilisation du budget provincial du dossier allaitement. En effet, il participait à la prise de décisions concernant

l'utilisation des 125 000 dollars du budget annuel provincial (900 000 dollars) qui restaient au MSSS, en proposant au MSSS des priorités d'investissement de cette somme : « *[L]es sommes d'argent étaient investies seulement sur ce que le CQA croyait être important.* » Par exemple, pendant leur rencontre du 12 mars 2004, les membres du CQA ont décidé d'accorder des fonds afin de concrétiser la rencontre nationale des groupes d'entraide en allaitement prévue au printemps 2004. Dans cette même rencontre du CQA, la gestion des demandes financières que le CQA recevait de toute provenance a été discutée. Selon le compte-rendu de cette rencontre, il a été décidé que « *Toute dépense doit provenir d'un besoin du CQA. Cela a toujours été la raison d'être du 125 000 dollars conservé au Ministère* » (Compte-rendu CQA, le 12 mars 2004, p. 13).

Le CQA a été en fonction pendant quatre ans. La dernière rencontre du CQA a eu lieu les 17 et 18 octobre 2006. Cette rencontre a été la première après le transfert du dossier allaitement de la DGSS au Service de la promotion des saines habitudes de vie de la DGSP. Certaines des personnes interrogées ont eu l'impression que le rôle initial du CQA (à savoir de concertation et de conseiller pour le MSSS dans les actions à entreprendre pour implanter les LD) n'a pas été compris par les représentants de la DGSP, tel qu'énoncé par une des personnes interrogées :

« [I]l y a eu une rencontre du CQA à la Direction de santé publique et les gens [gestionnaires de la DGSP] [ne] semblaient pas savoir le rôle du comité québécois comme il a été conçu au départ. Je pense que le CQA a été perçu comme étant dérangeant, perturbateur pour ce que le Ministère voulait faire du dossier et là... tranquillement, ils ont éloigné les rencontres »

De plus, en raison du mode de concertation utilisé à la DGSP, le CQA a perdu sa place dans ce nouveau contexte, comme il a été décrit par une des personnes interviewées :

« Quand le dossier est passé des Services sociaux à la Santé publique, là [en Santé publique] a beaucoup changé parce qu'en Santé publique ils ont un mode de tripartisme avec le Ministère, l'Association de santé publique [ASPQ], l'Institut national de santé publique [INSPQ]. C'est un mode de fonctionnement complètement différent que le CQA avait [...] parce qu'ils avaient un autre modèle de concertation, de prise de décisions dans la Santé publique ».

La différence entre le mécanisme de concertation utilisé à la DGSS et à la DGSP est que les membres du CQA ont perdu leur pouvoir décisionnel sur la priorité d'allocation du budget, comme il a été noté par une personne interviewée occupant un poste de cadre au MSSS :

« [Le] Comité québécois, ce que j'ai pu comprendre, que les membres étaient sollicités... les gens étaient consultés pour... la façon d'utiliser cette somme-là [budget de 125 000 dollars], mais je pense qu'ils [les membres du CQA] ont cru qu'ils avaient un pouvoir de décision, d'une certaine façon, pour dépenser les sommes [à la DGSP]. [Mais], c'est tout à fait faux. »

Les cadres de la DGSP concernés par l'allaitement commencèrent ainsi à contester le pouvoir du CQA puisqu'ils trouvaient que celui-ci avait beaucoup d'attentes envers le MSSS.

« À mon avis, les attentes étaient très élevées des membres du CQA..., ils visaient haut, mais ils avaient aussi des attentes très élevées à l'endroit même du Ministère. [...] [I]l y avait un plan de travail, mais je pense qu'à un certain moment donné, les priorités... les attentes étaient très nombreuses. »

De la part des membres du CQA, la différence dans le mode de concertation à la DGSP a été perçue comme une perte du pouvoir de concertation, comme la citation suivante le fait ressortir :

« En Santé publique, il faut dire aussi qu'ils avaient beaucoup d'autres dossiers qu'ils menaient depuis longtemps, ils avaient une façon de procéder où les gens, ben, on a beaucoup moins de pouvoir que celui du CQA ».

Le MSSS a donc décidé de prendre du recul pour comprendre l'ensemble du dossier, y compris l'évolution, les progrès et les structures de concertation mises en place, soit le CQA et la TCA. Le MSSS a donc collaboré avec le FRQSC pour lancer un appel de propositions afin qu'une recherche évaluative soit menée pour évaluer la mise en œuvre des LD<sup>11</sup>. Comme souligné lors de nos entretiens :

« Alors, je veux simplement qu'on regarde, qu'on ait un regard critique sur les années passées et de [nous] donner une nouvelle façon de faire. Alors, c'est

---

<sup>11</sup> La présente étude fait partie du projet de recherche qui a été retenu et financé dans le cadre de ce programme Actions concertées.

pour ça que j'ai proposé qu'on arrête les rencontres du CQA, pour 1- faire cette évaluation-là et ensuite se pencher sur... : "Voici l'évaluation! Voici les recommandations!" C'est pour ça que j'ai arrêté les rencontres du CQA. »

Ceci étant dit, du point de vue des personnes au niveau des paliers local et régional qui siégeaient au CQA, la fin de ce comité est vue comme étant « *démobilisant* », « *un manque d'écoute du terrain* » et « *une perte de voix.* » Selon elles, le CQA était aussi un espace d'échange et d'écoute entre le terrain et le MSSS. De l'avis d'une des personnes interrogées, le fait de ne plus avoir de rencontres :

« [...] a démobilisé beaucoup de gens. Et c'est-à-dire qu'il n'y a plus de concertation, il n'y a plus de pouvoir d'influence. On n'est pas écoutées à la table de répondantes [TNRAM]. Au CQA, au moins, on avait l'impression d'avoir suffisamment de monde important autour de la table pour essayer d'influencer le Ministère. »

Bref, le CQA a utilisé une stratégie de collaboration tout au long de son parcours et il a mis à contribution sa légitimité discursive et l'expertise de ses membres comme source de pouvoir pour informer la prise de décisions du MSSS pendant la période où le dossier allaitement était sous l'égide de la DGSS. Après le transfert du dossier allaitement à la DGSP, le pouvoir du CQA est contesté en raison du mode de concertation utilisé à la DGSP qui est différent de celui qui prévalait à la DGSS. En conséquence, la relation de conflit entre les membres du CQA et la DGSP se cristallise. Tel que souligné lors de nos entretiens : « *Je pense que le Comité québécois en allaitement a été perçu comme étant dérangeant, perturbateur pour ce que le Ministère voulait faire du dossier.* » Par ailleurs, la déception ressentie par les membres du comité relève en grande partie du manque d'information concernant la présomption de la fin des rencontres du CQA. Selon ces personnes, le MSSS n'a jamais fourni d'information depuis la dernière rencontre du CQA en 2006 : « *On s'est demandé pendant longtemps ce qui arrive avec le CQA, mais là, on est sûr qu'il n'y a plus de CQA maintenant.* »

#### **4.3.3.2.1.1 Organismes communautaires au sein du CQA**

Dans la proposition initiale de création du CQA, les organismes communautaires en allaitement n'avaient pas de siège. Alors, quelques organismes ont commencé à faire des démarches auprès du MSSS pour avoir une place dans le comité. Les organismes intéressés ont obtenu le résultat attendu à la suite des pressions qu'ils ont exercées à l'endroit du MSSS : avant la tenue de la première rencontre du CQA, la répondante ministérielle en allaitement a lancé un appel de candidature afin de nommer le groupe d'entraide qui siégerait au CQA. Les groupes intéressés étaient la Ligue La Leche (LLL), la Fédération québécoise Nourri-Source (FQNS), Allaitement Québec (AQ) et le Regroupement Naissance–Renaissance (RNR). Finalement, les trois groupes provinciaux – la LLL, la FQNS et le RNR – ont vu leur candidature retenue. Il a cependant fallu partager entre ces trois interlocuteurs l'unique siège du CQA attribué aux organismes communautaires en allaitement. La LLL et le RNR ont siégé au CQA à tour de rôle. Finalement, en raison de la cessation des rencontres en 2006, la FQNS a participé officiellement à une seule rencontre à titre de représentante des groupes d'entraide en allaitement.

La création d'un groupe de travail sur la réalité des groupes d'entraide a constitué une initiative importante pour l'intégration de ces groupes au sein du CQA. La mise sur pied de ce groupe a été proposée lors d'une rencontre nationale des groupes d'entraide en allaitement, en septembre 2004, rencontre qui a été réalisée sous l'égide du CQA. Le mandat du groupe de travail était de faire un portrait des groupes et des organismes d'entraide et de soutien à l'allaitement au Québec (GOESA), en décrivant les activités qu'ils réalisent sur le terrain et la réalité vécue par ces groupes. Plusieurs axes de travail ont émergé, dont le financement. En effet, pour les groupes et organismes sondés pour la réalisation du portrait des GOESA, il importait de prioriser les besoins du terrain en matière de soutien financier. En fin de compte, il a été convenu avec le MSSS qu'en plus du portrait des GOESA, deux axes de travail du groupe de travail pourraient être retenus comme thèmes d'une deuxième rencontre nationale des GOESA, à savoir le partage d'outil et l'accès aux femmes qui veulent allaiter (Groupe de travail ministériel sur les réalités des groupes et organismes d'entraide et de soutien à

l'allaitement au Québec, 2007). Les autres axes de travail, comme le financement, n'ont pas été retenus par le MSSS.

« [O]n voulait être capable de faire un portrait des groupes [d'entraide en allaitement], mais on voulait relever les besoins aussi et c'est ce but-là que le Ministère ne voulait pas. Il [ne] voulait pas qu'il y ait de requête financière en bout de ligne ».

Le portrait des GOESA a été publié en octobre 2007 et il contient tous les axes de travail souhaités par les groupes et organismes membres du groupe de travail ministériel (Groupe de travail ministériel sur les réalités des groupes et organismes d'entraide et de soutien à l'allaitement au Québec, 2007).

#### **4.3.3.2.1.2 Comité d'agrément pour l'Initiative des amis des bébés (CAIAB)**

Le CAIAB a été l'unique groupe de travail permanent du CQA. Il a été créé le 25 novembre 2002, sous la coordination du MSSS, et il relevait directement du CQA. Depuis sa création, son mandat principal est de procéder à l'agrément des établissements québécois qui font une demande pour devenir Amis des bébés. Ce comité est aussi responsable de la formation des évaluatrices ainsi que de la création et de l'adaptation des outils d'évaluation.

Le CAIAB a été le mécanisme de concertation privilégié pour l'avancement de la stratégie principale des LD, soit l'implantation de l'IAB. Tel que noté lors de nos entretiens : « [L]e Ministère visait et tous les efforts ont été déployés pour qu'il y ait un accompagnement des établissements au Québec, pour que le plus d'établissements soient accrédités ». L'objectif initial était d'avoir, en 2007, 60 établissements reconnus Amis des bébés au Québec (MSSS, 2001a). Ce nombre n'a pas été atteint, mais un rapport d'évaluation sur le niveau d'implantation a montré que les établissements progressaient sur cette voie (MSSS, 2011). De plus, selon ce document, « [A]u moment de l'évaluation, 63 % des 200 CLSC et centres accoucheurs participants avaient déjà déposé une demande de certification, avaient l'intention de le faire avant 2010 ou voulaient conserver leur certification » (MSSS, 2011, p. 9).

La coordination du CAIAB a subi quelques changements aussi depuis sa création. En 2004, avec le départ pour un congé différé de la Mrep1, le Ministère a confié la responsabilité de la coordination du CAIAB à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. En 2006, l'Agence de Montréal a pris la relève de la coordination et elle assumait toujours cette tâche à la fin de la phase initiale d'implantation (2009).

Entre 2006 et 2009, le CAIAB était composé d'une présidente, de trois maîtres-évaluatrices<sup>12</sup>, d'un médecin-conseil représentant l'Agence de la Montérégie, de la Mrep2 et de sa gestionnaire. Le rôle de présidente, qui était assumé par une fonctionnaire de l'Agence de Montréal, était d'animer les rencontres, de préparer les ordres du jour, de produire les comptes-rendus, d'assurer le lien avec le Ministère de même que de revoir les demandes d'agrément et d'organiser les visites dans les établissements.

Le rôle de la Mrep2 était d'assurer le lien entre le Ministère et le CAIAB, et entre ce dernier et la TNRAM. Selon quelques personnes interviewées, la relation entre le CAIAB et la TNRAM concernait l'échange d'information. Le rôle des maîtres-évaluatrices et de la médecin-conseil était d'apporter une aide dans le processus de prise de décisions et d'alimenter le travail du comité. Le savoir, les connaissances et les décisions ayant trait aux outils et à l'agrément des établissements étaient partagés entre les membres du groupe. Selon quelques membres du CAIAB, cette dynamique de travail amenait un type de prise de décisions s'appuyant généralement sur le consensus. De plus, les maîtres-évaluatrices étaient responsables de la gestion de l'équipe d'évaluation. Grâce à leur travail, rémunéré ou bénévole, et à leur motivation, le dossier de l'agrément IAB a pu avancer au Québec. Tel que souligné par l'une des participantes : « *C'est clair que si on [n']avait pas l'équipe qu'on a en agrément à l'heure actuelle, moi, je pense que le dossier serait mort depuis longtemps.* » Les décisions qui ne portaient pas sur l'expertise des membres étaient prises par la gestionnaire responsable du dossier allaitement :

« Maintenant que le dossier a été transféré [en référence au deuxième transfert, du Service de la promotion de saines habitudes de vie à l'Unité du

---

<sup>12</sup> Les maîtres-évaluatrices sont des expertes en matière d'agrément IAB.

développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, en 2008], aucune décision ne se prendra sans sa présence [présence de la gestionnaire]. »

En raison de l'expertise de ses membres, le CAIAB a du pouvoir d'influence dans la prise de décisions relativement à l'agrément. De son côté, le MSSS exerce son autorité formelle. De cette façon, les interlocuteurs créent une relation fondée principalement sur une stratégie de coopération.

De façon générale, les rencontres avaient lieu à peu près tous les deux mois, mais elles pouvaient être plus rapprochées (à chaque mois), au besoin. Elles permettaient d'échanger sur le quotidien des évaluations, les problématiques rencontrées et la formation des évaluatrices. Dans le cadre du processus d'agrément, il est souhaité que les établissements contactent d'abord leur répondante régionale en allaitement maternel pour vérifier s'ils satisfont à tous les critères d'agrément. Normalement, les établissements contactent ensuite le CAIAB qui envoie une maître-évaluatrice pour effectuer la visite de préévaluation.

Selon les membres du CAIAB qui ont participé à la présente étude, le CAIAB a élaboré des outils adaptés à la réalité québécoise afin de mener à bien les évaluations des établissements. Les premiers outils ont été élaborés à partir des documents de travail recommandés par l'OMS/UNICEF en 1992; des critères et indicateurs précis destinés aux hôpitaux, aux maisons de naissance et aux CLSC du Québec ont ainsi été créés. Au moment de notre étude, le CAIAB travaillait à la mise à jour des outils d'évaluation à partir des documents de l'OMS/UNICEF révisés en 2009.

Le CAIAB a vécu, jusqu'à 2010, une situation très délicate aux dires de plusieurs personnes interviewées. Ceci était surtout relié à la reconnaissance nationale et internationale des établissements qui avaient reçu leur agrément IAB par la voie du CAIAB. L'une des recommandations de l'OMS/UNICEF en matière d'agrément IHAB (ou IAB) est la mise en place d'une autorité nationale pour l'agrément des établissements. Au Canada, l'autorité officiellement reconnue par l'OMS/UNICEF et Santé Canada en la matière est le Comité canadien pour l'allaitement (CCA). Au début, le CAIAB a travaillé en collaboration avec le CCA pour réaliser l'agrément IAB des établissements québécois. Toutefois, en 2008, le CAIAB a proclamé son autonomie en informant l'OMS, Santé Canada et le CCA de cette

décision. Celle-ci reposait sur le besoin, pour le CAIAB, de s'approprier de façon plus concrète les démarches IAB de même que sur des différences linguistiques, sur la lourdeur du processus lié au CCA (« [t]out était fait au Québec, mais il fallait envoyer un rapport au CCA et eux décidaient si l'établissement était certifié ou non ») et sur l'avancement du Québec par rapport au reste du Canada, autant ce qui concerne le nombre de demandes d'agrément que la création d'outils d'évaluation. Tel que souligné par une des membres du CAIAB : « *Au bout du compte, le comité canadien faisait juste approuver les recommandations du comité d'agrément... on trouvait qu'ils nous empêchaient d'aller plus vite, finalement.* » La décision menant à l'autonomie du CAIAB, prise officiellement par le MSSS, n'a pas fait l'unanimité au sein des membres du comité. Néanmoins, plusieurs membres sont d'avis que l'autonomisation du CAIAB a permis d'alléger le processus de certification et de diminuer le délai de transmission du résultat de l'évaluation aux établissements, ce qui a contribué à l'avancement du dossier de l'agrément au Québec. Pour le MSSS, l'autonomie du CAIAB est également liée à des enjeux politiques et culturels. Tel que souligné par des personnes interrogées:

« La santé est de juridiction provinciale. Nous sommes les personnes qui donnent l'agrément IAB, donc on ne dépendra pas d'un organisme à but non lucratif, alors qu'on est un organisme ministériel/gouvernemental pour certifier nos établissements. »

Et aussi :

« Les gens trouvaient ça problématique, parce que le fait qu'on est francophone, il fallait presque toujours demander la permission au Canada anglais pour accréditer un établissement IAB et le fait que le Québec avançait tellement, qu'on avait tellement d'établissements IAB, et le reste du Canada en avait très peu, ça devenait vraiment très compliqué. »

Pendant cette période, la relation entre le CCA et le CAIAB ne semblait pas être très claire pour plusieurs personnes. Ainsi, en 2004, le CAIAB a envoyé au CCA un document comportant une proposition de fonctionnement et tentant de clarifier les rôles de chacun. Par ailleurs, même si le CAIAB n'a pas bénéficié d'une reconnaissance à l'échelle canadienne et

internationale avant 2010<sup>13</sup>, le comité d'agrément du Québec s'est toujours considéré comme compétent pour mener des évaluations et octroyer l'agrément IAB aux établissements à l'échelle provinciale. Cependant, les établissements qui ont obtenu leur agrément IAB après l'autonomisation du CAIAB (mais avant sa reconnaissance officielle) n'étaient pas reconnus par le CCA, et conséquemment par l'OMS. Le MSSS les informait néanmoins de la liste des établissements certifiés par le CAIAB. À cause de ce problème, les établissements certifiés par le CAIAB depuis 2007-2008 (et avant sa reconnaissance) n'avaient pas reçu leur attestation pendant la période ici considérée, ce qui a provoqué une démobilisation générale parmi les établissements. En outre, les documents que les établissements signaient demeuraient ceux du CCA, car le Québec n'avait pas encore mis au point son propre contrat, ce qui ajoutait à la confusion sur le terrain. Tel que noté lors de nos entretiens :

« Les établissements ne comprennent pas trop ce qui se passe [...], il y a beaucoup, beaucoup de confusion, à ce moment [fin 2009] dans ce dossier. Et ça ne rend pas les choses faciles. Je pense que ça, c'est un frein énorme et que ça démotive beaucoup les établissements à ce moment. Autant notre manque de clarté, notre rôle et celui du Canada, que la façon dont l'ensemble du dossier est géré à l'heure actuelle. »

En raison du même problème, les évaluatrices formées par le CAIAB pendant cette période n'étaient pas reconnues par le CCA.

