

Université de Montréal

Déterminants culturels et l'approche écologique:
le cas de la promotion de l'allaitement chez
les immigrantes vietnamiennes.

par

Danielle Groleau

Département de Médecine Sociale et Préventive

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en Santé Publique

avril, 1998

© Danielle Groleau 1998



WA
5
U58
1999
U.005

Université de Montréal

Éléments culturels et l'approche écopaysage
le cas de la promotion de l'alimentation chez
les immigrants vietnamiens.

par

par

Danielle Groleau

Département de Médecine Sociale et Préventive

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie (M. Sc.)
en Santé Publique

avril 1998

© Danielle Groleau 1998

114 x 100

IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Déterminants culturels et l'approche écologique:
le cas de la promotion de l'allaitement chez
les immigrantes vietnamiennes.

présentée par:

Danielle Groleau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Pierre Fournier
Ron Levy
Lawrence Kermayer
Lucie Richard
Michel Toussaint
Michel Robert Goulet

Thèse acceptée le 10.12.1998

SOMMAIRE

Cette thèse présente une étude de cas portant sur les déterminants culturels de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke. Bien que l'allaitement soit une pratique traditionnelle à leur pays d'origine, lorsque les Vietnamiennes immigrent en Occident, elles abandonnent cette pratique même si elles sont exposées aux interventions de promotion de l'allaitement.

Les résultats qualitatifs obtenus dans cette enquête relèvent de l'utilisation d'une approche interprétative anthropologique. Ces résultats interprétatifs ont par la suite été transférés en recommandations écologiques servant à réorienter les interventions de promotion de l'allaitement auprès de la population cible.

Cette étude de cas illustre que l'approche interprétative utilisée permet de répondre aux besoins conceptuels de l'approche écologique en promotion de la santé, à savoir:

- 1) l'interdépendance entre déterminants individuels et contextuels;
- 2) les déterminants culturels d'un comportement relatif à la santé;
- 3) la dimension adaptative d'un comportement relatif à la santé;
- 4) la dimension historique dans l'analyse des ressources environnementales.

En intégrant cette approche interprétative à l'approche écologique pour orienter les interventions, on permet ainsi à la promotion de la santé d'éviter certaines allégations majeures qui lui sont adressées soit:

- 1) le «victim blaming»;
- 2) la prédominance des déterminants individuels sur les déterminants contextuels et;
- 3) le problème d'efficacité des interventions chez les populations défavorisées et/ou culturellement différentes.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau #1: Trois outils conceptuels de l'approche interprétative.....p.65
- Tableau #2: Prévalences des malaises et des maladies de la grossesse
chez les immigrantes vietnamiennes
l'étude.....p.108
- Tableau #3: Prévalences des malaises maternels et infantiles les plus
fréquents durant la période
postnatale.....p.119
- Tableau #4: Synthèse des résultats comparatifs.....p.159
- Tableau #5: Questions proposées pour transférer les résultats
interprétatifs, du cas à l'étude, en recommandations écologiques pour
l'intervention.....p.170

LISTE DES FIGURES

Diagramme #1: Procédure analytique.....p.79 A

Diagramme #2: Relations causales entre les MEM de la grossesse..... p.127
A

Diagramme #3: Relations causales entre les MEM de la période postnatale.
..... p128 A

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- 1) IPE : Île du Prince Édouard.
- 2) MEM: modèle explicatif des malaises.
- 3) WIC: The Special Supplemental Food Program for Women Infants and Children.

DÉDICACE

À l'amour de ma vie

Jean-Sébastien

REMERCIEMENTS

Je désire exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de thèse, Ron Levy, professeur au département de médecine sociale et préventive, pour sa foi en moi, son support et sa disponibilité. Je désire également remercier mon co-directeur, Dr. Laurence Kirmayer, professeur au département de psychiatrie et directeur de la « Division of Transcultural Psychiatry » de l'Université McGill et directeur de l'équipe de recherche « Culture and Mental Health » de l'hôpital Général Juif, envers qui je suis redevable d'une assistance constante et éclairée. J'adresse également un grand merci à mon ami et collègue, Dr. Claude Beaudoin, professeur en Médecine Familiale à l'Université de Montréal et Directeur de « l'Équipe de Recherche en Médecine Familiale » de l'Hôpital Cité de la Santé de Laval, pour son écoute, pour nos discussions et bien sûr pour m'avoir donné la possibilité d'utiliser un bureau au sein de l'équipe. Un gros merci également à Ginette Papillon et Robert Gagnon pour leur disponibilité, leur patience et leur humour. Sans votre aide à tous les trois, la rédaction de cette thèse aurait été beaucoup plus longue et ardue.

Un merci tout spécial s'adresse à mon amie et collègue Margot Soulière pour m'avoir invité à diriger cette recherche. Margot a recruté les mères, réalisé les entrevues et a collaboré à l'analyse des données. Enfin, merci à toutes ces mères vietnamiennes qui ont patiemment donné de leur temps et de leurs confidences.

Je remercie également le Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada pour les trois bourses au mérite qu'il m'a accordé durant mes études doctorales. Enfin j'aimerais remercier la Régie Régionale de L'Estrie pour avoir financé la première partie de cette recherche et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec qui nous a accordé « Le Prix d'Excellence du programme de subvention en santé publique, volet régional de l'Estrie » pour la première partie de cette étude.

Certaines personnes naissent, grandissent et vivent leur vie dans un milieu privilégié entouré d'amour et de soutien. J'ai la chance extraordinaire de faire partie de ces personnes. À mon mari, Jean-Sébastien Vincent un énorme merci pour son amour indéfectible, pour son soutien durant ce long processus ponctué par la naissance de nos trois petits derniers. Merci mon amour pour avoir financé la préparation à mon examen de synthèse et la rédaction de cette thèse. Merci de m'avoir encouragé à continuer -j'allais dire notre doctorat ...- quand je n'y croyais plus. Merci aussi à nos enfants, Alexandre, Annie-Frédérique, Olivia-Maude et la petite Michaëlle (née quatre semaines après la fin de cette thèse et une semaine après la crise du

verglas!) pour leur patience envers une mère pas toujours présente comme ils l'auraient souhaité. Bien sûr, merci à mes fidèles gardiennes, Monique Lalonde et Nathalie Pelletier qui m'ont permis de rédiger le coeur en paix.

Je désire témoigner ma profonde gratitude aux parents de mon mari, Madame Lucie Vanier Vincent et Monsieur Auguste Vincent, qui ont pris à coeur cette aventure et qui ont tous deux contribué de façon substantielle à la financer. J'aimerais remercier mon père, Berthold Groleau pour avoir révisé la rédaction de mes premiers chapitres et ma mère pour avoir cru en mon potentiel.

Sans vous tous, mon mari, mes enfants, mes beaux-parents, mes parents, mes amis, je n'aurais pu effleurer l'idée d'accomplir ceci. Cette thèse vous appartient autant qu'à moi et j'espère qu'elle vous inspirera dans l'accomplissement de vos propres rêves. Quant à moi, grâce à vous tous, l'avenir m'appartient!

TABLE DES MATIERES

DENTIFICATION DU JURY	i
SOMMAIRE	ii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	vi
DÉDICACE	vii
REMERCIEMENT	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE #1. RECENSION DES ÉCRITS RELATIFS À LA FAIBLE PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT CHEZ LES IMMIGRANTES VIETNAMIENNES	8
1.1. Prévalence de l'allaitement.....	8
1.2. L'efficacité des programmes de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes.	11
1.3. Les déterminants de l'allaitement chez les populations occidentales et immigrantes.....	16
1.4. Analyse des enquêtes relatives aux déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes.	22
1.4.1. Les enquêtes sans cadre conceptuel.....	23
1.4.2. Limites des études sans cadre conceptuel.....	28
1.4.3. Résultats de l'enquête qualitative inspirée de la théorie de l'acculturation.	30
1.4.4. Limites de l'étude qualitative inspirée de la théorie de l'acculturation.	32
1.4.5. L'enquête interprétative.....	36
1.4.6. Limites de l'étude interprétative.	39
1.5. La médecine traditionnelle sino-vietnamienne et la théorie populaire de la santé.....	40
CHAPITRE #2. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE	49
2.1. Définitions.	49
2.1.1. L'anthropologie.....	49

2.1.2. L'anthropologie médicale.....	52
2.1.3. L'approche rationaliste.....	54
2.1.4. L'approche cognitive.....	56
2.1.5. L'approche critique.....	56
2.1.6. L'approche interprétative.....	58
2.2. Cadre conceptuel.....	60
2.2.1. L'approche interprétative pour l'analyse des déterminants culturels de l'allaitement.....	61
2.2.1.1. Le modèle explicatif des malaises (MEM).....	61
2.2.1.2. Prototypes et complexes de chaînes.....	64
2.2.2. L'approche écologique, ses quatre principes pour transférer les résultats interprétatifs en recommandations pour l'intervention.....	70
2.2.3. Problématique et objectif.....	74
2.2.4. Sous-objectifs.....	74
2.3. Méthodologie.....	75
2.3.1. Description du projet de recherche.....	75
2.3.2. Recrutement et population à l'étude.....	76
2.3.3. Cueillette des données.....	77
2.3.4. Technique d'analyse.....	79
2.3.5. Considérations éthiques.....	82
CHAPITRE #3. RÉSULTATS.....	84
3.1. La théorie populaire de la santé propre à la période périnatale.....	84
3.1.1. La théorie populaire de la santé de la période périnatale.....	85
3.1.2. Principe de la transposition.....	93
3.1.3. La protection et la prévention de la dyade.....	101
3.2. Les MEM maternels.....	106
3.2.1. Les MEM de la grossesse.....	107
3.2.2. Les MEM de la période postnatale.....	119
3.2.3. Relations causales entre les différents MEM.....	127
3.2.4. Les MEM, l'allaitement et la théorie populaire de la santé.....	128
3.3. Les prototypes et les complexes de chaîne«qui cuisinera les pattes de porc à la papaye verte ? ».....	133
3.3.1. Les multipares qui n'ont pas allaité.....	134
3.3.1.1. Les raisons des multipares qui n'ont pas allaité.....	134
3.3.1.2. Les prototypes des multipares qui n'allaitent pas.....	134
3.3.1.3. Les complexes de chaînes des multipares qui n'allaitent pas	
3.3.1.4. Analyse des caractéristiques du groupe de multipares qui n'ont pas allaité.....	142
3.3.2. Les multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.....	144
3.3.2.1. Les prototypes des multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.....	144

3.3.2.2. Les complexes de chaînes des multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.	145
3.3.2.3. Analyse des caractéristiques des mères multipares ayant adopté l'allaitement mixte.	149
3.3.3. Les primipares qui n'ont pas allaité à Sherbrooke.....	151
3.3.3.1. Les raisons des primipares qui n'ont pas allaité.....	151
3.3.3.2. Les prototypes des primipares qui n'ont pas allaité.....	151
3.3.3.3. Les complexes de chaînes des primipares.	153
3.3.3.4. Analyse des caractéristiques et des événements communs aux mères primipares.....	156
3.4. Conclusion.	157
CHAPITRE #4. DISCUSSION DES RÉSULTATS.	164
4.1. Implications des résultats pour l'étude des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes en Occident.....	164
4.2. Incidences des résultats sur l'étude des déterminants de l'allaitement.	168
4.3. Incidences des résultats sur l'orientation écologique des interventions de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke.....	169
4.3.1. Recommandations écologiques pour orienter les interventions visant à promouvoir l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke.....	173
4.4. Incidences des résultats de cette étude sur le développement de l'approche écologique en promotion de la santé.....	174
4.4.1. Incidences des résultats sur le principe écologique d'interdépendance.	175
4.4.2. Incidences des résultats sur le principe écologique de l'adaptation.	
CONCLUSION.	187
BIBLIOGRAPHIE	x
APPENDICE #1	xxxiv
APPENDICE #2	xxxv
APPENDICE #3	xxxvi

INTRODUCTION.

Avec l'émergence récente de l'approche écologique en promotion de la santé, ce domaine a maintenant accès à une approche à la fois plus complexe et complète pour apprécier les déterminants de la santé et orienter les interventions. La promotion de la santé a en effet été vivement critiquée par le passé à l'effet de son adoption prédominante d'approches et de modèles trop exclusivement axés sur les déterminants individuels de la santé. Ce domaine de recherche et d'action sociale est également aux prises avec d'autres critiques tout aussi importantes des points de vue sociomoral et pratique. L'allégation de *victim blaming*¹ et les sempiternels problèmes d'efficacité des interventions de promotion, en sont deux exemples probants.

À la lumière de ces critiques, l'approche écologique demeure une voie d'avenir prometteuse pour la promotion de la santé. En effet, elle reconnaît que les déterminants contextuels sont tout aussi importants que les déterminants individuels. Cette approche est également plus complexe car elle reconnaît que ces deux types de déterminants entretiennent une relation d'interaction au sein de la genèse des comportements relatifs à la santé. L'importance qu'elle attribue aux déterminants contextuels de la santé, dénote aussi de la préoccupation d'éviter de reproduire des situations de *victim blaming* dans les interventions. En orientant les interventions de promotion dans une approche écologique, on s'attend ainsi à ce qu'elles soient plus acceptables d'un point de vue théorique et sociomoral, mais aussi du point de vue de l'efficacité des interventions.

¹ Faire porter la responsabilité de la santé uniquement sur l'individu alors que son problème de santé ou les problèmes que l'on veut prévenir sont aussi le résultat de déterminants environnementaux.

De plus, les tenants de l'approche écologique reconnaissent que la culture constitue un puissant déterminant de la santé qu'on ne peut plus ignorer. C'est à même cette reconnaissance que certains tenants de l'approche écologique ont invité les anthropologues à s'impliquer davantage dans leur domaine de recherche et d'action sociale. En effet, bien que l'approche écologique offre différents modèles pour apprécier les déterminants contextuels de la santé, elle n'offre pas encore de modèle pour apprécier les déterminants culturels des comportements relatifs à la santé.

À ce titre, les représentations et les pratiques culturelles liées à la santé constituent depuis longtemps un des objets d'étude privilégiés d'une sous discipline de l'anthropologie appelée anthropologie médicale. Il est alors assez étonnant de constater que les anthropologues médicaux se soient si peu impliqués en promotion de la santé en Occident alors que leurs enquêtes ont contribué à orienter les interventions de santé publique dans nombre de pays en voie de développement. À titre d'exemple, plusieurs études anthropologiques ont permis d'apprécier les déterminants culturels des comportements relatifs aux maladies infectieuses telles le SIDA, les maladies respiratoires et les maladies diarrhéiques infantiles. En Occident, bien que les enquêtes anthropologiques aient laissé leurs marques dans les domaines de la communication clinique et de la psychiatrie transculturelle, elles ont brillé par leur absence en promotion de la santé.

On pourrait offrir différentes explications à cet état de chose. Mais posons simplement que jusqu'à l'émergence de l'approche écologique et de la reconnaissance récente des enquêtes qualitatives en promotion de la santé, il y avait peu de lieux de convergence possible entre ce domaine de recherche et d'action sociale et l'anthropologie médicale. En effet, si l'un et l'autre

partagent depuis longtemps un intérêt commun pour l'étude des déterminants des comportements relatifs à la santé, chacun a traditionnellement adopté des approches théoriques et méthodologiques forts divergentes. Les acteurs de la promotion de la santé ont, en effet, traditionnellement focalisé sur les déterminants individuels appréciés à l'aide de méthodologies quantitatives alors que les anthropologues médicaux ont principalement focalisé sur les déterminants culturels des comportements, à savoir les représentations et les pratiques collectives qu'ils ont étudié à l'aide de méthodologies principalement qualitatives.

Mais les changements récents encourus en promotion de la santé, soit l'émergence de l'approche écologique et la reconnaissance des méthodologies qualitatives m'amènent à croire que ces divergences passées constituent aujourd'hui un potentiel extraordinaire de complémentarité. Cette complémentarité peut non seulement donner lieu à une collaboration fructueuse, mais tel que je tenterai de le démontrer dans cette thèse, à une bonification conceptuelle de l'approche écologique en promotion de la santé.

Cette thèse et l'étude de cas que j'y présente s'inscrivent dans cette perspective de collaboration mais aussi de bonification de l'approche écologique. L'étude de cas porte sur l'appréciation des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke afin de d'orienter les interventions de promotion de l'allaitement dans une approche écologique.

Objectifs de la thèse. Dans cette thèse, la présentation de l'étude de cas, sert à illustrer et à soutenir mes arguments théoriques à l'effet;

- 1) qu'il est faisable d'intégrer une approche anthropologique interprétative à l'approche écologique de promotion de la santé;
- 2) que cette intégration permet de compléter avantageusement l'approche écologique;
- 3) et enfin que l'approche interprétative présentée permet de répondre à certains besoins conceptuels identifiés par les tenants de l'approche écologique en promotion de la santé.

Parmi ces besoins, on trouve l'accessibilité à des modèles ou des approches permettant d'apprécier:

- a) l'interaction entre déterminants contextuels et individuels dans la genèse des comportements relatifs à la santé;
- b) les déterminants culturels des comportements de santé et enfin;
- c) de la dimension historique dans l'analyse des ressources de l'environnement.

Je démontrerai qu'il est possible d'intégrer la dite approche interprétative à l'approche écologique au chapitre # 4. J'illustrerai par la suite de quelle façon les recommandations pour les interventions qui ont émergé d'une telle convergence théorique relèvent des principes théoriques et sociomoraux de l'approche écologique. Ceci permettrait alors d'éviter les problèmes liés à l'efficacité des interventions et le *victim blaming* qui constituent des critiques majeures adressées à la promotion de la santé.

Les résultats obtenus dans cette étude de cas serviront aussi à illustrer une réflexion critique que je développerai à l'égard de deux principes de l'approche écologique, soit d'interdépendance et d'adaptation. Je proposerai

bien sûr, au delà de cette critique, des pistes de solutions pour pallier les limites identifiées.

La problématique de l'étude de cas.

Les analyses présentées dans cette étude de cas focalisent sur les déterminants culturels du faible taux d'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke. Cette étude anthropologique a été réalisée à la demande unanime des professionnels de la santé périnatale de la région de Sherbrooke. Les intervenants ont fait cette demande sur la base de l'existence de divers problèmes d'intervention rencontrés lors du suivi périnatal des immigrantes vietnamiennes. Il y a lieu de mentionner aussi que les vietnamiens constituent la communauté immigrante la plus importante de Sherbrooke, d'un point de vue démographique. Parmi les différents problèmes d'intervention identifiés par les professionnels de la santé, on trouve celui de promouvoir l'allaitement. En effet, malgré les efforts des intervenants à promouvoir les bénéfices de l'allaitement auprès de ces mères, les professionnels de la santé ont observé que la vaste majorité de celles-ci ont adopté les formules de lait commercial.

La pertinence d'analyser ce problème repose également sur d'autres considérations. En terme de politiques de santé, il y a lieu de mentionner que la promotion de l'allaitement est un objectif prioritaire de *La Politique de Périnatalité du Québec* (1993) constituant par voie de conséquence, une question importante pour la promotion de la santé au Québec. Le problème du faible taux d'allaitement des immigrantes vietnamiennes est également important du point de vue international puisque ce problème n'est pas unique à la région de Sherbrooke, le même comportement existant chez les vietnamiennes ayant émigré en Australie, en Angleterre et aux États-Unis

(Tuttle & Dewey, 1994; Sharma, Lynch & Irvine, 1994; Todd & Gelbier, 1990; Henderson & Brown, 1987; Mathews & Manderson, 1980). À ce titre, des chercheurs ayant évalué un programme américain de promotion de l'allaitement met en évidence que les immigrantes vietnamiennes constituent le seul groupe (immigrant ou non) auprès de qui les interventions n'ont pas produit d'effet significatif. La plupart des études ayant visé à identifier les déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes ont conclu que les déterminants de ce comportement sont probablement d'ordre culturel.

Les objectifs de l'étude de cas. L'objectif principal de l'étude de cas est, dans un premier temps, d'apprécier les déterminants culturels de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke pour, dans un deuxième temps, réorienter les interventions de promotion de l'allaitement chez cette communauté. Cet objectif correspond également à certains objectifs de *La Politique de Périnatalité du Québec* (M.S.S.S., 1993: 66) dont celui du développement de la recherche:

- 1) sur « les aspects psychosociaux et culturels de la maternité et de la paternité ;
- 2) et sur « l'allaitement maternel; son incidence, ses facteurs de réussite, les stratégies d'intervention en milieu défavorisé et en milieu pluriculturel ».

Présentation des chapitres. Le chapitre #1 présente une recension des écrits récents sur la question des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes en Occident. Le chapitre # 2 présente le cadre conceptuel de l'étude portant sur l'appréciation des déterminants culturels du faible taux d'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke. Le chapitre #3 présente les résultats de l'étude de cas obtenus à l'aide de

l'approche interprétative adoptée pour apprécier les déterminants culturels de l'allaitement. Et le dernier chapitre, à savoir le chapitre #4, présente la discussion relative aux résultats obtenus.

CHAPITRE #1. RECENSION DES ÉCRITS RELATIFS À LA FAIBLE PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT CHEZ LES IMMIGRANTES VIETNAMIENNES.

1.1. Prévalence de l'allaitement. Bien que l'allaitement soit une pratique traditionnelle au Vietnam (Go & Moore, 1979; Manderson & Mathews, 1981; W.H.O., 1991), la majorité des vietnamiennes abandonnent l'allaitement après avoir immigré en Occident (Henderson & Brown, 1987; Tuttle & Dewey, 1994; Todd & Gelbier, 1990; Sharma, Lynch & Irvine, 1994; Mathews & Manderson, 1980).

Par exemple, des études américaines indiquent que les immigrantes vietnamiennes multipares ont allaité leurs bébés nés aux États-Unis dans une proportion variant de 12% (Henderson & Brown, 1987) à 15% (Tuttle & Dewey, 1994) alors que ces mêmes mères avaient allaité au Vietnam dans une proportion variant de 73% (Henderson & Brown, 1987) à 85% (Tuttle & Dewey, 1994). À titre de comparaison, ces prévalences (12% à 15%) demeurent considérablement plus faibles que celle des américaines d'origine, estimée à 52.2 % (Ryan, Lewandowski & Krieger, 1991).²

²Selon une recension des écrits informatisée faite à l'aide de MEDLINE 1993-1997, on trouve une prévalence de l'allaitement de 52.2% pour la population américaine, mais les populations défavorisées américaines semblent présenter des prévalences plus faibles, soit de 23% à 48% (Ryan et al., 1991). Pour le Canada, la prévalence de l'allaitement se situe à 74%, la médiane étant de 80% (Levill, Hanvey, Avard, Chance & Kaczorowski, 1995). À ce titre, les auteurs notent qu'il y a d'importantes variations d'une province à l'autre. Les taux d'allaitement les plus élevés se trouvent généralement dans les provinces de l'ouest, alors que les plus basses se trouvent dans celles de l'est telles le Québec et les provinces de l'Atlantique (Levill, 1995). Les statistiques révèlent à cet effet que le taux d'allaitement au Québec est de 47%, de 54.8% au Nouveau-Brunswick, de 58.6% en Nouvelle-Écosse, de 59.6% à l'I.P.E. et de 39.6% à Terre-Neuve (Levill, 1995: 219). Bien que ce document présente les données comparatives par province, il ne propose aucune hypothèse pour expliquer cette variation interprovinciale.

D'autres études révèlent le même phénomène chez les vietnamiennes ayant immigré en Angleterre (Todd & Gelbier, 1990), c'est-à-dire une prévalence de l'allaitement qui chute à 30% après immigration (Sharma, Lynch & Irvine, 1994). Comparée à la prévalence de l'allaitement des mères britanniques de milieu défavorisé qui se situe à 56% (Botting, 1995)³, celle des immigrantes vietnamiennes se situe, encore une fois, sous celle de leur pays d'adoption.

En Australie également, deux études confirment la même tendance voulant qu'une fois immigrées, les vietnamiennes abandonnent l'allaitement (Mathews & Manderson, 1980; Rossiter, 1992). Selon Mathews et Manderson (1980), 75% des immigrantes vietnamiennes multipares ont déclaré avoir allaité au pays d'origine alors que seulement 26% ont allaité leurs bébés nés en Australie. Également, 100% des mères interviewées par Rossiter (1992) ont déclaré avoir allaité leurs bébés nés au Vietnam, alors que seulement 40% de celles-ci ont allaité leurs poupons nés en Australie. Ces prévalences (26% à 40%) demeurent plus faibles que la prévalence nationale australienne qui varie de 85% (World Health Organization, 1989) à 80% (Nicholson & Yuen, 1995). Les résultats de l'étude de Reynolds, Hitchcock et Coveney (1988), réalisée à Perth en Australie, viennent en contradiction avec ce qui précède en recensant une prévalence de l'allaitement des immigrantes vietnamiennes, non seulement identique avant comme après l'immigration (81%), mais également comparable à la prévalence de celle de la population de la ville de Perth, estimée à 82% (Reynolds, Hitchcock et Coveney, 1988)⁴.

³Selon Botting (1995), la prévalence de l'allaitement des britanniques est restée la même depuis la dernière décennie, soit de 56%.

⁴ En Australie, la prévalence de l'allaitement se situe de 85% (W.H.O., 1989) à 80% (Nicholson, 1995).

À l'exception de l'étude de Reynolds, l'ensemble des enquêtes recensées⁵, relatives à la prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes montre:

1) qu'en majorité, elles ont allaité au Vietnam pour ensuite abandonner l'allaitement après immigration en Occident (Henderson & Brown, 1987; Tuttle & Dewey, 1994; Todd & Gelbier, 1990; Sharma, Lynch & Irvine, 1994; Mathews & Manderson, 1980) et;

2) qu'elles allaitent considérablement moins que les populations occidentales qui les accueillent (Henderson & Brown, 1987; Mathews & Manderson, 1980; Reeves-Tuttle & Dewey, 1994; Rossiter, 1992; Sharma et al., 1994).

Le peu de mères qui persistent à allaiter, le font sur une durée plus courte qu'au Vietnam (Henderson & Brown, 1987; Mathews & Manderson, 1980; Reeves-Tuttle & Dewey, 1994; Rossiter, 1992; Sharma et al., 1994) et souvent, en alternant le sein avec le biberon (Rossiter, 1992; Sharma et al., 1994). La seule étude recensée, qui inclut les primipares (Sharma et al., 1994), suggère que l'abandon de l'allaitement est plus marqué chez celles-ci que chez les multipares. Cependant d'autres études sont requises pour confirmer cette hypothèse.

⁵ Le recensement des articles s'est fait en consultant: les banques bibliographiques MEDLINE 1985-96; SOCSISEARCH 1972-1996; MEDLINE 1997; CINAHL 1983-97; CURRENT CONTENT 1996-97; SITE INTERNET «Vietnamiens».

À la lumière de ces résultats et des bénéfices connus de l'allaitement⁶ pour la santé de la mère et de l'enfant, il y a lieu de poser deux questions pertinentes du point de vue de la promotion de la santé.

- 1) Les programmes de promotion de l'allaitement des pays occidentaux ont-ils réussi à renverser cette tendance, i.e. à convaincre les immigrantes vietnamiennes d'adopter l'allaitement ?
- 2) Si non, quels sont les facteurs qui sont à la source de l'abandon de l'allaitement chez les vietnamiennes après l'immigration ?

Nous examinerons les réponses que propose la littérature à cet effet dans les trois prochaines sections de ce chapitre.

1.2. L'efficacité des programmes de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes. Les seules études publiées sur ce sujet depuis 1972⁷ portent sur l'évaluation des effets de programmes de type WIC⁸ implantés dans diverses régions des États-Unis. Le WIC est un

⁶ Selon le rapport de l'Association Américaine des Diététistes (A.D.A. Report , 1997) les bénéfices nutritifs, immunologiques, neuropsychologiques et économiques de l'allaitement pour la mère et l'enfant sont les suivants: 1) favorise l'attachement mère/enfant; 2) favorise un meilleur développement neuropsychologique et cognitif des enfants nés avec un petit poids (< 2500 grammes); 3) la composition unique du lait maternel offre une nutrition optimale au poupon qui rend le lait plus facile à digérer tout en offrant une protection supérieure contre les pathogènes viraux et bactériens; 4) prévient les allergies, et réduit la fréquence des otites.

Pour la mère on trouve les bénéfices suivants à savoir: 1) une perte de poids postnatale plus rapide, une protection accrue contre le cancer du sein chez les pré ménopausées; 2) un profil de glycémie optimale chez les femmes ayant souffert d'un diabète gestationnel; 3) augmente la durée de l'absence des menstruation; 4) réduit les coûts médicaux pour le bébé et est moins coûteux que les formules de lait commercial.

⁷ La recension des écrits s'est faite en consultant les banques bibliographiques informatisées: MEDLINE 1985-96; SOCSCISEARCH 1972-1996; MEDLINE 1997; CINAHL 1983-97; CURRENT CONTENT 1996-97; SITE INTERNET «Vietnamiens».

⁸ WIC est le sigle pour *The Special Supplemental Food Program for Women Infants and Children*. Pour une description plus détaillée du programme voir « Department of Agriculture, Food and Nutrition Service Special Supplement Food Program For Women,

programme de prévention et de promotion en santé maternelle et infantile qui s'adresse à toutes les mères défavorisées qu'elles soient immigrantes ou non. Selon Fishman, Evans et Jenks (1988: 1125), les objectifs du WIC sont:

- 1) d'améliorer la santé prénatale des mères à risque nutritionnel afin de prévenir les naissances de petit poids (< 2500 grammes) et subséquemment la mortalité infantile;
- 2) de promouvoir l'adoption de saines habitudes alimentaires du nourrisson, dont l'allaitement;
- 3) de promouvoir de saines habitudes alimentaires de l'enfant dans le but de prévenir le retard de croissance et l'anémie chez les jeunes enfants.

Les stratégies de promotion de l'allaitement du WIC, consistent à offrir des suppléments alimentaires aux mères enceintes et à leurs enfants ainsi que des sessions d'éducation sanitaire selon l'approche de la *Décision Raisonnée*. Cette approche met en valeur les bienfaits et les avantages de l'allaitement comparativement aux formules de lait maternisé⁹ (Fishman, 1988:1125). Toutes les mères inscrites au WIC sont invitées à participer aux sessions d'éducation sanitaire relatives à l'allaitement. Au cours du programme, les mères ayant décidé d'allaiter reçoivent des suppléments alimentaires durant la grossesse et la durée de l'allaitement alors que les autres reçoivent des suppléments alimentaires durant la grossesse seulement et des formules de lait maternisé gratuites.

Infant and Children (WIC); Final Rules. Federal Register 50(30) Part III, 7CFR Part 246, 13 february, 1985 and section 246.8 (e), 1980.»

⁹ Les auteurs ne décrivent pas davantage cette approche.

L'étude de Fishman, Evans et Jenks (1988) réalisée auprès de clientes indochinoises¹⁰ d'un WIC (n=110), indique une prévalence de l'allaitement de 30%. Parmi les Vietnamiennes nourrices de cet échantillon, la moitié ont initié l'allaitement mixte à six semaines post-partum. L'étude révèle que la prévalence d'allaitement des mères indochinoises (30%) demeure deux fois moins élevée que celle des autres clientes du WIC (60%) qui sont d'origine hispanique ou autre (Fishman et al., 1988).

L'étude de Reeves-Tuttle (1994), avec un échantillon de 57 immigrantes vietnamiennes clientes d'un autre WIC, présente des fréquences similaires à celles de Fishman (1988). Parmi les clientes multipares d'origine vietnamienne interviewées, 73% avaient allaité au Vietnam alors qu'une fois émigrées aux États-Unis, leur prévalence a chuté à 13% pour une durée moyenne de quatre semaines post-partum (Reeves-Tuttle & Dewey, 1994) .

Pour sa part, l'étude de Rossiter (1994) a évalué les effets d'un programme WIC qui se distingue des autres¹¹, dans la mesure où les messages d'éducation sanitaire relatifs aux bienfaits de l'allaitement ont, d'une part, été traduits en langue vietnamienne et d'autre part adaptés à la culture vietnamienne. Malheureusement, ni le contenu de ces messages, ni la façon dont ils ont été adaptés à la culture vietnamienne, ont été explicités dans cette publication. Cette évaluation révèle que les immigrantes vietnamiennes ayant participé à ce programme (n=108) ont allaité dans une proportion

¹⁰ Bien que l'appellation «Indochinoise» inclut habituellement les Vietnamiennes, les Laotiennes et les Cambodgiennes, c'est-à-dire l'ancienne colonie française, Fishman, Evans et Jenks (1988) l'utilisent pour désigner leur échantillon composé de Cambodgiennes, de Vietnamiennes et de Chinoises.

¹¹ Dans le cadre de cette thèse, je nommerai ce WIC, le WIC alternatif afin de le différencier des autres.

significativement plus élevée (70.2%), au moment de quitter l'hôpital, que les immigrantes vietnamiennes du groupe contrôle (n=86: 37.8%), i.e. celles qui n'ont pas participé au programme. Cependant à quatre semaines post-partum, cette différence s'atténue, la prévalence du groupe expérimental chutant à 50% et à 25% dans le groupe contrôle. À six mois postnatal, la différence entre les deux groupes disparaît.