Un autre problème vécu au CAIAB a été la surcharge de travail de ses membres qui a découlé de la démarche d'élaboration des nouveaux outils et du nombre croissant de demandes d'agrément (en 2009, le CAIAB a reçu plus de demandes que dans les trois années précédentes combinées). Conséquemment, une liste d'attente a été créée et les établissements éprouvaient un certain découragement relativement au processus d'agrément. Vu cette situation, le MSSS a mis sur pied un groupe de travail avec l'objectif de trouver une solution de rechange permanente pour la coordination de l'IAB. Tel que noté par l'une des membres du CAIAB :

---

<sup>13</sup> Il est important de noter qu'à la fin de 2010, donc après le dépôt du rapport intérimaire à FRQSC et après la fin de la période de collecte de données pour cette étude, le CAIAB a été reconnu par le CCA comme l'entité responsable pour l'agrément des établissements au Québec.

« Donc, on a beaucoup, beaucoup de demandes de préévaluation, d'évaluation qui sont en attente, parce que le nombre de journées pour lesquelles on est payés, malgré tout le temps qu'on met de plus, on n'arrive pas à répondre à la demande. Donc, il y a 2 ans déjà, on a sonné l'alarme au Ministère, on a répété nos préoccupations l'année dernière, et... ce qui a abouti à la mise en place d'un comité qui va se pencher sur le processus [...]. »

En somme, le CAIAB apparaît comme une structure qui a favorisé l'évolution du dossier allaitement et qui a renforcé l'importance du rôle des LD. Tel que remarqué par l'une des participantes : « *Pour la majorité des établissements qui devient Amis des bébés, on se rend compte que très souvent, ils ont utilisé les LD pour travailler avec les intervenants.* »

Un aspect émergent intéressant a été la relation établie entre le MSSS et le CAIAB. Ces acteurs possèdent respectivement l'autorité formelle et l'expertise comme source de pouvoir. Ces deux sources de pouvoir provenant de différents acteurs génèrent une relation d'interdépendance entre eux qui les a amenés à coopérer afin d'accomplir l'agrément des établissements. Ceci étant dit, la décision politique prise par le MSSS de rendre le CAIAB indépendant du CCA a renforcé l'autorité formelle du MSSS dans la prise de décisions en plus de consolider le pouvoir des membres du CAIAB.

#### **4.3.3.2 Table de concertation en allaitement (TCA)**

La TCA a été créée le 6 novembre 2002, soit le lendemain de la première rencontre du CQA. Le mandat de la TCA était « *de soutenir le CQA dans le cadre des travaux qui relèvent de son mandat* » (Mandat TCA, 2002). De plus, selon quelques personnes interviewées, la table était un outil créé pour alimenter le CQA avec des idées et des stratégies pour l'ensemble des régions.

La TCA n'avait pas été prévue dans les LD. Cette table a plutôt été conçue par la Mrep1 afin de rassembler les personnes concernées et engagées dans le domaine de l'allaitement afin d'exercer un mandat plus large de concertation des régions et avec le milieu communautaire de soutien à l'allaitement.

La TCA était composée par les responsables du dossier allaitement de chaque région. En plus, des partenaires du réseau ont été invités à siéger à cette table, à savoir Info-Santé

CLSC, les groupes d'entraide provinciaux et suprarégionaux en allaitement, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, l'Association des pédiatres du Québec, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et INFAC-T-Québec (Mandat TCA, le 30 janvier 2006; Mandat TCA, septembre 2004). La constitution de la table visait à rapprocher et à mettre en contact avec les LD des groupes professionnels qui pouvaient être loin de la thématique de l'allaitement. Il y avait « *des gens qui étaient plus politiquement en faveur d'ouvrir des portes pour appliquer la stratégie d'influence du CQA* », selon une des personnes interviewées.

Les membres de la TCA ont aussi été invités à participer à des groupes de travail qui relevaient du CQA afin de collaborer à l'implantation du plan d'action ministériel : « *Ils agiront à titre de multiplicateurs et influenceront leur milieu respectif afin de créer un environnement favorable à l'allaitement maternel* » (Mandat TCA, le 30 janvier 2006; Mandat TCA, septembre 2004). Les rencontres de la TCA devaient avoir lieu deux ou trois fois par année et le fonctionnement de la table devait reposer sur des groupes de travail ponctuels touchant des sujets comme la formation, la recherche et l'évaluation, et la publicité sociale « *afin de nourrir les réflexions du CQA à partir des expériences de terrain* », selon une membre de la TCA interrogée.

Ainsi, la TCA était de nature « *plutôt consultative et plus opérationnelle* » (Compte-rendu CQA, le 5 novembre 2002, p. 3). La table rendait possibles des échanges entre les régions sur les réalités vécues sur le terrain (Compte-rendu CQA, le 5 novembre 2002, p. 3). Elle était donc un lieu de partage qui mettait en lumière les apprentissages ou les difficultés d'une région au profit de tous. Cette table constituait aussi un moyen pour faire circuler l'information relative à l'implantation des LD dans les deux sens : du MSSS vers la base, pour faire connaître ses décisions, et de la base vers le MSSS, pour acheminer les préoccupations et les besoins du terrain au Ministère, comme noté lors des entrevues.

Selon la documentation disponible, la TCA n'a tenu que quatre rencontres. Tel que noté par l'une des personnes interrogées : « *Avec le temps, le rôle de la table [TCA] a été un peu remis en question.* » En fait, pour la plupart des participantes à notre étude, le rôle de la

TCA n'a jamais été clair. Également selon elles, les membres de la TCA avaient des préoccupations différentes les unes des autres. Par exemple, les groupes d'entraide adhéraient déjà au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ils se considéraient déjà « Amis des bébés » et ils cherchaient des moyens d'influence et de financement. Pour les répondantes régionales en allaitement, la TCA ne répondait pas à leurs besoins, notamment en ce qui a trait au partage de stratégies et d'outils. Elle ne s'attaquait pas non plus aux difficultés que les régions éprouvaient dans l'implantation de l'IAB, comme décrit ci-après :

« [O]n disait qu'elle [la TCA] ne convient pas à nous [les répondantes régionales], parce que les gens au centre des organismes communautaires, au sein des associations, ils préfèrent qu'on parle de l'influence [...] comment on peut donner de l'argent, c'est correct. Et nous ce qu'on veut c'est savoir comment on aide les CLSC et les centres hospitaliers, les maisons de naissance à implanter l'IAB. Nos intérêts ne sont plus les mêmes. »

Enfin, la quatrième et dernière rencontre de la TCA a eu lieu en septembre 2004, le lendemain d'une formation sur les indicateurs de l'IAB (Ordre du jour TCA, le 16 septembre 2004).

Par la suite, une première rencontre des répondantes régionales en allaitement<sup>14</sup>, sans les autres membres de la TCA, a eu lieu deux mois plus tard avec l'objectif d'échanger sur la question de l'implantation de l'IAB (Compte-rendu de la rencontre des répondantes en allaitement, le 26 novembre 2004. Objet : Implantation de l'Initiative amis des bébés [IAB]). Quelques autres rencontres des répondantes régionales ont eu lieu jusqu'à 2006. Les répondantes ont exprimé le besoin d'un tel partage après avoir témoigné qu'elles avaient l'impression de travailler seules dans leur milieu (Compte-rendu des répondantes en allaitement, le 24 février 2005). Selon la Mrep1, l'idée initiale était de maintenir les rencontres de la TCA et d'y ajouter une demi-journée pour la rencontre des répondantes régionales uniquement, afin que les besoins spécifiques à ce groupe puissent être comblés. Mais la

---

<sup>14</sup> Cette rencontre et les autres qui ont suivi ont été organisées par le MSSS à la demande des répondantes régionales en allaitement qui composaient la TCA. Dans le groupe de discussion que nous avons mené, les participantes ont nommé ce mécanisme de concertation « table X », soit une table de transition avant la mise en place de la TNRAM. La dernière rencontre de la « table X » a été tenue les 22 et 23 novembre 2006. En mai 2007, les répondantes en allaitement ont commencé à se rencontrer dans la nouvelle structure appelée TNRAM.

dynamique des structures de concertation mises en place, soit le CQA, la TCA et les rencontres des répondantes en allaitement, demandait beaucoup de travail. Les rencontres de la TCA se sont alors faites de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de convocations. Ainsi, comme noté lors de nos entretiens, *« la table [TCA] n'existe plus, elle a été transformée en table de répondantes plutôt que table consultative. »*

La TCA s'est ainsi vue transformée en Table nationale de répondantes en allaitement maternel (TNRAM). L'appellation TNRAM a été adoptée lorsque le premier plan de travail de la table des répondantes a vu le jour en 2007. Contrairement à la TCA, les membres de la TNRAM sont uniquement les répondantes en allaitement de chaque région du Québec. En conséquence, comme les groupes d'entraide n'en font pas partie, l'absence de convocation de la TCA les a beaucoup touchés. En l'absence d'un lien direct avec le terrain et d'un lieu d'échanges, les groupes d'entraide trouvent que le dossier allaitement manque actuellement de cohésion : *« C'est comme un non-sens de [ne] pas avoir d'échanges [avec le] terrain. »*

Bien que la TCA ait eu une courte vie, ses rencontres ont eu, de façon générale, et comme souligné lors de nos entretiens, *« un aspect aussi de convivialité, qui s'installait entre les participants, puis qui permettait d'aller plus loin que l'ordre du jour. »* Aussi : *« En bout de ligne, ce n'était pas juste ce qui se disait autour de la table qui était important, c'était aussi ce qui se disait dans les corridors et les échanges informels qu'on pouvait avoir avec plein de gens là-bas. »* Les rencontres de la TCA ont donc été très appréciées par les membres, principalement par ceux qui étaient dans les régions éloignées : *« Ça permettait vraiment d'avoir de l'information, d'échanger, de se sentir partie prenante du processus aussi. »*

#### **4.3.3.3 Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)**

Des cadres de la DGSS concernés par le dossier allaitement ont participé au processus d'élaboration du PNSP. Tout d'abord, ils réclamaient l'inclusion des quatre stratégies décrites

dans les LD<sup>15</sup> (MSSS, 2001a) comme actions du PNSP. Finalement, seule la stratégie d'implantation de l'IAB a été retenue dans le PNSP.

L'inclusion de la stratégie IAB dans le PNSP est reconnue comme un élément important contribuant à l'implantation de l'IAB dans les hôpitaux, les CLSC et les maisons de naissance de même qu'à la hausse des taux d'allaitement dans la province et à l'avancement du dossier allaitement dans son ensemble. L'intégration de l'IAB dans le PNSP a favorisé une plus grande ouverture chez les directeurs de santé publique et les gestionnaires du réseau de santé et des services sociaux, tout en les motivant davantage à poursuivre le processus IAB et à s'intéresser aux questions générales de santé liées à l'allaitement.

Ceci étant dit, plusieurs personnes aux paliers local et régional remettent en question et critiquent le fait que les trois autres stratégies décrites dans les LD n'aient pas été intégrées dans le PNSP, puisque cela signifie qu'elles ne sont pas considérées comme des priorités de santé publique et qu'il n'y a pas d'obligation de les intégrer dans les plans d'action locaux et régionaux. Conséquemment, de l'avis de certaines personnes interrogées, les LD et les autres stratégies qu'elles contiennent ont perdu leur place après la publication du PNSP et principalement après le transfert du dossier allaitement à la DGSP :

« [...] à la Direction générale des services sociaux [DGSS], c'était les LD qui servaient de cadre de référence, le PNSP était un complément. Quand le dossier a été transféré en Santé publique [DGSP], les choses se sont inversées. Le Programme national de santé publique est devenu le cadre de référence et les LD [...] on ne leur accorde pas autant d'importance. »

Et pourtant, les LD ont été clairement identifiées comme le document fondateur et essentiel pour recréer une culture d'allaitement. Comme noté lors de nos entretiens :

« [...] l'Initiative amis des bébés, c'est quelque chose d'extraordinaire, je pense, qui permet de donner des services de qualité à l'ensemble des familles et des jeunes enfants. Par contre, [...] [l'IAB] est très, très centré sur le réseau. Donc, on veut que le réseau change ses pratiques pour améliorer la qualité des services

---

<sup>15</sup> Les quatre stratégies sont (i) l'IAB; (ii) le soutien aux femmes à la sortie de l'hôpital, donc le soutien aux organismes communautaires; (iii) la mise en œuvre d'un système efficace de suivi des taux d'allaitement; et (iv) l'utilisation du pouvoir d'influence du MSSS et du réseau pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger (ex. autres ministères).

qu'on donne aux familles, ça c'est bien, là, mais tout ça en soi, c'est pas... c'est pas suffisant pour changer une culture. Et pour arriver à des résultats qui vont être permanents, où on va vraiment avoir un changement sur la santé de la population, il ne faut pas travailler uniquement sur le réseau, il ne faut pas travailler uniquement une stratégie. Et ce n'est pas pour rien qu'il y avait quatre stratégies dans les LD, c'est qu'on voulait vraiment apporter ce changement-là, de culture. »

Cependant, du point de vue du MSSS, les autres stratégies décrites dans les LD sont déjà implicites dans le PNSP et dans les actions qu'il a développées, comme il a été expliqué par une personne cadre au MSSS :

« [I]l faut comprendre... à un moment donné, c'est à nous [MSSS] de, quand on examine ce que comprend l'Initiative amis des bébés de dire, oui, il y a l'agrément des établissements, mais à l'intérieur de ça, il y a aussi la promotion de l'allaitement maternel, puis il y a aussi le soutien de l'allaitement maternel. Donc, on est tout à fait autorisé... Ce qu'on a gardé, vraiment, tout ce qui incluait la stratégie Initiative amis des bébés et on se dit, c'est vraiment la stratégie, on n'a pas besoin de répéter les autres stratégies ».

De plus, d'autres actions ont été développées par le MSSS afin de combler les autres stratégies décrites dans les LD; par exemple, la surveillance des taux d'allaitement est généralement faite par le gouvernement par l'entremise du plan ministériel de surveillance multithématique et l'intégration d'un élément sur l'alimentation du nourrisson au cadre normatif I-CLSC. De même, l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006 (Neill et coll., 2006) a montré l'évolution des taux d'allaitement au niveau provincial et régional. De plus, au mois de mai 2007, un groupe de travail a été mis en place par la DGSP afin de proposer des recommandations relativement à la collecte de données pour le suivi des taux d'allaitement à l'aide du bulletin de naissance vivante.

Qui plus est, selon le MSSS, la façon de développer les programmes ou les lignes directrices a changé depuis les années 2000.

« [C]'était aussi un petit peu la façon de faire jusqu'aux années 2000... [T]out le monde voulait [que les documents] soient des LD... il y a eu une stratégie en prévention du suicide... je vous dirais qu'actuellement, on a plus tendance à avoir de documents intégrateurs, comme le PNSP, où, oui, on va parler d'allaitement, mais on va parler de l'ensemble des sujets ».

Vers la fin de la phase initiale d'implantation, la tendance était donc de produire des documents plus intégrés contenant un ensemble de sujets qui concernent la santé publique. Ainsi, une personne cadre à la DGSP a décrit le PNSP comme un document présentant des actions prioritaires à développer de l'ordre du « quoi faire », tandis que les LD sont plus descriptives, de l'ordre du « comment faire ». De plus, pour le MSSS, les LD et le PNSP n'ont pas suivi un ordre logique. Normalement, le « quoi faire » doit venir avant le « comment faire », ce qui ne semble pas avoir été le cas pour le dossier allaitement. À cet égard, un exemple donné par le MSSS est la stratégie qui concerne le soutien aux organismes communautaires : cette stratégie étant pour lui de l'ordre du « comment faire », elle n'a pas été considérée dans le PNSP. Cette vision du MSSS diverge clairement de celle des acteurs du terrain concernés par le dossier allaitement. D'une part, le MSSS défend le caractère normatif du PNSP où on priorise l'une des quatre stratégies décrites dans les LD, soit l'IAB, tout en affirmant que les trois autres sont déjà implicites dans la démarche du MSSS. D'autre part, les gens du terrain perçoivent qu'en reprenant uniquement l'IAB, le PNSP met l'accent sur la stratégie sur laquelle le MSSS peut exercer un plus grand contrôle et laisse à l'écart d'autres approches qui sont aussi importantes pour faire avancer l'implantation des LD. De plus, ils déplorent que le document de référence pour l'allaitement devienne le PNSP plutôt que les LD où tous les acteurs concernés par l'allaitement se voient identifiés. Ce faisant, le MSSS fait usage de son autorité formelle dans le dossier et la renforce, au détriment d'autres acteurs du champ organisationnel.

#### **4.3.3.4 Transferts du dossier allaitement au sein du MSSS**

Au fil des années, force est de constater que le dossier allaitement a été transféré à maintes reprises à l'intérieur du MSSS. Notre intention ici n'est pas de questionner la pertinence de ces transferts, mais plutôt de décrire et de mieux comprendre les répercussions de ces transferts sur l'avancement de la mise en œuvre des LD.

Le tableau IV (p. 79) résume le cheminement du dossier allaitement à chaque phase du changement décrite dans l'étude. Nous retenons essentiellement dans cette étude le transfert de la DGSS à la DGSP, et par la suite le transfert du dossier au sein de la DGSP, puisqu'il s'agit des transferts qui sont survenus pendant la phase d'implantation initiale des LD. La décision

de transférer le dossier allaitement a été prise par les directions générales concernées, soit la DGSS et la DGSP, suite à une réorganisation de la première en 2006.

**Tableau IV.** Transferts du dossier allaitement au MSSS

<b>Phase</b>	<b>Période</b>	<b>Place au sein du MSSS</b>
<b>Phase d'émergence</b>	1993-1997	Le dossier allaitement n'existait pas au MSSS.
<b>Phase de développement</b>	1997-2000	<b>Direction générale de la santé publique</b> Service de la promotion des saines habitudes de vie et de dépistage
	2000-2001	<b>Direction générale des services à la population</b> Direction de la santé physique
<b>Phase d'implantation initiale</b>	2001-2002	<b>Direction générale des services à la population</b> Direction de la santé physique
	2002-2006	<b>Direction générale des services sociaux</b> Direction des services généraux
	2006-2008	<b>Direction générale de la santé publique</b> Direction de la promotion de la santé et du bien-être Service de la promotion de saines habitudes de vie
	2008- <sup>16</sup>	<b>Direction générale de la santé publique</b> Direction du développement des individus et de l'environnement social Unité du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Source : Adapté d'un document de travail rédigé par la Mrep2, août 2009.

De façon générale, pour la majorité des personnes interrogées, le transfert du dossier allaitement à la DGSP a été vu comme favorable pour la visibilité, l'avancement et l'organisation du dossier, puisque le sujet de l'allaitement faisait partie du PNSP promu par la

DGSP. De plus, pour la plupart des 18 régions sociosanitaires du Québec, le dossier allaitement est un dossier porté par les directions régionales de santé publique. La répondante du dossier allaitement de chaque région relève donc de sa direction régionale de santé publique. Il apparaît alors plus logique que le dossier soit placé sous cette direction au sein du MSSS.