Cependant, l'étude de Rossiter comporte deux limitations importantes. La première tient au fait que le groupe expérimental présentait une proportion pratiquement deux fois plus élevée de vietnamiennes ayant accouché au Vietnam, par voie de conséquence de multipares (22.6%) que dans le groupe contrôle (13.2%). De l'avis de Rossiter, ce biais est assez important pour considérer que la prévalence plus élevée de l'allaitement observée chez le groupe expérimental puisse être attribuable à ce facteur (Rossiter 1994: 377). Malgré la reconnaissance de ce biais, l'auteur se contredit ensuite à la même page (p.377), en concluant que le programme est responsable de la plus haute prévalence de l'allaitement chez les clientes vietnamiennes du WIC.

Rossiter mentionne également une deuxième limitation importante à son étude, c'est-à-dire que les mères vietnamiennes du groupe expérimental ont considéré le chercheur et les interprètes comme des personnes ressources parce que ces derniers leur ont apporté du soutien et des informations relatives à l'allaitement. Rossiter a confirmé avoir joué ce rôle, ne pouvant refuser les demandes des mères pour des raisons d'éthique. À ce titre, mentionnons que les études de Tan et Wheeler (1980) ont mis en évidence que l'accès de la mère à une personne ressource prodiguant soutien et informations en lien avec l'allaitement, constitue un facteur favorisant

l'adoption de l'allaitement. Dans cette perspective, le soutien que le chercheur et les interprètes ont apporté aux mères du groupe expérimental, constitue un autre biais important de l'étude de Rossiter. Bien que l'auteur reconnaisse l'existence de cette limite de son étude (p.378), il affirme de nouveau, en conclusion, que le WIC alternatif est responsable de la prévalence plus élevée de l'allaitement chez les vietnamiennes du groupe expérimental. Mais les deux biais explicités ci-haut ne permettent pas d'accepter sans équivoque la conclusion de Rossiter à l'effet que le WIC alternatif soit responsable de la plus haute prévalence de l'allaitement observée chez les clientes vietnamiennes.

En résumé, les études ayant porté sur l'évaluation des effets des programmes de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes ont d'une part démontré l'absence d'effet du programme sur le comportement de ces mères et d'autre part n'ont pas réussi à démontrer sans équivoque que l'effet observé sur le comportement des mères est dépendant du programme.

Contrairement à Rossiter, les auteurs de ces études évaluatives concluent que la participation des immigrantes vietnamiennes aux programmes WIC a permis d'améliorer leurs connaissances au sujet des bienfaits et des avantages psychophysiologiques de l'allaitement, mais que ces informations n'ont pas suffi à les convaincre d'adopter l'allaitement.

À la lumière de cette conclusion, il devient important de mieux apprécier les déterminants de l'abandon de l'allaitement des immigrantes vietnamiennes si l'on veut être en mesure, subséquemment, de réorienter les interventions de promotion de l'allaitement. Mais afin de mieux éclairer notre compréhension des déterminants de l'allaitement chez les vietnamiennes, il apparaît pertinent

de recenser la documentation sur les déterminants de l'allaitement à la fois chez les populations occidentales et immigrantes.

1.3. Les déterminants de l'allaitement chez les populations occidentales et immigrantes.

Certains facteurs démographiques sont associés à l'adoption de l'allaitement, soit : un haut niveau de scolarité, un revenu de ménage élevé et l'appartenance à une classe sociale élevée (Ryan & al., 1991; Rousseau et al.,1982; Switzky & al., 1979). Cependant, l'influence du revenu sur la décision d'allaiter semble varier selon l'ethnie d'origine de la mère (Stein & al., 1987). Plusieurs études ont présenté des données probantes à l'effet que la parité joue un rôle important, à savoir que les primipares auraient davantage tendance à initier l'allaitement que les multipares (Jones & Belsey, 1977; Stein & al., 1987; Jones & West,1986; Weller & Dungy, 1983). D'autres études présentent cependant des résultats contraires illustrant que la parité n'est pas un facteur déterminant (LeFevre & al.,1987; Aberman & Kirchhoff, 1985; Mackey & Fried, 1981). Parmi l'ensemble des déterminants individuels, le contact physique mère/enfant immédiatement après la naissance est positivement corrélé à l'adoption de l'allaitement (Dewey, 1994; Thomson, 1989; Sosa, 1976).

Il existe par ailleurs un consensus à l'effet que l'intention maternelle d'allaiter au moment de la grossesse prédit bien l'adoption de l'allaitement mais que ce pouvoir de prédiction se limite aux six premières semaines postnatales (Wanbach,1997). Par ailleurs, d'autres études proposent l'existence d'une association positive entre l'allaitement et certaines variables psychologiques de la mère. Notamment, certaines attitudes maternelles, telle une attitude positive face à l'allaitement serait reliée à l'adoption de

l'allaitement. En effet, les mères qui allaitent considèrent généralement l'allaitement: 1) plus pratique, en particulier durant la nuit (Rousseau & al.,1982; Yeung & al. 1981; Collins & al.,1984) ; 2) meilleur pour la santé du bébé que les formules commerciales (Sarett & al.,1983; Collins & al.,1984; Jeffs, 1977; Gunn,1984); 3) plus naturel tout en étant le résultat d'un bon attachement à son bébé (Dix Dustine, 1991; Gielen-Carlson & al., 1992). Cette attitude positive à l'égard de l'allaitement semble refléter l'exposition de la mère, à d'autres femmes qui allaitent dès le jeune âge (Cusson, 1985; Smith, 1984). On sait aussi qu'il est possible de détecter l'attitude relative à l'allaitement bien avant la grossesse, c'est-à-dire dès l'adolescence (Cusson,1985).

La littérature révèle également l'existence d'autres facteurs individuels qui influencent la durée de l'allaitement. À cet égard des données probantes indiquent qu'allaiter son bébé selon la demande, par opposition à l'allaitement selon un horaire fixe, produit un effet bénéfique sur la durée de l'allaitement (Dewey & al., 1994). De même, des études ont permis d'observer l'existence d'une corrélation positive entre un allaitement d'une durée prolongée (plus de six semaines) et certains variables soit: 1) un taux élevé d'interaction entre la mère et son bébé; 2) la perception maternelle que son bébé a un tempérament «facile» et; 3) la perception des mères qu'elles sont flexibles dans leur façon de prodiguer des soins à leur bébé (Vandiver, 1997).

Certaines personnes du réseau familial ou social des mères influencent de façon positive leur décision d'allaiter (Grossman & al., 1990; Howard, 1993). À cet effet, certaines études indiquent que les anglo-américaines sont plus souvent influencées par leur mari, les hispano-américaines par leur

mères et les afro-américaines par une amie intime (Baranowski & al., 1983; Auerbach & Guss, 1984). Une étude a cependant présenté des données illustrant que le statut sociofamilial de la personne influente ne varie pas selon l'origine ethnique de la mère (McLorg,1989). Une autre étude réalisée à Philadelphie indiquait que les femmes éduquées et professionnelles valorisaient davantage les conseils des personnes qui détiennent à la fois une expertise scientifique et une expérience personnelle de l'allaitement, alors que les femmes moins éduquées et défavorisées étaient plutôt influencées, à ce sujet, par les conseils de leurs mères (Adair,1983).

Certaines études ont illustré que l'attitude de la mère et de son médecin à l'égard de l'allaitement convergent assez bien (Jones & Belsey, 1977; Haider, 1976; Hally & al.,1984). Cependant les obstétriciens/gynécologues sont moins enclins à promouvoir l'allaitement auprès de leurs patientes que leurs collègues médecins de famille, pédiatres et infirmières (Lawrence, 1982; Reames, 1985). Bien qu'il n'existe pas vraiment de consensus dans la littérature à l'effet du statut de la personne la plus influente auprès des mères, il demeure que l'accessibilité des mères à une personne sensible et expérimentée qui leur apportent du soutien favorise l'adoption et la durée de l'allaitement (Tan & Wheeler, 1980).

L'existence de politiques favorables à l'allaitement, dans les hôpitaux, sont connues pour favoriser un haut taux d'allaitement (WHO/UNICEF, 1989; Losch, 1995). Le programme « BABY FRIENDLY HOSPITAL » développé par l'OMS/UNICEF a un potentiel pertinent à cet effet, mais sa mise en oeuvre dans l'ensemble des milieux hospitaliers nord-américains demeure à compléter (WHO/UNICEF, 1989). Le marketing peut également jouer un rôle important. Par exemple, donner une pompe à lait manuelle en

cadeau aux mères nourrices qui quittent l'hôpital semble favoriser l'augmentation de leur durée d'allaitement (Dewey, 1994).

D'autres études ont tenté d'apprécier les entraves individuelles à l'allaitement. Une attitude maternelle négative et ambivalente à l'égard de l'allaitement est associée à l'utilisation des formules de lait commercial (Matheny, Picciano & Birch, 1987). Même si en général les mères qui n'allaitent pas reconnaissent les bienfaits du lait maternel pour la santé de leur bébé, plusieurs préfèrent ne pas allaiter de peur d'éprouver de la gêne (Mohrer, 1979; Gielen-Carlson et al., 1992), d'avoir mal ou encore d'être inconfortable (Dix Dustine, 1991, Bevan, 1984). Les mères qui utilisent des formules de lait commercial considèrent aussi que l'allaitement réduirait leur liberté, limiterait leur vie sociale et tendrait à exclure leurs conjoints (Mackey & Fried, 1981; Bacon & Wylie, 1975; Brown & al., 1960). De même, ces mères considèrent plus souvent que les formules commerciales sont plus pratiques que l'allaitement (Lefevre, 1987; Sarett & al., 1983; Yoos, 1985; Arafat & al., 1981).

En contrepartie des effets positifs engendrés par le soutien social, l'absence de soutien émotif, venant d'une personne significative, constitue une barrière importante à l'allaitement (Freed, 1992). Une étude américaine indique que le statut de cette personne significative semble être déterminé par l'origine ethnique de la mère (Baranowski, 1983; Freed, 1992). Les mères qui reçoivent peu de soutien familial pour effectuer les tâches ménagères durant cette période exigeante font également face à un obstacle important (Allen & Peltó, 1985).

Une attitude négative et ambivalente à l'égard de l'allaitement caractérise également les pères de bébés non allaités (Freed,1992; Fraley & al.,1992). Ces maris/conjoints ont en effet tendance à considérer l'allaitement salubre pour les bébés mais qu'il comporte également des désavantages esthétiques pour leurs épouses, notamment pour leurs seins, tout en interférant dans leurs relations sexuelles (Freed, 1992). Le retour au travail constitue pour les mères une embête importante à l'allaitement (Bryant, 1984; Adair, 1983; Samuels, 1982; Mohrer, 1975; Scrimshaw al., 1987; Gielen, 1991; Switzky, 1979; Stein, 1987). Des résultats intéressants indiquent qu'un travail maternel totalisant moins de 20 heures par semaine protège la prolongation de l'allaitement au-delà de trois mois postnatals (Gielen, 1994).

L'utilisation de la suce est associée à la décroissance de la durée de l'allaitement et du sevrage avant 6 mois (Barros, 1995). Être incommodées par le lait qui coule de ses seins durant la période d'allaitement semble réduire le nombre de mois où les mères allaitent (Morse, 1989).

Par ailleurs, plusieurs études ont illustré que les professionnels de la santé qui sont susceptibles d'entrer en contact avec les mères durant la période périnatale, ont souvent une formation clinique inadéquate à ce sujet. Encore aujourd'hui, les curriculums de formation médicale ne permettent pas aux futurs cliniciens d'acquérir les connaissances nécessaires à la détection des différents problèmes de l'allaitement et aux interventions qui permettraient de les résoudre (ADA Report, 1997). C'est pourquoi, lorsque les mères éprouvent des difficultés liées à l'allaitement (ex.: fatigue maternelle, gerçures, crevasses, engorgements) les cliniciens suggèrent souvent d'utiliser des formules de lait commercial au lieu de fournir des conseils susceptibles

d'aider à résoudre ces problèmes tout en continuant d'allaiter (ADA Reports, 1997; Laurence, 1994; Freed et al., 1995).

Par ailleurs, les études sur les déterminants de l'allaitement chez les mères immigrantes, ont également révélé l'existence de quelques déterminants d'ordre individuel et contextuel. À cet effet des études ont mis en évidence que certaines politiques et pratiques hospitalières favorisent l'allaitement (Scrimshaw & al., 1987). La cohabitation et l'accès de la mère à la pouponnière en post-partum (Acosta-Johnson, 1984) constituent par exemple des déterminants contextuels qui favorisent l'adoption de l'allaitement.

Chez plusieurs communautés immigrantes, le fait d'être mariée constitue généralement un facteur positivement relié à l'allaitement (Baranowski & al., 1983; Samuels, 1982). Cependant les immigrantes cubaines et portoricaines mariées font exception en raison du fait que les époux cubains et portoricains sont plus souvent contre l'allaitement (Bryant, 1982).

La littérature fait consensus à l'effet que pour l'ensemble des mères, immigrantes ou non, le besoin de travailler en post-partum constitue un obstacle majeur à l'allaitement (Adair, 1983; Bryant, 1984; Mohrer, 1975; Samuels, 1982; Scrimshaw & al., 1987). Des études transculturelles suggèrent également que les mères qui cessent d'allaiter avant le troisième mois postnatal l'ont fait soit parce qu'elles considéraient leur lait inadéquat (Gussler & Briesemeister, 1980; Raphaël & Davis, 1985) soit parce qu'elles craignaient que leurs émotions néfastes puissent avoir un effet délétère sur la santé de leur bébé (Weller & Dungy, 1986).

Cette recension des écrits illustre que les multiples déterminants de l'allaitement chez les populations occidentales et immigrantes sont d'ordre contextuels et individuels, ce qui laisse présager de la complexité du phénomène. Certains ont dénoncé le fait que la définition de l'allaitement dans la littérature scientifique souffre du problème de précision et de consistance et qu'il est important de se référer à des définitions qui reflètent mieux les différents types d'allaitement existants (Labbok & Krasovec 1990). À cet effet, un groupe de travail international a proposé un cadre de six définitions correspondant à six catégories de pratiques différentes de l'allaitement et ce, dans le but d'assister les chercheurs intéressés par l'allaitement (Labbok & Krasovec, 1990). Cependant, ces définitions ne sont toujours pas utilisées de façon standardisée dans la littérature scientifique posant ainsi une limite au pouvoir de comparaison entre les différentes études sur le sujet (Labbok & Coffin, 1997; Coffin, Labbok & Belsey, 1997).

1.4. Analyse des enquêtes relatives aux déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes.

Dans cette section, nous examinerons les résultats et les limites des enquêtes recensées ¹² relatives aux déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. À l'examen des résultats obtenus dans les études sur les déterminants du faible taux d'allaitement des immigrantes vietnamiennes, on se rend compte qu'elles n'ont pas produit d'explications tout à fait claires et concluantes (Reeves-Tuttle & Dewey, 1994). Les limitations des résultats pourraient cependant être expliqués, tel que je le soutiendrai dans les prochains paragraphes, par les limites inhérentes à leurs approches

¹² La recension des écrits s'est faite en consultant les banques bibliographiques : MEDLINE 1985-96; SOCSCISEARCH 1972-1996; MEDLINE 1997; CINAHL 1983-97; CURRENT CONTENT 1996-97; SITE INTERNET «Vietnamiens».

méthodologiques, conceptuelles et épistémologiques. Pour fins d'analyse, je diviserai ces enquêtes en trois catégories, soit celles:

- 1) sans modèle conceptuel ou approche théorique.
- 2) formellement identifiées à la théorie de l'acculturation.
- 3) inspirées de l'approche interprétative.

L'analyse de chaque catégorie d'enquête sera suivie d'une réflexion critique sur les résultats obtenus.

1.4.1. Les enquêtes sans cadre conceptuel.

Parmi les enquêtes sans cadre conceptuel, on trouve celles de Mathews et Manderson (1980), Rossiter (1992), Sharma (1994) et Reeves-Tuttle (1994). En Australie, l'étude qualitative et quantitative de Mathews et Manderson (1980) vise la comparaison des pratiques alimentaires de quarante immigrantes vietnamiennes (n=40) avant et après immigration. Les auteurs ont tenu compte de diverses variables démographiques, socio-économiques et nutritionnelles, de la perception des mères relativement à l'alimentation et à la santé et des raisons maternelles évoquées par celles-ci pour justifier leur choix. Parmi l'ensemble de ces facteurs, seules les considérations maternelles relatives à la qualité de leur lait a présenté une différence entre le groupe des mères nourrices et celui des utilisatrices des formules de lait maternisé. En effet, bien que les mères considéraient généralement le lait maternel supérieur aux formules de lait, celles qui ont utilisé les formules considéraient généralement leur propre lait inadéquat pour répondre aux besoins de leur bébé. Cependant l'étude ne révèle pas pourquoi ces mères dévaluaient la qualité de leur propre lait. Les mères utilisatrices de formules de lait ont également évoqué comme raison de leur

choix, leur désir d'aller travailler rapidement après l'accouchement. L'étude ne spécifie pas cependant si elles sont effectivement retournées sur le marché du travail.

Bien que les auteurs n'aient pas spécifié l'approche conceptuelle adoptée, elles concluent à l'acculturation des mères utilisatrices de formules comme déterminant principal de leur abandon de l'allaitement. Cependant, cette conclusion s'appuie sur la mesure d'une seule variable, soit *la perception maternelle de la norme australienne relative à l'alimentation du nourrisson*.

Les mères de cette étude qui utilisaient des formules de lait maternisé croyaient que la norme australienne consiste à utiliser des formules de lait maternisé alors que celles qui nourrissaient au sein percevaient l'allaitement comme une norme australienne.

À partir de la mesure de la seule variable mentionnée ci-haut, les auteurs ont conclu que les mères utilisatrices des formules étaient plus acculturées que les autres, et que cette acculturation était le déterminant responsable de leur abandon de l'allaitement. Cette conclusion est assez étonnante lorsqu'on sait que la prévalence nationale australienne de l'allaitement est très élevée, soit de 80% (Nicholson, 1995; W.H.O, 1989). Cette prévalence nous permet de supposer que la norme sociale australienne devrait en principe être l'allaitement maternel et non le contraire. Par voie de conséquence, si les immigrantes vietnamiennes dont parlent les auteurs étaient acculturées à la société australienne, elles allaiteraient et non le contraire, tel que l'affirment ces auteurs.

En Australie toujours, l'étude de Rossiter (1992) a cherché à comparer un groupe d'immigrantes vietnamiennes nourrices (n=47) à un autre groupe de

Vietnamiennes utilisatrices de formules de lait maternisé (n=23). Cette étude comporte un questionnaire de type quantitatif complété d'entrevues qualitatives auprès de vingt mères volontaires sélectionnées dans les deux groupes. Les résultats quantitatifs révèlent que les immigrantes vietnamiennes avaient plus de chance d'allaiter si:

- 1) elles avaient atteint un niveau d'éducation postsecondaire;
- 2) avaient accès aux aliments traditionnels durant la période post-partum;
- 3) ne considéraient pas l'allaitement comme «vieux jeu»;
- 4) n'étaient pas gênées d'allaiter devant les autres et;
- 5) considéraient que le lait maternel est gratuit.

Les résultats issus des entrevues qualitatives (n=20) indiquent que la plupart des mères utilisatrices des formules de lait maternisé ont évoqué deux raisons principales pour justifier leur choix, à savoir qu'elles:

- 1) devaient retourner travailler en post-partum ;
- 2) considéraient que pour établir la lactation et prévenir les malaises maternels et infantiles, il était important de respecter les restrictions alimentaires traditionnelles vietnamiennes de la période post-partum.

L'auteur mentionne à ce titre que les vietnamiennes considèrent leur santé vulnérable en post-partum et comme elles n'avaient plus leur famille étendue pour les aider à respecter les pratiques alimentaires et les rites post-partum, elles ont abandonné leurs valeurs traditionnelles relatives à l'allaitement. Pour interpréter les résultats, l'auteur propose l'hypothèse explicative

suivante: les pratiques alimentaires envers le nourrisson sont influencées par les croyances relatives à la santé de la mère et de l'enfant, et ces croyances sont à leur tour influencées par les facteurs sociaux, culturels et économiques de leur environnement australien. Toutefois, les auteurs ne présentent aucun résultat ou analyse permettant d'illustrer cette hypothèse explicative. L'auteur soutient dans sa conclusion que les vietnamiennes font face à plusieurs contraintes depuis leur immigration et qu'elles ont abandonné leurs valeurs culturelles liées à l'allaitement parce qu'elles souhaitent:

- 1) être acceptées par la population d'accueil;
- 2) survivre et;
- 3) s'adapter à leur nouvel environnement.

En Angleterre, l'étude de Sharma (1994) présente les résultats d'une étude quantitative réalisée auprès d'un échantillon randomisé de quarante familles vietnamiennes (n=40) habitant Londres. Sans avoir spécifié le cadre conceptuel de leur étude, les auteurs ont néanmoins spécifié l'objectif d'investiguer les besoins éducatifs des immigrantes vietnamiennes relativement à l'allaitement. La méthode adoptée a consisté à enquêter les justifications maternelles de leur choix d'utiliser des formules de lait maternisé, et pour celles qui ont allaité, les raisons les ayant amené à sevrer leur bébé prématurément.

Bien que la majorité des vietnamiennes rencontrées considéraient le lait maternel supérieur aux formules de lait maternisé, seulement 30% de l'ensemble des mères ont allaité et 0% des primipares ont allaité. Les mères utilisatrices des formules de lait maternisé ont choisi en majorité comme raison principale, le côté pratique des formules de lait maternisé. Les auteurs

offrent certaines hypothèses explicatives pour interpréter ces résultats peu concluants. Ils soutiennent que la faible prévalence d'allaitement des immigrantes vietnamiennes vient du fait qu'elles auraient assimilé la norme de l'utilisation des formules de lait qui prévaut dans les milieux défavorisés britannique. Cependant la prévalence de l'allaitement des vietnamiennes (30%) demeure beaucoup moins élevée que celle des britanniques de milieux défavorisés estimée à 56% par Botting (1995). Bien que les vietnamiennes dans l'échantillon de Sharma, Lynch et Irvine aient reconnu la supériorité du lait maternel, les auteurs proposent qu'elles ont choisi de ne pas allaiter parce qu'elles n'avaient :

- 1) pas assez confiance en elles;
- 2) pas suffisamment de support et;
- 3) pas les habiletés nécessaires pour initier l'allaitement.

Aux États-Unis, l'étude quantitative de Reeves-Tuttle (1994) a cherché à identifier les déterminants de l'allaitement auprès de cinquante-sept immigrantes vietnamiennes (n=57), en mesurant différentes caractéristiques socio-démographique maternelles ainsi que les raisons qui les ont amené à choisir ou non l'allaitement. Bien que ces auteurs n'aient pas spécifié leur approche théorique, le simple fait de prédéterminer les raisons possibles de l'abandon de l'allaitement dans un questionnaire, implique qu'ils se soient référés, consciemment ou non, à une certaine théorie relative aux obstacles à l'allaitement.

Leurs résultats indiquent que les principales raisons sélectionnées par les mères qui ont abandonné l'allaitement sont;

- 1) le côté pratique des formules de lait maternisé (43% des mères);

- 2) l'intention de retourner aux études ou au travail (15%) bien qu'en réalité aucune ne l'ait fait;
- 3) la crainte d'une production de lait insuffisante (15%);
- 4) le désir d'offrir aux autres la possibilité de nourrir le bébé (15%) et;
- 5) 13% des mères considéraient la bouteille plus populaire aux États-Unis.

L'analyse indique l'existence d'une seule variable socio-démographique positivement reliée à l'allaitement, soit *un grand nombre d'enfants ayant préalablement été allaités*. Les jeunes mères et celles qui ont reçu des formules de lait gratuites au moment de quitter l'hôpital allaitaient en effet beaucoup moins que les autres. Les résultats indiquent que l'ensemble des mères avaient pris leur décision d'allaiter durant la grossesse, soit bien avant d'avoir reçu des formules de lait gratuites à l'hôpital. Ces considérations font croire aux auteurs que la variable «quitter l'hôpital avec des formules gratuites»¹³ ne serait pas un obstacle à l'allaitement mais plutôt un indicateur de l'intention maternelle d'utiliser des formules de lait maternisé.

1.4.2. Limites des études sans cadre conceptuel. Bien que les études sans cadre conceptuel aient produit des résultats non concluants, elles ont néanmoins identifié l'existence de quelques caractéristiques des mères qui allaitaient. En effet les mères qui:

- 1) avaient atteint un degré d'éducation postsecondaire (Rossiter, 1992) ;

¹³ Les auteurs ne spécifient pas le nombre de semaines pour lesquelles les formules de lait commercial sont gratuites.

- 2) avaient accès aux aliments post-partum traditionnels (Rossiter, 1992);
- 3) ne considéraient pas l'allaitement comme «vieux jeu »(Rossiter, 1992) et;
- 4) n'étaient pas gênées d'allaiter, avaient plus de chance d'allaiter que les autres (Rossiter, 1992).

Également, la perception positive des mères à l'égard du côté pratique des formules de lait maternisé (Reeves-Tuttle & Dewey, 1994; Sharma et al., 1994), constituent une variable positivement reliée à l'utilisation des formules de lait maternisé. Mais au delà de ces corrélations, ces analyses quantitatives n'ont pas réussi à démontrer l'existence d'une relation causale entre une de ces variables et la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. À la lumière du fait que ces enquêtes ont employé des méthodes quantitatives, on pourrait en accord avec Guba (1994), expliquer les limites de leurs résultats, par les limites inhérentes aux enquêtes quantitatives lorsqu'il s'agit d'apprécier la complexité du comportement humain.

Les positivistes eux-mêmes adressent cinq critiques principales aux méthodologies quantitatives, soit: 1) elles ne permettent pas de tenir compte du contexte naturel d'apparition des variables ; 2) elles excluent le sens et les intentions qui sont à la source des comportements humains; 3) elles ne permettent pas de confronter la vision locale à la vision théorique produisant ainsi une disjonction entre les deux; 4) les généralisations qu'elles produisent ne sont pas applicables aux cas individuels; 5) elles excluent la dimension de la découverte dans l'enquête (Guba & Lincoln, 1994).

Mais le simple fait de réaliser une enquête sans cadre conceptuel, suffit à expliquer les limites de leurs résultats. En effet, réaliser une recherche sur le(s) déterminant(s) d'un comportement humain sans se référer à une théorie ou à un modèle donné pour sélectionner les variables à mesurer, est comparable à tirer à la carabine les yeux bandés, dans n'importe quelle direction, en espérant qu'un canard passe et soit atteint par une balle chanceuse. En d'autres termes, les études qui n'ont pas utilisé de cadre conceptuel ou théorique laissent au hasard, la possibilité de produire des résultats significatifs et d'établir des relations entre les variables étudiées et le comportement à l'étude.

Même dans le cas où l'analyse quantitative permet d'identifier la présence d'une relation statistique entre deux variables ou plus, l'absence d'analyse du contexte d'apparition du comportement et du sens attribué au comportement par les personnes qui l'adoptent, limite considérablement la capacité d'inférer des relations causales entre deux ou plusieurs variables et le comportement à l'étude, c'est-à-dire de découvrir le(s) déterminant(s) d'un comportement humain. À ce titre, les résultats de Rossiter (1992) et de Tuttle et Dewey (1994) constituent des exemples probants de ce genre de limites importantes.

1.4.3. Résultats de l'enquête qualitative inspirée de la théorie de l'acculturation. Dans ma recension des écrits, l'enquête de Henderson (1987) constitue la seule étude officiellement inspirée de la théorie de l'acculturation. Ces chercheurs ont analysé, à l'aide d'une méthodologie qualitative, les déterminants de l'allaitement chez vingt multipares vietnamiennes (n=20) ayant immigré aux États-Unis. L'étude a comparé les pratiques alimentaires du nourrisson avant et après l'immigration des mères.

Ils ont également tenté d'identifier les caractéristiques qui différencient le groupe des mères nourrices de celui des utilisatrices de formules de lait maternisé. Les entrevues qualitatives semi-structurées étaient complétées de mesures quantitatives relatives au soutien social et à des variables démographiques, socio-économiques et ethniques. La comparaison des variables quantitatives n'a révélé aucune différence significative entre les deux groupes de mères. Mais cette comparaison aurait de toute façon été difficilement significative, d'un point de vue statistique, étant donné le petit échantillon ($n=20$) et la disproportion évidente entre le très petit nombre de mères qui allaitent ($3/20$) comparé à celui des mères utilisatrices des formules de lait maternisé ($17/20$).

La presque totalité des mères des deux groupes ($19/20$) ont déclaré que le biberon était la coutume aux États-Unis. À la lumière de ces résultats peu révélateurs à propos des déterminants, les auteurs ont conclu que les mères ont préféré les formules de lait maternisé parce qu'elles désiraient se conformer à la coutume locale. Mais les auteurs n'ont pas été en mesure d'expliquer pourquoi les trois mères nourrices ont persisté à allaiter même si elles percevaient, comme les autres, le biberon comme une norme américaine.

Mais plus important encore, les auteurs n'ont pas expliqué pourquoi les mères utilisatrices des formules de lait - qui en théorie désiraient se conformer à la coutume américaine - avaient néanmoins conservé leurs autres traditions alimentaires du nourrisson, soit:

- 1) le temps d'introduction des solides;
- 2) le choix de ces solides et;
- 3) les recettes traditionnelles pour les apprêter.

Les auteurs soutiennent finalement que les mères vietnamiennes ont fait une analyse de type coûts-bénéfices pour comparer l'allaitement aux formules de lait maternisé et que les principales considérations dans leur processus décisionnel furent les avantages et les désavantages de chaque méthode non seulement pour elles-mêmes mais aussi pour leur famille. En conclusion les auteurs identifient l'acculturation comme le principal déterminant de l'abandon de l'allaitement et proposent, pour optimiser les interventions auprès des immigrantes, d'orienter les recherches vers le rôle que les croyances relatives à la santé, la religion, la moralité et la sexualité jouent dans le choix des mères en faveur de l'allaitement ou du lait maternisé.

1.4.4. Limites de l'étude qualitative inspirée de la théorie de l'acculturation. On pourrait expliquer les résultats peu révélateurs de Henderson (1987) de différentes façons. Mentionnons d'abord à titre d'information que l'acculturation est le processus par lequel une personne d'une communauté culturelle donnée, ou encore d'une sous-culture, adopte un ou plusieurs éléments culturels d'une autre communauté avec laquelle elle est en contact (Helman, 1986). Ce contact peut venir de l'immigration ou encore d'une exposition intensive à une culture dominante, par exemple par le voisinage, les mariages interculturels, par des séjours prolongés, par la télévision ou par le processus d'une formation professionnelle intensive (Helman, 1986).

Henderson et Brown (1987) s'appuient sur la théorie de l'acculturation (Barnett, 1953; Herskovits, 1958) selon laquelle, lors de situations de contacts interculturels intensifs tel que le contexte migratoire, les comportements les plus rapidement abandonnés par les immigrants sont ceux

qui ne sont pas étroitement liés aux institutions sociales, aux valeurs et aux idéologies de leur culture d'appartenance ou encore les comportements qui évoquent des émotions ambivalentes. Parmi les valeurs et les comportements caractéristiques du groupe dominant ceux qui confèrent des avantages politiques, économiques ou sociaux, seront plus rapidement adoptés que des comportements ne présentant pas ce genre d'avantage (Herskovits, 1958 cité dans Henderson & Brown 1987).

À la théorie de Herskovits et Barnett, Henderson et Brown ajoutent un postulat selon lequel l'allaitement est un comportement qui ne refléterait pas de valeurs culturelles fondamentales et que ce comportement est rarement relié à des structures politiques, religieuses ou à l'organisation sociale. Cette désincarnation culturelle de l'allaitement viendrait, selon les auteurs, du fait que l'allaitement est une *préoccupation féminine*¹⁴ (Henderson & Brown, 1987: 155). Par voie de conséquence, ces auteurs concluent que dans un contexte d'émigration en milieu occidental, l'allaitement devrait être un des premiers comportements traditionnels à être abandonné.

On pourrait expliquer les limites des résultats obtenus dans Henderson et Brown (1987) par le simple fait que les chercheurs n'ont pas mesuré l'acculturation des mères à l'aide d'instruments de mesure reconnus de l'acculturation tels les échelles de Berry (1986) ou encore, de Lasry (1992). Sans aucune mesure de l'acculturation, les auteurs ont simplement inféré que les mères étaient acculturées à partir de la mesure d'une seule variable, à savoir: *-la perception de la coutume locale relative à l'allaitement-*. Par ailleurs, aucune étude à ce jour n'a encore montrée que cette variable est un

¹⁴ Traduction libre de l'expression employée par Henderson et Brown «women's concerns».

indicateur valide de l'acculturation. Néanmoins, l'ensemble des études ayant été influencées par la théorie de l'acculturation soutiennent que les mères ont abandonné l'allaitement parce qu'elles ont cessé de valoriser cette pratique en raison de leur acculturation ou de leur désir de s'adapter à la société d'accueil.

Or il est vrai que les premières études sur l'acculturation ont principalement focalisé sur la mesure de l'acculturation en tant qu'indicateur de l'adaptation (Berry, 1984; Berry, 1990; Berry, Power & Young, 1989). Mais il demeure que de récentes études dans le domaine suggèrent que l'acculturation est un phénomène beaucoup plus complexe que le laissent entendre Henderson et Brown. En effet, de récentes études influencées par la théorie de l'identité¹⁵, soutiennent que l'acculturation n'est pas un phénomène aussi monolithique que Berry et ses collaborateurs le suggèrent. L'acculturation varierait plutôt selon le contexte social dans lequel se trouve l'individu et les attitudes du groupe majoritaire de la société d'accueil (Clément, Gauthier & Noël, 1993; Clément & Noël, 1992; Clément, Sylvestre & Noël, 1991).