Un autre aspect qui renforce la pertinence du transfert du dossier allaitement est le fait que la DGSP soit aussi responsable du dossier des Services intégrés en périnatalité et petite-enfance (SIPPE). Or, à la DGSS, le dossier allaitement côtoyait d'autres thématiques qui n'avaient aucun lien avec la périnatalité. Tel que noté par l'une des personnes interrogées : « [O]n appartenait à une Direction de services sociaux, et ça, c'était la plus grosse niaiserie qui pourrait exister. » Par contre, une fois que le transfert de dossier a été effectif, les personnes concernées par le dossier allaitement se sont rendu compte que celui-ci n'était pas aussi prioritaire à la DGSP qu'il l'avait été à la DGSS, étant donné que la DGSP détenait de nombreux autres dossiers. Tel que noté par l'une des participantes à notre étude :

« [O]n était peut-être mieux dans une autre direction parce que la Direction générale de santé publique, c'est tellement gros, il y a tellement d'autres priorités qu'un dossier comme celui de l'allaitement, qui, oui, c'est une priorité de santé publique, mais de moindre importance, beaucoup moins budgétée que, par exemple, les autres saines habitudes de vie. »

De plus, la nature des échanges entre le MSSS et tous les autres acteurs concernés par le dossier allaitement semblent aussi avoir changé suite à son transfert de la DGSS à la DGSP. Tout d'abord, d'après les personnes qui participaient à des mécanismes de concertation, le mode de fonctionnement diffère entre ces deux directions. Ainsi, comme noté lors de nos entretiens, la DGSP a « une façon de procéder où les gens, bien, on a beaucoup moins de pouvoir [...]. »

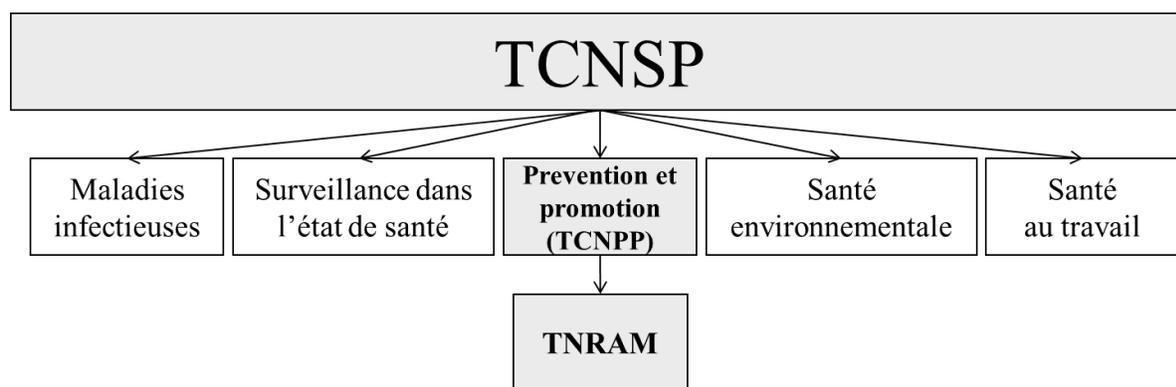
Par ailleurs, des différences entre les mécanismes de concertation ont été aussi remarquées. Comme détaillé précédemment, deux principaux mécanismes de concertation ont

---

<sup>16</sup> Information valide jusqu'au mois de février 2010, soit au moment de la dernière entrevue réalisée dans le cadre de la présente étude.

été créés pour le dossier allaitement, soit le CQA et la TCA, alors que le dossier se trouvait sous la responsabilité de la DGSS. Malgré la nature consultative de ces comités, leur composition très inclusive faisait en sorte que tous les acteurs concernés se sentaient actifs dans les processus de prise de décisions à l'égard de l'implantation des LD. En conséquence du transfert du dossier allaitement à la DGSP, les mécanismes de concertation employés à la DGSS ont dû être adaptés pour s'insérer dans la structure, plus hiérarchique, de cette direction. Ainsi, pour ce qui est du dossier allaitement, on retrouve au premier rang la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP); au deuxième rang hiérarchique se trouvent les différentes tables qui représentent les sous-directions de la DGSP, dont la Table de coordination nationale en promotion et prévention (TCNPP); et de cette dernière relève, au troisième rang, la Table nationale des répondantes régionales en allaitement maternel (TNRAM) (la TNRAM est décrite à la section 4.3.3.5, p. 84 ; voir aussi la figure 3, ci-après<sup>17</sup>).

**Figure 3.** Structure hiérarchique des mécanismes de concertation à la DGSP



<sup>17</sup> La TCNSP et la TCNPP sont des structures tripartites. Leurs membres sont : le MSSS; les directions de santé publique des 18 agences de la santé et des services sociaux; et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le président de la TCNSP est le directeur provincial de santé publique et sous-ministre responsable de la DGSP. La TCNSP est composée par les directeurs de santé publique de chaque région, par les directeurs de chaque direction du MSSS et par le directeur de l'ISNPQ. Le rôle de cette table est d'assurer la coordination et la cohérence des actions entre les paliers provincial et régional en considérant les activités de recherche et de transfert de connaissances avec l'INSPQ. Ses membres se réunissent environ quatre fois par année, généralement en vis-à-vis. La TCNSP a un rôle décisionnel. Quant à la TCNPP, elle a un rôle de concertation. Elle chapeaute tous les volets de la promotion et de la prévention, ce qui inclut le dossier allaitement. La TCNPP réunit les 18 coordonnateurs qui gèrent les équipes responsables des dossiers en promotion et prévention dans les directions régionales de santé publique, de même que les gestionnaires concernés par la promotion et la prévention au MSSS et des coordonnateurs scientifiques de l'INSPQ. Il s'agit donc davantage d'une table de nature opérationnelle et les rencontres sont trimestrielles. À l'intérieur de la TCNPP, il y a plusieurs tables thématiques, qui sont composées de responsables des dossiers dans les directions régionales de santé publique. Une de ces tables est la Table nationale de répondantes en allaitement maternel (TNRAM), créée officiellement en 2007, afin de représenter le dossier allaitement.

Par conséquent, depuis le transfert du dossier allaitement à la DGSP, tous les sujets qui concernent le travail en allaitement dans le réseau de la santé et des services sociaux doivent faire l'objet de l'approbation de la TCNPP. Depuis 2006, il y a, à la TCNPP, une personne désignée par le MSSS qui s'occupe du dossier allaitement. En comparaison, au moment où le dossier allaitement était encore à la DGSS, les plans, les décisions et toutes les questions concernant ce sujet étaient discutés à plusieurs reprises et approuvés au CQA. Par conséquent, les acteurs du terrain ont senti la perte du pouvoir de décision qu'ils avaient à la DGSS, un pouvoir qu'ils affirment ne plus avoir à la DGSP, en raison de la hiérarchie des mécanismes de concertation de cette direction :

« Alors, que là, en Santé publique, on est rentré dans un cadre beaucoup plus rigide où le Ministère prend beaucoup plus de place dans les décisions et nous, on est des exécutants. On peut suggérer, conseiller, mais c'est tout. Alors, qu'avant, on avait un pouvoir décisionnel. »

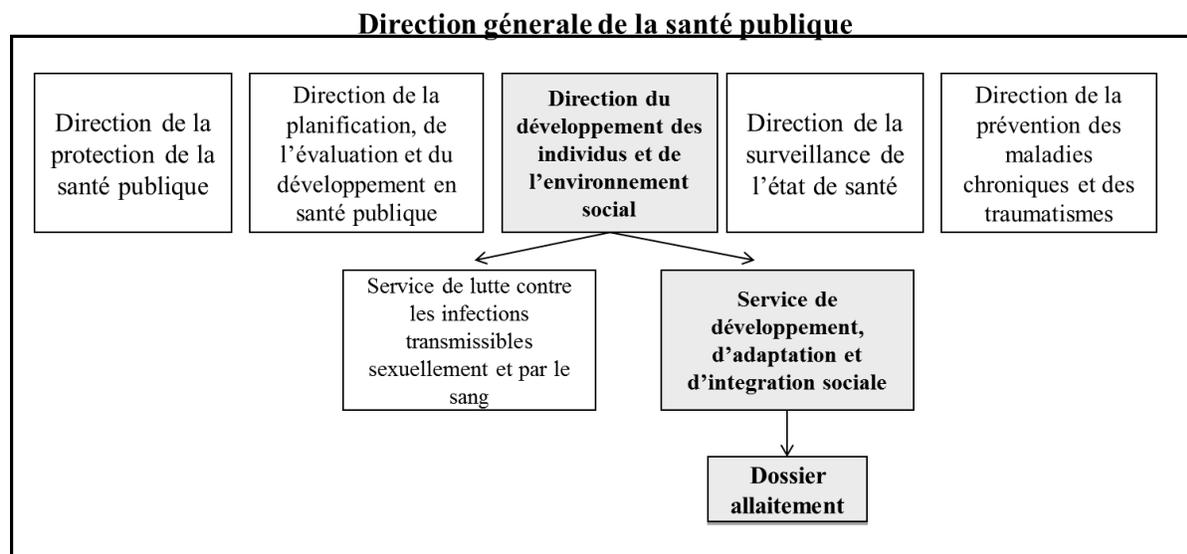
Une fois le dossier allaitement transféré, et lors de la première et unique rencontre de représentantes de la DGSP et des membres du CQA à l'automne 2006, des différences de vision et de pouvoir décisionnel se sont révélées. La structure et le fonctionnement de la DGSP font en sorte que, tel que noté par l'une des participantes à notre étude : « *Le Ministère propose des orientations et les régions, leur mandat c'est d'appliquer les orientations. Ce n'est pas l'inverse. Ce n'est pas les régions qui disent au Ministère quoi faire.* » Par conséquent, étant donné que la DGSP a ses propres mécanismes de concertation, les réunions du CQA et de la TCA n'ont jamais été convoquées à nouveau, ce qui a rendu ces structures obsolètes, et ce au détriment des personnes du palier local principalement. La citation qui suit montre le désaccord de personnes du terrain au regard de la fin des mécanismes de concertation utilisés avant le transfert du dossier : « *C'est pas une bonne façon de faire, puis il n'y a pas d'alimentation du terrain et c'est essentiel d'aller s'alimenter sur le terrain* ». De plus, une répondante régionale en allaitement a exposé en ces mots la différence entre les mécanismes de concertation employés et l'insatisfaction des gens face ce changement :

« [...] ça a démobilisé beaucoup de gens. Et ça veut dire qu'il n'y a plus de concertation, il n'y a plus de pouvoir d'influence. On n'est pas écoutées à la table de répondantes. Au CQA, au moins, on avait l'impression d'avoir, d'avoir

suffisamment du monde important autour de la table pour essayer d'influencer le Ministère. »

Plus tard, en novembre 2008, il y a eu une réorganisation administrative à la DGSP à cause de l'ampleur d'un plan d'action gouvernemental; il a alors été décidé de procéder à la réorganisation de quelques dossiers. À partir de cette restructuration, cinq différentes directions ont été créées au sein de la DGSP, dont la Direction du développement des individus et de l'environnement social (voir la figure 4, ci-après). Celle-ci comprend le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang de même que le Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale. À l'intérieur de ce dernier service, nous trouvons tous les dossiers qui entourent les aspects psychosociaux, la santé mentale et le développement des enfants, toujours en lien avec une approche de promotion et de prévention. Le dossier allaitement était géré par ce service au moment de cette étude.

**Figure 4.** Organisation administrative de la DGSP, en 2008, par rapport au dossier allaitement



Certains considèrent que ces nombreux transferts ont grandement touché les groupes d'entraide en allaitement, même si ceux-ci sont des entités extérieures au réseau du MSSS. Tel que mentionné lors d'un de nos entretiens :

« Pour les organismes qui ont une stabilité dans leur implication dans un dossier, les personnes, les gens au Ministère, c'est pas des positions négligeables, là, c'est important. Et quand ça change de main et pas juste de main, mais de secteur, puis qu'ils ont de la misère à se retrouver, plus personne se trouve. »

Enfin, après tous ces changements, les acteurs concernés par le dossier allaitement et œuvrant sur le terrain ont perdu beaucoup de motivation.

Tous les changements associés au transfert du dossier à la DGSP, ce qui comprend la différence entre les mécanismes de concertation employés dans cette direction, nous ont amenés à conclure que la stratégie d'engagement prédominante dans le domaine institutionnel pendant cette période a été, de la part des acteurs le moins puissants (c.-à-d., les acteurs du terrain et les répondantes régionales), la coopération de type « conformité » (*compliance*), étant donné qu'ils n'ont pas eu d'un autre choix que d'accepter les décisions du MSSS. Comme noté par l'une des participantes : « *[D]es fois, il y a des décisions qui se prennent et qu'on ne partage pas, et en devoir de loyauté, on se rallie, là. »*

#### **4.3.3.5 Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM)**

Créée en 2007 et composée uniquement des répondantes régionales et des représentantes du dossier allaitement au MSSS, la TNRAM est l'unique mécanisme de concertation mis en place dans le dossier allaitement depuis son transfert à la DGSP. Ceci étant dit, il faut remonter à 2004 pour retracer ses origines, c'est-à-dire au moment où les répondantes en allaitement ont demandé des rencontres pour traiter de leurs besoins à l'extérieur de la TCA (voir la section 4.3.3.2.2, p. 72). Les répondantes s'étaient alors rencontrées entre 2004 et 2006, encore sous la DGSS et avant la création de la TNRAM.

Les tables nationales de répondantes constituent le mode de concertation utilisé par la DGSP pour tous ses dossiers. Comme expliqué précédemment, ce mode de concertation s'inscrit dans la structure hiérarchique propre à la DGSP. Les tables de répondantes relèvent des tables thématiques; dans le cas présent, la TNRAM relève ainsi de la TCNPP qui, elle, relève de la TCNSP. Chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec possède une répondante régionale en allaitement; la plupart de ces répondantes occupent le poste d'agent

de planification, de programmation et de recherche dans la direction de santé publique. Plusieurs d'entre elles gèrent plus d'un dossier. En matière d'allaitement, leur rôle principal est de soutenir l'implantation de l'IAB dans leur région. À l'intérieur de deux rencontres annuelles de la TNRAM, les répondantes ont pour tâche de mettre en œuvre un plan d'action en allaitement pour l'année (entre 2006 et le 11 février 2010 – date de la dernière entrevue réalisée pour la présente étude, il y a eu trois plans d'action). Selon l'avis des répondantes en allaitement, les rencontres de la TNRAM serviraient à les réunir pour exprimer conjointement leurs besoins et pour échanger sur des outils et des façons de faire « ... *pour voir comment on peut développer des stratégies ensemble pour se soutenir* » afin d'aider les établissements de leur région dans l'implantation de l'IAB. Par ailleurs, selon le MSSS, le rôle de la TNRAM est d'échanger de l'information entre les régions concernant les outils de l'IAB et d'assurer une diffusion uniforme de l'information. De plus, pour le MSSS, la TNRAM est une table consultative qui statue sur la façon de procéder et non sur ce qui est à faire, puisque ceci a été préétabli dans le PNSP. Comme noté par une des participantes, la TNRAM « *[c]'est pour favoriser les échanges entre les régions, échanger au niveau de l'instrumentation et surtout s'assurer de la diffusion uniforme de l'information [...]* ».

Le pouvoir de prise de décisions concernant le dossier allaitement a alors été concentré à la TCNPP. Tel que noté lors de nos entretiens : « *[T]out passe par la TCNPP : le nombre de rencontres qu'on va avoir par année, des objectifs du plan de travail...* » Les répondantes peuvent faire des recommandations à partir de leur plan de travail, mais c'est au niveau de la TCNPP qu'elles seront acceptées ou non. Il est important de noter que cette nouvelle hiérarchie de pouvoir imposée par le transfert du dossier a été la principale source de conflit entre les répondantes régionales et les responsables du dossier allaitement au MSSS. Selon les informateurs clés interviewés, la grande différence c'est qu'avant, à la DGSS, les répondantes se sentaient mieux accueillies, les buts étaient précisés à partir du besoin ressenti par les membres, et les répondantes étaient plus écoutées et elles avaient plus de voix. La complicité, la négociation et la collaboration étaient alors des stratégies développées pour composer avec les différences entre les répondantes régionales elles-mêmes et aussi avec le MSSS. Tel que noté par l'une des personnes interrogées :

« On était toutes capables de reconnaître la force de l'autre. Malgré le fait que notre vision, parfois, se choquait [...], on se respectait. Des fois, faire des rapprochements entre ces deux mondes-là, c'était dur, mais le fait, comme je te disais, qu'on s'intéresse aux mêmes choses, on est devenues des grandes amies. »

Dès le transfert du dossier de la DGSS à la DGSP, le mode de gouvernance « *vertical* » et le pouvoir de l'autorité formelle ont été très contestés par les répondantes : « [...] *quand on a changé pour la nouvelle table, et là, ils [DGSP] nous disaient quoi faire, et c'est comme ça que c'était parti.* » Selon les propos tenus par quelques personnes interviewées, en raison de leur contestation sur ce mode de fonctionnement, le dossier allaitement a été vu par les coordonnateurs et les membres de la TCNPP comme un dossier difficile impliquant des « *personnes pas trop gérables* ».

« ...surtout avec cette table-là [TNRAM], c'est difficile à faire comprendre... Moi, quand je suis arrivée, j'ai un petit peu mis de points sur les 'i' là-dessus, là, c'est que... c'est pas une table décisionnelle, ok ?! C'est pas une table où les gens qui sont spécialement dédiés en allaitement vont faire des recommandations au Ministère, genre augmenter le budget en allaitement... C'est pas là que ces décisions se prennent et c'était pas très clair quand je suis entrée en fonction et je voyais qu'il y avait beaucoup de revendications du côté des gens de la table »

Le dossier allaitement est donc plus encadré (c.-à-d. régulé) pour ne pas laisser de place aux discussions, selon plusieurs personnes interviewées. La rigidité de la nouvelle structure et le manque d'échanges entre les régions sociosanitaires du Québec ont été perçus négativement non seulement par les répondantes qui ont vécu ce changement, mais aussi par celles qui sont arrivées par la suite. La citation suivante illustre bien cet état de situation :

« Moi, j'ai pas connu l'ancienne formule, je suis arrivée dans la nouvelle formule. J'ai un peu vécu les transformations et les frustrations des gens par rapport aux échanges et, moi, ce que je trouve difficile comme répondante actuellement, c'est d'arriver dans un processus que les LD étaient déjà là, les outils étaient déjà faits, les formations ont été déjà faites, de s'approprier ça dans notre région, c'était compliqué avec le temps limité qu'on a... Quand je viens ici à la table [TNRAM], la façon qu'elle est très, très structurée, il n'y a pas d'échanges, on n'a pas d'outils concrets qui nous débarrent... Moi, des fois, j'ai l'impression de perdre mon temps, parce que mon besoin est d'aller

beaucoup plus loin dans la structure, dans la stratégie, d'avoir des moyens concrets de mis en place. »

Avec ces changements, la stratégie de coopération initiale a été remplacée par une **apparence de collaboration** (Rodríguez et coll., 2007). Le MSSS consultait parfois les répondantes, mais il ne prenait pas des décisions à partir de leurs recommandations : « *Ils nous proposaient ou demandaient notre avis, mais la décision finale ne reflétait jamais notre avis.* » Tout ceci a contribué au fait que la motivation chez les répondantes en allaitement n'était pas au rendez-vous au moment de réaliser notre étude. Comme noté lors d'un entretien de groupe :

« Parce qu'on était passionnées, on était motivées, on voulait et on avait des idées [...], on était, entre guillemets, pas gérables. [...] [Maintenant] personne ne lève le petit doigt... Non, l'engagement n'est plus là. La motivation n'est plus là. »

En résumé, malgré son important potentiel, la TNRAM ne peut pas être considérée comme un véritable entrepreneur institutionnel dans le dossier allaitement. En tant que membres de la TNRAM, les répondantes régionales en allaitement ont vécu des frustrations après être passées d'un mode de gestion axé sur une stratégie de collaboration à un mode vertical de régulation. Le sentiment de n'être que des exécutantes et de ne pas être parties prenantes de l'action a entraîné un sentiment de déception chez plusieurs :

« Ce sentiment de faire un changement pour le mieux et de ne pas travailler sur un dossier, mais d'être des agents de changement social pour le bien-être de la population. C'est ça qui nous a animées dans la "table X". Et maintenant, on se sent un peu opprimées, ce n'est pas un dossier là, c'est vraiment important le changement qu'on veut faire. »

#### **4.3.4 Sommaire de la phase d'implantation initiale**

Dans la phase d'implantation initiale des LD, qui s'est étalée entre 2001 et 2009, nous avons identifié trois principaux entrepreneurs institutionnels, soit la Mrep1, le CQA et le MSSS. La Mrep1 a agi comme un entrepreneur individuel et la représentante d'un entrepreneur collectif, le MSSS, et son pouvoir reposait grandement sur son expertise et sa légitimité discursive. L'attribut de pouvoir du CQA était l'expertise de ses membres et aussi sa

légitimité discursive. Et finalement, le MSSS demeure dans cette phase un entrepreneur collectif et il utilise son autorité formelle comme une source de pouvoir.