Par ailleurs, Henderson et Brown (1987) postulent en lien avec la théorie de l'acculturation (Barnett, 1953; Herskovits, 1958) que l'allaitement ne reflète pas de valeurs culturelles centrales et que, par conséquent, il constitue un comportement des plus labiles dans un contexte migratoire. Cependant le postulat relatif à la dimension labile de l'allaitement fait fit des résultats de nombreuses études ethnographiques qui soutiennent et illustrent que l'ensemble des comportements maternels de la période périnatale reflètent des valeurs culturelles centrales et des principes structuraux de base de la

¹⁵ Alexander et Wiley (1981), Harré et Secord (1972), Jackson (1988) et Okamura (1981) stipulent que l'identité est sujette à des contraintes liées à la situation..

société d'appartenance (Browner & Sargent, 1990). De façon plus spécifique, les représentations relatives à l'ensemble des comportements périnataux sont profondément reliées à un tissu de représentations culturelles relatives au corps, à la santé, à la maladie, à la vie, à la mort, aux relations avec le monde surnaturel et aux relations familiales (Groleau, 1988; Jordan, 1977; MacClain, 1982; Mead & Newton, 1967; Oakley, 1977). Helman (1986) soutient même que l'ensemble des comportements maternels et les tabous de la période périnatale, de par leur rappel des grandes valeurs et représentations culturelles, permet non seulement de protéger le processus biologique de la reproduction mais constitue aussi un mécanisme de transmission, d'une génération à l'autre, des grandes balises socioculturelles de la société.

Par ailleurs en ce qui a trait à l'ensemble des enquêtes qualitatives sur les déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes, il convient de noter qu'elles n'ont guère été plus concluantes que les enquêtes quantitatives. Elles ont néanmoins permis d'identifier l'existence de certaines catégories de représentations qui pourraient être importantes dans la mesure où elles sont liées aux attitudes et aux intentions maternelles relatives à l'allaitement. Notamment, on trouve:

- 1) les représentations liées à la santé du poupon, de la mère et de la famille (Henderson & Brown, 1987; Rossiter, 1992) et;
- 2) les représentations relatives aux aliments post-partum (Rossiter, 1992).

L'ensemble des études qualitatives et quantitatives ont également étudié les raisons qui ont amené les mères à choisir ou non l'allaitement. L'analyse de

ces raisons «présélectionnées» dans le cas des études quantitatives, et des raisons «évoquées» dans le cas des études qualitatives, n'a pas révélé d'information éclairante et concluante. À cet effet, il y a lieu de mentionner que des études de la psychologie transculturelle ont révélé que lorsqu'on demande aux gens de produire des «raisons» ou des explications causales pour justifier leurs comportements, ils sont généralement capables de les produire, par exemple lors d'une entrevue ou encore en répondant à un questionnaire (Kirmayer, Young & Robbins, 1994). Mais il reste à démontrer si ce genre de raisonnement, c'est-à-dire une pensée causale rationnelle, est celui qui motive les gens à adopter le dit comportement dans leur vie quotidienne. Faire la demande d'explications causales pourrait stimuler la recherche d'explications ou la production d'attributions qui pourraient ne pas avoir existé auparavant (Kirmayer et al., 1994).

Eu égard à l'appréciation des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes, l'étude interprétative de Fishman (1988) présentée dans la prochaine section, devient intéressante car elle va au delà des limites de la pensée causale. En effet, Fishman (1988) s'intéresse non seulement aux «raisons» évoquées par les mères mais aussi à leur représentations relatives à l'allaitement. Cette enquête devrait alors permettre d'aller au delà des limites des enquêtes quantitatives et de bénéficier des avantages relatifs aux approches interprétatives, i.e. de pouvoir apprécier la complexité du sens et du contexte relatif au comportement sous étude.

1.4.5. L'enquête interprétative.

La seule enquête de type interprétatif ayant porté sur les déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes est celle de Fishman (1988).

Il y a lieu de mentionner ici que l'approche interprétative est née en anthropologie du désir d'opposer et de transcender le réductionnisme des autres approches conceptuelles de cette discipline qui trouvent leurs sources dans l'empirisme logique (Schwandt, 1994). Bien que développée en anthropologie médicale par les Biron Good (1977) et Arthur Kleinman (1980), l'approche interprétative trouve ses sources dans la théorie de la culture de Geertz (1973a) qui définit l'analyse du comportement humain en tant que science interprétative en quête de sens et non pas comme une science expérimentale en quête de lois.

Geertz soutient en effet, que l'homme est un animal suspendu dans une toile de significations qu'il a lui-même créé. La culture est un contexte, une matrice composée de systèmes de significations à l'intérieur desquels on peut ancrer un comportement et lui attribuer un sens dans le contexte de la vie et de l'histoire locale. Une enquête issue de l'approche interprétative devrait par voie de conséquence être en mesure de pallier les limites des enquêtes quantitatives mentionnées plus tôt, à savoir:

- 1) les problèmes de décontextualisation des comportements;
- 2) d'exclusion du sens et des intentions à la source des comportements et;
- 3) le problème de la disjonction entre la vision locale et la vision théorique (Guba 1994).

L'enquête interprétative de Fishman (1988) avait pour objectif d'apprécier les obstacles à l'allaitement de 110 immigrantes indochinoises et chinoises aux États-Unis afin de réorienter les interventions de promotion de

l'allaitement d'un WIC¹⁶. Les mères, originaires du Cambodge, du Vietnam et de la Chine, ont été rencontrées lors de *focus group*. L'enquête qualitative visait principalement à apprécier:

- 1) l'interprétation des mères quant à leur expérience relative à l'allaitement ou à l'utilisation des formules de lait maternisé et;
- 2) les représentations maternelles médiatisées par la culture.

Sur la base de ces analyses, l'étude cherchait également à évaluer si les activités d'éducation sanitaire d'un WIC et les bénéfices de l'allaitement présentés aux mères, dans le cadre des interventions, étaient culturellement adéquats. Les auteurs cherchaient également à identifier les améliorations possibles aux interventions de la promotion de l'allaitement.

Les résultats de l'analyse interprétative indiquent que les mères considéraient les formules de lait maternisé supérieures au lait maternel pour des raisons liées à la théorie humorale de la santé. Fishman ne décrit pas la théorie humorale asiatique mais indique néanmoins que les principes «froid/chaud», inhérents à cette théorie populaire de la santé, ont dirigé les choix alimentaires des mères durant la période postnatale. La théorie humorale populaire dicterait également aux mères qu'elles ont besoin de consommer des aliments à qualité «chaude» en post-partum parce qu'elles ont perdu du sang, de la chaleur et de l'énergie à l'accouchement.

¹⁶ Les interventions du programme WIC en question étaient peu efficaces dans leur capacité de convaincre les mères indo-chinoises et chinoises d'adopter l'allaitement, d'où l'origine de cette étude.

Les mères interviewées ont décrit avoir fait l'expérience d'un refroidissement excessif de leur corps durant la période postnatale, situation qu'elles ont tenté de rétablir en consommant des aliments à qualité excessivement «chaude» pendant cent jours post-partum. Cependant après cent jours post-partum de ce régime chaud, elles considèrent que le lait maternel devient trop chaud et en conséquence délétère pour le bébé. Les mères ont alors préféré utiliser des formules de lait maternisé qu'elles considéraient plus stables et nourrissantes. Les auteurs soutiennent qu'au Vietnam, ces mères étaient moins exposées et sensibles à cette contradiction inhérente à la théorie humorale de la santé, à cause du soutien de leur famille, en particulier pour la préparation des mets post-partum et dans l'accomplissement des tâches ménagères. Les résultats indiquent que, suite à l'immigration et à la perte de la famille étendue, les mères ont perdu le support dont elles jouissaient dans leur pays d'origine. Dès lors, elles ont dû assumer seules ces conflits alimentaires, i.e. le besoin d'adopter une alimentation post-partum «chaude» pour leur propre santé et une alimentation post-partum «froide» après cent jours, pour maintenir une lactation adéquate.

Fishman soutient qu'avec l'utilisation des formules de lait maternisé, les mères ont trouvé une solution acceptable à la contradiction inhérente à leur théorie humorale. L'utilisation des formules de lait maternisé a dès lors permis aux mères de consommer une alimentation «chaude» passée 100 jours postnatals, tout en sauvegardant la santé de leur nourrisson.

1.4.6. Limites de l'étude interprétative. L'étude de Fishman (1988) est vraisemblablement plus complexe que les autres car elle a tenté d'aller au delà d'une analyse de variables socio-démographiques et des raisons évoquées

par les mères pour justifier leur choix du mode d'alimentation du nourrisson. Son analyse interprétative des représentations maternelles produit une explication convainquante quant aux raisons, en vertu des principes humoraux «froid/chaud», qui amènent ces mères immigrantes à choisir les formules de lait maternisé au lieu de l'allaitement. Cependant l'argumentation de l'auteur devient plus faible lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi cette contradiction inhérente à la théorie humorale n'a pas empêché ces mêmes multipares d'allaiter lorsqu'elles étaient au Vietnam. Entre autre, l'analyse ne permet pas de comprendre pourquoi, lorsqu'elles étaient au Vietnam, les personnes de la famille étendue chargées de cuisiner pour la mère en postnatal ont permis aux mères d'adopter une alimentation chaude passée cent jours postnatals, sachant que ceci était délétère pour le nourrisson.

L'enquête interprétative de Fishman permet d'aller plus loin que les autres études discutées, notamment par sa compréhension des relations entre les représentations maternelles relatives à l'allaitement et des représentations culturelles plus large, dont les principes «froid/chaud» de la théorie humorale de la santé. Elle permet aussi de comprendre de quelle façon ces principes «froid/chaud» médiatisent les perceptions du corps, de l'alimentation, du lait maternel et des problèmes de santé. Les résultats obtenus dans Fishman (1988) suggèrent que l'approche interprétative s'avère avantageuse pour apprécier les déterminants de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes.

1.5. La médecine traditionnelle sino-vietnamienne et la théorie populaire de la santé. Pour une meilleure compréhension des résultats présentés au chapitre #3, je présenterai ici un exposé basé sur une revue de

la littérature relative à la médecine traditionnelle vietnamienne et à la théorie populaire de la santé qui y prévaut.

Au Vietnam il existe deux approches à la santé, celle de la biomédecine occidentale et celle de la médecine traditionnelle. La biomédecine occidentale a été introduite au Vietnam au début de notre siècle par les Français avec l'ouverture de leur première école de pharmacie et de médecine (Nguyen, 1990; Tung, 1980). Le nombre de cliniciens au Vietnam est cependant restreint et la plupart travaille en milieu urbain. Leurs honoraires sont élevés pour le simple citoyen et peu de gens peuvent s'offrir le luxe de les consulter (Nguyen, 1990). Malgré son développement, la médecine biomédicale n'a pas réussi à supplanter la médecine traditionnelle sino-vietnamienne (Lee, D'Alauro, White & Cardinal, 1988; Tung, 1980; Wadd, 1983).

Les vietnamiens consultent à la fois les spécialistes de la médecine traditionnelle et ceux de la biomédecine occidentale, même si ils tentent le plus souvent de résoudre par eux-mêmes leurs problèmes de santé grâce à des traitements à la maison qu'ils suivent, avant même de consulter à l'extérieur. Si ils décident de consulter un spécialiste, ils consulteront soit l'herboriste d'obédience *Thuoc bac* et/ou *Thuoc nam*, soit le sorcier à compétence surnaturelle soit encore les sages-femmes comme, la *ba mu* traditionnelle ou la *sin ho* de formation biomédicale. Ils pourront faire appel aussi au médecin de type occidental (Coughlin, 1965; Dinh, Ganeson & Waxler-Morrison, 1990). La plupart des vietnamiens consulte ces différents spécialistes choisissant celui qui semble le mieux placé pour résoudre le problème de santé du moment (Wadd, 1983).

La médecine traditionnelle sino-vietnamienne se subdivise en deux traditions à savoir: le *thuoc nam* et le *tuoc bac* (Coughlin, 1965; Dinh et al., 1990; Tung, 1980; Wadd, 1983). Alors que la tradition *thuoc nam* est une pratique autochtone aux Vietnamiens, celle du *tuoc bac* est largement basée sur la médecine chinoise, introduite de façon intermittente au Vietnam du Nord lors des différentes périodes d'occupation chinoise qui se sont terminées durant les années 1600 (Dinh et al., 1990; Ooi, 1991). La médecine chinoise est une médecine très ancienne, régie à ses débuts, par des principes surnaturels (Unschuld, 1980a). Cependant sa théorie contemporaine de la maladie est fondamentalement «naturaliste»¹⁷.

Certains concepts de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne sont basés sur la théorie de la médecine chinoise. Il est intéressant de noter les propos de Yanchi au sujet des sept théories de la médecine chinoise :

« Because they are qualitative, they make use of analogies and metaphors. In comparison to the quantitative methods of Western medicine, these analogies may seem more poetic than scientific. However, these apparently poetic classification schemes represent thousands of years of clinical observations. If their validity is

¹⁷ Les traditions médicales «naturalistes» sont celles qui selon la classification de Foster, (1976) situent les causes de la maladie dans le monde naturel, alors que les traditions médicales «personnalistes», sont celles qui situent les causes de la maladie dans le monde surnaturel. Par exemple, la biomédecine occidentale ou les médecines traditionnelles qui basent leurs pratiques sur une théorie humorale telles les médecines ayurvédique et chinoise, sont des médecines «naturalistes», alors que les médecines traditionnelles de l'Afrique du sud du Sahara, de l'Asie du nord, de l'Océanie, de l'Australie et de l'Amérique précolombienne du nord et du sud sont des médecines «personnalistes» (Foster, 1994: 4). Les concepts contemporains de la médecine chinoise sont le produit de sept théories reliées, à savoir celles: 1) du *yin-yang* et des cinq éléments; 2) des organes *Zang-Fu* et du *qi*; 3) du système des méridiens; 4) de l'étiologie; 5) de la pathogénèse; 6) des méthodes d'examination; 7) de la différenciation des complexes de symptômes (Yanchi, 1988a). La théorie du *yin-yang* et des cinq éléments est classée comme une théorie humorale de la santé (Foster, 1994). La théorie humorale a été introduite au sein de la médecine traditionnelle chinoise de 200 à 55 A.D., c'est-à-dire plus tard qu'elle ne l'a été en Inde et en Grèce (Anderson, 1984). Sur la base d'analyses de textes historiques, Anderson (1984) soutient que la théorie humorale a probablement été diffusée en Chine par la voie des moines bouddhistes indiens qui s'étaient assignés la mission médicale de diffuser cette théorie et ses pratiques thérapeutiques en Chine. Il demeure que la théorie humorale concordait bien avec l'idée chinoise extrêmement ancienne du *yin-yang* (Foster, 1994).

compromised by the lack of statistical analysis, it is perhaps compensated for by a long and documented history (Yanchi, 1988a: 25). »¹⁸

Tel que mentionné, la médecine traditionnelle sino-vietnamienne se réfère à deux traditions pour expliquer et traiter la maladie: la tradition *thuoc bac* la tradition *thuoc nam*.. La tradition *thuoc bac* met en l'avant les principes suivants influencés par la médecine chinoise:

- 1) *am-duong* (équivalents au *yin-yang* chinois);
 - 2) *ch'i* (équivalent au *qi* chinois) et;
 - 3) et le *phong* (lié à la théorie chinoise des cinq éléments)
- (Chng, 1984; Coughlin, 1965; Dinh et al., 1990; Lee et al., 1988; Nguyen, 1983).

Pour sa part, la tradition *thuoc nam* originaire du Vietnam du sud est construite sur une connaissance des effets thérapeutiques des plantes et des herbes. Elle peut également situer les causes de la maladie dans le monde surnaturel (Dinh et al., 1990; Nguyen, 1990). Mais il est à noter que dans leurs pratiques, plusieurs spécialistes de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne se réfèrent simultanément à ces deux traditions (Chng, 1984; Coughlin, 1965)

La façon dont les Vietnamiens perçoivent et interprètent la maladie et qu'ils identifient les traitements et les actions nécessaires, est largement influencée par la médecine traditionnelle sino-vietnamienne. L'ensemble des représentations collectives relatives à la santé et à la maladie constituent ce que plusieurs appellent la théorie populaire de la santé. Cette théorie étant

¹⁸ Dès 451-22 B.C. une oeuvre monumentale de médecine est apparue en Chine fondée sur ces théories, « The Classic of Internal Medicine ». Plus de 6000 textes recensés décrivent l'histoire de l'expérience clinique des médecins chinois et de leur travail théorique sur la maladie et la santé (Yanchi, 1988a)¹⁸.

en fait une version populaire et simplifiée de conceptions découlant de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne (Coughlin, 1965; Dinh, 1990; Tung, 1980; Wadd, 1983). Les principales représentations de cette théorie populaire de la santé au Vietnam sont: le chaud-froid (version populaire du *am-duong*), l'énergie vitale (version populaire du *ch'i*), L'eau/l'air/le vent nocifs (version populaire du *phong*), les forces surnaturelles, l'astrologie et enfin l'hérédité (Dinh et al., 1990; Tung, 1980).

Ces représentations populaires de la santé renvoient à ce que Tung (1980) appelle la théorie de la balance et de façon plus précise, à la balance entre le chaud et le froid. Cette théorie populaire humorale est vraisemblablement une version populaire du principe *am-duong* de la tradition *thuoc bac* qui à son tour, constitue une version vietnamienne de la théorie *yin-yang* de la médecine chinoise (Dinh et al., 1990; Tung, 1980).

Selon la théorie populaire de la balance, toute chose ou tout être de l'univers contient deux éléments, le chaud et le froid, dont la présence doit être bien équilibrée pour obtenir paix et harmonie dans la société et santé du corps et de l'esprit chez l'individu. Dans cette perspective la santé est le résultat d'un équilibre corporel entre les éléments chauds et froids. Dans cette même optique, les malaises, les maladies, les états, les organes du corps, les aliments, les herbes et les médicaments sont classés selon des critères de chaleur ou de froideur. Dans une même logique, les malaises et les maladies résultent d'un excès de chaud ou de froid dans le corps; ils doivent, par conséquent, être traités à l'aide d'aliments, d'herbes ou de médicaments de l'élément opposé. Par exemple, la diarrhée causée par un excès de froid sera soignée avec une alimentation ou un médicament à qualité chaude (Coughlin, 1965; Tung, 1980; Wadd, 1983).

Au froid, basé sur le principe *am*, on associe la femelle, les forces négatives, la noirceur et le vide alors qu'au chaud, basé sur le principe *duong*, on associe le mâle, la chaleur, la lumière, les forces positives produisant lumière, chaleur et plénitude (Tung, 1980). Cependant les connotations «froid-chaud», tout comme le *am-duong* et le *yin-yang*, n'ont généralement rien à voir avec la température réelle des choses (Yanchi, 1988a). Elles signalent des qualités métaphoriques utilisées pour classer les aliments et les maladies en fonction des effets perçus par le corps humain. À ce titre, il est intéressant de noter que les médicaments occidentaux sont généralement classés en chauds alors que les herbes orientales sont plus souvent classées en froides. Cette classification des éléments et des choses orientera aussi l'alimentation quotidienne des gens ainsi que leur alimentation lors d'une maladie. On consommera davantage d'aliments chauds pour une maladie du froid et vice versa. Qui plus est, comme l'eau est classée froide et comme la plupart des maladies sont classées dans cette catégorie, de peur d'accentuer le déséquilibre initial, les vietnamiens malades auront souvent tendance à restreindre leur consommation d'eau et à éviter tout contact physique avec l'eau (Dinh et al., 1990; Tung, 1980).

Outre la théorie de la balance, celle de l'énergie vitale influence aussi les représentations populaires de la santé au Vietnam. La théorie populaire de l'énergie vitale trouve son pendant avec le principe *ch'i* de la tradition *thuoc bac* et dans la théorie chinoise des organes *Zang-Fu* et *qi*. Cette théorie populaire se réfère à la présence d'une énergie vitale universelle, créée par la respiration et la nourriture qui circule dans le corps (Lee et al., 1988).

La bonne santé se définit comme étant la capacité pour chaque humain d'extraire cette énergie de la nourriture, de l'air et de l'eau et de la transformer en énergie vitale. Dans une perspective populaire, le sang est associé à l'énergie vitale puisque cette énergie transformée circule dans le corps grâce à lui. Le sang dans la pensée vietnamienne est donc une force essentielle de la vie. Par voie de conséquence, toute prise de sang ou toute transfusion ne se fait pas sans risque important. Pour plusieurs vietnamiens, le sang extrait du corps ne se renouvelle pas. Le sang possède des qualités de chaleur et de vie: perdre son sang signifie perdre son énergie vitale. Une perte de l'énergie vitale entraîne à son tour un refroidissement corporel qui favorisera les maladies du froid (Lee et al., 1988; Tung, 1980).

On trouve aussi des croyances et des comportements relatifs à la santé qui sont influencés par la théorie populaire du vent, de l'air et de l'eau. Cette théorie trouve son équivalent dans la théorie *phong* de la médecine traditionnelle *thuoc bac*. Selon cette théorie populaire, l'eau, l'air et le vent sont classés en bon ou en mauvais. Lorsqu'un de ces éléments nocif pénètre dans le corps d'une personne, celle-ci tombe malade (Lee et al., 1988). Ainsi par exemple, une attaque d'un vent nocif peut causer une forte fièvre, des convulsions, l'épilepsie ou encore la mort de façon subite. Une attaque du vent est généralement considérée virulente et requiert une intervention rapide (Wadd, 1983).

En raison d'une telle croyance, plusieurs familles vietnamiennes pratiquent des thérapies domestiques telle le *Cao Gio* qui veut littéralement dire frotter le vent en dehors (Nguyen, 1983). Elle consiste à frotter le corps, préalablement enduit d'un baume, en des points stratégiques, avec une pièce

de monnaie jusqu'à ce que des ecchymoses apparaissent. L'apparition de ces dernières signifie que le vent est sorti. Cette thérapie est utilisée pour traiter nombre de désordres tels que le rhume et les maux de tête. D'autres techniques ou traitements maison sont aussi utilisés dans le même objectif (Nguyen, 1983). L'eau nocive pour sa part, a un effet pathogène plus graduel, le contact de l'eau avec le corps pouvant causer une fièvre chronique ou encore l'anémie de sa victime (Dinh et al., 1990).

Par ailleurs, les forces surnaturelles sont quelquefois invoquées pour expliquer la présence d'une maladie mentale ou d'une épidémie. Une personne atteinte d'une maladie mentale peut avoir développé ce mal pour avoir dans le passé, offensé un Dieu. En retour celui-ci l'aurait alors puni en l'affligeant d'un comportement étrange. Ou encore, un esprit malveillant peut habiter le corps d'une personne celui-ci l'utilisant alors pour arriver à ses fins (Chng, 1984; Dinh et al., 1990). D'une région à l'autre, et d'une personne à une autre, cette croyance relative aux causes surnaturelles de certaines maladies est plus ou moins adoptée par les individus (Chng, 1984; Lee et al., 1988)

D'après Dinh (1990), l'astrologie également peut fournir un schème explicatif populaire pour expliquer l'origine d'une maladie. On pourra par exemple, relier la maladie d'une personne à sa destinée pour peu qu'elle se soit déclenchée à une date significative du calendrier selon les règles astrologiques vietnamiennes. On pourra noter ainsi la date et l'heure de naissance d'un enfant pour expliquer la présence d'un problème de santé chez celui-ci. On peut invoquer une date significative de la vie d'un parent pour expliquer l'avènement d'une pathologie chez une autre personne de la famille.

Et enfin, selon Dinh (1990), l'hérédité permet d'expliquer la diffusion de certaines maladies au sein d'une même famille. Le recours à l'explication héréditaire est plus souvent utilisée pour rendre compte d'une maladie contagieuse. Par exemple, l'hérédité est souvent évoquée au Vietnam pour expliquer la diffusion de la tuberculose chez les personnes d'une famille (Dinh et al., 1990).

CHAPITRE #2. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE.

Nous avons vu au chapitre précédent que l'approche interprétative s'avère la plus prometteuse pour apprécier les déterminants de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. Étant donné que l'approche interprétative est un héritage de l'anthropologie médicale il apparaît opportun, avant de décrire le cadre conceptuel interprétatif adopté dans cette étude, de définir auparavant l'anthropologie et l'anthropologie médicale. Dans un deuxième temps, je présenterai le cadre conceptuel et la méthodologie adoptés dans l'étude de cas présentée dans cette thèse.

2.1. Définitions.

2.1.1. L'anthropologie. L'anthropologie est une science sociale qui s'intéresse à toutes les dimensions de l'humain dans une perspective globale. On peut nommer quelque unes de ces dimensions, comme les comportements sociaux, la langue, les attitudes, les valeurs, la personnalité, la parenté, l'histoire, la préhistoire, l'art, la santé et la maladie, la religion, l'économie, la politique, la technologie et l'habillement. L'anthropologie s'intéresse également aux aspects biologiques de l'humain, tels la structure physique, la pigmentation, les types sanguins et autres traits biochimiques, les aspects biologiques de nos ancêtres et les processus évolutifs impliqués dans notre développement physique (Nelson & R, 1988).

On trouve deux grands axes d'intérêt en anthropologie, l'un s'intéressant aux aspects physiques de l'humain et l'autre à ses aspects culturels. À l'anthropologie physique, on associe les sous-disciplines suivantes, à savoir, l'évolution humaine, la paléontologie, la génétique humaine, la génétique des populations et l'ostéologie humaine, alors qu'au pôle culturel, on associe

l'anthropologie socioculturelle ou ethnologie, l'archéologie et l'ethnolinguistique (Helman, 1986).

Les concepts de «culture» et de «société» occupent une place de choix au sein de l'anthropologie socioculturelle. Les Britanniques ont principalement développé son volet social en mettant l'accent sur l'étude de la «société», soit les organisations et les structures qui encadrent l'existence des différents groupes sociaux. Pour leur part, les Américains ont donné plus d'attention à la «culture» à travers l'étude de ses représentations et de ses dimensions symboliques et idéologiques (Helman, 1985).

La culture se définit par un ensemble de balises à la fois explicites et implicites dont héritent les individus membres d'une société particulière. Ces balises dirigent à la fois leur vision du monde et l'expérience émotionnelle qu'ils en font. Elles permettent également de dicter des comportements normatifs à ses membres lorsqu'ils sont en relation avec les autres, les forces surnaturelles, les dieux et leur environnement naturel. La culture offre aussi à ses membres des façons de transmettre ses propres balises à la génération suivante, notamment en recourant à des symboles, à la langue, à l'art et à des rituels spécifiques (Helman, 1986).

Les anthropologues socioculturels privilégient deux approches méthodologiques pour l'étude de la culture et de la société, soit l'ethnographie et l'étude comparative.

L'ethnographie est une méthodologie qualitative qui vise principalement à identifier la spécificité culturelle ou sociale d'un groupe en allant vivre au sein d'une société à petite échelle et en tentant d'étudier sa vision du monde

par l'étude de ses représentations collectives et de son organisation sociale quotidienne. Bref, il s'agit de découvrir la culture de ses acteurs à l'aide de l'observation-participante et d'entrevues ethnographiques. L'observation-participante consiste à observer les gens sur une base quotidienne tout en participant à leur vie quotidienne, à leurs rites et à leurs événements spéciaux. L'entrevue ethnographique se réalise auprès de membres de la communauté étudiée. Elle est plus ou moins structurée selon le besoin. On peut, par exemple, demander à la personne interviewée, le récit de sa vie ou encore d'une tranche de sa vie particulièrement pertinente à l'objet d'étude, ce qu'on appelle la technique d'histoire de vie. Les entrevues ethnographiques peuvent aussi comprendre des questions ouvertes rédigées d'avance et d'autres questions spontanément demandées qui permettent à l'interviewer d'amener la personne interviewée à développer davantage son point de vue sur le thème investigué dans la recherche. Bien que les premiers ethnologues¹⁹ se soient faits connaître par leurs études et leurs séjours prolongés chez les petites communautés dites «primitives», leurs contemporains réalisent des ethnographies aussi bien dans les grandes cités que dans les banlieues et les milieux ruraux des pays développés ou en voie de développement (Helman, 1986).

L'étude comparative, cherche à faire ressortir les éléments universels ou comparables chez deux ou plusieurs groupes humains (Helman, 1986; Sperber, 1982)²⁰. Elle est une approche méthodologique qui consiste à

¹⁹ Les ethnologues sont des anthropologues spécialisés dans le domaine de l'anthropologie sociale et culturelle que l'on appelle aussi l'ethnologie.

²⁰ Sperber (1987) emploie le terme «anthropologie» pour désigner ce que Helman appelle «étude comparative». J'emploie ici, le terme «étude comparative» à l'instar de Helman pour éviter toute confusion posée par le terme de Sperber, étant donné en effet que le terme «anthropologie» fait, la plus part du temps, référence à la discipline anthropologique.

distiller les principaux éléments de la société et de la culture dans le but de les comparer aux mêmes éléments trouvés chez d'autres sociétés, afin de produire des conclusions au sujet de la nature universelle de l'humain ou plus souvent aujourd'hui, de produire des conclusions relatives à l'interface de différents groupes sociaux (Helman, 1986). Pour réaliser ces analyses comparatives on utilise, comme données de base, des ethnographies des communautés que l'on veut comparer.

2.1.2. L'anthropologie médicale. L'anthropologie médicale est née de l'anthropologie socioculturelle mais ses intérêts ne se limitent pas à l'appréciation de la culture. L'anthropologie médicale s'intéresse à un ensemble de phénomènes biologiques et socioculturels reliés à la santé et à la maladie. On peut définir son objet d'étude par la façon dont les gens de différentes cultures et groupes sociaux perçoivent la maladie et la santé, les types de traitement qu'ils utilisent et à qui ils s'adressent en cas de problèmes de santé. C'est aussi l'étude de la façon par laquelle les croyances et les comportements relatifs à la santé sont à la fois influencés par l'organisation sociale et médiatisés par des valeurs et des représentations de différents systèmes culturels (Helman, 1986)

Les années 1960 ont vu naître une anthropologie médicale rapidement appliquée à la résolution des problématiques d'intervention des programmes de santé internationale, pour la plupart orientés vers la prévention des maladies infectieuses. Benjamin Paul, un des précurseurs de l'anthropologie médicale appliquée à la santé publique, avait recensé en 1957, quarante-neuf anthropologues ayant développé une expertise appliquée dans le domaine de la santé publique internationale (Good,1994). Aujourd'hui, ce dénombrement serait difficile à réaliser étant donné l'expansion rapide du nombre

d'anthropologues travaillant au sein des programmes de santé publique internationale (Good, 1994).

Par ailleurs, Shimkin (1983) estimait à près de dix mille le nombre d'anthropologues travaillant aux États-Unis sur le problème de la communication interculturelle dans le contexte de la clinique médicale, c'est-à-dire en travaillant à un niveau individuel pour faciliter la communication entre patient et médecin. Il y a lieu de mentionner également l'implication de nombreux anthropologues médicaux américains, canadiens et européens, dans les domaines de la recherche et de la clinique en santé mentale [voir par exemple les périodiques *Culture, Medicine and Psychiatry* et *Transcultural Psychiatric Research Review* , le recueil d'articles de Kleinman (1985) sur la dépression et la culture et de Bibeau (1992) sur la santé mentale des immigrants au Québec]. Cependant, tel qu'explicité dans l'introduction de cette thèse, les travaux de l'anthropologie médicale appliquée au domaine de la promotion de la santé en Occident demeurent rarissimes.

Renversant la tendance empirique de ses débuts, l'anthropologie médicale des années 1990 se caractérise par le développement de ses différentes approches théoriques (Good, 1994). Ce développement témoigne des critiques que se sont mutuellement adressées les tenants des différentes traditions théoriques de l'anthropologie médicale (Singer ,1992).

Différents auteurs ont proposé leur propre typologie des approches théoriques de l'anthropologie médicale (Helman,1986; Nichter, 1991; Good, 1994). Helman, par exemple, considère que l'anthropologie médicale a développé deux pôles théoriques distincts pour étudier la santé et la maladie,

soit le pôle biologique et le pôle culturel. Dans ce dernier pôle, les investigations de l'anthropologie médicale adoptent une perspective ethnomédicale qui cherche principalement à analyser les définitions locales attribuées à l'expérience de la maladie/santé et à décrire la réponse sociale à celle-ci. Les études du pôle biologique s'intéressent plutôt au processus de la maladie en portant une attention particulière aux interactions de la population avec les dangers pour la santé situés dans l'environnement (voir par exemple les travaux de Armelagos (1992)).

Nichter a, à son tour, proposé une typologie comprenant dix différentes approches pour l'anthropologie médicale que je ne présenterai pas ici parce que déjà présentées ailleurs dans Nichter (1991). Good (1994) pour sa part offre une typologie comprenant quatre grandes approches théoriques pour l'anthropologie médicale, soit les approches rationaliste, cognitive, critique et interprétative. Je définirai ces quatre approches dans les pages qui suivent.

2.1.3. L'approche rationaliste. Selon la typologie de Good (1994), l'approche rationaliste perçoit les représentations de la santé et de la maladie comme des «croyances folkloriques». Dans son traité, Good explique l'aspect déterminant de cette considération d'un point de vue épistémologique. En effet, si les représentations de la santé des populations deviennent des «croyances», cela suppose qu'elles sont fausses et qu'au contraire il existe une position véritable et universelle par laquelle on doit percevoir la santé et la maladie, celle-ci étant notamment celle de la biomédecine.

Cette position marque la frontière entre les cultures populaires de la santé et le savoir biomédical, attribuant à la première un statut folklorique et à la deuxième un statut de connaissance universelle. Les «croyances» au sujet de

la santé et de la maladie, objet d'étude de cette approche, constituent alors des représentations faussées de la réalité.

Cette approche théorique donne également une primauté analytique à l'individu rationnel, qui sujet aux stress de l'environnement et aux sites de la maladie, développera des «croyances» et des comportements conséquents, dans le simple but de s'adapter aux limites posées par son environnement. Cette approche théorique perçoit les représentations culturelles de la maladie, et indirectement la culture elle-même, dans une vision adaptative. Vision par laquelle les «croyances» et les comportements de santé qui peuvent paraître irrationnels au yeux du néophyte constituent, en réalité, de simples stratégies d'adaptation aux limites imposées par l'environnement. Par ailleurs, cette perspective théorique présente une parenté toute naturelle avec la théorie de l'écologie humaine en anthropologie socioculturelle (Armelagos, 1992). En anthropologie médicale, on l'appelle souvent approche écologique.

Parce que les tenants de l'approche rationaliste ont dès le début travaillé en équipes multidisciplinaires avec des spécialistes de la santé publique, ils étaient en bonne position pour prendre connaissance des modèles conceptuels couramment utilisés dans ce domaine et par voie de conséquence de les critiquer. Leur contribution initiale à la santé publique et la plus importante, je crois, a été de dénoncer l'ignorance des déterminants culturels des comportements relatifs à la santé dans les travaux théoriques et appliqués de santé publique.

L'autre contribution importante des tenants de l'approche rationaliste est liée au fait que cette approche ait permis d'élaborer des modèles de collaboration

interdisciplinaire fort intéressants avec les épidémiologues et autres spécialistes de la santé publique internationale (Bibeau, 1981b). Mais aujourd'hui, il existe aussi des anthropologues rationalistes dissidents ou encore d'allégeances théoriques différentes qui oeuvrent à leur tour sur la scène de la santé publique internationale. Parmi les plus connus, on trouve Nichter (1991,1994), Packard (1989), Gussow (1989), Turshen (1984,1989), Janes (1986), Van-Der-Geest (1988) et Singer (1992).

2.1.4. L'approche cognitive. Selon la typologie de Good (1994), les tenants de l'approche cognitive ne perçoivent pas les représentations de la santé en les considérant comme des «croyances» à la façon des rationalistes. Elles sont plutôt perçues en tant que «savoirs». Cette position implique du coup l'introduction de la notion de «compétence de l'acteur». Cette approche théorique s'intéresse à la classification émique²¹ des maladies, aux ethnothéories médicales, aux thérapeutiques et aux structures de narration au sujet de la maladie. L'approche cognitive tout comme l'approche rationaliste, véhicule une représentation du monde que Good (1994) considère simpliste car elle limite l'investigation à ce que les gens doivent «savoir» pour être en mesure d'adopter certains comportements de santé. Les études qui en découlent sont alors réduites aux aspects cognitifs. Le foyer principal des investigations étant le cerveau de l'individu, ces études disent en effet très peu au sujet des sociétés étudiées.

2.1.5. L'approche critique. La troisième approche de la typologie de Good, l'approche critique, perçoit les représentations de la santé à la lumière

²¹ «Les construits émiques sont des récits, des descriptions et des analyses exprimées en termes de schèmes conceptuels et de catégories considérées significatives et appropriées par les membres d'une culture dont on étudie les croyances et les comportements», voir Leet (1990) pour un développement sur le sujet.

des forces politiques et économiques (Singer,1992). Son analyse focalise sur la production sociale de la maladie. Cette approche se base sur les théories de l'hégémonie de Gramsci et de la généalogie du pouvoir de Foucault. Good (1994) constate que dans l'approche critique, les représentations de la santé deviennent des «mystifications» qui sous-tendent des relations sociales de pouvoir. Les tenants de l'approche critique considèrent que le discours biomédical médicalise les symptômes de la faim et des maladies résultant de la pauvreté comme la diarrhée, la tuberculose et le stress en les traitant comme des maladies individuelles, alors qu'en réalité, ces maladies sont le produit de conditions sociopolitiques collectives (Scheaper-Hughes, 1988).

Cette réduction et cette transformation de problèmes politiques en préoccupations médicales contribuent, selon les tenants de l'approche critique, à neutraliser la conscience collective face aux inégalités sociales et servent, par voie de conséquence, les intérêts de la classe hégémonique (Lock & Scheaper-Hughes, 1990; Scheaper-Hughes & Lock, 1987; Taussig, 1980). Qu'elle ait permis de développer des études critiques de la pratique médicale à la fois chez les sociétés capitalistes et socialistes constitue un atout majeur de cette approche. Certaines études ont permis d'attirer l'attention sur des représentations relatives aux maladies qui permettaient de justifier l'hégémonie de la classe politique (Lock & Scheaper-Hughes, 1990; Scheaper-Hughes & Lock., 1987; Taussig, 1980). Plus encore, quelques études de la deuxième génération ont le mérite de nous rappeler que le langage corporel et les pratiques de santé constituent également un langage métaphorique qui rappelle la construction du corps social, une métaphore qui exprime souvent les luttes de pouvoir de la société, l'existence de dominations, et le besoin pour certains individus de retrouver le contrôle de leur propre vie avant même d'être en mesure d'adopter de nouveaux

comportements «salutaires» (Bolton & Singer, 1992; Ong, 1987; Ong, 1988; Pandolfi, 1990; Scheaper-Hughes, 1994).

2.1.6. L'approche interprétative. Contrairement aux trois autres approches de la typologie de Good, l'approche interprétative perçoit les représentations de la santé en tant que constructions culturelles fondées sur des significations collectives. Pour l'anthropologie interprétative, le malaise ou la maladie est un syndrome de sens et d'expériences (Good, 1994). Étant donné que cette approche est celle adoptée dans le cadre conceptuel de cette étude, je la définirai plus en détails dans le présent article.

Sous l'influence de la théorie de la culture de Geertz (1973a), l'approche interprétative a émergé au sein de l'anthropologie médicale vers la fin des années 1970 avec les travaux précurseurs d'Arthur Kleinman et de Biron Good. Kleinman s'est basé sur ses enquêtes ethnographiques et cliniques en Chine, pour proclamer et illustrer que les systèmes de santé étaient des systèmes culturels. Good (1994) considère cette proclamation audacieuse, étant donné qu'au début de l'anthropologie médicale, plusieurs considéraient que la maladie appartenait exclusivement au monde naturel et que la culture n'y jouait pas de rôle significatif. Le principal postulat des interprétatifs veut que la représentation de la maladie soit construite localement et qu'elle soit compréhensible seulement par le biais des activités d'interprétation entreprises par les personnes concernées par la maladie et aussi par toute autre personne, y compris les chercheurs, qui désirent mieux apprécier l'expérience et la vision du monde de ces personnes (Good, 1994).

Pour les tenants de l'approche interprétative, les significations attribuées à la maladie n'existent pas en vase clos, elles sont liées aux représentations

culturelles, à l'organisation sociale, à l'histoire, aux relations sociales de pouvoir et à la biologie (Kuipers, 1989). En d'autres termes, l'objectif de cette approche théorique n'est pas de définir les lois qui gouvernent les rapports entre les représentations et les comportements relatifs à la santé mais plutôt de comprendre à la fois la complexité de l'expérience humaine de la maladie et de quelle manière les représentations individuelles, relatives à l'expérience de la maladie, sont liées à des comportements et à des représentations collectives sous-jacentes à différents systèmes socioculturels (Good, 1994).

Les recherches de la tradition interprétative ont produit différents axes de recherche que je ne définirai pas ici parce que déjà présentés ailleurs (pour une définition de ces axes, voir Good 1994:52-62). Mentionnons toutefois qu'une enquête interprétative dont l'axe de recherche est l'appréciation des représentations liées à des comportements relatifs à la santé produit une analyse qui focalise généralement sur:

- 1) l'expérience des personnes touchées par un problème de santé, généralement via l'analyse de leur récit personnel;
- 2) le sens véhiculé par leurs représentations individuelles et enfin;
- 3) les liens entre représentations individuelles et collectives dans un système culturel donné et dans un contexte social et historique donné (Good, 1994).

Deux outils conceptuels ont marqué le développement de l'approche interprétative en anthropologie médicale, soit le *réseau sémantique* (RS) développé par Good (1977) et le *modèle explicatif des malaises* (MEM) proposé par Kleinman (1980). Je ne décrirai pas ici le type d'analyse *réseau*

sémantique, étant donné que je n'utiliserai pas ce genre d'analyse dans cette enquête et que Good l'a déjà bien décrit ailleurs (Good, 1977). De plus, le *réseau sémantique* n'est pas un modèle conceptuel (Good, 1994) et sa réalisation requiert une ethnographie classique et par voie de conséquence une enquête terrain relativement longue, c'est-à-dire généralement de une à deux années d'observation-participante et d'entrevues ethnographiques. Le MEM est décrit dans l'article 2.2.1.1. étant donné qu'il fait partie intégrante du cadre conceptuel de cette étude.

2.2. Cadre conceptuel.

Le cadre conceptuel adopté dans cette thèse implique l'utilisation de deux approches, l'approche interprétative pour analyser les déterminants de l'allaitement et, l'approche écologique pour orienter les interventions de promotion de l'allaitement. Adoptant une approche interprétative de l'Anthropologie médicale, je ferai une analyse des modèles explicatifs des malaises (MEM) complétée par une analyse des prototypes et des complexes de chaînes des récits maternels pour ensuite analyser les relations de ces trois catégories de représentations (MEM, prototypes et complexes de chaînes) avec les représentations culturelles et les rites de la période périnatale. Je définirai le MEM à l'article 2.2.1.1. . À l'article 2.2.1.2., j'évoquerai les limites du MEM et la complémentarité conférée par les analyses des prototypes et des complexes de chaînes.

Ensuite je présenterai l'approche écologique qui servira, dans cette étude, à produire des recommandations pour orienter les interventions de promotion de l'allaitement auprès de la communauté étudiée.

2.2.1. L'approche interprétative pour l'analyse des déterminants culturels de l'allaitement.

2.2.1.1. Le modèle explicatif des malaises (MEM). Conceptualisé par Kleinman (1980), le MEM a été conçu pour mieux comprendre le point de vue des patients relatif à leurs problèmes de santé, c'est-à-dire comment ils interprètent leurs conditions, leurs symptômes et leur maladie. Le MEM relatif à une maladie ou à un ensemble de symptômes, peut être évoqué par des cliniciens, des patients et des membres de l'entourage du malade. Chercher à amener une personne à évoquer son MEM, permet à l'interlocuteur (clinicien ou chercheur) de comprendre quel sens une personne affligée attribue à son problème de santé. De la même façon, amener une personne à évoquer son MEM d'une autre personne malade dans son environnement permet de comprendre le sens que la première attribue à la maladie de la deuxième. Demander à quelqu'un d'évoquer le MEM d'une personne malade, par exemple le frère d'une personne atteinte du cancer du sein, permet de comprendre le sens qu'il attribue au cancer du sein de sa soeur.

LE MEM permet d'analyser la perception d'une personne malade ou non, sous quatre angles, à savoir:

- 1) sa perception de la ou des causes d'une maladie ou d'un ensemble de symptômes;
- 2) sa définition du problème de santé. i.e. des symptômes;
- 3) sa définition de la pathophysiologie;
- 4) sa définition de l'évolution attendue de la maladie, c'est-à-dire de sa sévérité et le rôle que le malade devrait adopter dans le contexte de sa maladie.

En général, pour chacune de ces quatre dimensions du modèle, une ou deux questions suffisent à évoquer la perspective de la personne interviewée au sujet d'une des quatre dimensions du modèle. Par exemple, pour connaître le point de vue d'une personne sur l'étiologie de son cancer de la peau, on peut lui demander: *«Selon vous, qu'est-ce qui a causé votre cancer de la peau ? »*. Si la personne ne semble pas comprendre la question, on peut la formuler de nouveau ainsi: *«Pourquoi avez-vous développé ce cancer de la peau?»*. Mais on peut aussi poser ce genre de question à une personne qui n'est pas malade. Par exemple: *«Qu'est-ce qui, selon vous, cause le cancer de la peau?»*. Autre exemple, en cherchant à définir le MEM d'une personne en relation avec sa bronchite, je pourrais lui demander la question suivante: *qu'est-ce qui, selon vous, a causé votre bronchite?*

Au Québec, une personne pourrait répondre: *«Parce que j'ai attrapé froid en marchant nu-pieds dans la maison. Également, j'étais fatiguée à cause d'un manque de sommeil et très stressée par mon travail. Cette réponse amène l'interviewer à un deuxième niveau.*

L'interviewer: *Que devez-vous faire maintenant ?*

Personne: *Je dois prendre mes antibiotiques. Mais je dois aussi me reposer et éviter les tracas au travail car ma bronchite pourrait dégénérer en pneumonie. Peut-être que la seule façon c'est de prendre un congé de maladie. Après tout, avec toutes ces coupures, c'est la folie au travail.*

Le MEM est une vision de la maladie relativement facile à évoquer à la fois dans le contexte de la communication clinique et d'une entrevue ethnographique. Ce modèle a été fort utilisé par de nombreux anthropologues participant à des programmes de prévention des maladies

infectieuses dans les pays en voie de développement et, bien sûr, dans les milieux cliniques.

Kleinman (1980) explique que les représentations contenues dans les MEM ne sont pas qu'individuelles, elles sont aussi le produit d'un système culturel, historique et sociopolitique. Par exemple, pour les haïtiennes que j'ai interviewées dans un village au nord-ouest d'Haïti en 1989, il n'était pas question de manger du poisson dans les semaines postnatales même si le poisson était la seule source de protéine disponible et qu'elles avaient un besoin accru en nourriture du fait qu'elles allaitaient. Ces mères et leur conjoints étaient en effet convaincus que manger du poisson engendre des infections vaginales durant la période postnatale. L'existence de ce tabou me surprit beaucoup étant donné que dans la plupart des autres communautés que j'avais étudiées, les femmes enceintes et en période de lactation avaient tout au contraire un accès privilégié à la nourriture durant toute la période périnatale. J'ai, par la suite, compris que ce tabou alimentaire postnatal haïtien permettait, dans un milieu d'extrême pauvreté où la nourriture et les sources de protéines sont rares, de réserver les protéines disponibles aux personnes les plus productives d'un point de vue économique, c'est-à-dire aux hommes, plutôt qu'aux femmes qui allaitaient.

Ces haïtiennes attribuent la cause des infections vaginales postnatales au fait d'avoir mangé du poisson. Une des dimensions de leur MEM des infections vaginales postnatale, est donc en partie le produit du système culturel historique et sociopolitique haïtien à l'origine de la situation d'extrême pauvreté de ces paysans.

Le MEM s'est avéré utile aux cliniciens voulant décoder des symptômes chez un patient et a permis aux deux parties de négocier une entente thérapeutique. Comprendre le MEM du patient permet en effet de mieux tenir compte de sa vision de la maladie. Des recherches ont mis en évidence que lorsque les MEM du patient et du médecin divergeaient, cette situation de dissonance cognitive constituait une barrière importante aux soins de santé (Kleinman, 1975; Lazare & al., 1975). Des recherches ultérieures ont en effet indiqué que les MEM influencent la communication clinique (Helman, 1986) et l'observance thérapeutique (Hunt, Jordan, Irwin & al., 1989).

2.2.1.2. Prototypes et complexes de chaînes.

Assez rapidement après la conceptualisation du MEM, d'autres enquêtes ont suggéré que les MEM donnent accès à une partie seulement des représentations du malade qui entrent en jeu dans la communication clinique et dans l'adoption de comportements relatifs à la santé (Kirmayer, 1993; Kirmayer, 1992; Sobo, 1995; Young, 1981; Young, 1982b). En effet Kirmayer (1994), Young (1981;1982b) ont soutenu que certains comportements relatifs à la santé ne sont pas toujours conformes à un MEM parce que les gens ne se réfèrent pas exclusivement à celui-ci lorsqu'ils interprètent leurs problèmes de santé. En effet, influencé par les travaux de Vygotsky (1962) et sur la base de ses propres analyses de récits de malades, Young a soutenu et illustré l'argument suivant lequel les personnes utilisent trois formes distinctes de connaissances lorsqu'elles parlent de leur maladie ou de leurs symptômes à savoir:

- 1) des représentations basées sur des modèles formels ou informels dérivées de *modèles d'explication* fondés sur une pensée causale comme par exemple un MEM;

- 2) des connaissances basées sur des expériences *prototypiques* de soi et/ou des autres leur permettant ainsi de raisonner de façon analogique, à l'aide d'images et de métaphores, sur leurs symptômes ou leur expérience de la maladie et;
- 3) des représentations organisées en *complexes de chaînes* qui servent à lier les expériences passées à l'expérience présente de façon métonymique par l'évocation d'un récit composé de séquences d'événements menant aux circonstances courantes sans, toutefois, se référer à des relations causales (Young, 1981; 1982b)

Tableau #1: Trois outils conceptuels de l'approche interprétative²²

	Modèle Explicatif (ex.: MEM)	Prototypes	Complexes de chaînes
Structure de raisonnement	logique	analogique	métonymique
Système de production	logique propositionnelle	images et métaphores	contiguïté
Représentations	séquences causales	exemples	événements
Mode d'évocation	« Qu'est-ce qui a causé vos symptômes »	« Est-ce que vous même ou une personne que vous connaissez avez déjà eu ce genre de problème ? »	« Y a t-il des événements passés qui seraient liés d'une façon ou d'une autre à vos symptômes ? »

²² Traduction du tableau tiré de (Kirmayer et al., 1994). Ce tableau aide à visualiser les différences inhérentes aux trois types de connaissances, soit les modèles explicatifs, les prototypes et les complexes de chaîne.

Par exemple, un prototype dans le cas de l'infection vaginale postnatale chez une haïtienne serait comme suit: *Ma soeur a eu une infection vaginale après son deuxième bébé, vous savez, ça puait comme le poisson. Elle a eu l'infection comme moi.*

Les représentations de cette mère forment un prototype, c'est-à-dire, une expérience arrivée à soi-même ou à une autre personne et que l'on relie par analogie au problème présent. Cette forme de raisonnement est plutôt analogique et métaphorique que causale. Dans l'exemple, la mère lie aussi de façon métaphorique l'odeur du poisson à celle engendrée par de l'infection vaginale.

On pourrait par ailleurs stimuler l'évocation d'un complexe de chaînes relatif à une infection vaginale postnatale comme suit:

Interviewer: *Y a t-il des événements passés que vous liez d'une façon ou d'une autre à votre infection vaginale ?*

Mère: *J'étais au champ quand mon bébé a demandé à boire. J'ai marché longuement pour trouver de l'ombre et de l'eau à boire. J'avais faim aussi. J'ai donné à boire au bébé et j'ai décidé de retourner à la hutte pour trouver de la nourriture. Le bébé pleurait et j'étais fatiguée. J'ai mangé un peu de nourriture que ma voisine m'a donnée et puis je me suis endormie sur le sol. Je n'avais pas assez de lait, le bébé pleurait. Le lendemain, mon infection vaginale a commencé.*

Ici, l'enchaînement des événements récités par la mère n'indique pas qu'elle perçoive de cause précise à son infection vaginale. Elle présente une série

d'événements qu'elle lie par proximité ou par contiguïté à son problème de santé.

Les travaux de Kirmayer (1993;1992) ont par la suite illustré comment dans le contexte clinique les patients utilisent des représentations sous forme de métaphore pour interpréter leur problème de santé mentale et comment ce type de représentations permet d'incorporer les dimensions cognitives de l'expérience du souffrant à ses dimensions affectives et corporelles, ces dimensions étant difficilement accessibles par la pensée causale et rationnelle qui, elle, domine dans un MEM.

Kirmayer (1994) et Young (1981; 1982b) soutiennent que pour éviter le biais de l'hyperationalisation sous-jacente à l'utilisation exclusive du MEM, on a tout avantage à compléter l'analyse d'un MEM par celle des prototypes et des complexes de chaînes contenus dans les récits relatifs à la maladie/santé.

Seul le premier type de représentations, i.e. celui qui découle des modèles explicatifs, est en effet exclusivement causal. Les deux autres types de représentations apportent aussi leur contribution à l'explication de la maladie et du comportement mais par des processus cognitifs autres que la pensée causale, c'est-à-dire par les récits du patient ou de l'interviewé sur les symptômes et l'expérience de la maladie, de la détresse et de la recherche d'aide. Bien que des questions différentes amènent l'interviewé à évoquer des formes spécifiques de structure de connaissances et de représentations, dans les situations quotidiennes de la vie, c'est bien l'ensemble de ces trois formes de connaissances qui inspire les récits relatifs à la maladie et les comportements relatifs à la santé (Young, 1981).

Young explique que les prototypes et les MEM ont ceci en commun qu'ils servent souvent à confirmer une théorie populaire de la santé qui existe déjà dans la communauté. La complémentarité des MEM, des prototypes et des complexes de chaînes associés à un malaise, une maladie ou à un ensemble de symptômes, permet de mieux comprendre non seulement l'expérience de la personne malade mais aussi la relation entre ses représentations individuelles et son comportement relatif à la santé et les représentations collectives et relatives à la santé.

Dans une perspective interprétative, il devient pertinent d'analyser dans quelle mesure les représentations contenues dans les MEM et les prototypes sont liées à des représentations culturelles (Young, 1981; 1982b). Dès lors, si l'on veut apprécier les déterminants culturels de l'allaitement dans une approche interprétative, il devient important non seulement d'analyser les MEM, les prototypes et les complexes de chaînes, mais aussi d'apprécier leurs liens avec les représentations et les pratiques culturelles de toute la période périnatale.

Comme Standing (1980) le soutient, durant la période périnatale le corps et l'identité maternelle sont en période de transition, où la mère et/ou le fœtus/poupon se situent dans une position vulnérable et/ou dangereuse à la fois pour elle-même et les autres. Bien sûr, selon les régions ou les cultures cette vulnérabilité périnatale de la mère et/ou du fœtus/poupon peut être de nature physiologique et/ou psychologique et/ou surnaturelle. À cause de cette vulnérabilité, des rites spécifiques sont pratiqués pour faciliter et encadrer cette transition biosociale, pour marquer l'événement, mais aussi, pour protéger la dyade mère/enfant durant l'une ou l'autre des périodes périnatales. Or cette protection de la dyade se réalise grâce à l'observance

maternelle de tabous, de rituels mais aussi de comportements quotidiens que la mère doit adopter ou éviter, selon qu'elle soit enceinte, en train d'accoucher ou durant la période postnatale (Van-Genneep, 1960).

Ces prescriptions et ces restrictions comportementales traditionnelles qui ont pour but de protéger la vulnérabilité de la dyade, n'existent pas cependant de façon arbitraire. Mead & Newton (1967) ont en effet démontré que les croyances collectives qui sous-tendent ces comportements périnataux traditionnels n'existent pas en vase clos, mais qu'elles sont plutôt le produit d'un système de représentations culturelles elles-mêmes reliées à des représentations et à des valeurs tirées d'autres systèmes culturels. Dans cette perspective, la période périnatale devient non seulement un cycle de vie, mais aussi un événement à la fois bioculturel et social. Les prescriptions et les tabous de la période périnatale, de par leur rappel des grandes valeurs et des représentations culturelles, permettent de renforcer et de recréer l'organisation sociale, l'organisation familiale, les valeurs, les symboles clés et les représentations fondamentales d'une société (Helman, 1986).

L'identification des représentations collectives et des relations sociales reliées aux représentations individuelles contenus dans les MEM, les prototypes et les complexes de chaîne maternels, devraient pouvoir améliorer notre compréhension des déterminants culturels qui entrent en jeu dans la décision de la majorité des mères immigrantes à l'étude d'abandonner l'allaitement.

En ce qui a trait aux croyances et aux pratiques périnatales, le cadre transculturel de Kay (1982) semble opportun pour guider la conceptualisation de questions ouvertes de l'entrevue qui visent spécifiquement à identifier les croyances et les pratiques périnatales. Des

recherches précédentes ont en effet démontré que le cadre de Kay permet de conceptualiser avec succès une grille d'entrevue visant le recensement des pratiques, des croyances, des rites périnataux et autres relations sociales qui entrent en jeu durant la période périnatale (Kay, 1982, Groleau 1988).

2.2.2. L'approche écologique, ses quatre principes pour transférer les résultats interprétatives en recommandations pour l'intervention. Je présenterai dans cet article la démarche suivie pour conceptualiser les recommandations dites écologiques pour guider l'intervention de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes. À cet égard, je définirai l'approche écologique et déclinerai ensuite chacun des quatre principes théoriques de l'approche écologique. Et pour chacun de ces principes, je poserai la ou les questions qui en découlent afin de préciser de quelle manière les résultats interprétatifs de cette étude ont conduit à des recommandations écologiques en vue de réorienter l'intervention.

Le modèle écologique de la promotion de la santé présente la santé comme un produit de l'interdépendance de l'individu et des différents sous-systèmes de l'écosystème tels la famille, la communauté, la culture, l'environnement physique et social (MacDonald, 1992; McLeroy et al.1988). Pour promouvoir la santé, cet écosystème doit offrir des conditions qui conduisent à la santé et à des habitudes de vie saines. Ces environnements doivent aussi offrir des biens et services, des sources d'information et la possibilités d'acquérir des habiletés qui permettent aux individus de prendre des décisions bénéfiques à leur santé. Dans un modèle écologique de promotion de la santé, tous ces aspects sont considérés comme des déterminants de la santé. Parmi les aspects considérés, on trouve également

le support essentiel qui aide les individus à modifier leurs comportements et à réduire leur exposition aux facteurs de risque (McLeroy et al., 1988).

Se basant sur les quatre principes théoriques de l'approche écologique (Kelly, 1966; 1968; 1979; Trickett 1992; Trickett, 1985; Trickett, 1972) Richard (1996) a montré comment ces principes peuvent orienter les interventions en promotion de la santé. Je résumerai brièvement ces principes, tels que cette dernière les a définis.

Le premier principe écologique, à savoir *l'interdépendance*, met l'accent sur la nature interactive des différentes composantes de l'écosystème. Un changement apporté à une des composantes crée une onde de choc se répercutant nécessairement dans les autres composantes. Dans cette perspective, un professionnel ne se limite pas à intervenir dans une sphère individuelle ou environnementale, il doit identifier tous les niveaux concernés afin d'y intervenir (Richard, 1996). En vertu de ce principe, on pourrait poser les questions suivantes:

Question générique: Est-ce que aux yeux des personnes ciblées, ils ont d'autres problèmes ou d'autres besoins qui entrent en conflit avec l'adoption du comportement souhaité par l'intervention. Quels sont les facteurs individuels et contextuels qui distinguent les personnes ayant adopté le comportement de celles qui ne l'ont pas adopté ?

Question appliquée au cas des immigrantes vietnamiennes: Les mères ont-elles d'autres problèmes ou besoins qui seraient liés à leur abandon de l'allaitement et qui prendraient plus d'importance que l'allaitement lui-même? Existents-ils des déterminants qui distinguent celles qui adoptent l'allaitement mixte de celles qui n'allaitent pas ? Quels sont les facteurs individuels et contextuels qui distinguent celles qui ont adopté l'allaitement de celles qui n'ont pas allaité ?

Selon le deuxième principe écologique, à savoir *l'adaptation*, le comportement est une réponse aux pressions et aux demandes de l'environnement. Les ressources et les opportunités de l'environnement

jouent également un rôle déterminant sur les modèles de comportement, qu'elles encouragent, renforcent, ou punissent. À la différence du principe d'interdépendance mais liée à celui-ci, l'adaptation se rapporte à un environnement particulier. En conséquence, l'intervention doit tenir compte de cette sensibilité du comportement à l'environnement et tenter de changer les composantes environnementales qui engendrent un comportement délétère pour la santé (Richard, 1996). En vertu du principe d'adaptation, on pourrait poser les questions suivantes:

Question générique: En tenant compte du système de représentations relatives au problème de santé et de l'expérience des personnes ciblées par l'intervention, à quelle situation ou à quel contexte de leur vie s'adaptent-elles lorsqu'elles décident d'adopter un comportement délétère ou de ne pas adopter le comportement souhaité par l'intervention de promotion ?

Question appliquée au cas des immigrantes vietnamiennes: En tenant compte du système de représentations relatives à la période périnatale et de l'expérience périnatale des mères, à quelle situation ou à quel contexte de leur vie s'adaptent-elles lorsqu'elles décident de ne pas allaiter ?

Le troisième principe écologique, à savoir la *succession* introduit la dimension temporelle dans l'analyse des ressources environnementales. En effet, la prise en compte d'événements passés aide à mieux comprendre l'écosystème actuel et les échanges entre ses diverses composantes. On doit tenir compte des changements historiques survenus qui influencent l'environnement et les relations entre les individus et ce dernier. L'analyse de l'environnement actuel et des relations individus/environnement va au delà de la prise en compte des variables environnementales actuelles; elle tient compte des changements historiques survenus dans celui-ci qui ont influencé la présence ou l'absence de ressources influençant les comportements (Richard, 1996). En vertu de ce principe historique, on peut se demander si l'analyse interprétative des récits maternels permet de répondre aux questions suivantes:

Question générique: L'abandon du comportement souhaité, ou encore le comportement délétère adopté, est-il lié à la perte de ressource(s) initialement présente(s) dans l'environnement des personnes ciblées? Si oui, est-ce que cette perte de ressource(s) engendre d'autres problèmes ou besoins qui, aux yeux des personnes visées, prennent plus d'importance que le comportement souhaité?

Question appliquée au cas des immigrantes vietnamiennes: Est-ce que l'abandon de l'allaitement est lié à la perte de ressource(s) antérieurement présente(s) dans l'environnement des mères ? Si oui, est-ce que cette perte engendre d'autres problèmes ou besoins, qui aux yeux de ces femmes ont plus d'importance que l'allaitement ?

Le quatrième principe écologique, à savoir le *cycle des ressources*, implique qu'une étude des individus et de la communauté s'attarde sur les différentes ressources potentielles de leurs contextes de vie. Cette analyse a pour projet principal l'identification des ressources susceptibles de contribuer à la résolution des problèmes de la communauté. Par exemple, les aptitudes personnelles ou collectives à résoudre les problèmes, les lieux où la communauté se regroupe. Dans cette optique, l'intervention vise à favoriser une meilleure utilisation des ressources existantes ou si nécessaire, à générer de nouvelles ressources qui s'inséreront dans le circuit naturel du cheminement des ressources communautaires et ce faisant, auront de meilleures chances d'être institutionnalisées dans la communauté (Richard, 1996). En vertu de ce principe on peut poser les questions suivantes:

Question générique: Est-ce qu'une nouvelle ressource pourrait pallier la perte de la ou des ressources perdue(s) tout en étant calquée sur un modèle acceptable d'un point de vue culturel. Est-ce que l'introduction de cette nouvelle ressource serait pertinente aux yeux des personnes ciblées, si on tient compte aussi de l'ensemble de leurs autres problèmes considérés importants d'un point de vue émique ?

Question appliquée au cas des immigrantes vietnamiennes: Est-ce qu'une nouvelle ressource pourrait pallier la perte de la grand-mère maternelle ou des domestiques tout en étant calquée sur un modèle à la fois culturellement acceptable et pertinent en relation avec les autres problèmes considérés importants par les mères ?

2.2.3. Problématique et objectif. Apprécier les déterminants culturels qui amènent la majorité des immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke à abandonner l'allaitement traditionnel afin d'orienter les interventions futures de promotion de l'allaitement auprès de cette communauté.

2.2.4. Sous-objectifs. Sous-objectif #1: apprécier la culture périnatale des immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke: identifier l'ensemble des représentations et des rites collectifs des vietnamiennes et apprécier dans quelle mesure elles sont reliées aux grandes représentations culturelles, telles celles touchant à la famille, au surnaturel et aux médecines traditionnelles.

Sous-objectif # 2: apprécier les MEM: apprécier les modèles explicatifs des malaises (MEM) que l'on peut tirer des récits maternels sur leurs malaises et leurs maladies durant la période périnatale.

Sous-objectif # 3: identifier et apprécier les prototypes maternels inhérents aux maladies, aux malaises et à l'état de vulnérabilité de la mère et/ou du fœtus/poupon.

Sous-objectif # 4: apprécier les complexes de chaînes contenus dans les récits maternels. Identifier, parmi les complexes de chaîne, les événements que les mères lient à leur vulnérabilité postnatale ou à celle de leur poupon et, partant, analyser ce qu'il y a de commun dans ces événements passés. Comme par exemple, un certain type de problème ou une référence à des relations sociales importantes aux yeux des mères peut constituer un événement relaté dans des complexes de chaînes. Et enfin, apprécier via l'analyse de ces événements ce qui caractérisait l'expérience périnatale des mères au Québec comparativement à leur expérience périnatale au Vietnam.

Sous-objectif # 5: apprécier l'interaction entre les représentations individuelles des MEM, des prototypes et des complexes de chaînes et la culture périnatale vietnamienne. Apprécier l'interaction entre les représentations maternelles inhérentes aux MEM, aux prototypes et aux complexes de chaînes d'une part et d'autre part les représentations des différents systèmes culturels comme, par exemple, la théorie populaire de la santé, le système de parenté, et le système religieux ou surnaturel.