Cette période a été caractérisée par plusieurs événements marquants qui ont transformé les stratégies d'engagement utilisées par les acteurs, et conséquemment, ont changé le cours de l'implantation des LD. En raison principalement du transfert du dossier allaitement à la DGSP, où l'autorité formelle du MSSS a été utilisée pour exercer un plus grand contrôle sur les décisions concernant le dossier, les stratégies d'engagement dans le champ organisationnel qui, avant le transfert, étaient basées sur la négociation et la collaboration se sont transformées en coopération de type conformité (*compliance*) et en apparence de collaboration. En fin de compte, les actrices du terrain concernées par le dossier allaitement se sont clairement montrées démotivées, car elles sentaient qu'elles n'avaient plus de voix et que les comités en place, le CAIAB et TNRAM, ne constituaient plus de véritables mécanismes de concertation.

#### **4.4 De 2009 au 18 octobre 2010 : phase d'implantation actuelle**

Nous avons décidé d'ajouter une quatrième phase d'analyse que nous avons nommé la phase d'implantation actuelle, afin de décrire les changements qui sont survenus entre le début de cette recherche au printemps 2009 jusqu'au dépôt du rapport intérimaire à l'organisme subventionnaire (FRQSC) en octobre 2010. L'analyse de cette phase est basée surtout sur des entrevues individuelles avec des informateurs clés et certains ordres du jour et comptes-rendus de réunions du Mouvement allaitement du Québec (MAQ) et du groupe de travail sur le processus d'agrément IAB. Durant cette période s'étalant sur 16 mois, nous avons identifié deux principaux événements, soit l'émergence du MAQ et la mise en place du groupe de travail sur le processus d'agrément IAB, ainsi que la présence de deux entrepreneurs institutionnels bien identifiés : le MSSS et le MAQ.

##### **4.4.1 Contexte institutionnel**

Après le transfert du dossier allaitement à la DGSP et la fin des rencontres du CQA et de la TCA (mécanismes de concertation) en 2006, un sentiment de déception s'est installé

progressivement parmi les actrices du terrain concernées par le dossier allaitement. Les citations suivantes illustrent un peu ce sentiment :

« Depuis qu'il n'y a plus de rencontres du Comité d'allaitement [CQA]... tout ce qui n'est pas agrément IAB, c'est pratiquement mort. Il n'y a plus rien du Comité [CQA] qui existait à l'époque qui continue [...], il y a plus de rassemblement, il n'y a plus de lieux d'échange, de concertation, donc, tout c'était effrité et pratiquement mort ».

« Le fait qu'il n'ait plus de CQA... il n'y a plus de réunions du CQA, selon moi, ça a démobilisé beaucoup de gens. Et ça veut dire qu'il n'y a plus de concertation, il n'y a plus de pouvoir d'influence. On n'est pas écoutées à la table de répondantes [TNRAM]. Au CQA, au moins, on avait l'impression d'avoir, d'avoir suffisamment de monde important autour de la table pour essayer d'influencer le Ministère »

« Pour moi, c'est inadmissible. Je [ne] le prends pas. Je l'ai dit au Ministère. C'est inconcevable que le CQA n'ait pas été relancé. Vous avez tué l'énergie des gens. Vous avez abandonné les gens. Puis, quand tu crées une concertation, puis que tu laisses se [...?], se détruire, tu la laisses mourir... c'est comme une plante que tu n'arroses plus. Pour moi c'est inacceptable [...] »

Ce sentiment a été accompagné d'actions ou d'un désir d'agir pour changer les choses, tel que décrit par quelques personnes interviewées. Par exemple :

« Ce que j'aurais souhaité, c'est d'avoir la possibilité d'influencer le maintien du Comité québécois en allaitement, donc, en tout cas, j'ai essayé et d'autres personnes ont essayé à plusieurs reprises d'influencer cette... cette décision-là, et malheureusement, on n'a jamais eu, officiellement, de mots... comme que ça n'existait plus »

Pour plusieurs personnes du palier local et des répondantes régionales en allaitement, la phase d'implantation actuelle est ainsi vue comme une période pendant laquelle le dossier allaitement a de la difficulté à aller de l'avant.

« Je ne sais pas où s'en va la thématique aujourd'hui [...] il y a eu beaucoup de perte de terrain... je ne sais pas même où on va y aller avec l'agrément des établissements ».

À cet égard et comme souligné précédemment, au-delà de l'absence d'un mécanisme de concertation, un autre élément évoqué par certains comme étant une barrière au progrès dans l'implantation des LD dans la province est que seule l'IAB est incluse dans le PNSP. Les autres stratégies formelles qui apparaissent dans les LD, à savoir l'organisation du soutien en allaitement, la mise en œuvre d'un système pour le suivi des taux d'allaitement et l'utilisation du pouvoir d'influence du MSSS pour amener d'autres secteurs à s'intéresser et à protéger l'allaitement, n'ont pas été tellement utilisées. Or, les personnes qui sont responsables du soutien à l'allaitement maternel sur le terrain réclament du soutien pour poursuivre leur travail :

« Ils peuvent mettre l'argent qu'ils veulent sur les certifications, là... mais, c'est comme... c'est comme dans le fond... tu as de pattes avant et tu as de pattes en arrière, c'est quelque chose à quatre pattes. Fait que, si tu finances deux pattes et que tu as les deux autres pattes que tu laisses tomber, mais... il y a quelque chose que ne marche pas à un moment donné. Ça [n']avance plus. »

Enfin, cette situation de mécontentement principalement avec le manque de concertation a provoqué l'émergence, dans la phase d'implantation actuelle, d'un nouveau mouvement collectif sur la thématique de l'allaitement.

Malgré tout, quelques personnes interrogées ont noté qu'après le transfert du dossier allaitement en 2008 (celui à l'intérieur de la DGSP, de la Direction de la promotion de la santé et du bien-être à la Direction du développement des individus et de l'environnement social), il a commencé à exister une certaine ouverture envers le domaine de l'allaitement et une meilleure compréhension des enjeux du dossier par les décideurs.

« [Le directeur du développement des individus et de l'environnement social], je pense qu'il est très sensible à la cause de l'allaitement... ça peut, peut-être, être très utile! [La gestionnaire] aussi me semble être une femme aussi ouverte et humaine ».

#### **4.4.2 Entrepreneurs institutionnels**

Dans cette courte période de temps, deux entrepreneurs institutionnels principaux ont été identifiés, soit le MAQ et le MSSS.

Le MAQ regroupe des personnes des paliers local et régional concernées par l'allaitement maternel. Pour certaines de ses membres, le MAQ cherche à reprendre la concertation dans la province au sujet de l'allaitement : « [L]e MAQ c'était aussi la volonté de reprendre le dossier qui a été laissé pour compte au Ministère... de dire qu'on reprend une certaine forme de concertation. » Dans ce cas, le MAQ agit comme un entrepreneur collectif dont l'attribut de pouvoir est fondamentalement l'expertise en allaitement de ses membres. Par ailleurs, le pouvoir d'action des acteurs qui sont à l'extérieur de la structure gouvernementale n'est pas négligeable. L'extrait suivant illustre clairement la capacité d'agir de ceux-ci :

« [O]n a voulu apporter des changements, mais à chaque fois le Ministère nous a dit : “Oh, non... Nous, on [ne] peut pas faire ça ! On [ne] peut pas sortir dans les médias. On [ne] possède pas cette capacité-là, on [ne] peut rien faire.” Alors, on était pris. Et moi aussi, en tant que Santé publique, il y a bien de choses que je [ne] peux pas faire, parce que je [ne] peux pas contredire le ministère de la Santé. Ça [ne] se fait pas ! Les organismes indépendants peuvent le faire. Donc, on essaie en ce moment de rebâtir quelque chose qui ressemble à la Coalition [pour l'allaitement maternel] qui s'appelle le Mouvement en allaitement. »

Ceci étant dit, le MSSS demeure l'acteur institutionnel qui détient l'autorité formelle et les ressources financières pour améliorer les taux d'allaitement dans la province, et ce malgré qu'il soit vu au moment de l'étude par plusieurs comme la principale barrière à l'avancement du dossier. Par ailleurs, le MSSS est conscient des problèmes survenus avec les gens du terrain au fil du temps; la volonté du MSSS de trouver des solutions s'est exprimée à travers deux initiatives prises dans cette phase, soit (i) la création d'un groupe de travail pour la révision du processus d'agrément IAB à l'échelle provinciale et (ii) le partenariat avec le FRQSC, à travers le programme Actions concertées, pour financer le présent projet de recherche visant à mieux comprendre l'implantation des LD et dont les résultats pourront éclairer les décisions futures du MSSS.

#### **4.4.3 Processus, événements et stratégies de changement**

La création du MAQ et la mise sur pied du groupe de travail ministériel sur la révision du processus d'agrément IAB sont les deux événements les plus marquants dans cette étape de l'histoire des LD. Le but du MAQ est de « *participer à créer des environnements favorables*

*vers une culture d'allaitement au Québec* » (Procès-verbal MAQ, 7 avril 2009, p. 2). Au début, le MAQ a été créé avec le mandat principal de « *préparer une vitrine de réalisations québécoises en allaitement* » (Procès-verbal MAQ, 7 avril 2009, p. 2). Cette vitrine devait être présentée dans le cadre de l'événement « *Enfanter le monde* » qui devait avoir lieu du 14 au 17 juin 2010 dans la Ville de Québec. À ce moment, « *Enfanter le monde* » devait jumeler deux événements majeurs : le 3<sup>e</sup> Forum mondial de la WABA (WABA Global Forum III) et le Congrès national en périnatalité de l'ASPQ. L'ASPQ était l'entité responsable de l'organisation logistique générale de l'événement. Pour ce faire, l'ASPQ a mis sur pied un comité de programme où quatre membres représentaient le domaine de l'allaitement. Des personnes engagées dans tous les milieux touchant l'allaitement au Québec ont été invitées à épauler ces quatre représentantes du dossier allaitement au comité de programme de l'ASPQ. La première rencontre de ce qu'allait devenir MAQ a eu lieu le 7 avril 2009. Lors de cette rencontre, trois autres mandats ont émergé : (i) partager des savoirs, des savoir-faire, des réalisations, des outils, des expériences et des stratégies favorisant l'allaitement au Québec; (ii) œuvrer pour faire reconnaître le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans la loi; et (iii) déterminer un nouveau mandat après le colloque de l'ASPQ 2010 (Procès-verbal MAQ, 7 avril 2009). Il faut aussi préciser que depuis le début, le MAQ est un mouvement ouvert à toutes les personnes intéressées par le sujet de l'allaitement; la participation est volontaire et bénévole.

Même si le MAQ a émergé initialement avec le mandat principal d'appuyer les membres du comité de programme de l'ASPQ, il y avait déjà, depuis la première rencontre, l'intention de continuer le mouvement avec d'autres buts, comme nous pouvons lire dans l'extrait suivant :

« Par la suite [après l'événement « *Enfanter le Monde* » de 2010], nous croyons que ce mouvement pourrait devenir un élément mobilisateur [...], en axant davantage sur un mouvement, sur un collectif, sur un regroupement [...] de personnes complémentaires issues de tous les milieux en vue de ré-energiser les activités liées à l'allaitement au Québec [...] » (Procès-verbal MAQ, 7 avril 2009, p. 1).

Selon quelques personnes interrogées, le MAQ a depuis représenté un mouvement mobilisateur, une concertation autonome voulant faire ressortir une approche globale de

l'allaitement au Québec alors que pour elles, le MSSS a délaissé les autres stratégies des LD pour mettre l'accent uniquement à l'IAB. Cette idée a été principalement renforcée quand la WABA s'est retirée de l'événement « Enfanter le monde »; le mandat principal qui était de « *planifier et organiser la vitrine québécoise au colloque WABA-ASPQ* » (Procès-verbal MAQ, 7 avril 2009, p. 2) est alors devenu désuet. La citation suivante expose le changement de mandat du MAQ et aussi les motivations qui ont amené ce groupe de personnes à s'organiser autour de ce mouvement :

« Il y a eu quelques rencontres pour le MAQ, le Mouvement allaitement Québec, qui est une forme de coalition, on pourrait dire, qui voulait aussi se réunir pour la rencontre de 2010 de l'ASPQ et de la WABA, un projet qui n'a pas fonctionné, malheureusement, mais les personnes qui se réunissaient pour le MAQ c'était aussi la volonté de reprendre le dossier qui a été laissé pour compte au Ministère... de dire : "on veut reprendre une certaine forme de concertation, parce qu'on a besoin de se concerter", mais le Ministère n'a pas pris aucun leadership là-dedans... Zéro leadership pour la concertation plus élargie. Donc, on s'est dit... on n'attendra plus, on va démarrer quelque chose. Parce que... pour nous, ça pas de sens. Quand je dis "nous", là, ça comprend d'autres personnes qui sont allées à la rencontre du MAQ, là... C'est comme... non, non, on a plein de choses à travailler, mais le Ministère ne nous offre plus de concertation... Ils ont pris le leadership et... c'est abandonné en cours de route, fait que c'est ça qui est un peu dommage ».

Le mandat du MAQ était déjà plus large afin de répondre au besoin de concertation en allaitement qui, selon les personnes interviewées, n'existait plus entre tous les acteurs concernés par l'allaitement dans la province. Le conflit des idées et de comportement entre les partenaires du champ organisationnel par rapport à la prise de décisions centralisée dans le dossier allaitement a renforcé la création de ce nouveau mouvement. Des membres de ce groupe étaient opposées aux décisions prises par le MSSS (p. ex., fin des mécanismes de concertation, prise de décisions centralisée, priorisation de l'IAB dans le PNSP) et elles étaient inquiètes pour l'avenir du dossier allaitement « *C'est pas compliqué, c'est du statu quo* ».

Ces attitudes reflètent la « non-coopération » entre le MSSS et les autres personnes concernées par le dossier allaitement :

« Les gens du CQA, d'autres personnes à qui j'ai parlées, sont autant déçues que moi. Puis, on a le goût de repartir quelque chose et on veut repartir quelque

chose. Parce que, on [ne] laissera pas ça mourir au Ministère. C'est ça l'idée, là, présentement. On se dit que, puisque le Ministère nous a abandonnées à quelque part, ben, nous autres on va arroser la plante pareille. On va commencer à l'arroser... »

De son côté, en mai 2009, le MSSS a pris la décision de former un groupe de travail afin de réviser le processus d'agrément IAB des établissements, de résoudre les problèmes de coordination dans l'agrément et de faire des recommandations en vue d'assurer la pérennité du processus d'agrément IAB. La coordination du groupe de travail est assurée par le MSSS, qui a engagé une experte pour coordonner les travaux. Les autres membres du groupe de travail proviennent du MSSS (Direction de la santé publique, Direction des services de santé et Direction de la médecine universitaire et de la qualité), de l'agence mandataire à ce moment pour l'agrément IAB (l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal) et d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux (deux CSSS et un hôpital universitaire).

La première rencontre du groupe de travail devait être tenue à l'automne 2009, mais en raison de la pandémie de la grippe A(H1N1), celle-ci n'a finalement eu lieu qu'en janvier 2010. Lors de cette première rencontre, quatre propositions ont été émises concernant le processus d'agrément et le futur du CAIAB, à savoir (i) intégrer complètement l'agrément IAB au processus d'agrément des établissements par Agrément Canada; (ii) intégrer partiellement l'agrément IAB au processus d'agrément des établissements; (iii) harmoniser l'agrément IAB au processus d'agrément des établissements; et (iv) maintenir l'agrément IAB indépendant du processus d'agrément des établissements. Ces propositions de même que leurs avantages et leurs inconvénients devaient être discutés lors de la deuxième rencontre du groupe de travail planifiée pour le mois de mai 2010<sup>18</sup>.

En somme, le MAQ, en tant qu'entrepreneur institutionnel collectif dans la phase d'implantation actuelle, déploie de l'expertise en allaitement et une forte légitimité auprès des personnes du palier local. De son côté, le MSSS détient l'autorité formelle et le contrôle sur les ressources financières capables de faire avancer le dossier allaitement. Malgré que les deux

---

<sup>18</sup> Nos sources documentaires sur ce groupe de travail s'arrêtent au 22 janvier 2010.

acteurs en cause détiennent des attributs de pouvoir pouvant être considérés comme étant complémentaires, il n'y avait pas eu, en date de la fin de la collecte de données, de discussion ou de rencontre formelle entre le MAQ et le MSSS. Comme décrit plus haut, plusieurs membres du MAQ ont plutôt démontré du mécontentement face au mode de gestion du dossier allaitement au niveau du MSSS. Pour ce qui est des stratégies d'engagement adoptées par ces actrices, nous pouvons alors indiquer que le MAQ en a développé deux : tout d'abord, la collaboration entre ses membres, basée sur le partage des attributs de pouvoir de chacune pour résoudre un problème; ensuite, une stratégie de conflit de type contestation vis-à-vis le MSSS<sup>19</sup>. La stratégie de conflit de type contestation a été identifiée, car plusieurs membres du MAQ interviewés n'étaient pas en accord avec les décisions prises au niveau du MSSS par rapport à l'implantation des stratégies décrites dans les LD. Il faut rappeler qu'il s'agit ici de deux acteurs qui ont des attributs de pouvoir assez puissants. Bien que nous n'ayons pas trouvé un événement précis pour illustrer le conflit qui a émergé entre eux, les entrevues relatent bien l'insatisfaction des personnes qui ont fait émerger le MAQ par rapport au manque d'actions du MSSS, ce qui démontre que ces acteurs ont présenté, à un moment donné, des intérêts différents. De son côté, le MSSS a su coopter des expertes et il a développé une stratégie de collaboration avec eux.

#### **4.4.4 Sommaire de la phase d'implantation actuelle**

Dans la phase d'implantation actuelle, nous avons identifié deux entrepreneurs collectifs, soit le MAQ et le MSSS. Le MSSS jouit toujours de son autorité formelle, tandis que les attributs de pouvoir du MAQ reposent sur l'expertise de ses membres et sa légitimité auprès des personnes du palier local concernées par l'allaitement. Fait important à noter, nous avons observé pendant cette période que la capacité des expertes qui sont à l'extérieur de la structure gouvernementale à mobiliser les personnes qui sont plus proches du terrain apparaît plus grande que celle des expertes qui sont soumis aux normes et à la hiérarchie du MSSS.

Tant le MAQ que le groupe de travail ministériel pour la révision du processus d'agrément IAB ont émergé en raison du besoin de sortir de l'impasse actuelle ressentie par

---

<sup>19</sup> Il est à noter que la collecte de données de la présente étude s'est terminée en octobre 2010, lors de la remise du rapport

tous les acteurs concernés par le dossier allaitement et par le MSSS lui-même. Mais ces initiatives, prises séparément, répondent à des logiques différentes selon les acteurs. D'une part, le MAQ a été créé par une variété d'actrices des paliers local et régional en s'appuyant principalement sur le manque d'un espace de concertation depuis la fin de la phase d'implantation et il soutient des éléments associés aux stratégies des LD qui n'ont pas été adoptées formellement par la DGSP. D'un autre côté, le MSSS vise à réviser et à renforcer l'importance de la stratégie qu'il a privilégiée pour faire avancer le dossier allaitement, soit l'agrément IAB. La stratégie d'engagement observée entre le MAQ et le MSSS dans le domaine institutionnel peut ainsi être qualifiée de conflit de type contestation.

À la fin des entrevues menées dans le cadre de cette étude, soit février 2010, les personnes rencontrées montraient encore beaucoup d'inquiétudes par rapport au futur du dossier allaitement, et plus précisément des LD.