Sous-objectif # 6: analyse comparative du groupes des mères ayant adopté l'allaitement mixte à celui des mères ayant adopté les formules de lait sur la base de leurs modèles explicatifs des malaises, de leurs prototypes et des événements de leur vie périnatale.

2.3. Méthodologie.

2.3.1. Description du projet de recherche. L'étude de cas présentée dans cette thèse est née du désir des professionnels de la santé de la ville de Sherbrooke au Québec, principalement médecins accoucheurs et infirmières en périnatalité, de mieux comprendre pourquoi leurs interventions de promotion de l'allaitement n'étaient pas efficaces auprès des immigrantes vietnamiennes de leur région. Leur impression clinique s'est par ailleurs confirmée dans l'échantillon étudié dans le cadre de cette étude où aucune mère interviewée (n=20) n'a adopté l'allaitement à temps plein.

L'étude de cas présentée dans cette thèse comprend des analyses interprétatives de récits périnatals d'immigrantes vietnamiennes. Ces récits furent recueillis initialement dans le cadre d'une autre étude que j'ai dirigée. Cette étude initiale, en recensant l'ensemble des pratiques et des croyances

périnatales des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke, visait à informer les professionnels de la santé périnatale, oeuvrant dans la région, du contexte culturel périnatal des immigrantes vietnamiennes, afin de les aider à mieux adapter leurs interventions à la culture vietnamienne. J'ai dirigé cette recherche initiale réalisée en collaboration avec Madame Margot Soulière, à l'époque directrice de l'organisme communautaire Naissance-Renaissance-Sherbrooke. Les entrevues réalisées par Madame Soulière dans le cadre de cette recherche initiale ont ensuite été recodées par moi-même pour permettre les analyses de la présente thèse²³.

2.3.2. Recrutement et population à l'étude. Nous avons recueilli les données qualitatives de cette étude au cours d'entrevues ethnographiques effectuées en 1992 et 1993 aux domiciles des Vietnamiennes à Sherbrooke. Le recrutement a été plus ardu que prévu mais, une fois les mères rencontrées, leur collaboration fut des plus intègres et volontaires. Le recrutement s'est fait par différents canaux. Quelques mères nous ont été référées par des représentants de *l'Association des Vietnamiens de Sherbrooke*, d'autres par *Le Service d'Aide aux Néo-Canadiens*. Nous avons approché d'autres mères lors d'événements culturels organisés par la communauté et, à notre demande, des participantes ont contacté et recruté d'autres Vietnamiennes de la région. Enfin, l'interprète de notre enquête a également recruté de nouvelles arrivantes. Pour remercier les mères de leur participation, nous leur avons offert en échange trois heures d'interprétation gratuite lors de leur utilisation des soins de santé. Toutes les femmes se sont prévaluées de ce service et ont mentionné l'avoir grandement apprécié.

²³ Pour le rapport de cette recherche initiale, voir le document: Soulière, M. et Groleau, D. (1995) «Croyances et pratiques périnatales des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke» publié par Naissance-Renaissance Sherbrooke.

La population à l'étude est constituée de vingt immigrantes vietnamiennes de première génération habitant la ville de Sherbrooke dans la province de Québec au Canada. L'enregistrement d'une entrevue a été perdu à cause de raisons techniques et nous n'avons pu la reprendre faute de temps. Pour une description plus détaillée des variables socio-démographiques des mères, voir l'appendice #3. On peut néanmoins résumer ici quelques caractéristiques des mères interviewées. Mentionnons que 78% des mères interviewées ont déclaré venir d'une famille à revenu moyen au Vietnam et 11% ont déclaré venir d'une famille aisée. Mais lors des entrevues la majorité ont déclaré s'être appauvries depuis qu'elles ont quitté le Vietnam. La vaste majorité des mères (90%) provenaient d'un milieu urbain au Vietnam et 58% étaient peu éduquées. Près de 84% des mères avaient quitté le Vietnam en bateau et 79% ont déclaré avoir fait un séjour dans un camp de réfugiés avant d'arriver au Canada. Leur durée de séjour au Québec se situait principalement entre 5 années et moins (68% des mères), entre 6 à 11 ans (5% des mères) et depuis plus de 11 ans pour 26% des répondantes. Enfin, l'âge de la plupart des mères se situait entre 23 et 29 ans (31%) et entre 31 et 39 ans (37%). Parmi les mères interviewées, la majorité était multipares (68%;13/19) alors que 21% (4/19) étaient primipares. Au moment de l'enquête, la majorité des mères avaient donné naissance à trois enfants (53%).

Pour 32% des mères leur premier accouchement s'était passé au Canada alors que 10% avaient donné naissance à leur aîné dans un camp de réfugiés.

2.3.3. Cueillette des données. Les entrevues qualitatives se sont déroulées au domicile des répondantes, le plus souvent en trois rencontres de deux heures, amenant la durée totale moyenne des entrevues à six heures par femme. Quelques mères ont accepté d'être rencontrées une quatrième fois.

La présence d'une interprète a été nécessaire pour 14/20 mères (70%). Toutes les entrevues eurent lieu dans une ambiance familiale en présence des enfants et du conjoint. L'entrevue commençait avec des questions fermées relatives à des variables socio-démographiques. L'intervieweuse demandait ensuite aux mères de livrer le récit de leur expérience périnatale au Vietnam, à Sherbrooke et pour quelques unes au camp de réfugiés. Lors de ce récit, l'intervieweuse demandait aux mères de spécifier les rites qu'elles connaissaient et si elles les avaient respectés. Dans plusieurs cas, le conjoint qui assistait à l'entrevue, a participé au récit de son épouse en spécifiant certains détails, problèmes ou contexte pertinents à l'histoire. Dans l'entrevue le récit relatant l'expérience de la période périnatale a été complété par des questions semi-structurées inspirées du cadre transculturel de Kay (1982).

Le cadre de Kay (1982) a permis de conceptualiser des questions qui visaient principalement à identifier l'ensemble des croyances et des pratiques collectives de la période périnatale. Quelques questions ouvertes de la grille d'entrevue ont été conçues pour identifier l'ensemble des rites périnataux.

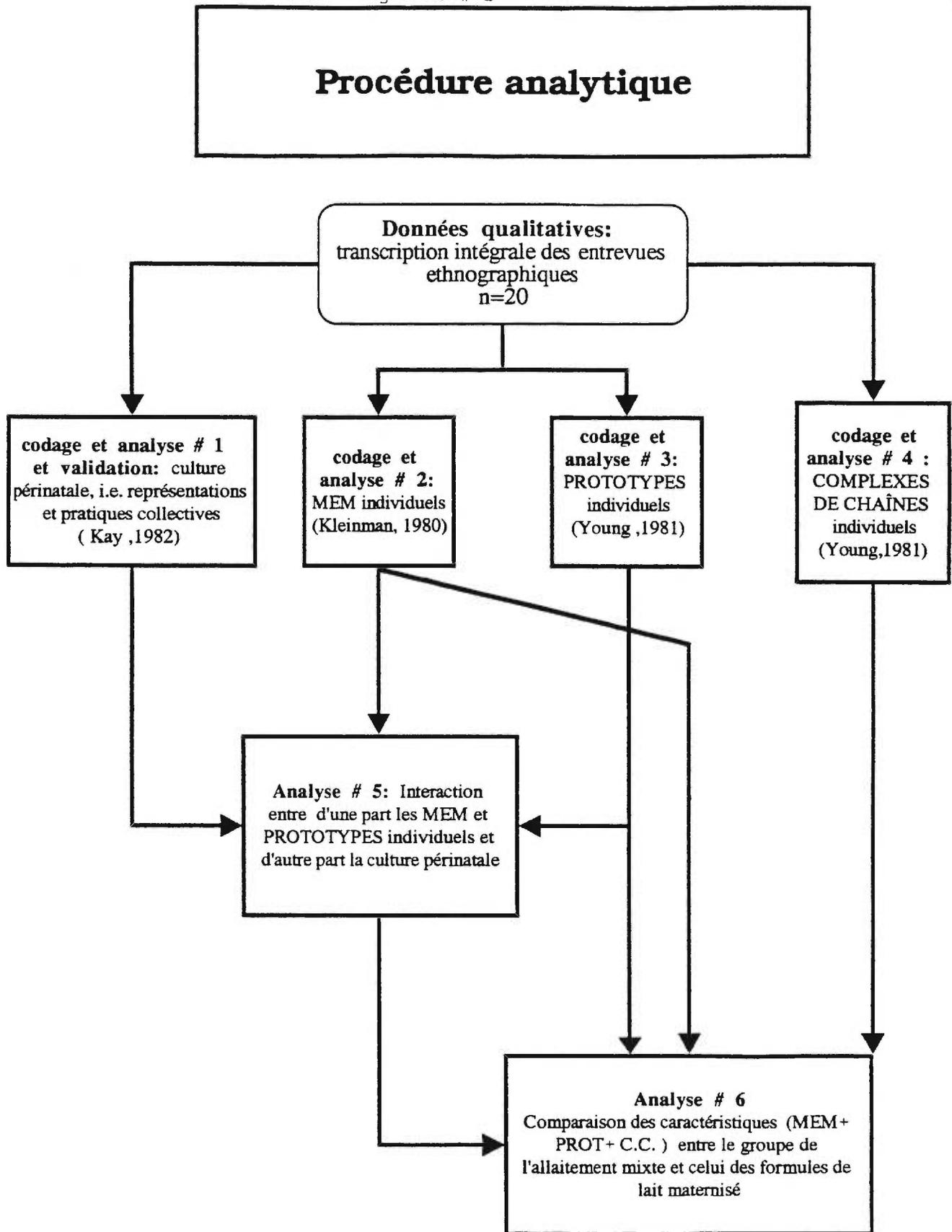
La grille d'entrevue de la recherche initiale comprenait 141 questions couvrant les périodes de la grossesse, le travail, la naissance, le postnatal et le nouveau-né. Mais plusieurs questions se sont avérées non pertinentes ou mal formulées et ont donc été éliminées après les premières entrevues. Un peu d'observation participante lors de fêtes de la communauté vietnamienne à Sherbrooke a servi à compléter les données obtenues lors des entrevues ethnographiques.

2.3.4. Technique d'analyse.

Les entrevues de la recherche initiale ont été transcrites intégralement et ont servi de données qualitatives de base pour toutes les différentes étapes de l'analyse. Bien que les transcriptions aient été les mêmes pour toutes les étapes de l'analyse, leur codification variait selon les besoins de l'étape de l'analyse en cours. Le lecteur peut se référer au diagramme «Procédure analytique », présenté à la page suivante, pour mieux visualiser les six différentes étapes de l'analyse réalisées à partir des mêmes entrevues transcrites.

Technique d'analyse de l'étape #1. Cette étape de l'analyse est relative à l'objectif #1 de la présente étude de cas. Les transcriptions ont été codées, selon 5 catégories, 60 thèmes et 327 sous-thèmes à l'aide du logiciel *The Ethnograph*, logiciel conçu pour faciliter le codage²⁴ lors d'analyses qualitatives comprenant de multiples codes. La liste initiale des codes a été créée à partir du cadre de Kay (1982) et des questions ouvertes de l'entrevue qui en découlent. En cours de codage, nous avons ajouté certains codes et avons abandonné d'autres au besoin. La codification de cette première étape de l'analyse a été réalisée par l'intervieweuse et vérifiée par moi-même. Mon rôle à cette étape, a été celui de «Trail Auditor», i.e. la personne chargée de vérifier la présence des biais personnels lors de la codification tel que suggéré dans Guba (1981). Cette vérification a révélé quelques différences entre la codification du «Trail Auditor» et celle de la codeuse. Les tranches de texte faisant problème ont alors fait l'objet d'une discussion d'environ cinq heures entre la codeuse et le «Trail Auditor» afin d'obtenir

²⁴ Voir appendice # 1 pour la liste des catégories, des thèmes, des sous-thèmes et des codes mentionnés.



un consensus relatif au code sélectionné. Les nouvelles façon de coder certains thèmes furent alors appliquées à toutes les autres entrevues.

À l'aide du codage, nous avons ensuite recensé les pratiques, les rites et les représentations qui y sont liées, afin d'identifier dans quelle mesure ces représentations individuelles étaient collectives. Par la suite nous avons analysé les liens entre les représentations périnatales collectives et les autres représentations collectives inhérentes à d'autres systèmes culturels, tels le système de parenté, les relations au monde surnaturel, les médecines traditionnelles vietnamiennes ou tout autre système culturel qui s'avérait pertinent. L'intervieweuse a alors présenté un court résumé écrit et oral de ces analyses à quatre participantes de notre étude et à un représentant de la communauté familial avec l'expérience périnatale des immigrantes vietnamiennes de Sherbrooke. Le but de cette présentation était de valider la crédibilité de nos analyses interprétatives. Nous avons tenu compte de leurs commentaires et de leurs suggestions pour réajuster certaines analyses au besoin.

Technique de l'étape d'analyse #2 : les MEM. Cette étape de l'analyse est relative à l'objectif #2 de cette présente étude de cas, soit d'apprécier les modèles explicatifs des malaises (MEM) relatifs aux malaises, aux maladies durant la grossesse et la période postnatale. Dans un premier temps, j'ai recensé l'ensemble des malaises et des maladies périnatales dont les mères ont déclaré avoir souffert à Sherbrooke. J'ai alors identifié, pour chacun des malaises et chacune des maladies déclarées, ce qui, selon elles, avait causé leur problème de santé ou leurs symptômes, ce qu'elles avaient fait pour y remédier, et quelles seraient les conséquences de leur problème de santé. Ensuite, j'ai analysé les relations causales entre les malaises et les maladies.

Et enfin, j'ai ensuite analysé de quelle manière, les représentations inhérentes aux MEM étaient reliées aux représentations relatives à l'allaitement.

Technique de l'étape d'analyse #3 : les prototypes. Cette étape de l'analyse est relative à l'objectif #3 de la présente étude de cas, i.e. l'identification pour toute la période périnatale, des prototypes relatifs aux malaises, aux maladies, et aux comportements périnatals inhérents à l'état de vulnérabilité de la mère et/ou du fœtus/poupon. Pour la période périnatale, j'ai identifié les prototypes auxquels les mères se sont référées pour expliquer: respectivement leurs malaises, leurs maladies, et leur vulnérabilité postnatale ou celle de leur poupon. J'ai ensuite tenté d'apprécier les relations entre ces prototypes et les comportements périnatals adoptés par les mères.

Technique de l'étape d'analyse #4: les complexes de chaînes. Cette étape de l'analyse est relative à l'objectif #4 de la présente étude de cas, c'est-à-dire l'identification des complexes de chaîne. J'ai identifié les événements que les mères liaient par contiguïté à leur malaises et à leur maladies de la grossesse et de la période postnatale. J'ai ensuite identifié les événements passés que les mères reliaient à leur vulnérabilité postnatale et à celle de leur poupon.

Technique de l'étape d'analyse #5: l'interaction. Cette étape de l'analyse est relative à l'objectif #5 de la présente étude de cas, c'est-à-dire analyser l'interaction entre les MEM, les prototypes les complexes de chaîne et la culture périnatale. J'ai analysé les relations entre les représentations individuelles contenues dans les MEM, les prototypes et les complexes de chaînes et d'autre part, leurs relations aux représentations culturelle de la période périnatale. Par la suite, j'ai vérifié si les représentations contenues dans les prototypes étaient générées par un principe directeur. Et enfin, j'ai

vérifié si ce principe directeur était médiatisé par des représentations relatives à d'autres systèmes culturels tels: différentes théories populaires de la santé; les valeurs et les représentations liées au système de parenté; les représentations religieuses ou surnaturelles ou encore tout autre système culturel pertinent.

Technique de l'étape d'analyse # 6: comparaison des groupes de femmes ayant adopté l'allaitement mixte avec celles ayant utilisé des formules de lait sur la base de leur MEM, de leurs prototypes et leurs complexes de chaînes. J'ai comparé les MEM, les prototypes et les complexes de chaînes du groupe des mères qui n'ont pas allaité à celui des mères qui ont adopté l'allaitement mixte. J'ai ensuite apprécié ce qu'il y avait de commun entre les événements relatés par les mères d'un même groupe comparativement aux mères de l'autre groupe, notamment les événements en lien avec la vulnérabilité postnatale, pour mieux comprendre quels seraient les événements qui auraient pu influencer la décision des mères de ne pas allaiter à Sherbrooke.

2.3.5. Considérations éthiques.

Nous avons pris toutes les précautions nécessaires afin de préserver les droits et les libertés des sujets ayant participé à cette recherche. Lors du recrutement, on informait les mères qu'elles étaient totalement libre de refuser de participer à l'étude et que leur refus de participer n'aurait aucune incidence sur les services de santé qu'elles recevraient dans le futur. Tous les noms des participantes citées dans cette thèse ont été changés et remplacés par des noms fictifs afin de préserver leur anonymat.

Lors de l'entrevue, si les participantes semblaient fatiguées, l'intervieweuse suggérait alors de terminer l'entrevue et de fixer un autre rendez-vous à leur

convenance, si bien sûr elles désiraient poursuivre leur participation à l'étude.

Pour remercier les mères de leur collaboration et de leurs temps nous leur avons offert les services d'une traductrice professionnelle pour une période de deux heures afin de les assister dans leurs utilisations des services de santé locaux. Toutes les participantes se sont prévaluées de cette offre et ont mentionné avoir grandement apprécié ce service.

CHAPITRE #3. RÉSULTATS.

Pour une meilleure compréhension des résultats présentés dans ce chapitre, le lecteur peut se référer à la revue de la littérature relative à la médecine vietnamienne traditionnelle et de la théorie populaire de la santé présentée au chapitre #1 (section 1.5.). Les résultats de la présente étude sont présentés dans ce chapitre dans l'ordre suivant:

- la théorie populaire de la santé propre à la période périnatale;
- les MEM;
- les prototypes;
- les complexes de chaîne dans les récits maternels.

3.1. La théorie populaire de la santé propre à la période périnatale. Les vietnamiennes interviewées dans le cadre de cette étude se réfèrent à des représentations collectives; trois théories populaires relatives à la période périnatale s'en dégagent:

- 1) la théorie populaire de la santé de la période périnatale (décrite dans la section 3.1.1.);
- 2) le principe de la transposition (décrite dans la section 3.1.2.);
- 3) la protection et la prévention de la dyade mère/enfant (décrite dans la section 3.1.3).

Ces trois théories populaires n'existent pas isolément; elles font partie intégrante d'un tout. Elles forment un système de représentations collectives et elles sont reliées directement ou métaphoriquement à différentes valeurs ou représentations fondamentale de la culture vietnamienne. Ce système de représentations confère un sens spécifique au processus périnatal et aux comportements maternels durant cette période. Il sert de schème justifiant et

dictant les comportements maternels adoptés tant au Vietnam qu'à Sherbrooke. Ces trois théories collectives offrent aussi aux mères la possibilité d'interpréter elles-mêmes leurs problèmes de santé à travers les signes et les symptômes de la période périnatale.

3.1.1. La théorie populaire de la santé de la période périnatale .

Durant la grossesse, les principes chaud/froid, de l'énergie vitale et de l'air/l'eau/le vent nocifs forment des représentations collectives qui engendrent des comportements relatifs à la santé. Les deux premiers principes (chaud-froid et énergie vitale) conditionnent surtout les choix alimentaires des mères enceintes et influencent les représentations liées au sang; les principes de l'eau/l'air/le vent nocifs, inspireront plutôt le rapport des mères avec l'eau et les personnes décédées. Comme la grossesse est un état naturellement «chaud» et source de vie, la femme cherchera, durant cette période, à consommer des aliments ni trop chauds, ni trop froids afin de ne pas débalancer son corps.

En évitant les aliments trop «chauds», elle préviendra toutes sortes de problèmes de santé liés à l'excès de chaud dans le corps tels l'insomnie, la fatigue, la fièvre, les plaies dans la bouche et la constipation. Notons à cet égard que la plupart des fruits et légumes ainsi que le lait sont classés froids. Une consommation excessive d'aliments à qualité froide aussi, deviendra nuisible car elle déséquilibrera le corps en le refroidissant. Les aliments proscrits durant la grossesse tels les piments, les épices fortes, le poivre, l'alcool, le melon d'eau, l'ananas, la mangue, les boissons gazeuses, le café et l'ail, sont presque tous de qualité «chaude». Mais cette classification peut varier d'une région à l'autre au Vietnam.

À cause de leurs nausées, certaines femmes n'ont pu se nourrir convenablement durant leur grossesse. Elles ont expliqué que leur énergie vitale s'en était trouvée réduite. La réduction de l'énergie vitale, ainsi que le disent les mères, est néfaste: elle crée un refroidissement corporel, état qui en soi provoque l'arrêt de croissance du fœtus dans la mesure où celui-ci a justement besoin d'un environnement chaud pour se développer. Cet arrêt de croissance perdure généralement tant et aussi longtemps que la mère n'a pas recouvré la chaleur nécessaire à la gestation. Dès que possible, après une période d'arrêt de croissance foetale, les mères cherchent à consommer plus d'aliments chauds qu'en temps normal. Ce faisant, elles retrouvent la chaleur et l'énergie vitale nécessaires au développement du fœtus.

De manière marginale, certaines femmes ont également utilisé des représentations issues de la biomédecine occidentale pour choisir certains aliments. Notamment, elles se sont alors principalement référées à la teneur nutritive en vitamines et en calcium de certains aliments. Par exemple, elles ont évoqué la teneur en calcium des aliments, tels les fruits de mer, les poissons et pour quelques femmes, les produits laitiers, pour justifier leur consommation durant la gestation. Elles suggèrent cependant de les consommer avec modération compte tenu de leur forte teneur en gras, élément nuisible selon elles au bon déroulement de l'accouchement. En effet, selon ces dernières, une alimentation grasse produit de gros bébés à la naissance qui deviennent par le fait même trop difficiles à accoucher.

En résumé, lorsqu'elles parlent de l'alimentation durant la grossesse, dans l'ensemble, les femmes ont évoqué les qualités froide/chaude des aliments, la perte de l'énergie vitale liée aux nausées et vomissements et la teneur en calcium et en vitamines des aliments pour guider leurs choix alimentaires.

La théorie populaire de l'air/l'eau/le vent n'est pas apparue importante dans la détermination des choix alimentaires des mères durant leur grossesse. Elle a plutôt permis d'expliquer la présence d'autres types de comportements. Par exemple, face aux soins du corps durant la grossesse, les femmes considèrent que se doucher ou prendre un bain à l'eau tiède tout au long de la grossesse est favorable à la santé de la mère et du fœtus. Et comme la grossesse produit beaucoup de chaleur, prendre des douches ou des bains tièdes de façon régulière, contribue au maintien de l'équilibre physique de la mère, élément essentiel à sa santé, son bien-être et ceux du fœtus.

Les contacts du corps maternel avec l'eau froide sont cependant évités durant la grossesse, à moins que la température extérieure n'atteigne 40° celsius et plus, événement rarissime au Québec. Les femmes évitent d'entrer en contact avec l'eau froide, car on considère que celle-ci ouvre les pores de la peau, laissant entrer l'air froid dans le corps. Cette situation est tout aussi dangereuse que celle résultant d'une alimentation insuffisante, dont on dit qu'elle interrompt le développement du fœtus. D'autres diront qu'il ne faut pas trop s'éterniser dans le bain, de peur que cela fasse grossir le bébé rendant ainsi l'accouchement difficile. Cette restriction spécifique au bain paraît non seulement liée à la théorie populaire de l'énergie vitale mais aussi à une représentation anatomique selon laquelle le fœtus est en contact direct avec l'extérieur du corps maternel.

Ces restrictions vis à vis de l'eau sont inspirées par les principes populaires de l'air/l'eau/le vent, du chaud/froid, de l'énergie vitale de même que des représentation anatomiques indiquant aux mères la voie à suivre pour

protéger le développement du fœtus et préparer adéquatement l'accouchement. Notons durant notre étude, qu'une des préoccupations majeures des mères était de bien se préparer en vue de faciliter l'accouchement. Il était donc primordial d'éviter d'avoir un gros bébé lors de l'accouchement. C'est pourquoi elles évitaient de consommer des aliments gras tels que le lait et les fruits de mer, de faire des siestes et bien sûr, de s'éterniser dans le bain durant leur grossesse.

Les représentations anatomiques populaires dictent aussi à la mère d'éviter tout exercice violent de peur de fatiguer le bébé, de le faire descendre avant terme ou encore de provoquer soit le décollement du placenta, soit un avortement spontané. D'après elles, seule la marche pratiquée avec modération et des exercices lents et harmonieux (dont la description fait penser au Tai Chi) sont bénéfiques en ce sens qu'ils facilitent l'ouverture du bassin à l'accouchement. Mentionnons toutefois que les restrictions en matière d'exercice physique sont moins présentes chez les Vietnamiennes du Nord car, celles-ci font du vélo et soulèvent des choses lourdes durant leur grossesse.

La théorie populaire de l'air/l'eau/le vent indique également aux mères de ne pas se présenter à des funérailles de peur que l'air froid expulsé par le corps du défunt ne pénètre celui de la femme enceinte et donc n'atteigne directement le fœtus. Au contact de cet air nocif, l'enfant pourrait naître avec des problèmes de santé, être difficile à nourrir, souffrir de maigreur ou encore d'épilepsie.

Durant l'accouchement, ce sont les théories populaires de l'air/l'eau/le vent, de l'énergie vitale et du chaud/froid qui pour la plupart déterminent les

croyances et les comportements rattachés au processus partum. Dans une moindre mesure, l'hérédité ou l'astrologie vietnamienne sont parfois évoquées pour expliquer certains événements sanitaires. Par exemple, les facteurs héréditaire provenant de la grand-mère maternelle ou paternelle sont souvent avancés pour prédire ou justifier la durée de la période des contractions. De plus l'astrologie vietnamienne, rendra compréhensible et acceptable, un handicap à la naissance; et elle expliquera la personnalité du nouvel enfant et prédira une possible incompatibilité avec celle des parents. De fait, pour permettre les calculs ultérieurs, plusieurs familles prendront précisément note de l'heure et de la date de naissance de l'enfant.

Selon les représentations maternelles, donner naissance à un enfant nécessite une transformation corporelle importante. Dans un premier temps, le col de l'utérus, le vagin et le bassin doivent s'ouvrir pour permettre l'expulsion du bébé. Dans un deuxième temps, on considère que la mère dépense une quantité considérable d'énergie vitale pour l'expulser, et qu'enfin elle perd une quantité importante de sang durant ce processus. Ces trois phénomènes entraînent une baisse de la chaleur corporelle de la mère qui engendre à son tour une ouverture des pores de la peau. Cette dilatation laisse la mère dans un état de très grande vulnérabilité face aux attaques possibles de l'énergie nocive de l'eau et de l'air froid. C'est ainsi que bon nombre de pratiques restrictives sont adoptées juste après la naissance et durant la période postnatale; elles visent à protéger la mère des attaques de l'air, de l'eau ou du vent. Une mère nous dit :

«Au Vietnam, même s'il fait chaud, les femmes qui viennent d'accoucher doivent se couvrir la tête avec un châle, porter les chaussettes et les vêtements chauds pour éviter l'air froid de pénétrer dans le corps de la nouvelle mère.»

Rappelons que selon la théorie populaire de l'énergie vitale, le sang est une force essentielle de vie et une précieuse substance «chaude». Selon cette même théorie populaire, le sang perdu ne se renouvelle pas. Il en résulte que toute perte de sang engendre généralement de l'anxiété chez le souffrant; elle est en effet associée à une perte d'énergie vitale. Mais lors de l'accouchement, le discours populaire sur le sang et l'énergie vitale prend une forme différente. Les mères considèrent le sang perdu sous deux aspects: celui de ses qualités (bonne ou mauvaise), celui de la quantité perdue.

Le mauvais sang est le sang menstruel accumulé durant la grossesse. Quelques femmes affirmeront qu'il nourrit le fœtus. Une fois le bébé expulsé, ce sang devient inutile et par conséquent nuisible à la santé de la mère. Il doit sortir tout comme le bébé, à défaut de quoi, il causerait des malaises et une boule douloureuse dans la région de l'abdomen maternel. C'est pourquoi, contrairement à toute autre période de leur vie, la plupart des mères ne s'inquiètent pas outre mesure de la quantité de sang perdue à l'accouchement, considérant qu'il est bénéfique de se libérer de ce mauvais sang. La quantité du sang écoulé à l'accouchement sera considérée bénéfique ou néfaste selon que la quantité perdue durant la grossesse et l'accouchement aura été ou non importante.

Toutes les nouvelles accouchées seront considérées fragiles en raison des ouvertures corporelles qui les rendent vulnérables aux attaques de l'air/l'eau/le vent. Mais celles qui auront perdu du sang pendant la grossesse à cause d'analyses sanguines répétées ou encore qui auront perdue une grande quantité de sang à l'accouchement, se sentiront plus vulnérables que les autres mères, durant la période postnatale. Une mère explique:

«C'est du mauvais sang qui sort, mais comme j'ai perdu beaucoup de sang et que durant ma grossesse je ne peux manger, j'ai des problèmes d'anémie, ce n'est pas bon de perdre du sang encore (à l'accouchement), même du mauvais sang.»

Bien qu'elles soient partagées par les sujets de cette étude, les représentations n'engendrent pas de pratiques particulières en milieu hospitalier. Elles jugent par ailleurs le milieu hospitalier défavorable à ces pratiques. Tout au long de leur séjour hospitalier, les mères se sont fiées au savoir faire des professionnels de la médecine pour assurer leur propre santé et celle de leur enfant. La majorité des mères sont cependant restées inquiètes des effets de l'air froid sur leur santé. Préoccupée par cette question certaines mères auraient souhaité pouvoir adopter certaines pratiques de protection postnatale à la fois à l'hôpital et la maison.

Ainsi que nous l'avons déjà vu, l'énergie vitale perdue à l'accouchement et l'ouverture de différentes parties de leurs corps placent les mères dans un état de grande vulnérabilité. Elles considèrent que cette vulnérabilité physique durera jusqu'à la fin de la période postnatale, c'est-à-dire d'une durée de 1 mois pour une multipare et 100 jours pour une primipare. Selon les mères, les pratiques et les rituels postnatals traditionnels satisfont deux fonctions spécifiques:

- 1) aider la mère à fermer son corps et retrouver sa chaleur perdue et;
- 2) purifier le corps de la mère.

Il est essentiel que le corps durant la période postnatale retrouve toute sa chaleur afin d'en recouvrer son équilibre, sa force et sa capacité de refermer les pores de sa peau. Cette condition étant essentielle pour se défendre contre les attaques extérieures du vent de l'air et de l'eau. Par

ailleurs, il est tout aussi important de purifier le corps de façon continue durant toute cette période parce qu'il a été quotidiennement souillé par le mauvais sang écoulé.

Les rites spécifiquement élaborés pour permettre à la mère de retrouver sa chaleur corporelle et sa défense naturelle contre les attaques de l'air/l'eau/le vent nocifs touchent différents aspects de sa vie. Pour refermer son corps, régénérer sa chaleur et récupérer son énergie vitale, elle devra:

- 1) manger des aliments à qualité «chaude»;
- 2) réchauffer son corps en plaçant une source de chaleur sous son lit ou sous son ventre²⁵;
- 3) respecter un repos total en demeurant couchée, en réduisant au minimum le temps accordé aux visiteurs et en couvrant ses orifices corporels à savoir: sa tête d'un foulard, ses pieds de chaussettes et ses oreilles de boules de coton.

Traditionnellement, la nouvelle mère purifie son corps en prenant un bain de vapeur rituel une à deux fois par jour; elle y est aidée par une femme de sa famille, généralement sa mère. Le bain de vapeur contient des herbes infusées et quelques fois du sel. Ce bain de vapeur sert à réchauffer le corps et à le refermer; il permet aussi à la mère de garder une hygiène corporelle tout en évitant le contact avec l'eau nocive d'un bain ordinaire. La mère

²⁵ Traditionnellement au Vietnam, on plaçait à cet effet une source de chaleur sous le lit, telles des briques chaudes ou un petit four de charbon de bois, d'où l'expression *mother roasting* que l'on trouve dans certains écrits. Mais, les mères de notre étude nous ont expliqué qu'une source de chaleur sous le ventre telles qu'une bouillotte d'eau chaude ou encore une couverture électrique peuvent offrir les mêmes avantages, l'objectif de la pratique étant de réchauffer le corps.

purifie également sa peau avec le massage au curcuma. Généralement, la grand-mère maternelle applique un mélange de curcuma et de vin sur la peau de la nouvelle mère en la massant. Ce faisant, elle se purifie, élimine sa vieille peau et laisse une nouvelle peau faire surface, contribuant ainsi à sa beauté.

Le rite final, celui de la célébration de l'enfant intervient à un mois de sa naissance; il mettra fin aux deux autres rites. Le rite de célébration marque la fin de la période postnatale pour la multipare et la fin de la première étape postnatale pour la primipare, pour qui cette période dure 100 jours. Le rite de célébration de l'enfant consiste à présenter le nouveau bébé aux amis et à la famille qui viennent à la maison de la nouvelle mère. Purifiée par les bains rituels et le massage au curcuma, la mère aura maintenant droit de se présenter à l'autel des ancêtres: par des prières elle les remerciera de lui avoir donné un beau bébé en bonne santé. Il arrive quelquefois que la mère ne puisse pas se présenter à l'autel des ancêtres si son sang coule toujours.

Bien que la majorité des mères de notre étude adhèrent à ces représentations culturelles et reconnaissent l'importance des pratiques rituelles qui en découlent, plusieurs n'ont pu les mettre en oeuvre en regard de leur contexte de vie au Québec. En effet, bien des femmes sont séparées de leur famille alors que la réalisation de la majeure partie de ses rites et pratiques requiert une participation continue et assidue des femmes expérimentées de la famille. En l'occurrence, ces dernières sont restées au Vietnam.

Principe de la transposition. Ce principe se définit comme un processus de transfert de l'état d'une personne vers celui d'une autre

personne. Il englobe aussi le déplacement d'un élément néfaste contenu dans le corps d'une personne vers celui d'une autre personne. La transposition peut aussi se produire chez une même personne mais dans un temps différent. Tout au long de la période périnatale ce principe détermine une série de représentations, de croyances, de comportements et de rites. Durant la grossesse, le principe de la transposition s'appliquera aux dyades suivantes:

- 1) femme enceinte/foetus;
- 2) ancêtres/foetus;
- 3) cadavre/foetus;
- 4) femme enceinte/nouvelle mariée.

Pendant la durée de la grossesse, la mère donne directement à son foetus toutes les nourritures nécessaires à son développement. Les nourritures affectives transposées sont liées à ses comportements, à ses émotions, à son état mental et enfin à sa moralité. Le caractère, l'émotivité, le mental, les goûts, les talents, la joie de vivre, les traits physiques, et enfin la santé de l'enfant seront fonction des actions, des états et de la santé de la mère durant sa grossesse. C'est ainsi que durant cette période, le principe de la transposition s'applique principalement depuis la mère vers le foetus.

Discutant de sa grossesse, une mère explique :

«Le bébé dans le corps de sa mère, c'est une partie de son corps, tout ce qu'elle fait touche le bébé comme une partie d'elle-même.» ... «Il faut être très bien, parce que la mère donne tout ce qu'elle fait au bébé, ça influence le bébé dedans.»

Cette transposition est invoquée par les mères de notre étude via leurs références à plusieurs croyances et comportements périnataux. Par exemple, durant la grossesse, une femme tentera de contrôler ses dispositions

émotives et ses pensées, afin d'adopter les comportements et les attitudes positives que valorise l'idéologie confucianiste. Elle sera persuadée que ceux-ci se transposent sur la personnalité de l'enfant. Durant sa gestation, la mère sera aussi très attentive, aux règles de la théorie populaire de la santé relatives à l'alimentation et aux contacts avec l'eau afin d'optimiser son propre état de santé, puisque ce même état de santé se transpose directement au fœtus. C'est ainsi que les représentations populaires de la santé et le principe de la transposition mère/foetus produisent plusieurs croyances. Par exemple, une mère explique :

«Si la mère tombe malade (durant la grossesse) à cause de l'air froid qui entre dans son corps, ça influence gravement le bébé. Si elle est malade, le bébé est malade; si elle est fatiguée, le bébé sera fatigué plus tard.»

Il n'y a pas, semble-t-il de consensus chez les mères interviewées sur le degré de vulnérabilité de la femme enceinte. Il apparaît cependant y avoir consensus sur le fait que la vulnérabilité maternelle à l'air froid durant la grossesse soit principalement due à une alimentation insuffisante causée par les nausées et les vomissements.

Les voies d'entrées de l'air froid dans le corps sont les pores de la tête, les pieds nus, les épaules, le dos et la colonne vertébrale. Les malaises maternels suivants sont associés à l'entrée d'air froid: maux de tête, rhume, les maux d'épaules et de dos, les tremblements et une atteinte²⁶ aux reins. L'ensemble de ces malaises ne comportent pas de dangers réels pour la mère mais sont dangereux pour le fœtus car ils se transposeront sur ce dernier au fur et à mesure de la grossesse. Lorsque la mère est malade, le bébé en son sein l'est aussi. Les conséquences peuvent entraver sérieusement son développement au point de provoquer des anomalies, de le rendre souvent

²⁶ Les mères ont mentionné ce mal sans pour autant l'avoir défini durant la grossesse.

malade, difficile à nourrir ou pire encore de le faire mourir. Quelques mères expliqueront, en effet, que le fœtus arrête de se développer durant la maladie de la mère pour ne reprendre son développement qu'une fois la santé de la mère recouvrée. Encore par effet de transposition, on dira que les tremblements d'une mère atteindront le développement du cerveau et du système nerveux du fœtus.

Ainsi, plusieurs femmes enceintes souffrant de maux liés au froid pratiqueront le massage traditionnel domestique du Cia Gao, mentionné plus haut. Elles chercheront à chasser le froid de leur corps, pour préserver le fœtus des maladies du froid, d'anomalies et pour prévenir l'arrêt de son développement. On voit ici que le principe de la transposition, considéré indépendamment ou non des représentations populaires de la santé chaud-froid, s'applique à la dyade mère/fœtus; il permet de justifier et conditionne plusieurs croyances et pratiques en matière de santé, en expliquant l'état de santé du nouveau-né et/ou dictant le comportement de la mère durant la grossesse.

Bien que fort important durant la grossesse, le principe de la transposition n'est pas propre, ni à cette période ni à la dyade mère/enfant. Il s'applique tout au long de la période périnatale et peut concerner différentes personnes. Durant la grossesse toujours, le même principe s'applique aussi à partir d'un cadavre vers le fœtus. Si une femme enceinte assistait à des funérailles, l'air froid expulsé par un cadavre s'insufflerait directement dans le corps du fœtus provoquant ainsi chez celui-ci, des maladies du froid.

Toujours durant la grossesse, le fœtus peut, croit-on, être directement affecté par les comportements immoraux de ses ancêtres qui peuvent se

transposer sur lui par des problèmes de santé. Dans un autre ordre d'idées, une femme ne saurait se présenter à un mariage car elle pourrait porter malheur à la nouvelle mariée. Notons que le principe de la transposition passe ici de la femme enceinte vers la nouvelle mariée. Ces tabous liés au mariage et à la mort semblent avoir pour but de tenir la femme enceinte à l'écart d'autres rites de passage inhérents à un cycle de vie incompatible avec celui de la maternité.

Durant l'accouchement, le principe de la transposition s'applique dans le sens du bébé vers sa mère; il détermine le déclenchement du travail, la durée de l'accouchement et l'intensité des douleurs²⁷.

Lors de l'accouchement, le bébé déclenche le début du travail, l'intensité des douleurs et quelques fois la durée du travail. Mais en ce qui concerne le déclenchement du travail, la mère peut aussi influencer le bébé. Une mère raconte un rituel révélateur de cette transposition mère/foetus:

«Elle retarde d'une semaine. Pour régler le problème, les ancêtres disent à la femme de mendier une poignée de riz à chaque maison. Elle fait neuf maisons. De retour chez elle, elle fait cuire le riz et le mange. Le lendemain, elle commence son travail. Cette pratique est très bonne, elle marche pour beaucoup de femmes. C'est pour déclencher dans la tête de la femme la certitude de vouloir accoucher, c'est pour communiquer la même envie à l'enfant de vouloir sortir. Ça n'a rien à voir avec le fait de manger du riz. Ça règle le problème en poussant l'esprit de maman qui va pousser l'esprit du bébé. On utilise une diversion pour accomplir ce cheminement.»

Durant la période postnatale également le principe de la transposition s'appliquera depuis l'état de santé de la mère vers son état de santé durant sa vieillesse. Il met en cause tout particulièrement l'état de santé et de fatigue de la mère: cet état se transposant directement sur son état de santé au moment de la vieillesse. Ainsi, de peur de perdre le contrôle de la parole

²⁷ La durée peut aussi être déterminée par l'hérédité.

durant leur vieillesse, certaines femmes ne parleront pas trop longuement aux visiteurs; d'autres éviteront de s'exposer à la lumière du soleil afin de ne pas avoir de problèmes de vision lorsqu'elles seront vieilles.

La nocivité de certaines personnes qui visitent le nouveau-né pourra aussi se répercuter sur le corps ou l'âme du bébé en le faisant pleurer, lui causant des malaises et voire même, des maladies. Cette dernière situation justifie la pratique du rite de protection du nouveau-né. Une mère l'explique:

«Si une personne visite une femme qui vient d'accoucher et qu'après son départ le bébé pleure beaucoup, pour guérir le problème, on prend une baguette de riz; si c'est un garçon, on fend la baguette en 7, si c'est une fille, il faut la fendre en 9 bâtons, en gardant la base de la baguette intacte. On coupe un slip en morceaux et on enroule une pièce dans le bâton avec un papier. On brûle le tout et on prie. Si c'est une bonne âme, elle va sortir. Après avoir fait ça, le bébé devient normal, il ne pleure plus. Chaque personne a son âme, son caractère. Si l'âme est très mauvaise, elle est contre l'âme du bébé. C'est comme l'électricité, un négatif et un positif ça fait exploser, ça fait causer quelques problèmes. Si le bébé est plus fort que la personne, il n'a pas de problèmes. On ne peut jamais savoir ses réactions avant l'arrivée du visiteur, même si on le connaît bien et que c'est une bonne personne dans la vie réelle. Ce sont des choses invisibles.»

On retrouve dans le discours de cette mère une référence au principe de la transposition applicable de la personne au visiteur vers celle du nouveau-né. Il y a aussi une référence à des mécanismes d'action du monde surnaturel. «Ce sont des choses invisibles» nous dit une mère pour qui l'incompatibilité de l'âme du visiteur avec celle du nouveau-né peut provoquer un malaise ou, le cas échéant, un problème de santé chez le nouveau-né. L'exemple retenu signale que le principe de la transposition est aussi relié à des croyances surnaturelles.

Pour bien comprendre l'origine et l'importance du principe de la transposition durant la période périnatale, il faut saisir la signification et la place que la culture vietnamienne alloue à la famille. La transposition constitue en quelque sorte une expression métaphorique de la conception

vietnamienne de la famille, elle-même largement influencée par des représentations bouddhistes et confucianistes.

L'importance que l'on attribue à la famille est en effet une des données majeures de la culture vietnamienne. La forme qu'elle a prise dans le temps a largement été influencée par les valeurs de la cosmologie bouddhiste et par le code moral confucianiste (Lee et al., 1988). La pensée de Confucius a été diffusée au Vietnam par les Chinois qui ont dominé ce pays pendant près de 1000 ans (Coughlin, 1965), son influence ayant profondément marqué leur vision du monde. Le confucianisme est moins une religion qu'une philosophie de vie et un code moral. Il valorise le respect de la hiérarchie sociale, des ancêtres et des aînés donnant ainsi une importance centrale à la famille et à la piété familiale (Lee et al., 1988). Le confucianisme a largement influencé le rôle et la forme de la famille étendue vietnamienne, qui constitue une source de cohésion et de continuité. Par ailleurs, le confucianisme a également fait émerger le culte aux ancêtres (Nguyen, 1983). Plusieurs auteurs ont caractérisé la famille vietnamienne traditionnelle comme étant la source même de l'identité d'un individu. La famille au Vietnam réclame de ses membres, loyauté et respect de l'autorité des aînés. Ces mêmes aînés jouissent d'un pouvoir décisionnel sur tous les aspects importants de la vie des autres. C'est ainsi qu'au Vietnam, par exemple, toute décision de santé d'un individu sera soumise à l'approbation des aînés de la famille. On voit fréquemment aussi, des parents choisir l'époux ou l'épouse de leur enfant (Dinh, 1990: 20; Nguyen, 1983: 2).

Au Vietnam, le taux de fécondité est très élevé; la quantité d'enfants désirés ne relève pas tant du désir de la femme et du mari que de l'attente sociale face à la fonction procréatrice de la famille (Coughlin, 1965). L'honneur

familial est plus important que les intérêts individuels (Nguyen, 1990). Dans ce contexte, le divorce est chose rare et les femmes ont généralement moins d'opportunités à saisir au niveau éducationnel, social et économique que les hommes. Pour les affaires du giron familial, elles ont néanmoins un certain pouvoir de décision (Nguyen, 1990).

La famille vietnamienne reste fondamentalement patriarcale; elle dévalorise complètement l'autonomie et l'indépendance de ses membres pour au contraire valoriser la hiérarchie et la piété familiale. Cette soumission à la famille ne se vit pas uniquement auprès des aînés vivants mais aussi auprès des ancêtres. C'est une dévotion qui consiste à honorer les défunts ancêtres auprès de l'autel familial et à leur demander protection et conseils sur les événements importants et courants de la vie (Nguyen, 1983). Le culte aux ancêtres nous fait comprendre toute l'importance donnée à la fertilité dans le mariage et notamment à l'importance donnée à la naissance d'un fils. En effet, ce ne sont que les fils qui peuvent perpétuer le culte aux ancêtres en permettant aux parents de se réincarner (Coughlin, 1965). Si ce culte est principalement issu du code moral confucianiste, des représentations bouddhistes relatives à la réincarnation et à l'intemporalité l'influencent aussi grandement (Nguyen, 1983). C'est dans ce contexte que le comportement moral d'un enfant reflétera le code moral de sa famille, tout en révélant l'origine spirituelle de ses ancêtres (Nguyen, 1983).

Le principe de la transposition appliqué aux trois périodes²⁸ de la maternité constitue en quelque sorte une expression métaphorique de la définition

²⁸ Les trois périodes font référence à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

vietnamienne de la famille. Celle-ci ayant été judicieusement qualifiée par Nguyen :

« d'unité super organique et transgénérationnelle (Nguyen, 1983: 2). »

Avec une telle configuration, le principe de la transposition dans ce contexte est non seulement une expression de cette super «organicité», i.e. d'un même phénomène qui se produit entre deux personnes organiquement distinctes, mais aussi l'expression de relations familiales interdépendantes qui transcendent le temps, i.e. les âges et les générations. L'ancrage du principe de la transposition au sein du sens attribué à la famille et de la cosmologie vietnamienne indique que les représentations de la maternité constituent une porte d'entrée privilégiée vers les représentations et les valeurs dominantes de cette communauté culturelle. À cet effet, Coughlin (1965) avait déjà observé que la grossesse au Vietnam était l'occasion de resserrer les liens familiaux. Ceci nous permet de comprendre que les rites de transition vers la maternité et les représentations qu'ils véhiculent permettent de recréer les principaux axiomes d'une communauté culturelle.

3.1.3. La protection et la prévention de la dyade. Tel que présenté, la théorie populaire de la santé et le principe de la transposition produisent des croyances, des comportements et des rites périnataux reliés entre eux et aux représentations culturelles de la famille et de la cosmologie. La théorie populaire de la santé et le principe de la transposition constituent les deux premières catégories de représentations. Il importe à présent de préciser le contenu de la dernière catégorie de représentations, notamment celles issues du principe de la protection/prévention de la dyade mère/enfant. Tout comme les autres, les représentations périnatales qui y sont rattachés n'existent pas de façon arbitraire. Elles sont liées à d'autres représentations

périnatales tout en étant elles mêmes influencées par des représentations culturelles plus larges.

Presque partout dans le monde, on considère que les membres de la dyade mère/enfant sont vulnérables durant l'une ou l'autre de la période périnatale (Standing, 1980). Chez les vietnamiennes à l'étude, cette vulnérabilité trouve son interprétation et sa justification dans les représentations populaires de la santé et dans le principe de la transposition. En effet, ils représentent respectivement une version propre à la période périnatale de la théorie populaire de la santé et une expression métaphorique de la définition vietnamienne de la famille. Dans la perspective vietnamienne, la vulnérabilité de la dyade mère/enfant donne évidemment naissance au réflexe de protection.

Mentionnons par ailleurs que la notion de prévention est déjà prépondérante dans la théorie populaire de la santé au Vietnam et qu'elle est quotidiennement utilisée pour orienter les comportements sociosanitaires préventifs. Par exemple, la théorie populaire de la balance entre le chaud et le froid, incite tous les jours à préserver l'harmonie personnelle, interpersonnelle et celle du rapport avec l'environnement. Cette harmonie est la condition d'un maintien de la santé. La destinée est alors évoquée pour donner un sens à la maladie lorsque les pratiques préventives échouent. Au fondement de la destinée, on trouve un discours qui se réfère soit à l'astrologie, soit à une punition de Dieu ou soit encore à l'immoralité de ses ancêtres.

Dans la conception vietnamienne, la dyade est vulnérable, et doit être protégée. La meilleure façon en est de prévenir les problèmes par

l'observation des tabous, des comportements traditionnels et des rites. Même si la majeure partie des pratiques et des rites traditionnels de la maternité découlent de la théorie populaire de la santé et/ou du principe de la transposition, elles tendent également à protéger la dyade. Cette protection englobe la prévention des blessures et des problèmes de santé tant pour la mère que pour son bébé. La plupart des actes sociosanitaires des mères immigrantes, correspondent également avec ce souci de protéger la dyade et de prévenir les problèmes.

Durant la grossesse par exemple, les comportements des mères ainsi que l'observance des pratiques traditionnelles viseront principalement à protéger la personne la plus vulnérable de la dyade i.e. le fœtus. Mais, lors de l'accouchement et jusqu'à la fin de la période postnatale, la mère est perçue comme le plus fragile élément de la dyade. Bien que deux des rites postnatals aient pour but de protéger le nouveau-né ²⁹, c'est principalement vers la nouvelle mère que sont dirigés les pratiques et les rites préventifs de cette période.

Durant la grossesse, les pratiques alimentaires, sociales et corporelles des mères de notre étude, sont toutes dirigées vers la protection du fœtus, i.e. vers la protection de son développement, de sa santé et de son bonheur futur. Ceci est très important: si des événements survenaient ou si des éléments de l'environnement empêchaient l'observance de ces pratiques, les mères s'inquiéteraient de l'intégrité, du bien-être et de la santé de leur bébé. Cette situation s'est vérifiée pour quelques mères rencontrées au cours de notre étude. À titre d'exemple, certaines mères bouddhistes, inquiètes de

²⁹ Je fais référence ici au rite de protection de l'enfant et au rite de célébration de l'enfant à un mois, qui ont été explicités plus tôt.

l'impact de leur comportement moral sur la santé du fœtus se sont présentées à quelques reprises à la pagode pour obtenir à la fois le pardon des fautes passées et la protection de leur enfant en devenir. Mise à part l'observance des pratiques morales, sociales et corporelles, la plus importante mesure préventive durant cette période, consista à adopter une alimentation équilibrée. Ce programme fut difficile à réaliser pour certaines, étant donné le contexte de leur vie à Sherbrooke. Le discours de ces mères laisse apparaître les explications suivantes:

- 1) le problème de l'accès à certains aliments traditionnels frais dans la région de Sherbrooke et de la réduction des apports quotidiens en éléments nutritifs, qui en découle. Les mères considèrent que les aliments congelés ne sont pas aussi nutritifs que les aliments frais.
- 2) pour celles qui souffraient de l'anémie ou de diabète de gestation, l'obligation de suivre un régime alimentaire prescrit contenant des aliments québécois leur posait problème étant donné leur méconnaissance de la valeur nutritive de ces aliments et de leur qualité humorale. Certaines mères craignaient que leur alimentation ne « débalance » l'équilibre corporel chaud/froid et affecte ainsi la santé et le développement de leur fœtus.

Certaines mères se sont donc présentées à l'accouchement, craintives et anxieuses quant à l'intégrité physique et la santé de leur bébé. Il faut aussi mentionner que pour certaines, ces craintes auraient également pu être entretenues par leur difficulté à garder un état mental, physique et moral compatible avec le bien-être de leur fœtus.

En somme, les mères de cette étude ont pris très au sérieux les mesures de la prévention traditionnelle; lorsqu'un acte médical ou encore un problème les en ont empêché, leur quiétude a sérieusement été entamée.

Une pratique traditionnelle au sujet de l'utilisation du placenta est également investie de l'objectif de prévention/protection de la dyade. Au Vietnam, on enterre souvent le placenta de l'enfant près d'un cours d'eau: il s'agit de protéger sa santé, de garantir la sécurité des accouchements futurs de sa mère et d'indiquer le lieu de naissance du bébé. Au Vietnam, le lieu de naissance est métaphoriquement désigné par l'expression "le lieu où a été enterré le placenta". On utilise aussi le placenta à des fins rituelles pour resserrer les liens fraternels du nouveau bébé ou encore pour résoudre des problèmes de stérilité chez un tiers. Le placenta, semble véhiculer de multiples messages qui commandent le sens de la maternité dans son ensemble à savoir: la continuité de la grande famille transgénérationnelle, la stérilité/fertilité, l'attachement à ses frères et soeurs ainsi qu'à sa terre d'origine. Au Québec, les mères vietnamiennes n'ont pas osé demander au personnel hospitalier de conserver leur placenta.

Durant la période postnatal, tel que décrit précédemment, toute une série de rites est appliquée en vue de prévenir la transposition durant la vieillesse de problèmes de santé postnatals de la mère. Après l'accouchement, la famille de la nouvelle mère, l'entourera, la protégera de toutes les émotions néfastes qui pourraient affecter sa quiétude. On évitera, par exemple, à la mère de se fâcher pour prévenir des étouffements chroniques durant sa vieillesse. La tristesse et les larmes seront épargnées afin de lui assurer une bonne vue dans la vieillesse. Le conjoint devra lui démontrer son amour et son

attachement afin de lui éviter tout souci. Afin de sauvegarder sa mémoire lors de la vieillesse, l'épouse évitera toute activité exigeant de la concentration, telle que regarder un film et lire.

Durant cette période, les mères sont en somme, véritablement maternées et prises en charge par leur famille qui veille à assurer leur repos pour qu'elles récupèrent leur énergie vitale, à les protéger de l'eau/l'air/le vent nocifs, à leur préparer une alimentation quotidienne à qualité chaude pour les aider à récupérer leur chaleur perdue et contribuer à prévenir des problèmes de santé lorsqu'elles seront vieilles. Au Québec, en l'absence de leurs familles, plusieurs mères n'ont pas respecté ces rites, ces tabous et ces pratiques traditionnelles qui selon elles leur permettraient de prévenir des problèmes de santé durant leur vieillesse.

On se rend compte que les principes de protection/prévention sont fondamentaux dans la vision vietnamienne de la maternité car ils donnent un sens à maints croyances, rites et pratiques relatifs à la santé durant toute la période périnatale. Les notions de prévention et de protection de la dyade sont aussi reliées aux principes de la vulnérabilité, de la transposition, des représentations populaires de la santé. Protéger et prévenir des problèmes de santé de la dyade mère/enfant est au centre des préoccupations des familles vietnamiennes durant toute la période périnatale.

3.2. Les MEM³⁰ maternels. Tel que précisé au cadre conceptuel (chap. #2) je tenterai d'illustrer dans cet article, dans quelle mesure les modèles explicatifs des malaises (MEM) de la grossesse et de la période postnatale, sont reliés aux représentations de l'allaitement et à la théorie populaire

³⁰ MEM= modèles explicatifs des malaises.

spécifique à la période périnatale. Nous verrons aussi dans quelle mesure, une analyse de type MEM permet d'identifier les déterminants culturels de la faible prévalence de l'allaitement des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke.

Toutes les vietnamiennes multipares interviewées dans le cadre de cette étude avaient allaité leurs bébés nés au Vietnam, pendant plusieurs mois. Mais, lorsqu'elles ont accouché à Sherbrooke, ces mêmes femmes ont abandonné cette pratique traditionnelle. La prévalence de l'allaitement, chez les immigrantes vietnamiennes interviewées fut de 0% pour l'allaitement et de 28 % pour l'allaitement mixte. Les mères ayant adopté l'allaitement mixte, l'ont fait pour une durée moyenne de 2.2 mois. Je présenterai les MEM maternels en commençant par la perception des mères de(s) cause(s) et de(s) traitement(s) du malaise ou de la maladie. Lorsque les mères ont spécifié leur propre pronostic du malaise ou de la maladie je l'ai également décrit.

3.2.1. Les MEM de la grossesse.

Je présenterai au début de cette section, un tableau des prévalences des malaises et maladies qui ont atteint les immigrantes vietnamiennes de cette étude, pour ensuite décrire les MEM qui y sont reliés. Ensuite je présenterai les relations entre les différents MEM illustrés par deux diagrammes, le premier portant sur les MEM de la grossesse et le deuxième sur les MEM de la période postnatale. J'illustrerai ensuite à l'aide d'exemples, comment les MEM maternels sont reliés aux représentations relatives à l'allaitement et à la culture populaire de la santé.

Tableau # 2. Prévalence des malaises et des maladies de la grossesse chez les immigrantes vietnamiennes à l'étude.

nausées/vomissements	84% (16/19)
malaises liés au froid	81% (15/19)
insomnie	52% (10/19)
fatigue	47% (9/19)
rétenion d'eau	37% (7/19)
constipation	21% (4/19)
diabète de grossesse	10% (2/19)
anémie	10% (2/19)

Les nausées/vomissements. Ce malaise a affecté le plus grand nombre de mères vietnamiennes durant leur grossesse (84%). Étant donné sa haute prévalence dans l'échantillon à l'étude, je donnerai plus de détails sur la fréquence, la durée et l'intensité des nausées/vomissements des femmes atteintes. Des cas de nausées et vomissements, 50% (8/16) ont duré jusqu'à la fin du premier trimestre, 18% (3/16) jusqu'au deuxième trimestre et 25% (4/16) jusqu'au troisième trimestre. Toujours parmi celles qui ont souffert de nausées et vomissements (16/19), 50% (8/16) ont considéré que leur problème était grave dans la mesure où elles disaient vomir tout ce qu'elles mangeaient ou buvaient. Ces données laissent à penser que 42% des femmes de l'échantillon de l'étude auraient souffert d'hyperemesis gravidarum, c'est-à-dire la forme la plus sévère de nausées et des vomissements. Parmi celles qui ont considéré que leur problème était grave, 75% a indiqué qu'il s'était résolu à la fin du premier trimestre, 12% au cours du deuxième trimestre et 12% à la fin du troisième trimestre. Deux

femmes ont mentionné avoir été hospitalisées à cause de leurs vomissements répétés.

À titre de comparatif, des études menées auprès de la population indiquent, des prévalences de nausées et vomissements durant la grossesse variant de 60% à 80% et variant de 0.1% à 1% pour l'hyperemesis gravidarum (Cowan, 1996; El-Mallakh, et al. 1990; Long & Russell, 1993; Lub-Moss & EH, 1997; Tierson, Olsen & Hook, 1986). Une étude indique que la prévalence de l'hyperemesis gravidarum des femmes asiatiques est comparable à celle des femmes d'origine européenne (Chin, 1989).

Cependant l'étude de Price (1996) suggère que les femmes asiatiques présentaient plus de risques de développement de l'hyperemesis gravidarum: elles présentent en effet une prévalence plus forte de l'hyperthyroïdie³¹ de gestation que les femmes d'origine européenne. L'étiologie de hyperemesis gravidarum n'est pas tout à fait claire: différentes études mettent en avant différents facteurs étiologiques incluent un niveau élevé de gonadotrophine chorionique, un mauvais fonctionnement de l'adrénaline, un dysfonctionnement de la glande thyroïde, des allergies, des problèmes gastro-intestinaux, des facteurs métaboliques et nutritionnels et des désordres psychosomatiques (Cowan, 1996; Fairweather, 1978; Hod, Orvieto & al., 1994; Long & Russell, 1993).

Bien que l'échantillon à l'étude soit restreint (n=19) et non aléatoire, la prévalence qu'il suggère pour les nausées et vomissements persistants (42%)

³¹ hyperthyroïdie: hypersécrétion prolongée d'hormones thyroïdiennes impliquant ,d'une part, un hyperfonctionnement du parenchyme thyroïdien et, d'autre part ,des manifestations cliniques et/ou biologiques de thyrotoxicose. Dictionnaire de Médecine Flammarion. Médecine-Sciences-Flammarion: Paris. Édition 1992. Page 439.

demeure démesurément élevée en comparaison de celle de la population générale (0.1% à 1%). Ceci renforce le besoin d'étudier davantage cette problématique chez les immigrantes vietnamiennes.

Cause: les mères rendent leurs foetus responsables des grandes transformations corporelles qui provoquent les nausées/vomissements. Une mère dont les nausées ont persisté jusqu'au septième mois de grossesse reconnaît la pertinence des explications causales des autres mères mais elle considère que ses propres nausées/vomissements ont persisté jusqu'au septième mois à cause de son problème de foie. Plusieurs mères signalent aussi que certaines odeurs peuvent accentuer les nausées et provoquer des vomissements spontanés. Parmi les odeurs qui déclenchent des vomissements, elles citent volontiers l'odeur du poisson, celle des aliments cuisinés ainsi que celle du chauffage.

Pronostic: pour la majorité des mères, les nausées ont engendré d'autres problèmes tels que la perte d'appétit, la difficulté à boire suffisamment et l'insomnie. Les mères considèrent que si les nausées/vomissements persistaient au delà du quatrième mois, la mère et le foetus s'affaibliraient et il pourrait en résulter une fausse couche.

Traitement: toutes les mères ayant souffert de nausées/vomissements (84%) ont interrogé leurs médecins sur ce malaise. Mais toutes ont constaté que ni l'hospitalisation (deux cas), ni le médecin, ni les médicaments n'ont réussi à traiter leurs nausées. Une mère suggère simplement d'attendre que le foetus grandisse pour que les nausées cessent par elles-mêmes. Une autre suggère de suivre les conseils de son médecin, i.e. de manger après chaque vomissement afin d'atténuer leur fréquence et de réduire leur durée à une

période normale, c'est-à-dire jusqu'à quatre mois. En fait, le problème des nausées laissait les mères un peu désemparées.

Les malaises liés au froid. Plusieurs mères (81%) ont déclaré avoir souffert de malaises liés au froid durant leur grossesse. Ces malaises sont: le mal de tête, le rhume de cerveau, le mal de dos, le mal des muscles, la diarrhée, les éternuements, la grippe. Les femmes victimes de l'air froid durant leur grossesse ont souffert d'un ou de plusieurs de ces malaises. J'ai regroupé ces malaises sous la catégorie *malaises liés au froid* car les mères les appellent ainsi, en raison même de l'étiologie commune qu'elles leur accordent.

Cause: la cause commune à tous ces malaises, serait le froid qui aurait pénétré leur corps. Selon elles, durant la grossesse, le froid peut pénétrer le corps par les pores de la peau, par les pieds, par la tête ou par les épaules. À l'exception d'une seule, toutes les femmes ayant souffert du froid durant leur grossesse ont été en mesure d'identifier la voie d'entrée du froid dans leurs corps.

La grossesse n'implique pas nécessairement une vulnérabilité au froid. Plusieurs femmes se sont toutefois considérées vulnérables au froid durant cette période, parce qu'elles avaient souffert de nausées et de vomissements répétés. En effet, comme les nausées et les vomissements coupent l'appétit, les femmes enceintes considéraient qu'elles ne se nourrissaient pas suffisamment; cette situation les rendait vulnérable à l'air froid.

Les nausées et les vomissements peuvent induire un état de faiblesse, qui rend le corps vulnérable au froid. Le corps peut aussi se refroidir lorsque la

mère a mangé trop d'aliments froids comme des fruits ou des légumes crus. De la même façon, de brusques changements climatiques peuvent faire pénétrer l'air froid dans le corps d'une personne. Bien que la femme enceinte ne soit pas forcément vulnérable à l'air froid, elle peut le devenir en présence de changements brusques de température.

Pronostic: même si les malaises causés par l'air froid ne sont pas jugés dangereux pour la santé de la mère, on considère que la grippe est dangereuse pour le fœtus. En effet, comme la grippe coupe l'appétit de la mère, celle-ci appréhende que le bébé ne naisse handicapé, i.e. avec une jambe ou un bras lui manquant. En fait, le membre manquant serait celui qui aurait dû se développer durant la période où la mère a cessé de manger.

Traitement: chacun des maux liés au froid appelle un traitement différent. Pour les mères ayant souffert de la diarrhée, on conseille simplement de rééquilibrer la température corporelle en mangeant davantage d'aliments chauds tels des piments et des condiments. Pour les femmes qui ont des problèmes d'air froid non liés à l'alimentation, on suggère de masser le corps avec une huile spéciale une fois par jour pendant deux ou trois jours afin d'extraire le froid du corps. Pour se débarrasser d'un mal de tête, on suggère de boire de l'eau citronnée.

L'insomnie³². Une majorité de mères (52%) ont souffert d'insomnie pendant l'une ou l'autre période de leur grossesse.

³² Une recension des écrits réalisée à l'aide de MEDLINE 1993-1997 révèle que la prévalence de l'insomnie pour la population de femmes enceintes d'origine européenne n'est pas disponible. Cependant, l'étude de Suzuki, Dennerstein, Greenwood, Armstrong et Satohisa (1994) auprès de Japonaises (n=192) indique que 88 % de celles-ci ont souffert de problèmes de sommeil durant leur grossesse.

Causes: les mères énoncent plusieurs causes possibles à l'insomnie. En début de grossesse, certaines considèrent que les nausées sont responsables de leur insomnie, d'autres accusent la fatigue. Une mère ayant reçu une formation en médecine chinoise traditionnelle considère que les nausées proviennent de l'excès de *yang* du fœtus. En fin de grossesse, certaines femmes évoquent comme principales causes, soit un inconfort physique liés aux mouvements du bébé la nuit, soit les inquiétudes personnelles en relation avec leur famille.

Traitement: les traitements suggérés par les mères dépendent de la ou des causes de leur insomnie. Si l'insomnie est causée par l'excès de *yang*, il faut manger plus d'aliments *yin*, c'est-à-dire classés froid. Les mères ne proposent aucun traitement de l'insomnie lorsque l'inquiétude et les soucis en sont la cause. Les médecins qu'elles ont consulté à ce sujet n'ont prescrit aucun traitement.