## **4.5 Sommaire des résultats**

Dans un contexte international clairement en faveur de la pratique de l'allaitement maternel, la politique des LD du Québec a émergé à partir d'un mouvement de professionnelles très concernées par les bas taux d'allaitement observés dans la province pendant les années 1990 et souhaitant fortement déclencher un changement dans ce domaine. Ce mouvement, qui a commencé au niveau individuel et qui s'est progressivement organisé autour du leadership d'une championne, en l'occurrence la Dre A, a finalement su interpeller et engager le MSSS dans la formulation d'une politique, les LD. Cette politique, voulue et acceptée par toutes, est le produit de la collaboration entre les actrices concernées. Le début de la phase d'implantation des LD, pendant laquelle le dossier allaitement se trouvait sous la responsabilité de la DGSS du MSSS, a été une période où les avancées dans le dossier de l'allaitement étaient plus visibles, notamment au niveau du financement. Le MSSS et les actrices concernées par l'allaitement travaillaient ensemble, en collaboration, pour mettre en œuvre la politique. La stratégie de collaboration a été possible en raison des mécanismes de concertation mis en place à ce moment. En plus de l'échange d'information entre les régions,

---

intérimaire au FRQSC. Tous les événements qui ont suivis ne sont pas inclus dans le présent rapport.

les mécanismes de concertation donnaient une voix aux gens du terrain et permettaient le partage du pouvoir.

Pendant la deuxième partie de la phase d'implantation, lorsque le dossier allaitement a été transféré à la DGSP, les rapports entre le MSSS et les paliers local et régional sont devenus de plus en plus conflictuels. De l'avis du MSSS, le dossier allaitement suivait la structure organisationnelle (la façon de faire) dessinée par la DGSP. De l'avis des actrices du terrain et celles du palier régional que nous avons rencontrées, la façon centralisée et hiérarchique adoptée pour la prise de décisions est un des facteurs problématiques dans la poursuite de l'implantation des LD. De plus, cette nouvelle façon de faire de la DGSP ne donnait plus d'espace de concertation aux acteurs. L'inconfort et le mécontentement avec cette nouvelle façon de gérer le dossier allaitement ont fait en sorte que divers actrices du domaine de l'allaitement s'organisent à nouveau à l'intérieur d'un nouveau mouvement collectif qui a émergé à l'extérieur de la structure gouvernementale.

## Chapitre 5. Discussion

Notre but dans cette recherche était de décrire et de comprendre les processus d'élaboration et de mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel (LD) au Québec. Cette politique de soins de santé a vu le jour en 2001 afin de contribuer à la création et à la consolidation d'une culture d'allaitement au Québec et, ce faisant, à l'amélioration des taux d'allaitement dans la province.

Notre étude a mis en évidence le rôle crucial joué par un collectif de professionnelles de la santé qui, dans un contexte politique international clairement favorable à la formulation de politiques nationales pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel, a persévéré et a su interpeller le MSSS afin de déclencher le processus d'élaboration formel des LD. En acceptant cette demande et en soutenant ce mouvement de professionnelles fortement engagées, le MSSS a alors rendu possible la matérialisation de cette politique.

Une fois la politique élaborée et publiée, les rapports entre les professionnelles des niveaux local et régional et les décideurs politiques concernés par la mise en œuvre des LD ont été caractérisés par le dialogue et la collaboration. Ainsi, plusieurs structures de gouvernance pour l'implantation des LD ont été mises sur pied, ce qui témoigne du partenariat entre ces acteurs institutionnels. L'existence de ces structures et leur fonctionnement semblent avoir porté des fruits, car les taux d'allaitement dans la province, surtout ceux à la sortie des services de maternité, ont sensiblement augmenté depuis (Lavoie et Dumitru, 2011). Cependant, les relations entre les acteurs concernés par l'allaitement sont devenues depuis progressivement moins coopératives, la stratégie d'engagement des acteurs dans le champ organisationnel ayant passé de la collaboration au conflit, et ce due à la difficulté des deux parties de comprendre leurs logiques d'action respectives en vue du soutien continu à la politique.

## 5.1 Les entrepreneurs institutionnels en allaitement maternel au Québec

Cette étude a tout d'abord clairement mis en évidence le rôle actif et crucial que des acteurs œuvrant dans un domaine institutionnel donné peuvent jouer dans la dynamique institutionnelle, c'est-à-dire un véritable rôle d'agent de changement. Cependant, comment ces acteurs (individus ou organisations) peuvent-ils provoquer un changement dans leur champ organisationnel si leurs croyances et leurs actions sont elles-mêmes déterminées par la structure du champ auquel ils appartiennent? (Batillana, 2006 ; Leca et coll., 2008).

Ce processus, appelé entrepreneuriat institutionnel, est une importante contribution dans les développements théoriques les plus récents sur la théorie institutionnelle. Notre recherche empirique s'insère dans ce courant, car nous nous sommes justement centrées sur la compréhension du processus d'entrepreneuriat institutionnel en allaitement au Québec, et ce au niveau analytique du champ organisationnel. Nous avons tout d'abord identifié les acteurs clés dans ces processus, soit les entrepreneurs institutionnels. Puis, étant donné que la dynamique du changement institutionnelle est éminemment politique, nous avons mis l'accent sur la compréhension de la façon dont ces acteurs ont mobilisé au fil du temps leurs attributs de pouvoir lors de leurs interactions et des conséquences qui en ont résulté ; en d'autres mots, comment ont-ils déployé des stratégies d'engagement différentes dans le champ organisationnel examiné ? Nous avons utilisé la définition d'entrepreneuriat institutionnel de Maguire et collaborateurs (2004) qui est caractérisée par des activités développées par des acteurs, individuels ou collectifs, ayant l'intérêt de créer ou de modifier des institutions et détenant des ressources leur permettant d'agir en ce sens (Maguire et coll., 2004). Il apparaît alors évident que pour être capable d'agir efficacement en tant qu'entrepreneur institutionnel, la *position sociale* qu'un acteur occupe dans son champ organisationnel est d'une importance capitale (Batillana, 2006; Dorado, 2005; Fligstein, 1997). Cette position – ou capital social (Fligstein, 1997) – permet à l'acteur d'une part d'avoir une perception riche du champ organisationnel (Dorado, 2005) et, d'autre part, d'avoir accès aux ressources nécessaires pour pouvoir agir en tant qu'entrepreneur institutionnel (Lawrence, 1999).

### 5.1.1 Les entrepreneurs individuels

Dans cette étude, la pertinence de la position sociale d'un certain nombre d'individus dans le déclenchement du changement institutionnel dans le domaine de l'allaitement au Québec a été mise en avant. Cette position et les attributs de pouvoir qui l'accompagnent ont permis à quelques individus d'agir comme des acteurs clés ayant la capacité de construire, à un moment donné, un champ d'intérêt commun chez les acteurs concernés même lorsque ceux-ci avaient des valeurs et des intérêts différents.

Dans le cas étudié, la position sociale occupée par la Dre A (médecin, experte en périnatalité et engagée dans le domaine de l'allaitement) lui a permis de percevoir le besoin de changement dans le champ organisationnel et de créer les liens nécessaires afin de mobiliser des ressources et des alliés, et ainsi agir comme une entrepreneure institutionnelle. De plus, la Dre A a agi de façon proactive en envoyant des lettres pendant plusieurs années au MSSS afin de conscientiser les décideurs politiques aux faibles taux d'allaitement dans la province. Ces actions intentionnelles (*purposive action*) (Tracey et coll., 2011 ; Lawrence and Suddaby, 2006) de la Dre A visant à sensibiliser des décideurs à la cause de l'allaitement et à rassembler autour d'une même idée des organisations et des personnes intéressées par l'allaitement au Québec, donc des acteurs qui partagent le même environnement institutionnel (Zucker, 1987), font de la Dre A une véritable entrepreneure institutionnelle.

Toujours au niveau de l'importance de la position sociale occupée par un entrepreneur institutionnel, la Mrep1 mérite une mention toute particulière. En effet, cette actrice a su utiliser le pouvoir lié à sa position sociale, soit sa position dans le champ organisationnel, et celui lié à sa position hiérarchique, soit sa position au sein du MSSS, pour agir comme une entrepreneure institutionnelle exceptionnelle pendant la première partie de la phase d'implantation des LD. Son pouvoir reposait à la fois sur (i) sa légitimité discursive, c'est-à-dire sa légitimité de parler au nom de toutes les organisations et les personnes intéressées par ce domaine; (ii) son expertise professionnelle; (iii) son engagement pour la cause de l'allaitement; et (iv) son accès à l'autorité formelle. Les trois premières sources de pouvoir ont fait en sorte que la Mrep1 occupe un rôle clé auprès des professionnels œuvrant dans le champ organisationnel, ce qui l'a placée dans une position sociale privilégiée pour agir et négocier

dans ce champ. Par ailleurs, sa position au sein du MSSS et son attitude proactive lui a permis de contourner des logiques d'action plus hiérarchiques propres de cette organisation. Tout ceci lui a permis de contribuer à l'harmonisation des logiques d'action respectives, et ce non seulement aux paliers local et régional, mais aussi au palier provincial.

Ces acteurs institutionnels individuels ont su utiliser leurs attributs de pouvoir et leur position sociale et faire preuve de persévérance afin de déclencher le changement institutionnel. Il faut rappeler que, selon les informations colligées dans le cadre de la présente étude, l'allaitement maternel n'a jamais été une priorité de santé publique avant 1997 avec la publication des Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Ainsi, par des chemins différents, la Dre A et la Mrep1 ont été capables de créer des ponts (*bridging institutional entrepreneurship*) (Tracey et coll., 2011) entre les différents intérêts de plusieurs acteurs du champ organisationnel de par les actions qu'elles ont développées en tant qu'entrepreneures individuelles. Il est à noter que leur position sociale et leur légitimité discursive ont fortement influencé leur relation avec les autres acteurs du champ (Leca et coll., 2008). Comme décrit par Fligstein (1997, p. 398) « *(S)killed social action revolves around finding and maintaining a collective identity of a set of social groups and the effort to shape and meet the interests of those groups* ».

### **5.1.2 Les entrepreneurs collectifs**

Cette étude a identifié différents acteurs collectifs qui ont aussi contribué au changement institutionnel par leurs actions. Ces entrepreneurs collectifs ont participé de façon nuancée à l'une ou l'autre des phases du changement (Rocher, s.d.), principalement en raison de la position sociale qu'ils occupaient au moment de leurs interventions (Rocher, s.d.). Ainsi, l'importance de la position sociale d'un acteur institutionnel a aussi été mise en évidence empiriquement pour les acteurs collectifs.

Quelques exemples montrent les rôles nuancés de ces différents acteurs. Le groupe de travail mis en place au début de la phase de développement des LD a été capable d'élaborer la politique de façon collective, c'est-à-dire que les membres du groupe ont su utiliser leurs pouvoirs respectifs pour travailler ensemble et contribuer pour la formulation, sur papier, des

LD. La coalition pour l'allaitement maternel et le CQA ont aussi été identifiés comme des entrepreneurs collectifs, vu qu'ils ont agi de façon proactive afin de contribuer au changement institutionnel (mise en œuvre des LD). Dans ces cas, le pouvoir de la position sociale a été mis en évidence. En effet, la coalition a utilisé sa position sociale de même que la position hiérarchique individuelle de plusieurs de ses membres afin de mieux faire circuler l'information et d'essayer d'influencer la prise de décisions au sein du CQA et même au niveau du MSSS. Rappelons que dans la composition de la coalition, il y avait des personnes et des professionnelles œuvrant à tous les paliers du système de santé québécois. Ce qui a été intéressant, c'est que comme groupe, donc comme entrepreneur collectif, la coalition a su utiliser sa position d'organisation extérieure à la structure hiérarchique du MSSS, de même que sa légitimité discursive et l'expertise de ses membres pour contribuer au changement.

Dans cette étude, le MSSS a joué un rôle important et particulier pendant le processus de changement. Malgré qu'il fût un acteur qui a plutôt *réagi* au besoin de changement exprimé par d'autres acteurs du domaine, le MSSS a mis à contribution ses attributs de pouvoir, notamment son autorité formelle dans un champ organisationnel à caractère public. Étant donné sa position, les actions développées par le MSSS ont été absolument nécessaires pour que le changement se produise. C'est pourquoi il a été ici identifié comme entrepreneur collectif dans cette étude.

## **5.2 Stratégies d'engagement des acteurs dans le champ organisationnel**

Afin de concrétiser la collaboration dans le travail institutionnel (*institutional work*) pendant la phase d'implantation, de nouvelles structures de gouvernance ont été mises en place, soit le CQA et la TCA. Ces structures et leur mode de fonctionnement initial ont en effet favorisé le dialogue, la négociation et le partage du pouvoir, ce qui constituait une véritable stratégie de collaboration et de partenariat entre les différents acteurs du champ organisationnel (Hardy et Phillips, 1998).

Nous reconnaissons aussi que la capacité des acteurs institutionnels à agir dans l'intérêt commun a été renforcée par l'identification collective pour la cause de l'allaitement par les personnes engagées dans le processus historique des LD. La croyance profonde de certaines personnes, principalement au niveau du palier local, que l'allaitement est la meilleure façon d'alimenter un nourrisson a grandement favorisé l'engagement collectif autour d'une personne qui possédait des attributs de pouvoir (légitimité discursive et expertise) permettant la création de cette politique. Ainsi, en raison de cette forte croyance et en conséquence de l'identification par des intérêts communs des différentes personnes intéressées par l'allaitement, les acteurs se sont permis de travailler ensemble dans le but de changer la réalité de l'allaitement maternel du Québec.

Nous avons également documenté que la politique des LD a résulté des pressions exercées par un groupe de professionnelles, mais qu'elle a été formulée de façon consensuelle avec l'acteur détenant l'autorité formelle dans le champ organisationnel, soit le MSSS. De cette façon et sur la base de notre analyse, nous pouvons affirmer que le changement a été un processus dialectique qui, en ayant été déclenché par un groupe de professionnelles extrêmement motivées, a pu engager les différents acteurs concernés, malgré leurs visions différentes, dans la création de la politique des LD (Hargrave et Van de Ven, 2006). Ceci a été un vrai travail de partenariat et de réseautage entre les personnes intéressées à partager leurs pouvoirs respectifs et leurs croyances afin de construire une politique pour l'allaitement maternel au Québec.

La logique d'engagement collaborative dans le domaine institutionnel s'est par contre atténuée progressivement avec le transfert du dossier allaitement, au sein du MSSS, de la Direction générale des services sociaux (DGSS) à la Direction générale de la santé publique (DGSP). En effet, les structures du CQA et de la TCA, et principalement leur mode de fonctionnement, n'étaient pas compatibles avec la logique d'action traditionnelle de la DGSP (Tracey et coll., 2011), générant par la suite des réponses de conflit de type contestation parmi les professionnelles des paliers local et régional. En d'autres mots, la dynamique de collaboration en place entre les différents acteurs pendant la formulation de la politique des LD et la période initiale de son implantation est devenue par la suite conflictuelle,

principalement en raison de la concentration du pouvoir décisionnel au palier provincial, c'est-à-dire aux mains du MSSS. Il est important de rappeler que, selon Hardy et Phillips (1998), le conflit ne peut pas se manifester sans que la partie opposée ait aussi du pouvoir pour confronter celui qui détient l'autorité formelle. Ceci étant dit, le pouvoir lié à la légitimité discursive et à l'expertise des professionnelles des paliers local et régional était solide, ce qui leur a permis de contester les décisions prises par l'acteur détenant l'autorité formelle. Comme décrit par Hardy et Phillips (1998, p. 228) : « *Collaboration is one way to derive benefit from changes to interorganizational domains. So, too, is conflict; but both require power* ».

À la fin de l'étude, ce champ organisationnel se trouvait en pleine transition, avec de nouvelles actions entreprises par les acteurs s'y trouvant. D'un côté, le MSSS travaillait à l'évaluation du processus d'implantation des LD en prenant en considération les données qui ont émergé de la présente étude (à travers le rapport intérimaire) et en révisant aussi le processus d'agrément IAB des établissements. D'un autre côté, des personnes des paliers régional et local se réorganisaient autour d'un nouveau mouvement collectif, le MAQ, afin de reprendre une forme de concertation entre les personnes concernées par l'allaitement dans la province.

Il est à noter qu'avec l'émergence du MAQ, un nouveau cycle du processus dialectique s'est amorcé, basé encore une fois sur l'action collective d'un mouvement professionnel, ce qui est susceptible de permettre l'émergence de nouveaux arrangements entre les acteurs et, possiblement, des changements institutionnels : « *Dialectical change processes tend to be cyclical and recurrent; with time, the synthesis becomes the thesis for a new cycle of dialectical institutional innovation and change* » (Hargrave et Van de Ven, 2006, p. 865).

### **5.3 Principaux constats et pistes d'action**

Cette étude a corroboré empiriquement l'importance des attributs de pouvoir et de la position sociale des acteurs concernés dans le changement institutionnel. Qui plus est, dans le processus étudié, nous avons constaté que la capacité d'agir comme un entrepreneur institutionnel (acteur qui de par son comportement proactif déclenche le changement) n'est pas nécessairement liée à une position formelle dans la hiérarchie, mais qu'elle est davantage liée

à la position sociale que cet acteur occupe dans le champ organisationnel. Il ressort également de cela qu'un individu soumis au pouvoir formel, hiérarchique et bien structuré aurait plus de difficulté à agir comme un entrepreneur institutionnel comparativement à un acteur situé en dehors de cette structure hiérarchique (p. ex., la Dre A et la Coalition pour l'allaitement maternel). Et particulièrement pour la Mrep1, bien qu'elle était une actrice individuelle œuvrant au sein d'une structure très hiérarchique, ses attributs personnels et son pouvoir à l'extérieur du MSSS ont favorisé ses actions comme entrepreneur institutionnel.

Malgré ce constat, l'étude a aussi mis en évidence, dans un domaine institutionnel public, le rôle clé que l'acteur détenteur de l'autorité et des ressources financières (ici le MSSS) joue dans le changement institutionnel, et ce même s'il agit en *réaction* aux pressions exercées par d'autres acteurs plus proactifs du champ organisationnel. Sans la *réaction* de cet acteur collectif, soit sans la mobilisation de ses attributs que sont l'autorité formelle et les ressources financières mises à contribution au sein d'une logique d'action collective, ce changement n'aurait pas eu lieu.

Notre étude a également montré que, malgré leur position respective dans le domaine institutionnel qui nous occupe, tous les acteurs concernés par l'allaitement dans la province visent l'attente du même but, soit la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement dans la province. Ceci n'est pas une mince affaire étant donné que le domaine de la santé est réputé pour sa complexité et pour l'existence des groupes d'acteurs puissants avec des intérêts divers.

Des plus, il a été constaté que la collaboration entre les acteurs du domaine (soit des acteurs qui composent les paliers local, régional et provincial) est possible, la preuve étant la formulation consensuelle des LD elles-mêmes. Qui plus est, une fois la politique élaborée et publiée, les rapports entre les professionnelles du terrain et les décideurs politiques engagés dans la mise en œuvre des LD ont été caractérisés, dans un premier temps, par le dialogue et la collaboration. Ainsi, plusieurs structures de gouvernance ont été mises sur pied pour l'implantation des LD, ce qui témoigne du partenariat entre tous ces acteurs.