Pronostic: une mère hospitalisée pour les nausées souffrait également d'insomnie; elle a expliqué que les médicaments et l'hospitalisation n'ont rien fait contre ses nausées et que par conséquent, son insomnie persistait. Le sommeil est revenu quand ses nausées et ses vomissements ont cessé, i.e. au cinquième mois de sa grossesse. Certaines mères ayant discuté des nausées et de l'insomnie ont expliqué que la conjugaison des deux affaiblissait: elles ne pouvaient donc plus marcher, elles avaient tendance aux vertiges ou encore aux évanouissements. Ces mères jugeaient cette situation de grande faiblesse très dangereuse pour leur fœtus, celui-ci n'ayant plus accès à l'énergie nécessaire à son bon développement.

La fatigue/faiblesse³³. Les mères utilisent ces deux termes de façon indifférenciée. Je respecterai cette classification dans la présentation de son MEM.

Cause: elles considèrent que durant les quatre premiers mois de grossesse, le foetus provoque de grandes transformations corporelles qui provoquent aussi bien des nausées/vomissements que de la fatigue qui affaiblissait la mère. Durant les premiers mois de la grossesse, ces deux malaises sont donc jugés normaux. Près de 47% des mères ont déclaré avoir souffert de la fatigue/faiblesse durant leur grossesse. Mais elles considéraient également que les nausées/vomissement peuvent entraîner de la fatigue. La plupart des femmes ayant éprouvé de la fatigue au delà du quatrième mois de grossesse, sont aussi celles qui ont souffert de nausées et de vomissements graves. Ces femmes expliquent leur grande fatigue par une alimentation inadéquate ou encore un manque de sommeil. Une seule mère a établi un lien entre son problème de fatigue et d'une part la grippe (un malaise lié au froid) et d'autre part l'existence de relations sexuelles avec son mari au dernier trimestre que condamne la tradition vietnamienne.

Pronostic: la fatigue peut à son tour entraîner l'insomnie. Une mère considère que la fatigue est normale lors des premiers mois: cette fatigue peut entraîner des engourdissements et/ou un mal de dos que des massages peuvent soulager.

³³ La fatigue est un symptôme si fréquent durant le premier trimestre de la grossesse que certains manuels d'obstétrique tel le Williams Obstetrics (Pritchard, MacDonald & Gant, 1985) présente la fatigue comme un des symptômes normal de la grossesse. Une recension des écrits à l'aide de la banque informatisée MEDLINE 1993-97 révèle l'existence d'une étude (Lebech, Hansen & Knudsen, 1996) réalisée auprès de Danoises (n=180) enceintes indiquant une prévalence de la fatigue de 50% et de 20% pour les maux de tête. Les auteurs spécifient que ces symptômes sont si fréquents durant la grossesse que leur présence n'indique pas l'existence d'une pathologie sous-jacente.

Traitement: les femmes estimaient que le médecin n'était pas en mesure de traiter la fatigue et que seul le sommeil pouvait résoudre le problème. Une mère a cependant mentionné que les massages pouvaient également contribuer à réduire la fatigue.

La rétention d'eau³⁴. Les mères expliquent différemment la rétention d'eau. Une mère nous fait part de l'interprétation traditionnelle: au Vietnam selon elle, le liquide amniotique se répand à l'extérieur de l'utérus et est responsable de la rétention d'eau. Une autre mère considère la rétention d'eau comme un problème tout à fait normal durant la grossesse. Selon elle, durant cette période, le corps de la mère doit produire plus de sang pour répondre aux besoins du bébé mais il arrive que ce surplus de sang puisse affecter la rate et les reins, déséquilibrant ainsi le système de drainage du corps. On avance aussi l'idée que cette grande quantité de sang descende dans la partie inférieure du corps et ne le gonfle. La mauvaise alimentation, c'est-à-dire trop salée ou encore carencée en vitamines, est une des causes de la rétention d'eau. Enfin, selon une des mères qui est également pharmacienne de profession, le problème viendrait d'une albumine anormale³⁵.

Pronostic: les mères ont expliqué que la rétention avait pour effet de faire pression sur les veines et que cette situation pouvait dès lors provoquer des varices, voire même dans certains cas, une hémorragie lors de

³⁴ L'étude de Lebech (1996) auprès de Danoises (n=180) enceintes indique pour le troisième trimestre une prévalence de l'œdème des jambes variant de 20% à 60% selon le nombre de semaines de gestation. Les auteurs spécifient que ce symptôme est si fréquent durant la grossesse que sa présence devrait être considérée normale.

³⁵ Cette mère ne précise pas si l'albumine est anormalement élevée ou basse.

l'accouchement. Mais les mères ne semblaient pas outre mesure inquiètes de cette possible conséquence.

Traitement: une mère indique qu'il n'y a rien à faire pour ce genre de problème et qu'il faut simplement attendre la fin de la grossesse pour qu'il se règle de lui-même. D'autres mères ont suivi les directives de leur médecin qui leur avait suggéré d'adopter un régime alimentaire sans sel et de boire des tisanes diurétiques. Une autre mère suggère de traiter la rétention d'eau en consommant des aliments sucrés tels que le riz et la banane. Une autre conseille de soulever les pieds aussi souvent que possible durant le sommeil afin de minimiser la rétention d'eau.

Constipation³⁶. Les mères ont donné différentes explications et traitements possibles pour la constipation. Elles ne font pas consensus en relation avec son MEM.

Cause: la première cause évoquée fait référence à l'excès de chaleur corporelle qu'une alimentation excessivement chaude a provoqué. D'autres mères pensent que la constipation tient au fait que la mère ne mangerait pas assez de légumes. Une mère attribue son problème à son manque d'habitude des aliments canadiens.

Traitement: le traitement suggéré pour la constipation dépend évidemment de la ou des causes évoquées par les mères. Celles qui liaient le problème au manque de légumes dans l'alimentation suggèrent d'en manger davantage,

³⁶ Une revue de la littérature recensée dans un MEDLINE 1993-1997 indique la présence d'un seul article relatif à la fréquence de la constipation durant la grossesse. Cet article (Meyer, Peacock, Bland & Anderson, 1994) auprès de femmes enceintes (n=1513) d'origine européenne indique que la constipation est un symptôme très fréquent de la grossesse et sa prévalence tend à augmenter avec les semaines de gestation.

celles qui voyaient la source du problème dans un excès de chaud proposaient de manger davantage d'aliments froids tels que le lait et les légumes. Seule une femme a utilisé des suppositoires prescrits par son médecin.

Diabète de grossesse³⁷. Lors des test de dépistage du diabète de grossesse, deux femmes sur dix-neuf (10%) ont eu un résultat positif. Celles qui n'avaient pas souffert de cette maladie n'avaient aucune idée de ce qui pouvait la causer. Plusieurs ont mentionné ne jamais avoir entendu parlé du diabète gestationnel.

Cause : une des deux femmes atteintes n'était pas en mesure d'expliquer la cause du diabète de grossesse et l'autre considérait qu'elle faisait du diabète parce qu'elle avait mangé trop d'aliments sucrés durant sa grossesse.

Traitement: elles se sont référées à leur médecins respectifs pour leur traitement. Elles ont mentionné que celui-ci leur a conseillé de réduire leur consommation d'aliments sucrés. Une de ces deux mères a précisé qu'elle se piquait le bout du doigt pour mesurer son taux de sucre et qu'elle devait réduire sa quantité de riz, de sucre et de matières grasses.

³⁷ Une recherche par MEDLINE 1993-97 indique que la prévalence du diabète gestationnel varie selon l'année et la population à l'étude. Par exemple, l'étude de Lopez-de-la-Pena, Avelar et Romo (1997) auprès de mexicaines (n=187) indique une prévalence variant de 3.9% à 6 % avant 1997 et de 6.9% après 1997. Moses et Colagiuri (1997) ont trouvé une prévalence du diabète gestationnel estimée à 6.6% entre 1991 et 1994 pour les femmes de New South Wales.

L'anémie³⁸. Peu de femmes (10%) ont souffert d'anémie durant leur grossesse, pourtant l'une d'entre elles croyait que l'anémie était une caractéristique normale de la grossesse.

Cause: pour expliquer son malaise, une mère anémique affirmait que le foetus «prend tout ce que la mère mange». Une autre mère liait son anémie au fait que son médecin lui avait prescrit des prises de sang tous les deux mois. Une autre considérait que son anémie venait d'une mauvaise alimentation durant sa grossesse.

Traitement: la plupart considère que le traitement de l'anémie, requiert de mieux se nourrir, c'est-à-dire de manger davantage de viande de boeuf, de betteraves et de carottes bouillies. Certaines mères ont mentionné avoir reçu une prescription de suppléments de fer mais ne pas les avoir achetés en raison de leur coût élevé.

Diarrhée. Bien que les mères n'aient pas souffert de ce malaise, elles ont néanmoins expliqué le MEM qu'elles lui attribuaient.

Cause: la plupart des mères ont considéré que la diarrhée était due à une mauvaise alimentation, au fait qu'elles n'avaient pas l'accoutumance à l'alimentation canadienne ou encore l'assimilation d'une proportion démesurée d'aliments froids, comme par exemple les fruits. Une des mères,

³⁸ Le Williams Obstetrics (Pritchard et al., 1985) mentionne que la prévalence de l'anémie durant la grossesse varie considérablement dépendant si les femmes étudiées prennent ou non des suppléments de fer. Une recension des écrits à l'aide de MEDLINE 1993-97 révèle des prévalences de l'anémie variant de 7.1% à 82% selon les populations à l'étude. Cette prévalence peut être influencée par divers facteurs tels par exemple la prévalence du paludisme (Bouvier et al., 1997), le niveau de vie et la nutrition maternelle (Simmons, Simeon, Bramble, Buffonge, Gallagher & Simmons, 1996) et l'intervalle entre les grossesses (Lazovic & Pocekovic, 1996).

acupuncteur de métier, envisage deux hypothèses: une rate *mal nourrie* ou des reins *épuisés*.

Traitement: la mère qui voit dans l'épuisement des reins la cause de la diarrhée, suggère de manger davantage d'aliments froids alors que les mères qui associent la diarrhée à l'excès de froid suggèrent de manger davantage d'aliments chauds, tels des piments et des condiments et ce, afin de rééquilibrer leur température corporelle. On voit ici que ces deux mères ont adopté une position contradictoire sur les causes de la diarrhée, l'une attribuant à l'excès de froid et l'autre à l'excès de chaud, il faut toutefois noter que le principe de leur raisonnement demeure le même, i.e. la référence à des représentations humorales tant pour expliquer la cause que pour préconiser un traitement de la diarrhée. Toutes deux proposent de traiter le problème par la consommation d'aliments d'une qualité humorale opposée à celle qui est sensé avoir causé le mal.

3.2.2. Les MEM de la période postnatale.

Tableau # 3: Prévalences des malaises maternels et infantiles les plus fréquents durant la période postnatale.

grande fatigue (mère)	63% (12/19)
malaises liés au froid (mère)	42% (8/19)
constipation (bébé)	26 % (5/19)
diarrhée (bébé)	26 % (5/19)
engorgement des seins	22 % (2/9)
production laiteuse insuffisante	22 % (2/9)
tristesse (mère)	15 % (3/19)
boutons (bébé)	10 % (2/19)

Grande fatigue.

La grande fatigue constitue le malaise postnatal le plus fréquent chez les mères interrogées (63%).³⁹ Du point de vue des mères, ce malaise est inhérent à différentes situations.

Causes:

- 1) si une mère n'a pas protégé son corps du froid après l'accouchement;
- 2) simplement parce qu'une mère a perdu beaucoup de sang à l'accouchement;
- 3) si une mère adopte une alimentation froide (qui refroidit le sang) ou encore si elle n'a pas mangé en quantité suffisante durant la période postnatale;
- 4) si une mère ne se repose pas dans les semaines suivant l'accouchement.

Traitement: les mères suggèrent de prendre un repos total pendant 100 jours et de protéger leur corps du froid durant cette même période.

Les mères qui ont éprouvé une grande fatigue durant la période postnatale ont identifié deux conséquences à leur malaise: la dépression et une production laiteuse insuffisante chez les mères nourrices.

³⁹ Une recherche bibliographique réalisée à l'aide de MEDLINE 1993-97 indique une absence de prévalence disponible de la fatigue postnatale des femmes nord américaines et par voie de conséquence l'impossibilité de comparer avec celle des immigrantes vietnamiennes à l'étude. Une seule étude (Smith-Harahan & Deblois, 1995) avec un très petit échantillon (n=52) indique que peu importe le nombre d'heures d'hospitalisation post-partum (< ou > 60 heures d'hospitalisation), la prévalence de la fatigue sévère demeure la même, i.e. de 25% à la sortie de l'hôpital, 31% à une semaine post-partum et 19% à six semaines postnatales.

Les malaises liés au froid⁴⁰. Cette catégorie inclue la diarrhée, le mal d'oreille, les douleurs aux doigts, le mal de tête, les pieds froids, la surdité, la difficulté à voir lorsqu'il fait soleil, le rhume, la grippe et la fatigue.

Cause: ces malaises ont pour origine le froid qui pénètre le corps maternelle sous la forme, soit de l'air, du vent ou de l'eau. Le froid peut pénétrer le corps lorsque la nouvelle mère boit de l'eau ou prend son bain. Il peut aussi pénétrer le corps si la nouvelle accouchée adopte une alimentation trop froide. Pratiquement toutes les femmes ont expliqué qu'à la différence de leur grossesse, la période postnatale constituait une période très particulière dans la mesure où toutes les mères étaient vulnérables au froid durant cette période. Pour expliquer leur vulnérabilité au froid, les mères ont évoqué les raisons suivantes:

- 1) la perte de sang à l'accouchement;
- 2) la perte d'énergie provoquée par les douleurs du travail et les efforts pour expulser le bébé ;
- 3) les pores de la peau s'ouvrent suite à la perte d'énergie et de sang et restent ouverts pour 100 jours post-partum.

⁴⁰ Cette catégorie diagnostique n'existe pas dans la médecine occidentale et par voie de conséquence, aucune prévalence n'est disponible à ce sujet. Cependant un article dans le domaine de la psychiatrie transculturelle (Eisenbruch, 1983) relate le cas d'une immigrante vietnamienne en Angleterre ayant reçu le diagnostic de la dépression. Mais selon le MEM de cette femme, elle aurait souffert d'une des catégories de «wind illness» appelée *lom phit duan*. Selon Eisenbruch (1983), le «wind illness» est la plainte la plus fréquente chez les patient de l'Asie du Sud Est et il existe environ mille variétés de «wind illness» traités par des guérisseurs traditionnels. Mais, le *lom phit duan* qui afflige cette patiente vient du «vent» qui a pénétré son corps durant le mois postnatal parce qu'elle n'a pas respecté certains rites postnatals. L'auteur précise que ce type de «wind illness» est généralement diagnostiqué par la femme elle-même qui se souvient, de dix à trente ans après l'accouchement, ne pas avoir respecté un ou l'ensemble des rites postnatals. L'auteur précise que ce type de «wind illness» peut être transmis par le lait maternel au bébé ce qui expliquerait que certains hommes souffrent également de «wind illness».

Par voie de conséquence, la perte d'énergie et les ouvertures corporelles rendent les femmes vulnérables au froid pour une période de cent jours postnatals. De plus, celles qui ont mentionné avoir rencontré certains problèmes particuliers durant leur grossesse, tels que, des nausées/vomissements persistants au delà du quatrième mois ou encore des prises de sang, se sentaient apparemment durant cette période, plus vulnérables au froid que les autres mères.

Seules, deux vietnamiennes sur dix-neuf (2/19) ont dit ne pas avoir été vulnérables au froid après leur accouchement à Sherbrooke; elles avaient pourtant mentionné avoir été vulnérables au froid après leur accouchement en Asie. Ces femmes qui avaient souffert d'un malaise lié au froid en Asie ont expliqué qu'elles ne s'étaient pas protégées du vent ou de l'eau froide après l'accouchement et/ou qu'elles ne s'étaient pas alimentées adéquatement (alimentation trop froide) pour permettre le réchauffement de leur corps.

Certaines mères étaient capables de spécifier par quelle partie de leur corps, le froid s'était introduit. Une mère par exemple a indiqué que le froid est entré par sa poitrine parce que cette partie de son corps était exposé à l'air durant la période postnatale. Une autre affirmait que le froid était entré par sa tête lorsqu'elle a pris son bain, une autre que le froid est entré par sa colonne vertébrale durant sa grossesse et que le froid s'est amplifié à cause de sa fatigue dans les semaines suivant l'accouchement. Une autre a expliqué que le froid a pénétré son corps parce que son alimentation postnatale était trop froide. On voit bien que durant la période postnatale, le froid peut pénétrer le corps par différents orifices (que les mères perçoivent situés sur la tête, les pores de la peau, la poitrine et la colonne vertébrale) mais aussi

que le froid lui-même se manifeste à travers divers éléments tels que l'air, le vent ou même l'eau tiède du bain.

Traitements: pour tenter de rééquilibrer leur température corporelle, les mères suggèrent de manger de la viande braisée (poulet et porc avec du sel), d'éviter de consommer des liquides durant les trois premiers mois suivant l'accouchement, d'éviter la consommation des légumes si elles ont des douleurs au ventre, et d'éviter de manger des crustacés et des mollusques car ils refroidissent davantage le corps. En fait, une femme qui durant la période postnatale souffre d'un mal lié au froid doit éviter de manger des aliments froids tels les fruits et la banane. Une autre femme recommande de frotter le corps avec une huile spécialement conçue pour fermer les pores de la peau et de boire du vin pour faire sortir le mauvais sang de l'utérus, juste au cas où le refroidissement serait lié au surplus de mauvais sang dans l'utérus. Pour traiter le mal de tête post-partum (un malaise lié au froid), la tradition suggère de boire de l'urine d'un petit garçon en santé âgé de 6 à 12 ans, mélangé à un morceau de gingembre. Une mère précise que cette pratique peut sembler dégoûtante mais qu'en fait elle est très efficace pour traiter le mal de tête. Probablement, dit-elle, parce que l'urine contient des hormones. Une mère a spécifié que son mal de tête postnatal l'a rendu très triste. Plusieurs mères ont spécifié que les malaises liés au froid pouvaient engendrer de la tristesse, une perte de l'appétit et de la faiblesse. L'allaitement est contre-indiqué aux mères souffrant d'un malaise lié au froid: l'énergie nécessaire à la production laiteuse accroîtrait la fatigue maternelle.

La constipation du bébé⁴¹. Beaucoup de mères ont mentionné que leur bébé avait souffert de constipation (26%) pendant plusieurs mois. Bien que les mères aient été peu loquaces à ce sujet, leur MEM relatif à ce problème de santé semblait lié à l'allaitement.

Causes: si le bébé allaité est constipé, on accusera l'alimentation de la mère nourrice. Dans cette perspective on pourrait dire, qu'elle ne mange pas assez de fruits et de légumes, qu'elle mange trop de riz, ou encore, qu'elle mange trop de nourritures sèches. D'un autre côté, la constipation du bébé allaité viendrait d'un sang maternel trop chaud, cet état serait lui-même provoqué par le fait que la mère aurait mangé des condiments et des épices qui sont classés chauds.

Traitements: si le bébé allaité est constipé, la mère doit alors manger beaucoup de fruits tels la pomme et boire du lait, ces aliments feront baisser la température du corps maternel. Celle-ci doit également cesser de manger chaud, elle doit boire davantage d'eau.

La diarrhée chez le bébé⁴². Ce problème, tout comme la constipation du nourrisson, est principalement relié, selon les participantes, à l'alimentation de la mère qui allaite.

Causes: quand le bébé n'est pas allaité, on considère que la diarrhée vient de non accoutumance à la nouvelle nourriture. Quand par contre le bébé est

⁴¹ Une recension bibliographique faite à l'aide de MEDLINE 1993-97 révèle une absence de prévalence disponible sur la constipation chez le nouveau-né.

⁴² Une recension des écrits faites à l'aide de la banque informatisée MEDLINE 1993-97 a révélé que certaines données restreintes sont disponibles sur les incidences de la diarrhée du nouveau-né dans quelques pays en développement mais aucune prévalence n'est disponible en relation la diarrhée du nouveau-né en Amérique du nord.

allaité, on dit que l'alimentation de la mère cause la diarrhée, i.e. des légumes crus ou encore un trop grande quantité de légumes cuits.

Traitements: si la mère allaite, elle doit rééquilibrer son alimentation et si elle n'allaite pas, elle doit simplement attendre que son bébé s'habitue à son alimentation.

Engorgement des seins⁴³. Ce sont les mères qui ont déterminé si leurs propres seins étaient ou non engorgés. Parmi celles qui ont allaité, peu ont souffert de ce problème.

Cause: l'engorgement des seins viendrait selon les mères, d'un surplus de lait dans les seins. Ce surplus peut s'expliquer par le fait que le bébé ne boive pas assez, ou que la mère ait bu trop d'eau ou de liquide.

Traitement: on suggère alors d'extraire le surplus de lait en pressant les mamelons.

Production laiteuse insuffisante⁴⁴. Peu de mères nourrices ont souffert de ce problème. Néanmoins plusieurs mères avaient un MEM à proposer pour l'expliquer, ce faisant, indiquant probablement l'importance qu'elles attribuent au problème.

⁴³ Une revue de la littérature réalisée dans MEDLINE 1993-97 révèle une absence de prévalence disponible sur la question de l'engorgement des seins chez les mères nord-américaines qui allaitent.

⁴⁴ Une recension des écrits dans la banque informatisée MEDLINE 1993-97 indique que la prévalence du problème de l'insuffisance de la production laiteuse chez les femmes occidentales n'est pas disponible. Néanmoins dans plusieurs pays, l'insuffisance laiteuse est invoquée par les mères comme principale raison du sevrage (Badruddin, Inam, Ramzanali & Hendricks, 1997; Evans, Evans & Simmer, 1995; Gussler & Briesemeister, 1980; Obermeyer & S, 1996; Yusof, Mazlan, Ibrahim & Jusoh, 1995).

Cause: Pour tenter d'expliquer l'origine d'une production laiteuse insuffisante, les mères ont évoqué l'une ou l'autre de ces causes:

- 1) ne pas se nourrir convenablement et/ou ne consommer suffisamment de liquides;
- 2) ne pas disposer de suffisamment de chaleur dans son corps;
- 3) être très fatiguée.

Traitement: Les mères conseillent de manger davantage de bouillie aux pattes de cochon avec les ongles, mélangé à du riz gluant, des légumes et de l'amidon. Il est également important durant cette période de bien réchauffer le corps de la mère.

Tristesse postnatale⁴⁵.

Quand on leur a posé l'unique question relative à leur état émotif durant la période postnatale, quatre mères sur un total de dix-neuf (21%) ont spontanément déclaré qu'elles avaient été très tristes après la naissance de leur bébé.

Causes: elle ont attribué leur tristesse à:

- 1) à la fatigue et;
- 2) au fait que leur famille, en particulier leurs mères, n'aient pas été auprès d'elles à l'accouchement et pour la période postnatale.

⁴⁵ Une recension bibliographique par MEDLINE 1993-97 indique qu'aucune prévalence de la tristesse postnatale n'est disponible pour les femmes occidentales. Cependant, l'on sait que la tristesse est une caractéristique du «baby blues» qui affecte près de 80% des femmes vers le troisième jour post-partum. La tristesse est également un des symptômes de la dépression postnatale qui affecte près de 20% des femmes durant la période postnatale. Contrairement au «baby blues» qui disparaît rapidement de lui-même, la dépression postnatale est une dépression majeure qui débute de quatre à six semaines postnatales et qui nécessite un traitement (Godfroid & Charlot, 1996).

Traitement: les mères n'ont pas mentionné ce que l'on pouvait ou devait faire pour pallier leur tristesse. Contrairement à d'autres problèmes physiologiques, elles semblaient un peu désemparées face à la résolution de ce problème, leur tradition n'ayant pas prévu de thérapeutique pour y remédier.

Un bébé qui a des boutons⁴⁶. Bien que ce malaise soit considéré bénin, son MEM révèle les mêmes principes humoraux utilisés pour les MEM des autres malaises périnataux.

Cause: on considère que les boutons viennent d'un excès de chaleur du corps du bébé lié à une alimentation maternelle trop chaude et trop épicée.

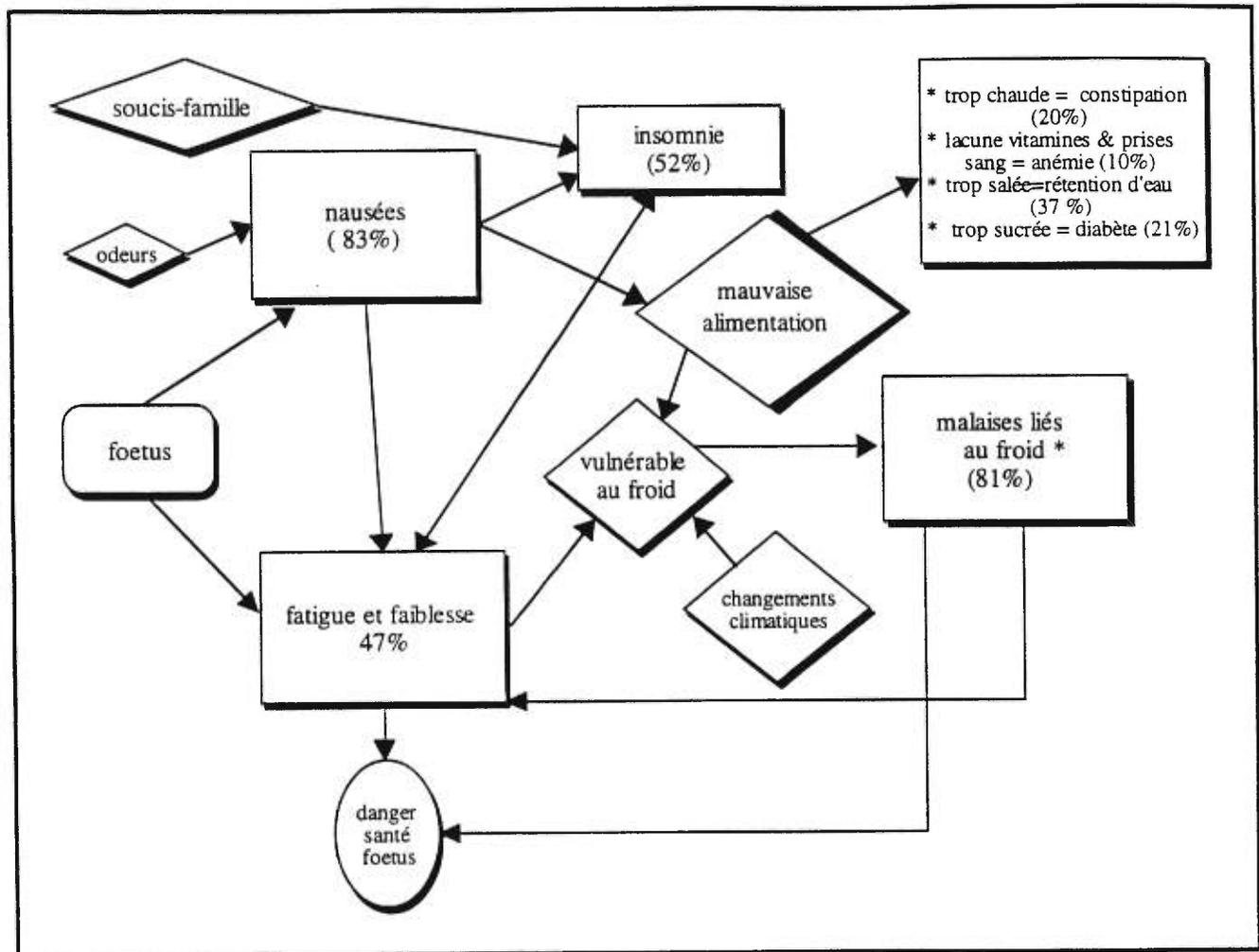
Traitement: la mère nourrice doit donc simplement éviter de manger des aliments épicés.

3.2.3. Relations causales entre les différents MEM.

Si on se réfère au diagramme # 2, on peut voir les relations causales entre plusieurs MEM de la grossesse. Voire même, certains malaises comme les nausées, la fatigue/faiblesse, les malaises liés au froid et l'insomnie sont au centre du discours des mères sur les maladies et le malaises. Si l'on observe les prévalences relatives de ces quatre malaises durant la grossesse, on se rend compte qu'ils présentent des prévalences plus élevées que les autres malaises. Durant la grossesse, le malaise le plus important d'un point de vue des mères, est incontestablement les nausées/vomissements répétés: car selon

⁴⁶ Une recherche bibliographique dans la banque informatisée MEDLINE 1993-97 indique qu'aucune prévalence n'est disponible sur les boutons du nouveau-né en Occident.

Relations causales entre les MEM de la grossesse



* Les malaises liés au froid induent: le mal de tête, le rhume de cerveau, le mal de dos, la diarrhée, les éternuements et la grippe.

les MEM des mères, ce malaise entraîne d'autres malaises qui auront à leur tour des conséquences importantes sur la santé de la mère en provoquant chez elle l'insomnie, la mauvaise alimentation, la fatigue et la faiblesse qui encouragent les malaises liés au froid et du fœtus en multipliant chez lui les dangers de malformation durant la grossesse. De plus, ni les mères, ni leurs médecins n'avaient de solution à proposer pour remédier aux nausées et aux vomissements.

En se référant au tableau #3 de la section 3.2.2., on se rend compte que la grande fatigue et les malaises liés au froid constituent les maux les plus fréquents de la période postnatale. En se référant au tableau #3, on peut aussi voir que les malaises liés à l'allaitement, tels que l'engorgement des seins et une production laiteuse insuffisante, ne sont pas fréquents car peu de mères ont allaité. Mais à la lumière des MEM présentés au diagramme #3 on sait qu'il y a des relations entre la grande fréquence de la fatigue postnatale sévère (63% des mères) et l'allaitement. En réalité, nous rappellerons simplement que l'allaitement est contre-indiqué aux mères fatiguées car produire du lait requiert beaucoup d'énergie vitale.

3.2.4. Les MEM, l'allaitement et la théorie populaire de la santé.

Lorsqu'elles exposent les causes et les conséquences de leurs malaises et de leurs maladies périnatales, les vietnamiennes font état de différents principes de la théorie populaire de la santé à savoir: le froid/chaud, l'énergie vitale et le vent/l'air/l'eau. Telles qu'abordées au chapitre #1 (article 1.4.7.), ces représentations sont une version populaire des principes *am-duong*, *ch'i* et *phong* de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne (Dinh et al., 1990).

Les représentations maternelles faisant référence au principe chaud-froid, prennent une place centrale durant la période périnatale: il confère un sens à plusieurs problèmes de santé. Par exemple, les MEM de la constipation et de la diarrhée durant la grossesse et la période postnatale font directement référence aux principes chaud-froid. Deux mères le disent bien:

« La constipation c'est à cause que le corps a beaucoup de chaleur. Il faut arrêter de manger des aliments qui donnent la chaleur et la constipation arrête.» Annie ⁴⁷

« Si le sang est froid, on mange des aliments froids comme la viande de buffle ou la racine de bambou, la santé devient pas bonne, très fatiguée à cause que la femme porte le sang froid. Si la personne porte le sang chaud, elle peut manger un peu d'aliments froids mais pas beaucoup, sinon elle aura mal au ventre, elle aura des gaz. Une personne qui est constipée après l'accouchement, ça veut dire qu'elle a le sang chaud. On peut savoir si une personne a le sang chaud si elle est constipée souvent, enceinte ou pas. Il n'y a pas d'autres moyens de savoir » Mimi.

Outre le principe du chaud-froid qu'illustrent ces citations, celui de l'énergie vitale, influence également plusieurs MEM maternels. En vertu de ce principe, les mères considèrent que les vomissements répétés durant la grossesse causent la fatigue, la faiblesse et la vulnérabilité aux malaises liés au froid. La baisse de l'énergie vitale est importante pour les mères car elle provoque l'ouverture des pores de la peau qui à son tour rend le corps vulnérable à la pénétration pathogène de l'air, de l'eau ou du vent.

« À la première grossesse, j'ai beaucoup de nausées qui m'empêchent de dormir et de manger. Je deviens très faible, c'est pourquoi je ne pouvais plus marcher. J'ai eu peur pour mon bébé, quand j'étais malade pour cette grossesse.»

Dans la mentalité populaire, le sang recèle une qualité de chaleur et de vie. Dans cette perspective, perdre son sang signifie perdre de l'énergie vitale: donc voir le corps se refroidir. On retrouve ces mêmes représentations durant la grossesse.

⁴⁷ Les prénoms présentés dans cette recherche ont été changés dans le but de protéger l'identité des participantes.

« Durant la grossesse, on a pris du sang quatre fois, à cause du diabète. J'ai peur, très peur quand on me prend du sang, je perd connaissance, deux fois. C'est automatique, chaque fois que l'aiguille pique, j'ai peur. Ça (l'aiguille) ne peut rien faire au bébé. J'ai peur parce que je ne peux manger les aliments et on me prend beaucoup de sang, j'ai peur pour ma santé. À cause du diabète, le médecin ne donne pas la permission de manger tout ce que je veux, juste un peu de riz. J'ai peur, je deviens fatiguée.» Mimi

Cette citation illustre combien l'énergie vitale est pour les mères directement liée à la qualité et à la quantité de leur sang. Elles n'ont pas parlé directement de l'énergie vitale lorsqu'elles ont discuté de l'allaitement, mais elles y ont indirectement fait référence lorsqu'elles ont expliqué le lien qu'elles établissaient entre le sang et l'origine du lait maternel.