Le domaine de santé étant fortement institutionnalisé, la présente étude documente néanmoins la détérioration progressive des relations entre les acteurs concernés par

l'allaitement, lesquelles sont devenues au fil du temps progressivement moins coopératives, voire clairement conflictuelles, et ce en raison de la difficulté des deux parties à un moment donné de comprendre leurs logiques d'action respectives en vue du soutien continu à la politique. Le MSSS, surtout après le passage du dossier allaitement de la DGSS à la DGSP, a perpétué un mode d'action du haut vers le bas (*top-down*), et les gens du terrain ont privilégié une modalité d'action du bas vers le haut (*down-top*). Tous ces constats mettent en exergue que les « ponts » qui harmonisent les logiques d'action respectives entre les acteurs institutionnels sont fragiles, vu que la construction de ces « ponts » est un processus continu, d'où la nécessité de toujours agir sur leur reconstruction.

En conséquence, afin de contribuer à l'atteinte d'une plus grande collaboration au sein du champ organisationnel de l'allaitement au Québec, une première piste de solution à l'impasse dans laquelle le dossier allaitement se trouvait à l'automne 2010 serait *la reconnaissance par tous du besoin de développer une logique d'action collective*. Comme noté par Wijen et Ansari (2007, p. 1081) : « *In situations where groups of stakeholders are concerned about a common issue or problem [...], the only route to achieving change is by developing collaborative solutions [...] and a 'collective logic of action' [...]* » (l'emphase en gras est à nous). En d'autres mots, un plus grand succès de la pratique de l'allaitement au Québec passe nécessairement par la collaboration entre les acteurs concernés. La reconnaissance mutuelle que les deux approches (*top-down* et *down-top*) sont nécessaires pour atteindre plus efficacement le but poursuivi, ainsi que le besoin de reconnaître l'importance des attributs de pouvoir respectifs, par ailleurs complémentaires, seraient quelques-uns des fondements sur lesquels se baser pour arriver à élaborer des solutions collaboratives efficaces et ainsi évoluer vers un entrepreneuriat institutionnel collectif dans ce domaine.

Une seconde piste de solution, en lien étroit avec la précédente, serait l'adoption autant par les décideurs politiques que par les professionnelles et les gestionnaires d'une véritable approche axée sur les mères (*person-centered approach*). En effet, l'entrepreneuriat institutionnel le plus effectif est celui qui prend en compte, dans perspective multiniveaux, les courants présents dans la société (Tracey et coll., 2011). Il apparaît alors difficile de concevoir de nos jours, et dans notre contexte, l'implantation d'une politique de soutien à l'allaitement

maternel sans intégrer dans la prise de décisions les personnes les plus directement concernées par ladite politique. Ce faisant, le Québec se positionnerait en claire syntonie avec les orientations politiques canadiennes les plus récentes en matière de dispensation des soins et des services de santé. Enfin, l'incorporation des mères à la prise de décisions serait un élément soutenant le développement d'un véritable entrepreneuriat institutionnel collectif.

## **5.4 Stratégies de vérification de la rigueur de l'étude**

La rigueur de la recherche qualitative peut et doit être garantie par les chercheurs en adoptant certaines mesures visant à assurer la validité interne et la validité externe de l'étude. Suivant Morse et collaborateurs (2002), nous avons tout d'abord assuré la *cohérence méthodologique* de notre investigation par la congruence entre les questions de recherche formulées, la perspective méthodologique choisie, les données recueillies et notre procédure d'analyse.

Nous avons utilisé la triangulation des méthodes qui engage plusieurs techniques pour réaliser la collecte de données (Santiago Delfosse et Rouan, 2001). De cette façon, nos résultats ont été obtenus non seulement par le biais de l'analyse des entretiens individuels et du groupe de discussion, mais aussi de celles de documents pertinents. Cette analyse documentaire nous a aidés à mieux contextualiser les données recueillies dans les entretiens. Par ailleurs, pour ces derniers, nous avons conçu notre grille d'entretien à partir de nos questions de recherche et cette grille a ensuite été validée avec les premières entrevues réalisées.

Nous avons également assuré la justesse de notre échantillon en sélectionnant des participantes qui ont vécu le phénomène étudié, donc les « meilleures » personnes pour raconter l'histoire des LD, celles qui pouvaient fournir l'information la plus riche sur les décisions, les événements et les processus qui ont jalonné le développement des LD. En outre, nous avons suivi le principe de la diversification interne afin d'assurer que les informateurs sélectionnés soient le plus divers possible dans le groupe sélectionné de façon à couvrir entièrement les phases de changement examinées pour tracer l'histoire complète des LD (Pires, 1997). De plus, nous avons considéré que la *saturation* des données a été atteinte

lorsque les dernières entrevues réalisées n'apportaient plus d'information nouvelle ou différente pour justifier l'ajout de nouveau matériel empirique (Pires, 1997 ; Boutin, 2000 ; Giacomini et Cook, 2000). Alors, nous pouvons affirmer que notre échantillon était approprié et suffisant pour répondre à nos questions de recherche (Morse et coll. 2002).

De plus, nous avons commencé l'analyse des premières entrevues alors que les entretiens se poursuivaient avec d'autres participantes à l'étude. Tout au long de notre analyse de données, l'information émergente a été confrontée avec les données obtenues précédemment. Ce processus de révision et de confirmation a été utilisé afin de minimiser les erreurs et de construire une analyse solide pour notre étude. À l'instar de Morse et collaborateurs (2002), nous croyons que la recherche qualitative n'est pas un processus linéaire, mais plutôt itératif, ce qui nous a permis ce processus de va-et-vient entre les données empiriques et la théorie pendant notre étude. De cette façon, toutes nos données ont été systématiquement examinées au regard de notre cadre conceptuel et un deuxième codage a assuré sa reproductibilité.

Ensuite, toujours dans la phase d'analyse des données, les premiers résultats ont été présentés à l'équipe de recherche puis au comité de suivi du projet (mis en place par l'organisme subventionnaire) sous le format d'un rapport intérimaire et d'une présentation orale suivi d'une discussion. Nous avons également procédé à la validation de nos résultats auprès des participantes aux entrevues et au groupe de discussion (*member cheking strategy*) (Cresswell et Miller, 2000).

La rigueur de la validité externe (ou transférabilité des résultats) de cette étude a été assurée par la description détaillée du cas étudié de façon à ce que le lecteur puisse être capable de bien comprendre ce qui s'est passé dans ce contexte et de juger de l'applicabilité des résultats dans d'autres contextes. De plus, la transférabilité de notre étude repose grandement sur notre cadre théorique. En effet, nous avons utilisé un cadre théorique puissant tout au long de l'étude (*thinking theoretically*) (Morse et coll., 2002) afin de fournir des éléments théoriques qui nous ont aidés à expliquer la formulation de cette politique publique dans le secteur de la santé.

## 5.5 Limites de l'étude

En dépit de son exhaustivité, notre étude présente certaines limites. Ainsi, et malgré nos efforts, il a été difficile de trouver des acteurs et des groupes d'acteurs qui ont été engagés dans *toutes* les phases de l'histoire de cette politique, soit qui ont vécu l'histoire complète de la politique des LD de son émergence à sa mise en œuvre. Par conséquent, plusieurs des participantes ont été engagées seulement à un moment ou à un autre de l'histoire.

Par ailleurs, de par son devis longitudinal rétrospectif, notre recherche est essentiellement basée sur ce que les gens ont choisi de nous raconter même si nous avons utilisé des sources documentaires afin d'assurer la congruence de ce qui a été dit. De plus, la collecte de données s'est terminée à une date précise, à savoir lors du dépôt du rapport intérimaire à l'organisme subventionnaire au mois d'octobre 2010, alors que l'histoire des LD, elle, se poursuivait. Il est possible de penser que la présentation du rapport intérimaire au comité de suivi du projet a eu un impact sur le comportement de certains acteurs du champ organisationnel, dont le MSSS. Divers changements dans le dossier allaitement ont effectivement été observés par certains acteurs depuis la présentation au comité de suivi. Il faut noter que nous n'avons pas pris en considération ces nouveaux changements dans notre analyse puisqu'ils sont survenus après le moment prédéterminé pour la fin de la collecte des données.

## 5.6 Pistes pour des recherches futures

L'entrepreneuriat institutionnel, et plus particulièrement l'entrepreneuriat institutionnel collectif, constitue l'un des sujets de recherche les plus prometteurs en théorie institutionnelle. Plusieurs travaux théoriques ont été publiés à cet égard (p. ex., Dorado, 2005; Wijen et Ansari, 2007), mais la recherche empirique se trouve encore peu développée. À la suite de la présente étude, le développement futur des LD au Québec constituerait une opportunité pour avancer des connaissances empiriques et théoriques sur ce sujet, l'une des possibles questions de recherche pouvant être formulées comme suit :

- Comment des acteurs œuvrant selon des logiques d'action différentes, mais partageant le même domaine institutionnel et poursuivant un objectif commun, peuvent-ils arriver à développer un nouvel entrepreneuriat institutionnel collectif?

De plus, la mise sur pied des LD au Québec offre une opportunité en or de générer de nouvelles connaissances empiriques et théoriques sur l'adoption d'une véritable approche axée sur les usagers du système de soins de santé (*patient-centered approach*), et ce pour ce qui est de l'une des pratiques de prévention et de promotion de la santé sur lesquelles il existe un plus large consensus dans la littérature spécialisée : l'allaitement maternel. De telles connaissances seraient aussi un atout pour éviter des approches axées sur la culpabilisation de la victime (*victim blaming*) que certains auteurs ont déjà dénoncées au regard de la dispensation des services de soutien à l'allaitement (Nathoo et Ostry, 2009). Une possible question de recherche à cet égard pourrait être la suivante :

- D'après une perspective de services axés sur les usagers, comment incorporer de manière effective les mères lors de la prise de décisions concernant la révision des LD au Québec?

## Chapitre 6. Conclusions

Cette étude a permis de retracer l'histoire de l'émergence, du développement et de l'implantation d'une politique qui tire son origine d'un mouvement professionnel visant à changer la culture de façon à faciliter la pratique de l'allaitement maternel et, en conséquence, d'augmenter les taux d'allaitement dans la province. À partir de leur position sociale dans le domaine institutionnel examiné et en s'appuyant sur leur expertise et leur légitimité discursive, ces professionnelles fortement engagées ont agi à titre de véritables entrepreneures institutionnelles. Puis, une fois que l'acteur détenant le pouvoir formel, c'est-à-dire le MSSS, a accepté le dialogue, des acteurs des différents paliers du système de santé ont coopéré et travaillé de façon consensuelle pour donner naissance à la première politique en matière d'allaitement maternel au Canada. La collaboration pendant le développement et l'implantation initiale des LD a été rendue possible grâce aux mécanismes de concertation mis en place à cet effet. Cependant, cette stratégie initiale de coopération a progressivement été remplacée par une stratégie de conflit après que la prise de décisions eût été centralisée et que des changements dans les structures organisationnelles et dans la gouvernance au niveau du MSSS aient mené à l'abandon des mécanismes de concertation. Ainsi, au moment de mettre fin au travail de terrain de cette étude, l'inconfort et le mécontentement avec cette nouvelle façon de gérer le dossier allaitement avaient favorisé l'émergence d'un nouveau mouvement collectif professionnel en dehors la structure gouvernementale.

Dans cette étude, nous avons tout d'abord mis en évidence l'importance des attributs de pouvoir et de la position sociale des entrepreneurs institutionnels capables de déclencher le changement désiré. Nous avons aussi démontré comment la collaboration entre les acteurs concernés, qui implique la reconnaissance et le partage du pouvoir entre les acteurs des différents paliers du système de santé, rend possible et renforce la réussite du changement institutionnel. Enfin, nous avons souligné le caractère dynamique du changement institutionnel lorsque nous avons constaté comment des logiques d'action fortement institutionnalisées peuvent entraver la logique d'action collaborative une fois le changement déclenché.

Pour un meilleur avenir de la politique des LD et du dossier allaitement, il serait recommandé de s'assurer que tous les acteurs concernés par l'allaitement reconnaissent le besoin de développer à nouveau une logique collective pour que la collaboration puisse, encore une fois, être possible entre eux. Après tout, ils visent l'atteinte du même but, soit la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement dans la province. Enfin, il serait aussi fortement suggéré aux acteurs professionnels et politiques de faire un pas en avant et d'utiliser, lors de la révision des LD, une approche axée sur les mères, puisqu'elles sont des actrices clés lorsqu'il s'agit de discuter de l'allaitement de leur enfant.

## Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada* (Publication n° HP10-12/2008F). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cph-rspsc/pdf/cph-rspsc08-fra.pdf> (consulté le 23 mars 2011)

American Academy of Pediatrics. (2004). *Pediatric Nutrition Handbook* (5e éd.). Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk - Policy statement. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. Repéré à <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552> (consulté le 25 août 2012)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2002). *Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Repéré à [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf) (consulté le 23 mars 2011)

Assemblée Nationale. (2003). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Projet de loi n° 25). Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF> (consulté le 09 mars 2011)

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des sages-femmes. (2008). *Énoncé commun sur l'allaitement maternel*. Repéré à [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/JPS94\\_Breastfeeding\\_March\\_2008\\_f.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/JPS94_Breastfeeding_March_2008_f.pdf) (consulté le 10 octobre 2012)

Association des pharmaciens du Canada. (2011). *CPhA Position Statement on Breastfeeding and Infant Nutrition*. Repéré à <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/PPBreastfeedingandInfantNutrition.pdf> (consulté le 10 octobre 2012)

Australian Institute of Family Studies. (2008). *Growing Up In Australia: The Longitudinal Study of Australian Children, Annual Report 2006-07*. Repéré à <http://www.growingupinaustralia.gov.au/pubs/ar/ar200607/annualreport2006-07.pdf> (consulté le 14 mars 2011)

Australian Health Ministers' Conference. (2009). *The Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015* (Publication n° P3-6238). Repéré à [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/49F80E887F1E2257CA2576A10077F73F/\\$File/Breastfeeding\\_strat1015.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/49F80E887F1E2257CA2576A10077F73F/$File/Breastfeeding_strat1015.pdf) (consulté le 14 mars 2011)

Battilana, J. (2006). Agency and Institutions: The Enabling Role of Individuals' Social Position. *Organization*, 13(5), 653-676.

Bartick, M., et Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), e1048-56.

Beaudry, M., Chiasson S., et Lauzière J. (2006). *Biologie de l'allaitement - Le sein, le lait, le geste*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Berg, B.L. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (4e éd.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Boutin, G. (2000). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Cattaneo, A., Burmaz, T., Arendt, M., Nilsson, I., Mikiel-Kostyra, K., Kondrate, I.,... Fallon, M. (2010). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutrition*, 13(6), 751-759.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Breastfeeding among U.S. children born 2000-2009, CDC National Immunization Survey. Repéré à [http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS\\_data/index.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm) (consulté le 29 novembre 2011)

College of family physician of Canada. (2004). *Infant feeding policy statement 2004*. Repéré à [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Final\\_04Infant\\_Feeding\\_Policy\\_Statement.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Final_04Infant_Feeding_Policy_Statement.pdf) (consulté le 30 avril 2012)

Comité canadien pour l'allaitement. (2012). *L'initiative amis des bébés au Canada. Rapport de situation : Le 19 février 2012*. Repéré à [http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/BFI\\_Status\\_report\\_2012\\_Final\\_French.pdf](http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/BFI_Status_report_2012_Final_French.pdf) (consulté 28 juin 2012)

Conférence générale de l'Organisation internationale du travail. (2000a). *C183 Convention sur la protection de la maternité*. Repéré à <http://www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm> (consulté en août 2007)

Conférence générale de l'Organisation internationale du travail. (2000b). *R191 Recommandation sur la protection de la maternité*. Repéré à <http://www.ilo.org/ilolex/french/recdisp1.htm> (consulté en août 2007)

Cresswell, J.W., et Miller, L.D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130.

Dacin, M. T., Goodstein, J., et Scott, W.R. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *Academy of Management Journal*, 45(1), 45-57.

Department of Health, et Department of Health Promotion and Protection. (2006). *Breastfeeding in Nova Scotia: Responsibilities of the Nova Scotia Department of Health and the Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection*. Repéré à [http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Provincial\\_Breastfeeding\\_Policy.pdf](http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Provincial_Breastfeeding_Policy.pdf) (consulté le 23 mars 2011)

DiMaggio, P.J. (1988). Interest and Agency in Institutional Theory. Dans L.G. Zucker (dir.), *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment* (2e éd., Vol.4, p. 3-22). Cambridge: Ballinger.

DiMaggio, P.J., et Powell, W.W. (1991). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. Dans W.W. Powell et P.J. DiMaggio

(dir.), *The new institutionalism in organization analysis* (p. 63-82). Chicago: The University of Chicago Press.

Dorado, S. (2005). Institutional entrepreneurship, partaking, and convening. *Organization Studies*, 26(3), 385-414.

Duijts, L., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., et Moll, H.A. (2010). Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*, 126(1), E18 - E25.

Dyson, L., Renfrew, M.J., McFadden, A., McCormick, F., Herbert, G., et Thomas, J. (2010). Policy and public health recommendations to promote the initiation and duration of breastfeeding in developed country settings. *Public Health Nutr.*, 13(1), 137-144.

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. (2008). *Protection, promotion, and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*. Repéré à <http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf> (consulté le 14 mars 2011)

Fligstein, N. (1997). Social skill and institutional theory. *American Behavioral Scientist*, 40(4), 397-405.

Giacomini, M.K., et Cook D.J. (2000). Users' Guides to the Medical Literature. XXIII. Qualitative Research in Health Care. A. Are the Results of the Study Valid? *JAMA*, 284(3), 357-362.

Green, J.M., et Thorogood, N. (2009). *Qualitative Methods for Health Research* (2e éd.). Thousand Oaks: Sage.

Greenwood, R., Suddaby, R., et Hinings, C.R. (2002). Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutional Fields. *Academy of Management Journal*, 45 (1), 58-80.

Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K., et Suddaby, R. (2008). Introduction. Dans R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (dir.). *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (p.1-46). London: Sage.

Grégoire, L. (2003). La nécessité de l'action sociale vers une culture de l'allaitement. *Periscoop*, 7(1), 10-11.

Groupe de travail ministériel sur les réalités des groupes et organismes d'entraide de soutien à l'allaitement au Québec. (2007). *Portrait des groupes et organismes d'entraide et de soutien à l'allaitement au Québec*.

Guillemette, A., et Badlissi, D. (2001). L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé. *Regard sur la santé publique lanauoise*, 8(1), 1-7.

Hannula, L., Kaunonen, M., Tarkka, M.T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of clinical nursing*, 17(9), 1132-1143.

Hardy, C., et Phillips, N. (1998). Strategies of Engagement: Lessons from the Critical Examination of Collaboration and Conflict in an Interorganizational Domain. *Organization Science*, 9(2), 217-230.

- Hardy, C., et Maguire, S. (2008). Institutional Entrepreneurship. Dans R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (dir.). *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (p.198-217). London: Sage.
- Hargrave, T.J., et Van de Ven, A.H. (2006). A Collective Action Model of Institutional Innovation. *Academy of Management Review*, 31(4), 864-888.
- Hatsu, I.E., McDougald, D.M., et Anderson, A.K. (2008). Effect of infant feeding on maternal body composition. *International Breastfeeding Journal*, 3(18). doi: 10.1186/1746-4358-3-18
- Health Canada. (2004). *Exclusive breastfeeding duration : 2004 Health Canada recommendation*. Repéré à [http://www.brandonrha.mb.ca/export/sites/brandonrha/galleries/pdf/Having\\_a\\_Baby/Canada\\_Health\\_Breastfeeding.pdf](http://www.brandonrha.mb.ca/export/sites/brandonrha/galleries/pdf/Having_a_Baby/Canada_Health_Breastfeeding.pdf) (consulté le 23 mars 2011)
- Hector, D., King, L., Webb, K., et Heywood, P. Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. *NSW Public Health Bull*, 16(3-4), 52-55.
- Horta, B.L., Bahl, R., Martinés, J.C., et Vitora, C.G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Repéré sur le site de l'Organisation mondiale de la Santé : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf) (consulté le 11 octobre 2012)
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., ... Lau, J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries* (Publication n° 07-E007). Repéré sur le site de l'Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf> (consulté le 10 septembre 2010).
- Jones, G., Steketee, R.W., Black, R.E., Bhutta, Z.A., Morris, S.S., et Bellagio Child Survival Study Group. (2003). How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 362, 65-71.
- Kitzinger, J. (2000). Focus groups with users and providers of health care. Dans C. Pope et N. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (p.20-29). London: BMJ Publishing.
- Kramer, M.S., Chalmers, B., Hodnett, E.D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ... Helsing, E. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285(4), 413-420.
- Krueger, R.A., et Casey, M.A. (2000). *Focus Group: A Practical Guide For Applied Research* (3e éd.). California: Sage.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Labbok, M.H. (1994). Breastfeeding as a women's issue: conclusions and consensus, complementary concerns, and next actions. *Int J Gynaecol Obstet*, 47, S55-S61.
- Lamontagne, C., Hamelin, A.M., et St-Pierre, M. (2008). The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 3(17).

Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. *Academy of Management Review*, 24 (4), 691-710.

Lavoie, A., et Dumitru, V. (2011). *L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada*. Zoom Santé, (28), 1-8. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom\\_sante\\_sept11\\_no28.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom_sante_sept11_no28.pdf) (consulté le 10 octobre 2012)

Lawrence, T.B. (1999). Institutional strategy. *Journal of Management*, 25(2), 161-188.

Lawrence, T.B., Suddaby, R. (2006). Institutional Work. Dans S. Clegg, C. Hardy, T. Lawrence, T.B. et W. Nord (dir.), *Handbook of Organization Studies* (2e éd., p.215-254). London: Sage.

Leblebici, H., Salancik, G., Copay, A., et King, T. (1991). Institutional Change and the Transformation of the U.S. Radio Broadcasting Industry. *Administrative Science Quarterly*, 36, 333-363.

Leca, B., Battilana, J., et Boxenbaum, E. (2008). Agency and institutions: a review of institutional entrepreneurship. *Harvard Business School*. Working paper 08-096. Repéré à <http://egateg.usaidallnet.gov/sites/default/files/Review%20of%20Institutional%20Entrepreneurship.pdf> (consulté le 10 octobre 2012)

Levitt, C., Hanvey, L., Avard, D., Chance, G., et Kaczorowski, J. (1995). *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Repéré sur le site de Santé Canada - Institut canadien de la santé infantile. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-318-1995F.pdf>? (consulté le 11 mars 2011)

Levy, D., et Scully, M. (2007). The Institutional Entrepreneur as Modern Prince: The Strategic Face of Power in Contested Fields. *Organization Studies*, 28(7), 971-991.

Maguire, S., Hardy, C., et Lawrence, T.B. (2004). Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HI/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*, 47, 657-679.

Manitoba Health and Healthy Living. (2006). *Breastfeeding in Manitoba: Provincial Strategy and Framework*. Repéré à <http://www.gov.mb.ca/healthyliving/hlp/docs/bf/bffs.pdf> (consulté le 15 octobre 2012)

Merewood, A., Mehta, S.D., Chamberlain, L.D., Philipp, B.L., et Bauchner, H. (2005). Breastfeeding Rates in US Baby-Friendly Hospitals: Results of a National Survey. *Pediatrics*, 116(3), 628-634.

Merten, S., Dratva, J, et Ackermann-Liebrich, U. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 116(5), e702-e708.

Merten, S., et Ackermann-Liebrich, U. (2004). Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *J Hum Lact*, 20(1), 9-17.

Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., et Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.

MSSS. (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

MSSS. (2001a). *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf> (consulté le 22 avril 2011)

MSSS. (2001b). *Breastfeeding in Quebec: Guidelines*. (English translation for Office of French Language Coordination). Regina: Government of Saskatchewan. Repéré à <http://www.breastfeedingalberta.ca/files/Breastfeeding%20in%20Quebec%20Guidelines.pdf> (consulté le 23 mars 2011)

MSSS. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS. (2011). *Rapport d'évaluation : Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-815-01.pdf> (consulté le 9 septembre 2011)

MSSS. (2012). Initiative des amis des bébés. Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php) (consulté le 28 juin 2012)

National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand. (2009). *National Strategic Plan of Action for Breastfeeding 2008–2012: National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand's advice to the Director-General of Health*. Repéré à <http://www.ifanz.org.nz/Resources/usefuldoc/Nationalstrategicplanofbreastfeeding2009-02-26.aspx> (consulté le 15 octobre 2012)

Nations Unies (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Repéré à <http://www.ohchr.org/french/law/crc.htm> (consulté en août 2007)

Naylor, A.J. (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), 475-483.

Neill, G., Beauvais, B., Plante, N., et Haiek, L.N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec: Institut de la Statistique du Québec.

New Brunswick Department of Health (2006). Breastfeeding Policy Statement (revised March 14, 2006).

Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16, 145-179.

OMS. (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Repéré à [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf) (consulté en 11 mars 2011)

OMS. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Repéré à [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf) (consulté le 5 mars 2011)

OMS, et UNICEF. (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité*. Repéré à

[http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304_fre.pdf) (consulté le 28 novembre 2011)

OMS, et UNICEF. (1990). *Innocenti declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Repéré à [http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24807.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html) (consulté en 11 mars 2011)

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (1999). *Allaitement maternel*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/150-allaitement.pdf> (consulté le 29 novembre 2011)

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3e éd.). Thousand Oaks: Sage

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin.

Powell, W.W., et DiMaggio, P.J. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48, 147-160.

Public Health Association of New Zealand. (2002). *Policy on Breastfeeding: Revised version adopted by PHA AGM, 27 June 2002*. Repéré à <http://www.pha.org.nz/policies/phapolicybreastfeeding.pdf> (consulté le 14 mars 2011)

Rocher, G. (s.d.). *Les réformes : une perspective sociologique*. Centre de recherche en droit public. Université de Montréal.

Rodríguez, C., Langley, A., Beland, F., et Denis, J.L. (2007). Gouvernance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39(2), 150-193.

Santé Canada. (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000* (Publication n°H49-142/2000F). Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-142-2000F.pdf> (consulté le 23 mars 2011)

Santé Canada. (2012). Tendances dans les pratiques relatives à l'allaitement au Canada (2001 à 2009-2010). Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/trends-tendances-fra.php> (consulté 25 avril 2012)

Santiago Delfosse, M., et Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en Psychologie*. Paris : Dunod.

Scott, R. (2004). Institutional Theory: Contributing to a Theoretical Research Program. Dans K. G. Smith et M. A. Hitt (dir.), *Great Minds in Management: The Process of Theory Development*. Oxford UK: Oxford University Press.

Scott, W.R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage.

Semenic, S., Groleau, D., Rodríguez, C., Gray-Donald, K., Bell, L., Haiek, L., ... Miklavcic, A. (2012). *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec* (Projet de recherche n° 2009-AM-132497). Repéré à

[http://www.frqsc.gouv.qc.ca/upload/capsules\\_recherche/fichiers/capsule\\_76.pdf](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/upload/capsules_recherche/fichiers/capsule_76.pdf) (consulté le 03 mars 2013)

Simard, I., O'Brien, H.T., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S., ... Champaux, L. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact*, 21(3), 327-337.

Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, et Santé Canada. (2005). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut\\_infant\\_nourrisson\\_term-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term-fra.php) (consulté le 30 avril 2012).

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

Statistique Canada. (2013). Tendances de la santé – Allaitement, a commencé à allaiter (Produit n° 82-213-XWF au catalogue de Statistique Canada). Repéré à [http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/Op2.cfm?Lang=FRA&TABID=0&IND=ASR&SX=TOTAL&HEADER\\_ID=10000&LINE\\_ID=3600&S=2&O=A](http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/Op2.cfm?Lang=FRA&TABID=0&IND=ASR&SX=TOTAL&HEADER_ID=10000&LINE_ID=3600&S=2&O=A) (consulté le 27 février 2013)

Statistique Canada. (2012). Allaitement, par province et territoire (Produit n° 82-221-XWF au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health92b-fra.htm> (consulté le 27 février 2013)

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y.L., Howat, P., Burns, S., et Binns, C.W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4(15). doi: 10.1186/1746-4358-4-15

Tolbert, P.S., et Zucker, L.G. (1995). The Institutionalization of Institutional Theory. Dans S.R. Clegg, C. Hardy et W.R. Nord (dir.), *Handbook of Organization Studies* (175-190). London: Sage.

Tracey, P., Phillips, N., et Jarvis, O. (2011). Bridging Institutional Entrepreneurship and the Creation of New Organizational Forms : A Multilevel Model. *Organization Science*, 22(1), 60-80.

Turck, D. (2010). *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Plan d'action : Allaitement maternel*. Repéré à [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf) (consulté le 11 mars 2011)

UNICEF. (1989). *Convention internationale des droits des enfants. Article 24*. Repéré à <http://www.unicef.fr/userfiles/50154.pdf> (consulté le 15 mars 2011)

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding*. Repéré à <http://www.womenshealth.gov/archive/breastfeeding/programs/blueprints/bluprntbk2.pdf> (consulté le 29 novembre 2011)

U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Repéré à

<http://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf> (consulté le 15 octobre 2012)

Zucker, L.G. (1987). Institutional Theories of Organizations. *Annual Review of Sociology*, 13, 443-464.

WHO. (2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation*. Geneva: WHO Department of Nutrition for Health and Development.

WHO, et UNICEF. (2005). *Innocenti declaration 2005*. Repéré à [http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m\\_FINAL\\_ARTWORK\\_3\\_MAR.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf) (consulté le 10 mars 2011)

WHO, et UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded International for Integrated Care*. Repéré à [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967\\_s1.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1.pdf) (consulté le 10 mars 2011)

Wijen, F., et Ansari, S. (2006). Overcoming Inaction through Collective Institutional Entrepreneurship : Insights from Regime Theory. *Organization Studies*, 28(07), 1079-1100.

# Annexe 1 – Lettres d’invitation

## A1.1 Personnes clés

### Texte d’invitation envoyé par courriel

**Objet :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Bonjour *[Madame/Monsieur] [nom de famille]*,

Nous vous avons *[identifié/identifiée]* comme une personne clé dans le processus historique de développement des Lignes directrices en allaitement maternel au Québec. Par conséquent, les renseignements suivants pourraient vous intéresser.

En réponse à un appel de propositions fait par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un projet de recherche a été élaboré par une équipe indépendante afin d’examiner la mise en œuvre des lignes directrices québécoises en allaitement. La première étude faisant partie de ce projet vise tout particulièrement à mieux comprendre le processus d’émergence, d’élaboration et d’implantation de la politique des lignes directrices.

Étant donné votre importante contribution et votre participation dans le développement des lignes directrices en allaitement au Québec, nous aimerions vous rencontrer pour un entretien individuel d’environ 90 minutes. J’animerai cet entretien qui se déroulera de préférence en face à face. Celui-ci pourra avoir lieu au moment et à l’endroit qui vous conviendront le mieux. Vous trouverez ci-joint le formulaire d’information et de consentement pour cette étude. Soulignons par ailleurs que celle-ci a reçu l’approbation du comité d’éthique de l’Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill.

Votre participation à cette étude est importante pour nous. Si vous acceptez d’y prendre part, nous vous prions de répondre à ce courriel en nous informant de vos disponibilités pour notre rencontre. Vous pouvez aussi me rejoindre directement au 514 467-3537. Pour toutes questions au sujet de cette étude, vous pouvez également communiquer avec Dre Charo Rodríguez ou Dre Sonia Semenic, responsables principales pour cette étude. Leurs coordonnées apparaissent dans le document ci-joint.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration, recevez, *[Madame/Monsieur] [nom de famille]*, l’expression de mes salutations distinguées.

Maria Carolina Agnolon

Étudiante à la maîtrise en administration de la santé et assistante de recherche pour cette étude

## A1.2 Membres du CAIAB

### Texte d'invitation envoyé par courriel

**Objet :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Bonjour [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*],

Nous communiquons avec vous parce que vous êtes membre du comité d'agrément de l'Initiative des amis des bébés (IAB) du Québec. Les renseignements suivants pourraient vous intéresser.

En réponse à un appel de propositions fait par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un projet de recherche a été élaboré par une équipe indépendante afin d'examiner la mise en œuvre des lignes directrices québécoises en allaitement. La première étude faisant partie de ce projet vise tout particulièrement à mieux comprendre le processus d'émergence, d'élaboration et d'implantation de la politique des lignes directrices.

Étant donné votre importante contribution et votre participation au comité d'agrément IAB, nous aimerions vous rencontrer pour un entretien individuel d'environ 90 minutes. J'animerai cet entretien qui se déroulera de préférence en face à face. Celui-ci pourra avoir lieu au moment et à l'endroit qui vous conviendront le mieux. Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement pour cette étude. Soulignons par ailleurs que celle-ci a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill.

Votre participation à cette étude est importante pour nous. Si vous acceptez d'y prendre part, nous vous prions de répondre à ce courriel en nous informant de vos coordonnées, ce qui nous permettra de vous contacter par téléphone dans les prochaines semaines. Vous pouvez aussi me rejoindre directement au 514 467-3537. Pour toutes questions au sujet de cette étude, vous pouvez également communiquer avec Dre Charo Rodríguez ou Dre Sonia Semenic, responsables principales pour cette étude. Leurs coordonnées apparaissent dans le document ci-joint.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration, recevez, [*Madame/Monsieur*], l'expression de mes salutations distinguées.

Maria Carolina Agnolon

Étudiante à la maîtrise en administration de la santé et assistante de recherche pour cette étude

## A1.3 Membres du CQA et de la TCA

### Texte d'invitation envoyé par courriel – *Groupe de discussion* –

**Objet :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Bonjour [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*],

Nous communiquons avec vous parce que vous êtes (étiez) membre de la Table de concertation en allaitement (TCA) et/ou du Comité québécois en allaitement (CQA). Les renseignements suivants pourraient vous intéresser.

En réponse à un appel de propositions fait par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un projet de recherche a été élaboré par une équipe indépendante afin d'examiner la mise en œuvre des lignes directrices québécoises en allaitement. La première étude faisant partie de ce projet vise tout particulièrement à mieux comprendre le processus d'émergence, d'élaboration et d'implantation de la politique des lignes directrices.

Étant donné votre participation à la TCA et/ou au CQA, nous aimerions vous rencontrer pour un entretien de groupe (*focus group*) d'environ 90 minutes. L'entretien se déroulera le 15 janvier 2010 OU le 22 janvier 2010, à 10h00, au Département de Médecine Familiale de l'Université McGill, à Montréal. L'entretien sera animé par Dre Charo Rodríguez, chercheure responsable de cette étude. Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement pour cette étude. Soulignons par ailleurs que celle-ci a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill.

Votre participation à cette étude est importante pour nous. Si vous acceptez d'y prendre part, nous vous prions de répondre au [*lien Doodle*] en indiquant quelle date est préférable pour vous. Vous pouvez tout de même indiquer les deux dates. Nous sélectionnerons la date qui convient à une majorité de personnes. Seules les 10 (dix) premières personnes qui répondront au sondage Doodle pourront participer au groupe de discussion. Pour toute question au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec Dre Charo Rodríguez ou Dre Sonia Semenic, chercheures principales responsables de cette étude. Leurs coordonnées apparaissent dans le document ci-joint.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration, recevez, [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*], l'expression de mes salutations distinguées.

Ménaïque Légaré-Dionne  
Coordonnatrice de recherche

**Texte d'invitation envoyé par courriel**  
– *Entrevue individuelle* –

**Objet :** Entretien individuel : Participation à l'étude sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel du Québec

Bonjour [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*],

Je suis Maria Carolina Agnolon, assistante de recherche pour l'étude sur l'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel du Québec.

Je communique avec vous afin de vous inviter à participer à un entretien individuel, en remplacement de l'entretien de groupe qui a été annulé le 22 janvier. Le but de cette entrevue est de mieux comprendre les relations entre les acteurs impliqués et comment le processus d'action concertée du CQA et de la TCA a contribué à l'implantation des lignes directrices.

L'entrevue durera environ soixante minutes et, de préférence, elle se déroulera en personne, au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux. L'entrevue sera enregistrée sur magnétophone.

Votre anonymat et la confidentialité des informations fournies seront assurés.

Si vous acceptez de participer à cette entrevue, je vous demanderais de me faire parvenir vos coordonnées et vos disponibilités pour notre rencontre.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter par courriel, ou au (514) 467-3537. Je suis à votre entière disposition pour de plus amples informations.

Encore une fois, nous sommes vraiment désolées de ce changement.

Je vous prie d'agréer, [*Madame/Monsieur*], l'expression de mes sentiments distingués.

Maria Carolina Agnolon  
Étudiante à la maîtrise en Administration de Santé à l'UdeM  
Assistante de recherche

## A1.4 Membres de la TNRAM

### Texte d'invitation envoyé par courriel

**Objet :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Bonjour [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*],

Nous communiquons avec vous parce que vous êtes membre de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM). Les renseignements suivants pourraient vous intéresser.

En réponse à un appel de propositions fait par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un projet de recherche a été élaboré par une équipe indépendante afin d'examiner la mise en œuvre des lignes directrices québécoises en allaitement. La première étude faisant partie de ce projet vise tout particulièrement à mieux comprendre le processus d'émergence, d'élaboration et d'implantation de la politique des lignes directrices.

Étant donné votre participation à la Table nationale des répondantes en allaitement maternel, nous aimerions vous rencontrer pour un entretien de groupe (*focus group*) d'environ 90 minutes. L'entretien se déroulera le 11 février 2010, vers 16h00, soit en marge de la rencontre des répondantes régionales. Afin de faciliter votre participation, le groupe de discussion se déroulera dans les locaux du MSSS, 1005 chemin Sainte-Foy. L'entretien sera facilité par Dre Danielle Groleau, chercheure responsable du projet. Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement pour cette étude. Soulignons par ailleurs que celle-ci a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill.

Votre participation à cette étude est importante pour nous. Si vous acceptez d'y prendre part, nous vous prions de répondre à ce courriel et de nous confirmer votre intérêt à participer à la discussion. Seules les 10 (dix) premières personnes qui répondront à ce courriel pourront participer au groupe de discussion. Pour toutes questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec Dre Charo Rodríguez ou Dre Sonia Semenic, responsables principales pour cette étude. Leurs coordonnées apparaissent dans le document ci-joint.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration, recevez, [*Madame/Monsieur*] [*nom de famille*], l'expression de mes salutations distinguées.

Ménaïque Légaré-Dionne  
Coordonnatrice de recherche

## Annexe 2 – Guides d’entretien

### A2.1 Personnes clés

**Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices  
en allaitement maternel au Québec**

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l’élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

#### A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

*Pour commencer, j’aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :*

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans les LD ?

#### B) IMPLICATION DANS L’ÉLABORATION ET L’IMPLANTATION DES LD

- 3) À votre connaissance, quand et de qui est partie l’idée de la formulation des LD ?
- 4) Comment avez-vous été impliqué dans la formulation des LD ?
- 5) Pourriez-vous préciser les raisons qui, à votre avis, ont motivé, au Québec, la formulation des LD ?
- 6) Quels sont à votre avis les événements et les actions clés qui ont permis de donner naissance à l’élaboration des LD ?
- 7) Qui, à votre avis, ont été les acteurs clés dans ce processus ?
- 8) Quelle a été, selon vous, l’influence du *Programme national de santé publique* sur l’implantation des LD ?
- 9) Comment évaluez-vous l’implication du Comité québécois en allaitement (CQA) et de la Table de consultation en allaitement (TCA) dans l’implantation des LD ?

- 10) Comment voyez-vous le transfert du dossier d'allaitement maternel à la Direction générale de santé publique ?
- 11) Comment qualifieriez-vous les résultats des LD obtenus jusqu'ici ?
- 12) Sur la base de votre expérience et de votre expertise sur le sujet, si vous pouviez revenir en arrière, quelles seraient les décisions et les actions que vous prendriez de nouveau ?
- 13) Et cette fois, quelles seraient les décisions et les actions que nous ne prendriez plus ?

C) L'AVENIR

- 14) Quelle est votre opinion à l'égard du développement des LD en allaitement au Québec ?
- 15) Et quelles sont vos attentes pour la future politique ?

D) FIN DE L'ENTREVUE

- 16) Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

\* \* \* \* \*

## A2.2 Membres du CAIAB

### Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

#### A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

*Pour commencer, j'aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :*

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans les LD ?

#### B) IMPLICATION DANS L'ÉLABORATION ET L'IMPLANTATION DES LD

- 3) À votre connaissance, quand et de qui est partie l'idée de la formulation des LD ?
- 4) Comment avez-vous été impliqué dans la formulation des LD ?
- 5) Pourriez-vous préciser les raisons qui, à votre avis, ont motivé, au Québec, la formulation des LD ?
- 6) Quels sont à votre avis les événements et les actions clés qui ont permis de donner naissance à l'élaboration des LD ?
- 7) Qui, à votre avis, ont été les acteurs clés dans ce processus ?
- 8) Quelle a été, selon vous, l'influence du *Programme national de santé publique* sur l'implantation des LD ?
- 9) Comment évaluez-vous l'implication du Comité québécois en allaitement (CQA) et de la Table de consultation en allaitement (TCA) dans l'implantation des LD ?
- 10) Comment voyez-vous le transfert du dossier d'allaitement maternel à la Direction générale de santé publique?

- 11) Comment qualifieriez-vous les résultats des LD obtenus jusqu'ici ?
- 12) Sur la base de votre expérience et de votre expertise sur le sujet, si vous pouviez revenir en arrière, quelles seraient les décisions et les actions que vous prendriez de nouveau ?
- 13) Et cette fois, quelles seraient les décisions et les actions que nous ne prendriez plus ?

C) L'AVENIR

- 14) Quelle est votre opinion à l'égard du développement des LD en allaitement maternel au Québec ?
- 15) Et quelles sont vos attentes pour la future politique ?

D) FIN DE L'ENTREVUE

- 16) Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

\* \* \* \* \*

## A2.3 Membres du CQA et de la TCA

### Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

#### A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

*Pour commencer, j'aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :*

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans le CQA et/ou TCA ?

#### B) OPINION SUR LES LD

- 3) Quelle est votre opinion générale sur l'importance de cette politique dans le contexte québécois ?

#### C) IMPLICATION DANS LE CQA/TCA et DESCRIPTION DES MECANISMES DE CONCERTATION

- 4) De quel(s) comité(s) êtes-vous (ou avez-vous été) membre ?
- 5) Quel est/était le mandat du principal comité duquel vous êtes/étiez membre ?
- 6) Comment le comité était-il structuré ? (présidente, animatrice, représentantes)
- 7) Qui étaient les autres personnes qui composaient ce comité / cette table ? Quels organismes représentaient-elles ?
- 8) Comment avez-vous été sollicité pour participer à ce(s) comité(s) ? (Pourquoi, quand, par qui ? Quel organisme vous représentiez ?)

- 9) Quel est/était votre (vos) fonction (s) / rôle(s) dans ce(s) comité(s) ? (Précisez la période de votre participation)
- 10) Comment se déroulent/déroulaient les rencontres ?
- À quelle fréquence ?
  - Sujets discutés ?
  - Engagement des gens ?
- 11) Selon vous, qui sont les personnes qui ont joué un rôle de leadership au sein de ces rencontres ?
- 12) Quelle était la nature des décisions prises ? (prescriptive, etc.) Selon vous, quelle a été la décision la plus importante prise par ce comité (ou de cette table) et quelle(s) a/ont été la/les conséquence(s) de cette décision ?
- 13) Comment ce comité a-t-il évolué dans le temps ? (dates : début et fin)
- 14) Pourriez-vous me raconter, chronologiquement, les événements les plus importants qui ont jalonné le parcours de ce comité / cette table) ?
- 15) Comment a été vécu le transfert du dossier allaitement à la Direction générale de santé publique par la CQA/TCA ?

#### D) ACTIONS CONCERTÉES

- 16) Quel a été le processus d'émergence de la TNRAM ? Quand et pourquoi elle a été créée (dans quel contexte) ? Pour qui ? Avec quel mandat ?
- 17) Comment la relation du comité / de la table s'est-elle établie avec les autres comités ? (exemples : relation du CQA & TCA, du CQA/TCA & TNRAM) ?
- 18) Comment voyez-vous la contribution de ce comité / de cette table à l'élaboration et à l'implantation des LD au Québec ?

#### E) L'AVENIR

- 19) En quelques mots, comment pourriez-vous décrire et qualifier votre expérience dans ce comité / cette table ?
- 20) Quelles sont vos attentes à l'égard du CQA / TCA / TNRAM ? Et quelles sont vos attentes pour la future des LD ?
- 21) Voudriez-vous ajouter quelque chose ?

\* \* \* \* \*

## A2.4 Membres de la TNRAM

### Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

#### A) INTRODUCTION

Nous vous avons invités à participer à ce projet de recherche étant donné l'importance de votre rôle dans la mise en œuvre des lignes directrices (LD), notamment en tant que membre de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM).

#### B) QUESTIONS D'OUVERTURE

Merci infiniment d'avoir accepté de participer à cette discussion de groupe sur l'implantation des LD au Québec.

- 1) Avant de commencer, pourriez-vous vous présenter (nom, poste, formation) ? Étiez-vous membre d'un autre comité ? (groupe de travail pour l'élaboration des LD, Coalition, TCA, CQA, MAQ)

#### C) QUESTIONS DE TRANSITION

- 2) Quand la TNRAM a-t-elle été créée ? Pourquoi ? Pour qui ?
- 3) Quel est le mandat de la TNRAM ?
- 4) Quel est le rôle des représentantes dans cette table ? Et quel est le rôle du MSSS ?
- 5) Comment se déroulent les rencontres ?
  - a. À quelle fréquence ?
  - b. Sujets discutés ?
  - c. Engagement des gens ?

#### D) QUESTIONS CLÉS

- 6) Quelle est (était) la nature de cette table ? (consultative, recommandations, décisionnelle). Y a-t-il des prises de décisions ? Si oui, selon vous, quelle a été la décision la plus importante prise par cette table ? Quelle(s) a/ont été la/les conséquence(s) de cette décision ?
- 7) Comment la TNRAM a-t-elle évolué dans le temps ?
- 8) Pourriez-vous nous raconter, chronologiquement, les événements les plus importants qui ont jalonné le parcours de cette table ? (transferts du dossier allaitement à la Direction générale de santé publique [DGSP] et dans les différentes unités dans la DGSP) ?
- 9) Quelles ont été les conséquences de ces événements ?
- 10) Quel est / a été la relation établie entre la TNRAM et les groupes suivants : CAIAB, CQA, TCA et MAQ ?
- 11) Comment voyez-vous la contribution de la TNRAM à l'implantation des LD au Québec ?

#### E) QUESTIONS DE CLÔTURE

- 12) Quelle est votre opinion à l'égard des LD en allaitement maternel au Québec ? Et quelles sont vos attentes pour la prochaine politique ?
- 13) En quelques mots, comment pourriez-vous décrire et qualifier votre expérience à la TNRAM ?
- 14) Quelles sont vos attentes à l'égard de cette recherche évaluative sur les LD ?
- 15) Voudriez-vous ajouter quelque chose ?

\* \* \* \* \*

## Annexe 3 – Formulaire de consentement

### A3.1 Entretiens individuels



#### Formulaire d'information et de consentement Entretiens individuels

---

**Titre de l'étude :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec  
Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

---

#### Chercheuses responsables du projet

- Rosario (Charo) Rodríguez, Ph.D., professeure agrégée, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université McGill
- Sonia Semenic, (inf.) Ph.D., professeure adjointe, École des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université McGill
- Danielle Groleau, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Faculté de médecine, Université McGill

#### Co-chercheuses

- Katherine Gray-Donald, Ph.D., professeure agrégée, École de diététique et de nutrition humaine, Faculté de médecine, Université McGill

#### Collaboratrices

- Laura N. Haiek, MD, M.Sc., médecin, Département de médecine préventive, Centre hospitalier Charles Lemoyne ; Direction de santé publique de la Montérégie; professeure adjointe, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université McGill
- Lindiwe Sibeko, Ph.D., chercheure postdoctorale, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Faculté de médecine, Université McGill

#### Assistante de recherche

Maria Carolina Agnolon, Erg., étudiante au programme de maîtrise en analyse et évaluation de services de santé, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

## **Invitation à participer**

Vous êtes invité à participer à l'étude mentionnée plus haut et financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Avant d'accepter d'y participer, et donc de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

## **Description de l'étude et objectifs de recherche**

La présente étude a été élaborée en réponse à un appel de propositions du FQRSC dans le cadre du programme Actions concertées. Elle fait partie d'un projet plus vaste (large) visant à évaluer la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel (LD) au Québec. Plus particulièrement, cette étude vise à mieux comprendre le processus de développement et de la mise en œuvre de la politique.

Afin de soutenir l'élaboration des activités de recherche de ce projet et d'assurer leur pertinence, un comité avisé (CA) représentant divers acteurs du milieu de l'allaitement au Québec a été mis sur pied. Parmi les préoccupations liées à l'exécution des LD, le CA a soulevé l'intérêt d'explorer la contribution des divers comités nationaux dans le développement et la mise en œuvre des LD. Plus précisément, nous aimerions examiner les relations entre les acteurs impliqués et la façon dont le processus d'action concertée des divers comités nationaux a contribué au développement et à la mise en œuvre des LD. Ce faisant, nous serons également en mesure de retracer les événements et les actions clés liés à l'émergence, l'élaboration et la mise en œuvre des LD.

## **Participation**

Étant donné votre participation au processus d'élaboration et de mise en œuvre des LD, nous souhaiterions pouvoir vous rencontrer pour un entretien individuel à caractère semi-dirigé. Lors de l'entretien, nous vous demanderons de répondre à des questions sur votre participation à ce processus ainsi que, le cas échéant, aux activités, aux décisions ou aux actions du comité dont vous êtes/étiez membre. L'entrevue, d'une durée approximative de 90 minutes, sera menée soit par l'une des chercheuses nommées précédemment, soit par l'assistante de recherche. Avec votre permission, elle sera enregistrée électroniquement, sous forme audio, puis retranscrites pour faciliter l'analyse de données. L'entrevue se déroulera en personne, à l'endroit de votre choix. Durant l'entrevue, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions sans avoir à vous justifier.

## **Risques et inconvénients**

À l'exception du temps requis pour l'entrevue et de la faible possibilité que vous soyez légèrement mal à l'aise de répondre à certaines questions, les chercheuses ne connaissent aucun risque associé à votre participation à cette étude. Votre travail ne sera nullement affecté par votre participation ou votre non-participation à ce projet.

## **Avantages**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, votre collaboration contribuera de manière significative à mieux comprendre comment les LD

ont été élaborées et implantées au Québec. Cette connaissance fait partie de l'évaluation plus globale des LD. Elle nous permettra de comprendre les barrières et les éléments facilitants qui ont joué un rôle dans l'implantation des LD, et au final, de guider la conceptualisation de la nouvelle politique.

### **Confidentialité**

Les renseignements que vous nous fournirez dans le cadre de ce projet demeureront strictement confidentiels. Pour protéger votre anonymat, votre nom ne sera jamais associé à vos réponses. Un code sera utilisé pour identifier votre entrevue sur l'enregistrement audio et la transcription de celle-ci. Seul le personnel assigné à cette recherche aura accès à l'information nominative vous concernant. Les données ne seront rapportées que sous forme agrégée. Les résultats obtenus seront diffusés de diverses façons, mais il sera impossible d'associer des résultats à un participant. Les enregistrements originaux et leurs transcriptions seront conservés dans le bureau de Dre Rodríguez ou de Dre Semenic pendant une durée de cinq ans, puis ils seront effacés/détruits. Les fichiers audio seront gardés dans un ordinateur protégé par un mot de passe et les transcriptions, dans une filière fermée à clé.

### **Liberté de participation et compensation**

La participation à l'étude est tout à fait volontaire et aucune compensation ne vous sera offerte. Rien ne vous oblige à participer à cette étude. Si vous choisissez de le faire, vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, peu importe la raison, sans aucune conséquence. Si vous décidez de ne pas participer ou si vous cessez votre participation, vous ne serez pas pénalisé au niveau de votre emploi ou de votre participation à d'autres projets de recherche.

### **Questions et personnes-ressources**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, n'hésitez pas à communiquer avec Dre Charo Rodríguez, professeure agrégée, Université McGill, au (514) 398-7375 poste 0495, ou Dre Sonia Semenic, professeure adjointe, Université McGill, au (514) 398-1281.

**ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES EN  
ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC**

**Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la  
mise en œuvre initiale des lignes directrices**

**CONSENTEMENT**

J'ai lu ce formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer à l'entretien qui y est décrit. J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. J'ai eu suffisamment de temps pour considérer les renseignements contenus dans le présent document et d'obtenir des conseils au besoin. Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement. En signant ce formulaire, je n'abdique aucun de mes droits.

\_\_\_\_\_  
Participant (caractères d'imprimerie)      Signature \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Personne obtenant le consentement      Signature \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_

Jour/heure/lieu prévu de la visite :      Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**J'ai reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.**

## A3.2 Groupe de discussion



### Formulaire d'information et de consentement - Groupes de discussion (*focus groups*) -

---

**Titre de l'étude :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec.  
Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec.

---

#### Chercheures responsables du projet

- Rosario (Charo) Rodríguez, Ph.D., professeure agrégée, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université McGill
- Sonia Semenic, (inf.) Ph.D., professeure adjointe, École des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université McGill
- Danielle Groleau, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Faculté de médecine, Université McGill

#### Co-chercheures

- Katherine Gray-Donald, Ph.D., professeure agrégée, École de diététique et de nutrition humaine, Faculté de médecine, Université McGill

#### Collaboratrices

- Laura N. Haiek, MD, M.Sc., médecin, Département de médecine préventive, Centre hospitalier Charles Lemoyne ; Direction de santé publique de la Montérégie; professeure adjointe, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université McGill
- Lindiwe Sibeko, Ph.D., chercheure postdoctorale, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Faculté de médecine, Université McGill

#### Assistante de recherche

Maria Carolina Agnolon, Erg., étudiante au programme de maîtrise en analyse et évaluation de services de santé, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

## **Invitation à participer**

Vous êtes invité à participer à l'étude mentionnée plus haut et financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Avant d'accepter d'y participer, et donc de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

## **Description de l'étude et objectifs de recherche**

La présente étude a été élaborée en réponse à un appel de propositions du FQRSC dans le cadre du programme *Actions concertées*. Elle fait partie d'un projet plus vaste (large) visant à évaluer la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel (LD) au Québec. Plus particulièrement, cette étude vise à mieux comprendre le processus de développement et de mise en œuvre de la politique à travers la façon dont les relations entre les acteurs impliqués et le processus d'action concertée des divers comités nationaux ont contribué à la mise en œuvre des LD. Ce faisant, nous serons également en mesure de retracer les événements et les actions clés liés à l'émergence, l'élaboration et la mise en œuvre des LD.

## **Participation**

Nous vous sollicitons pour participer à un groupe de discussion (*focus groups*) sur votre expérience liée au processus d'implantation des LD au Québec. Le but des groupes de discussion est de connaître l'opinion des participants sur la contribution de différents comités nationaux au développement et à la mise en œuvre des LD. La durée estimée de ces groupes de discussion est d'environ 90 minutes. Les échanges seront modérés par un membre de l'équipe de chercheuses qui sera secondé par un(e) assistant(e). La discussion sera enregistrée électroniquement, sous forme audio, puis retranscrites pour faciliter l'analyse de données.

## **Risques et inconforts**

Sauf pour le temps nécessaire pour participer au groupe de discussion et la faible possibilité que vous soyez légèrement mal à l'aise de répondre à certaines questions, les chercheuses ne connaissent aucun risque associé à votre participation à cette étude. Votre travail ne sera nullement affecté par votre participation ou votre non-participation à ce projet.

## **Avantages**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, votre participation contribuera à documenter le processus d'élaboration et de mise en œuvre des LD.

## **Confidentialité**

La confidentialité est garantie aux individus qui acceptent de participer à cette étude. Cependant, comme l'objectif du groupe de discussion est d'encourager une discussion ouverte sur la contribution des comités à l'implantation des LD, il se pourrait que nous ne soyons pas en mesure de préserver l'anonymat des participants et la confidentialité de leurs avis. Ceci étant dit, seul le personnel assigné à cette recherche aura accès aux données recueillies. Les résultats de l'étude seront diffusés de diverses façons, mais votre nom ne sera en aucun cas mentionné. Les enregistrements originaux et leurs transcriptions seront conservés dans le

bureau de Dre Rodríguez ou de Dre Semenic pendant une durée de cinq ans, puis ils seront effacés/détruits. Les fichiers audio seront gardés dans un ordinateur protégé par un mot de passe et les transcriptions, dans une filière fermée à clé.

### **Liberté de participation et compensation**

La participation à l'étude est tout à fait volontaire et aucune compensation ne vous sera offerte. Rien ne vous oblige à participer à cette étude. Si vous choisissez de le faire, vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, peu importe la raison, sans aucune conséquence. Si vous décidez de ne pas participer ou si vous cessez votre participation, vous ne serez pas pénalisé au niveau de votre emploi ou de votre participation à d'autres projets de recherche.

### **Questions et personnes-ressources**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, n'hésitez pas à communiquer avec Dre Charo Rodríguez, professeure agrégée, Université McGill, au (514) 398-7375 poste 0495, ou Dre Sonia Semenic, professeure adjointe, Université McGill, au (514) 398-1281.

**ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES EN  
ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC**

**Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la  
mise en œuvre initiale des lignes directrices**

**CONSENTEMENT**

J'ai lu ce formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer à l'entretien qui y est décrit. J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. J'ai eu suffisamment de temps pour considérer les renseignements contenus dans le présent document et d'obtenir des conseils au besoin. Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement. En signant ce formulaire, je n'abdique aucun de mes droits.

\_\_\_\_\_  
Participant (caractères d'imprimerie)      Signature      Date

\_\_\_\_\_  
Personne obtenant le consentement      Signature      Date

Jour/heure/lieu prévu de la visite :      Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**J'ai reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.**

### A3.3 Personnes facilement identifiables

#### Formulaire de consentement Personnes facilement identifiables

**Titre de l'étude :** Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec  
Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Suite à la validation des données recueillies dans le cadre de l'étude citée ci-haut, à laquelle vous avez contribué par la lecture du rapport préliminaire de résultats que nous vous avons fait parvenir à l'été 2011, nous vous demandons votre autorisation écrite pour la publication des résultats de l'étude. Cette démarche s'avère nécessaire étant donné que, malgré nos efforts pour préserver l'anonymat des participants, vous pourriez quand même être identifiables par un lecteur avisé, étant donné le rôle clé que vous avez joué dans l'élaboration ou la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec.

---

#### ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES EN ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC

**Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec**

#### CONSENTEMENT

J'ai lu le rapport préliminaire de résultats de l'étude « Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec », lequel m'a été remis à l'été 2011. J'ai eu suffisamment de temps pour considérer le contenu du rapport en ce qui me concerne. Bien que je puisse être facilement identifiable de par le rôle que j'ai joué dans le dossier allaitement au Québec, je donne mon consentement à l'équipe de recherche pour la publication et la diffusion des résultats de cette étude.

---

Participant(e) (caractères d'imprimerie)

---

Signature

---

Date

*Chercheuses:*

**Sonia Semenic**

**Danielle Groleau**

**Charo Rodríguez**

**Carolina Agnolon**