« C'est tout un processus, le lait qui nourrit le bébé. Le lait est sorti du corps de la maman qui est transformé. C'est du sang de la maman qui est transformé en substance blanche qui sort du corps de la maman. C'est une nourriture de transition jusqu'à ce qu'il puisse manger. Le sang se transforme en lait dans les seins. Quand le bébé est sorti de l'utérus, le sang qui y allait est retourné dans les seins pour sortir. C'est un mécanisme, c'est la nature qui le fait, le corps sait que c'est l'autre processus qui va déclencher. »

Durant la période postnatale, le niveau d'énergie vitale est indirectement évoqué par les mères lorsqu'elles énoncent les causes d'une production laiteuse insuffisante, les conséquences de la perte de sang à l'accouchement et l'origine de la grande fatigue postnatale. Certaines mères ont spécifié que si une mère souffrait de grande fatigue après l'accouchement elle ne pouvait pas allaiter car, ce faisant, elle diminuerait son énergie vitale déjà entamée.

La diminution de l'énergie vitale normale après l'accouchement, n'est pas uniquement évoquée pour expliquer certains problèmes de santé comme, les malaises liés au froid dont les principaux symptômes sont la grande fatigue et la tristesse. Mais l'on sait que l'accouchement produit une diminution normale de l'énergie vitale à cause de la perte de sang et la grande dépense d'énergie. En gardant à l'esprit que les mères considèrent le lait maternel comme du sang transformé, on peut formuler cette hypothèse selon laquelle peu de mères allaitaient par crainte d'une perte d'énergie vitale. À cet égard,

les mères considèrent que la fatigue diminue leur production de lait. En retour, allaiter contribue à exacerber la fatigue déjà présente chez une mère. Il y a, par voie de conséquence, une incompatibilité entre la grande fatigue postnatale et l'allaitement. Durant la période postnatale, comme 63% des mères ont souffert d'une grande fatigue, cette incompatibilité supposée pourrait avoir des incidences importantes sur la décision des mères d'adopter ou non l'allaitement. Voici l'exemple d'une mère qui établit une relation de cause à effet entre manger peu, être fatiguée et produire une quantité insuffisante de lait maternel.

"Au Vietnam, il y a beaucoup de lait mais au Canada, je n'ai plus de lait. À cause de l'horaire des repas, c'est complètement différent. Si je veux manger et que les enfants m'occupent, je ne peux pas manger. C'est l'horaire différent entre les enfants et le bébé. Aussi je suis très fatiguée, alors je manque de lait. Je n'ai pas allaité au Canada."

L'analyse des MEM de la grossesse et de la période postnatale chez les immigrantes vietnamiennes, souligne aussi la référence au principe de l'air/l'eau/le vent. Durant la grossesse, on peut voir des mères se rattacher à ces principes de la théorie populaire de la santé pour parler des nausées et des vomissements persistants.

«À cause des problèmes de nausées et de vomissements, je ne pouvais pas manger beaucoup et mon corps est devenu vulnérable, et ainsi ça a facilité l'entrée d'air froid dans mon corps et donc la maladie. À mon dernier enfant, je suis devenue très vulnérable, on a dû me donner le sérum (hospitalisation pour hyperemesis gravidarum). L'air froid est entré par ma tête et par mes épaules. Si ça entre par la tête, on éternue souvent. Si c'est par les épaules, on a des douleurs aux épaules. C'est la même chose les entrées d'air froid, enceinte ou pas. J'ai eu peur, je me suis inquiétée. Si le rhume est grave, il peut manquer un membre à l'enfant à sa sortie.»

Durant la période postnatale, les MEM des mères font également référence à la pénétration du vent, de l'air et de l'eau pour expliquer l'origine des malaises liés au froid. Il importe de retenir qu'il est contre indiqué d'allaiter pour une mère souffrant de grande fatigue postnatale. En effet, celle-ci doit éviter l'allaitement afin de ne pas intensifier sa perte d'énergie vitale et de ne pas produire un lait délétère pour la santé du poupon. Dans

l'hypothèse d'une relation entre la grande fatigue postnatale et l'allaitement, il y a lieu de se demander pourquoi tant d'immigrantes vietnamiennes ont souffert de ces malaises liés au froid après leur accouchement. Les mères ont situé l'origine de ces maux dans l'absence de repos, au manque de protection de leur corps et à l'inadéquation alimentaire. Il y a lieu de se demander pourquoi elles ont adopté ces comportements en sachant qu'ils étaient néfastes à leur santé ? Considérant que la majorité allaite au Vietnam, il y a lieu de se demander si, au pays d'origine, autant de femmes souffrent après un accouchement de malaises liés au froid et de fatigue.

Les analyses des MEM maternels, ne permettent pas de répondre à ces questions qui deviennent fondamentales lorsque l'analyse a pour finalité d'identifier les déterminants culturels de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. Eu égard aux limites reconnues des analyses de type causal, telles que les analyses de MEM (Kirmayer et al., 1994; Young, 1981), il apparaît judicieux d'analyser les complexes de chaînes et les prototypes maternels, en veillant à relier ces analyses à celle des MEM et à l'allaitement.

Les analyses MEM présentées dans ce chapitre ont permis de saisir que le problème de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke était relié aux représentations maternelles de la santé et de la maladie et plus précisément à certaines représentations collectives de la théorie populaire de la santé à savoir: le froid/chaud, l'énergie vitale et le vent/l'air/l'eau. Au delà de l'établissement de ces relations, l'analyse de type MEM ne permet cependant ni d'identifier, ni de comprendre l'ensemble des déterminants culturels à l'origine de la faible prévalence de l'allaitement dans la communauté étudiée. Nous verrons dans

les prochains articles de ce chapitre, que l'analyse des prototypes et des complexes de chaînes complètent l'identification et la compréhension des représentations liées à la faible prévalence de l'allaitement des immigrantes vietnamiennes.

3.3. Les prototypes et les complexes de chaîne: « qui cuisinera les pattes de porc à la papaye verte ? ».

Je présenterai dans cet article les prototypes et les complexes de chaîne selon trois groupes de mères à savoir:

- 1) les multipares qui n'ont pas allaité;
- 2) les multipares qui ont adopté l'allaitement mixte;
- 3) les primipares qui n'ont pas allaité⁴⁸.

Pour chacun de ces groupes, je présenterai lorsque mentionnés par les mères:

- 1) les raisons qu'elles ont évoquées pour justifier leur choix d'allaiter ou non;
- 2) les prototypes qu'elles évoquent dans leurs récits et l'analyse interprétative de leur signification;
- 3) les événements communs qu'elles ont révélé dans les complexes de chaîne et une analyse interprétative de leur signification.

⁴⁸ Toutes les primipares ont nourri leurs bébés exclusivement à l'aide de formules de lait maternisé.

3.3.1. Les multipares qui n'ont pas allaité.

3.3.1.1. Les raisons des multipares qui n'ont pas allaité.

Les mères de ce groupe ont toutes allaité leurs bébés nés au Vietnam ou dans un camp de réfugiés. Or elles n'ont pas allaité leur bébés nés à Sherbrooke. Comment expliquer un tel comportement en terre d'Amérique lorsqu'on sait qu'elles jugent le lait maternel supérieur aux formules de lait commercial? À cette question, quelques une ont avancé de brèves raisons. Par exemple:

« ...je n'ai pas allaité parce que je devais retourner au travail...» Une autre mère: « je n'ai pas allaité parce que je n'avais pas assez de lait...» Ou une autre: « je n'ai pas allaité parce que je n'aime pas allaiter.»

Plusieurs disent au départ ne pas avoir allaité pour des raisons rationnelles et peu discutables. Lorsqu'elles ont dévoilé leur récit périnatal, on découvre d'une part, que dans les mois suivants l'accouchement aucune mère n'est retournée travailler et que d'autre part, aucune n'a tenté de mettre son bébé au sein. Comment les mères ont-elles pu savoir qu'elles n'avaient pas assez de lait si elles n'ont jamais mis leur bébé au sein? Les raisons des mères et les comportements incohérents qui en découlent ne permettent pas de comprendre pourquoi ces mères ont abandonné l'allaitement après l'immigration.

3.3.1.2. Les prototypes des multipares qui n'allaitent pas.

Les femmes de ce groupe ont évoqué seulement deux prototypes dans leur récit périnatal. Le premier est une histoire que les mères racontent lorsqu'elles discutent de leur vulnérabilité postnatale. Les mères racontent qu'elles connaissent une vieille dame vietnamienne atteinte d'une maladie du froid et que cette vieille dame a cette maladie parce qu'elle n'a pas respecté les rites corporels et alimentaires postnatals. En réalité, cette vieille dame atteinte d'une maladie du froid n'est pas une seule et même personne: certaines

femmes parlent d'une amie de leur mère, d'une tante ou encore d'une voisine. Mais toutes ces vieilles dames ont en commun le fait d'être une Vietnamiennne âgée affligée d'une maladie du froid, le froid ayant pénétré son corps lors de la période postnatale pour n'avoir pas respecté les rites corporels ou alimentaires traditionnels.

Ce prototype de la vieille dame malade du froid suggère trois choses:

- 1) que les mères attribuent de l'importance aux rites postnatals;
- 2) qu'elles craignent être affligées du même problème de santé durant leur vieillesse étant donné qu'à l'instar de la vieille dame, elles n'ont pas respecté l'ensembles des rites postnatals et;
- 3) l'importance qu'elles attribuent au principe de la transposition.⁴⁹

Pour les mères, ce prototype semble constituer une preuve irréfutable de la croyance selon laquelle l'exposition d'un corps maternel au froid durant la période postnatale entraînera durant la vieillesse une maladie liée au froid. Le principe de la transposition auquel cette croyance réfère est très important. Il commande tout un ensemble de croyances relatives à la santé durant l'ensemble de la période périnatale tout en étant profondément ancré dans la vision du monde vietnamienne.

Tel que discuté au début de ce chapitre, le principe de la transposition appliqué aux trois périodes⁵⁰ de la maternité constitue en quelque sorte une expression métaphorique de la définition vietnamienne de la famille. Celle-ci

⁴⁹ Voir l'article 3.2.2 de ce chapitre pour une définition du principe de la transposition.

⁵⁰ Les trois périodes font référence à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

ayant été judicieusement qualifiée d'unité super organique et transgénérationnelle par Nguyen (1983).

Dans ce contexte le principe de la transposition est non seulement une expression de la super «organicité» de la famille, i.e. un même phénomène qui se produit entre deux personnes organiquement distinctes. La transposition est aussi l'expression de relations familiales qui transcendent le temps, i.e. les âges et les générations. L'ancrage de la transposition au sein de la conception vietnamienne de la famille, de la cosmologie confucianiste et bouddhiste nous laisse supposer que les croyances découlant du principe de la transposition, telle que celle à laquelle se réfère le prototype de la vieille dame malade, sont directement liées à des représentations et à des valeurs dominantes dans la culture vietnamienne.

Ceci nous indique que les mères qui disent craindre pour leur santé future parce qu'elles n'ont pas pu respecter l'un ou l'autre rite postnatal, et qui donnent en exemple le prototype de la vieille dame, s'appuient sur des représentations de la santé périnatale profondément ancrées dans la définition de la famille et de la culture vietnamienne. Selon Good (1994), lorsque des représentations de la santé sont directement reliées à d'autres sphères de la culture telles que la parenté, l'économie ou les relations de pouvoir, elles deviennent plus difficiles à changer dans un contexte d'intervention. En raison de son ancrage dans la culture vietnamienne, cette croyance inhérente à la période postnatale et la crainte qui l'accompagne, c'est-à-dire la peur d'être malade du froid durant sa vieillesse pour ne pas avoir respecté les rites postnatals, devrait être difficile à changer.

Le deuxième prototype évoqué par les multipares de ce groupe est celui de leurs premiers accouchements, tels qu'elles les ont vécu, soit au Vietnam, soit dans un camp de réfugiés. Leurs récits périnataux au Vietnam ou au camp de réfugiés servent en définitive à illustrer la dimension problématique de leur expérience postnatale à Sherbrooke. Par exemple, lorsque Adeline fait le récit de son expérience postnatale au Vietnam, ce prototype lui permet de comparer son expérience postnatale à Sherbrooke. Son récit dévoile qu'au Vietnam, elle avait beaucoup de lait et qu'elle avait pu se reposer car pendant trois mois sa famille avait pris en charge les tâches domestiques. Au Vietnam, elle a eu besoin de chaleur durant la période postnatale et a reçu l'aide de sa mère pour réaliser tous les rites corporels de réchauffement. Par exemple au Vietnam, on lui a donné le bain de vapeur quotidien aux herbes, elle a couvert ses orifices corporels avec du coton, elle est restée à l'intérieur de sa chambre sans sortir pour se protéger du vent et pendant trois mois, elle n'a pas touché à l'eau. L'interprète traduit:

« Au Vietnam elle est dans une chambre isolée. Pas complètement isolée, elle est dans sa chambre comme avant, elle peut marcher dans la maison mais elle doit éviter de s'approcher de l'autel des ancêtres parce que le sang des femmes après l'accouchement c'est malpropre... Les parents lui conseillent de manger certains aliments, et d'éviter la viande sauvage, elle ne sait pas pourquoi mais elle le fait. Au Vietnam, elle a besoin de chaleur, dépendant de la saison. Si c'est l'été, elle a besoin de la chaleur 1 mois. Si c'est l'hiver, elle a besoin pendant deux mois. Au Canada non...

(Au Vietnam) On prend un pot en porcelaine et on met une couche de cendres de charbon au fond du pot et après le charbon qu'on allume et on remet une autre couche de charbon et on met dessous le lit de la femme qui vient d'accoucher. D'après son mari, l'expérience de sa mère aussi, la source de chaleur ça aide à rétrécir le ventre parce que le ventre devient très gros durant la grossesse. Avec la chaleur sous le lit, la femme se couche sur le ventre, et elle retrouve sa forme d'avant. Elle mange beaucoup d'épices fortes comme le sel et le poivre mélangés avec le piment. Boire beaucoup de jus amer, fourni par les feuilles trouvées dans la forêt. On les presse pour extraire le jus et après on le boit. Si on fait comme ça pendant trois ou quatre mois après il n'y a plus de couche de gras sur le ventre. Le ventre devient très beau. Au Canada, on ne fait pas comme ça c'est pourquoi les femmes ont des gros ventres. »

Au Vietnam, elle a mangé beaucoup de bouillie aux pattes de cochon à la papaye verte préparée par sa mère. Ce plat traditionnel postnatal est

reconnu pour produire une grande quantité de lait maternel frais et nutritif. Le qualificatif "frais" doit être compris ici en terme humoral, c'est-à-dire en se souvenant que l'état de fraîcheur est celui qui apporte la santé contrairement à l'état froid ou chaud qui rend malade. Mais à un deuxième niveau, la connotation "frais" constitue aussi une métaphore qui permet à la mère d'exprimer qu'elle se sentait bien. Son récit illustre donc que son expérience postnatale au Vietnam lui sert de prototype, d'exemple, de référence pour juger et illustrer les problèmes de son expérience postnatale à Sherbrooke.

En effet, les récits prototypiques de l'accouchement des femmes de ce groupe mettent en lumière qu'au Vietnam ou dans les camps de réfugiés, elles ont reçu un support psychologique et domestique constant. Durant toute la période postnatale, cette aide provenait généralement de leur mère sinon des femmes de leurs familles ou encore de la communauté pour celles qui ont accouché au camp de réfugiés. Cette aide leur a permis de se reposer et par conséquent, de retrouver leurs énergies vitales, en respectant les rites de protection postnatals. Ce faisant elles ont empêché un refroidissement excessif de leurs corps; ces situations les ont assuré d'une bonne production laiteuse, c'est -à- dire un lait maternel frais, nutritif et en grande quantité.

Comme Adeline, toutes les mères de ce groupe ont utilisé leur expérience postnatale au Vietnam ou au camp de réfugiés comme expérience prototypique pour illustrer et évaluer le soutien qu'elles ont reçu lors de ce premier accouchement, et celui qu'elle n'ont pas reçu à Sherbrooke.

3.3.1.3. Les complexes de chaînes des multipares qui n'allaitent pas

Le cas d'Adeline est un bon exemple de la situation problématique à Sherbrooke. L'interprète traduit:

Au Vietnam, elle jette le premier lait⁵¹ et après elle nourrit son enfant (au sein). On jette le premier parce qu'il n'est pas bon. Au Canada, c'est le personnel de la pouponnière qui s'occupe de donner du lait au bébé. De retour à la maison, elle ne nourrit pas son bébé au lait maternel, elle lui donne du lait maternisé. Elle dit qu'elle a donné les formules de lait parce qu'elle n'aime pas allaiter.

Son mari n'est pas d'accord, il lui dit d'expliquer que si un jour elle travaille et qu'elle nourrit (allaite) c'est impossible, c'est très difficile. Au Vietnam, en attendant le lait maternel (pendant qu'elle produit le colostrum), elle donne du jus de kantow. Elle fait bouillir l'eau et met le kantow dedans, c'est très bon. Elle ne sait pas d'où vient le lait maternel mais pour avoir beaucoup de lait, il faut manger des légumes.

Son mari n'est pas d'accord, il lui dit d'expliquer avec plus de détails. Elle explique qu'il faut faire un bouilli avec des pattes de cochons et des légumes, carottes etc. Ça donne beaucoup de lait. Ou encore une sorte de fruit mais le fruit est encore jeune, c'est une sorte de fruit qui ressemble à l'avocat... (Elle décrit longuement la papaye verte)

Pour avoir beaucoup de lait au Canada, on achète les pieds de cochon et on les fait bouillir avec des légumes.(...) Pas de complications avec son premier et seul allaitement (au Vietnam). Elle dit que lait maternel est meilleur que le lait maternisé. D'après elle à cause de la nourriture (de la mère) qui comprend des vitamines, c'est meilleur que le lait maternisé .

Les raisons que les mères de ce groupe avancent pour justifier leurs comportements relatifs à l'allaitement diffèrent des raisons on ne peut plus complexes qui émergent de leurs récits. Après son accouchement à Sherbrooke, Adeline n'avait que son mari pour l'aider: sa mère était restée au Vietnam. En l'absence d'aide, elle n'a pas pu se reposer et respecter les rites postnatals qui servent à protéger la santé de la mère et du bébé. En effet, la santé du bébé est solidaire de celle de sa mère qui une fois protégée produira un lait de qualité. À Sherbrooke, la seule chose qu'Adeline ait pu faire pour préserver sa santé fut d'éviter les gros travaux domestiques pendant trois mois. Le cas d'Adeline n'est que peu différent de celui des

⁵¹ Évangéline fait référence ici au colostrum. La tradition vietnamienne veut effectivement que le colostrum ne soit pas un lait de qualité et par voie de conséquence qu'on le jette.

autres femmes multipares interviewées qui après avoir émigré à Sherbrooke, ont abandonné l'allaitement.

Leurs récits révèlent en effet que, les rites de protection postnatals sont pour elles importants puisqu'ils tendent à préserver leur santé et à produire un lait *salutogène*. À Sherbrooke, elles n'ont pu toutefois les respecter en raison de l'absence de leur mère ou d'autres femmes substitués restées au Vietnam. En raison même de l'importance qu'elles attribuent aux rites postnatals, ces multipares se caractérisent par leur adhésion aux représentations populaires de la santé périnatale qui les justifient.

En vertu de ce système de représentations populaires, des rites corporels et alimentaires sont nécessaires à la protection de la santé de la mère et celle du poupon jusqu'à la fin de la période postnatale traditionnelle. Afin de rééquilibrer leurs températures corporelles (humorales) et celle du lait qu'elles produisent, les mères doivent aussi respecter des rites postnatals alimentaires. Ces rites consistent principalement à éviter de manger des aliments classés froids⁵² et au contraire à manger des aliments à qualité «chaude» afin de réchauffer le corps maternel qui a tendance à se refroidir après l'accouchement. L'objectif de ces rites est de permettre au corps de retrouver un état de fraîcheur associé à la santé. Un plat postnatal traditionnel mentionné par toutes ces femmes doit être signalé parce qu'expressément conçu pour produire une grande quantité de lait maternel de bonne qualité, c'est-à-dire frais et nutritif: il s'agit du bouillon de pattes de porc à la papaye verte.

⁵² C'est-à-dire les fruits de mer, les légumes crus, le canard, les fruits, les boissons froides, du buffle, des racines de bambou. On déconseille également de manger du poulet mais certaines le tolèrent en petites quantités.

Quelques mères mentionnent aussi la pertinence de manger du boeuf braisé aux légumes cuits; ce plat contribue aussi à produire beaucoup de lait de bonne qualité. En effet, ainsi que nous l'avons vu à l'article des MEM, pour qu'il ne mette pas la santé du poupon en danger, le lait maternel doit être ni chaud, ni froid, mais frais. Ces plats cuisinés requièrent évidemment du temps de préparation et de l'énergie qu'une femme venant d'accoucher n'a pas. La tradition veut donc que la nouvelle mère ait de l'aide domestique provenant soit des femmes de la famille, soit des domestiques pour les familles plus fortunées. Mais, comme leurs mères étaient restées au pays d'origine, ces femmes n'ont pas reçu l'aide permettant d'actualiser ces rites postnatals. Pour leur part, les plus fortunées qui s'appuyaient traditionnellement sur l'aide de leur mère ou de leurs domestiques, se sont appauvries dans le processus migratoire: elles ont en effet perdu les moyens financiers de s'offrir le luxe de domestiques.

L'absence de maternage si nécessaire à l'actualisation des rites postnatals et au repos, a évidemment des conséquences sur la santé de la mère. Toutes les mères de ce groupe ont, en effet, déclaré, soit avoir souffert d'un malaise lié au froid, soit avoir entretenu des craintes importantes en relation à leur santé future, notamment celle de souffrir d'un malaise lié au froid durant leur vieillesse.⁵³

Pour celles qui avaient déjà souffert d'un malaise lié au froid, il fut hors de question d'allaiter. En effet, une fois qu'il pénètre le corps de la mère, le froid se transpose automatiquement dans le lait maternel qui à son tour met

⁵³ Du point de vue vietnamien, la vieillesse commence à partir de quarante ans.

ainsi en péril la santé du poupon. À Sherbrooke comme plusieurs autres multipares qui n'ont pas allaité, Adeline a raconté avoir souffert d'un malaise lié au froid. L'interprète traduit:

« Dans son expérience, l'air froid entre par la poitrine, peut-être elle porte un vêtement ouvert dans le cou. Après elle a mal à la tête, elle est fatiguée, elle n'aime pas manger et elle veut juste se coucher. Elle croit qu'une femme qui vient d'accoucher est plus fragile à l'air froid. On peut facilement savoir si une femme vient d'accoucher parce que quand elle sort, elle a les oreilles bouchées par le coton et la tête couverte par un turban.»

Le cas d'Adeline est typique de plusieurs multipares vietnamiennes qui ont abandonné l'allaitement à Sherbrooke. Pour les autres femmes multipares dont la seule crainte fut celle d'un malaise lié au froid durant leur vieillesse, le problème de la qualité de leur lait se posa en termes identiques. En effet, bien que pour ces mères le froid n'aille pas immédiatement causer un malaise, il n'empêche qu'elles considéraient le froid présent dans leurs corps. Seule, la manifestation néfaste du froid était retardée dans le temps. Comme le froid était présent dans leur corps, il se transposerait inévitablement dans le lait maternel avec des conséquences néfastes sur la santé du bébé. Pour l'ensemble de ces mères qui n'ont pu respecter les rites postnatals, allaiter était non seulement dangereux pour la santé de leur bébé mais aussi pour la leur. En effet, allaiter entame l'énergie vitale que les mères ont déjà du mal à récupérer, compte tenu de leur exposition au froid.

3.3.1.4. Analyse des caractéristiques du groupe de multipares qui n'ont pas allaité.

Les prototypes et les complexes de chaîne de ces multipares révèlent que leur abandon de l'allaitement s'inscrit dans un contexte postnatal problématique tant du point de vue de leur santé que pour celle de leur poupon. En effet, l'abandon du maternage de la nouvelle mère qui résulte de la migration fait

problème. Le récit de leurs expériences postnatales au Vietnam révèle que celles-ci considèrent leurs expériences postnatales du Vietnam comme une expérience prototypique. C'est une référence, un exemple qui dicte idéalement la façon de faire durant la période postnatale; il met en relief la perte de la grand-mère maternelle, des domestiques restés au Vietnam et, par conséquent le privilège normal et attendu d'être maternée après avoir donné naissance à un bébé. Même pour les femmes qui ont accouché au camp de réfugiés, le support familial a été suppléé par les membres de la communauté vietnamienne captive au camp.

Les complexes de chaîne et les prototypes contenus dans leurs récits révèlent qu'elles comparent toutes leurs expériences postnatales du Vietnam à celle de Sherbrooke. Cette analyse montre aussi que la perte du soutien familial éprouvée à Sherbrooke a des incidences sur la santé de la dyade mère/enfant. Dans l'esprit des mères, c'est-à-dire en regard des nouvelles contraintes de leur vie sherbrookoise et, compte tenu de leurs représentations de la santé périnatale, ne pas allaiter devient la meilleure stratégie pour préserver leurs propres santés et celles de leurs bébés.

Ne pas pouvoir allaiter devient un comportement conséquent à la perte de la famille et du soutien qu'elle prodigue. Le récit de Mi-Yung est, à ce sujet, révélateur, sa tristesse durant la période postnatale en témoignant.

Au Vietnam, elle a reçu beaucoup de visites. Aux Philippines (au camp de réfugiés), elle reçoit des parentés. Au Canada, elle ne reçoit personne juste elle et son mari. Elle aime recevoir beaucoup de visites après l'accouchement. Elle est triste au Canada, elle ne recevra aucune visite. Au Vietnam, comme elle reçoit beaucoup de visite, elle parle de tout ce qu'elle pense. Aux Philippines aussi, à l'hôpital elle était triste mais rendu à la maison c'était fini car sa soeur est venue la visiter. Mais au Canada, elle ne peut pas montrer son émotion à cause qu'il n'y a personne pour partager son bonheur et sa tristesse. (...) Au Vietnam, c'est sa mère qui soigne son enfant et elle l'a soigné aussi. Aux Philippines, c'est sa soeur, son mari et ses nièces. Au Canada, c'est son mari. (...) Pour l'endormir, au Vietnam, elle endort le bébé sur son épaule et elle

s'asseoir sur le hamac. Ici, elle donne une bouteille de lait et lui tape doucement sur les fesses. (...) Au Vietnam, elle donne la première tété après 3 ou 4 jours. Au Canada, dès la sortie, elle donne le lait maternisé. Au Vietnam, elle ne donne pas de lait avant quatre jours parce qu'il n'y a pas encore de lait et sa mère doit faire quelque chose pour aider le lait à couler. Sa mère achète un sorte de médicament, elle ne sait pas ce que c'est, mais après le lait coule. En attendant (sa montée laiteuse), sa mère utilise une sorte de farine qu'elle met dans l'eau chaude et qu'elle fait mariner et elle prend le jus et le donne au bébé. Si la mère a du lait tout de suite, elle donne le lait tout de suite, avec du jus de « Kantow » aussi. C'est une sorte de racine râpée très mince comme le zeste d'orange qu'on met dans l'eau chaude et qu'on laisse mariner et on sort un sorte de liquide sucré qui est très bon pour le bébé. Le lait maternel est le meilleur... Au Vietnam et aux Philippines, elle a allaité. Le deuxième enfant (aux Philippines) est soigné par le médecin pendant les sept premiers jours et après elle donne le sein au bébé quand il pleure. Après douze mois, elle commence à donner autre chose que du lait, elle donne tout ce que le bébé peut manger. »

Mi-Yung ne donne pas de raison explicite pour expliquer pourquoi elle a abandonné l'allaitement. Mais, en évoquant son problème postnatal à Sherbrooke, on comprend bien que ne pas allaiter devient un choix évident. Elle raconte son expérience postnatale au pays d'origine qui devient une expérience prototypique à partir de laquelle elle évalue ce qu'elle a ensuite vécu dans le camp de réfugiés puis à Sherbrooke.

3.3.2. Les multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.

Je présenterai brièvement dans un premier temps les prototypes des mères de ce groupe de mères pour ensuite commenter leurs caractéristiques communes et les événements semblables qu'elles ont vécu au Vietnam et à Sherbrooke. Je présenterai ensuite une analyse de leurs interprétations de ces événements.

3.3.2.1. Les prototypes des multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.

Très peu de mères de ce groupe se sont attardées à raconter l'histoire prototypique de la vieille dame qui souffrait d'un malaise lié au froid parce qu'elle n'avait pas respecté les rites de la protection postnatale. Le seul

prototype commun à ces femmes fut, leur propre expérience postnatale au Vietnam. Mais, à la différence des multipares qui n'ont pas allaité, elles étaient beaucoup moins loquaces sur leur histoire postnatale à Sherbrooke et sur les raisons qui les avaient amené à adopter l'allaitement mixte. En analysant les complexes de chaînes, on comprend cependant que leurs récits postnatals prototypiques du Vietnam leur servait à souligner qu'elles ont perdu le soutien postnatal dont elles bénéficiaient au pays d'origine et qu'elles associent ce support à leur statut socio-économique.

3.3.2.2. Les complexes de chaînes des multipares qui ont adopté l'allaitement mixte.

L'analyse des complexes de chaînes a permis d'identifier ce qui distinguaient ces multipares de celles qui ont complètement abandonné l'allaitement, à savoir:

- 1) elles sont plus distantes à l'égard des rites et des croyances périnatales vietnamiennes;
- 2) leur discours rationnel présente l'allaitement mixte comme une technique de sevrage ou encore comme une forme d'assurance à l'effet que le bébé reçoive tous les nutriments dont il a besoin;
- 3) elles ont reçu un peu d'aide à un moment donné ou à un autre durant la période postnatale, leur permettant ainsi de respecter une partie des rites postnatals;
- 4) elles ont toutes donné le colostrum à leur bébé, pratique qui pourrait indiquer leur rupture avec la tradition vietnamienne.

La distance prise par ces mères à l'égard de la tradition périnatale s'est manifestée de différentes façons. Elles pouvaient être rebelles aux conseils

des femmes expérimentées de leur famille, telle par exemple leur belle-mère. Elles pouvaient aussi rejeter la pertinence de certaines représentations traditionnelles de la santé postnatale ou encore, simplement rejeter la pertinence de certains rites particuliers. Elles pouvaient également minimiser les conséquences sur leur santé, du fait de n'avoir pas suivi certains rites postnatals. Par exemple, Lee qui a reçu un peu d'aide postnatale, minimise la fatigue engendrée par son accouchement et, les effets dommageables à sa santé venant du non respect des rites corporels postnatals. Elle explique cependant qu'il est très important de respecter les rites alimentaires durant la période postnatale. Lee raconte:

«Je me suis reposée pendant quatre jours à l'hôpital, ici après je trouve que la femme a besoin d'aide. J'avais un cousin qui habitait avec nous et qui s'occupait des repas, moi je m'occupais du bébé. Pour les autres (nouveaux-nés) je n'ai pas eu d'aide du tout. J'ai pu m'organiser, j'ai pris un mois d'avance j'ai préparé les choses d'avance (les repas traditionnels). C'était juste réchauffé.

Q: Vous n'avez pas vraiment eu de repos?

Moi, ce que je fais, c'est que même en travaillant je me sens reposée, ce n'est pas une corvée pour moi et quand les enfants dorment, je dors pour récupérer. Les autres viennent avant la fête de un mois pour me dire bonjour. La visite ne me dérange pas quand ils viennent, je me repose, ils apportent les repas et arrangent les choses que je n'ai pas arrangé. Ils ne viennent pas en visite mais pour m'aider. Je n'ai aucun malaise avec aucune visite. Pendant un mois je prends des bains de vapeur. Tout le mois, eau bouillie avec des herbes, friction avec mélange alcool et camphre. C'est hygiénique, quand on se sent bien, le physique, le psychique en bénéficie aussi. On se sent bien, on est heureuse, c'est un tout et non pas une ou l'autre affaire.»

Lam, pour sa part est plutôt rebelle au discours et à l'aide qu'elle reçoit de temps en temps de sa belle-mère. Par exemple, elle adhère à la pertinence de certains rites postnatals mais pas à d'autres. Elle raconte:

« Chez nous on dit que ce n'est pas bon de sortir après un accouchement pour ta santé quand tu vieillis. Mais des fois ici, je n'ai pas le choix. Chez nous on a plus de choix parce que les familles moyennes ont des gens qui viennent travailler (des domestiques). C'est pour ça que les femmes peuvent se coucher longtemps sur son lit. Ici tu dois sortir faire ton épicerie si ce n'est pas d'aller travailler. Je ne pense pas si j'aurai des problèmes quand je serai vieille, je n'ai pas le temps de penser à ça. Chez nous on a la visite. Ici il n'y a pas de famille,

il n'y en a pas beaucoup. C'est bien la visite moi j'aime beaucoup. Ici on doit prendre une douche après une journée moi je ne suis pas capable. Je prends au moins deux ou trois jours après, j'avais trop froid, je n'étais pas capable avant. Chez nous on dit après un mois. J'ai pris après un ou deux jours. Ma belle-mère ne s'occupe pas de ma vie. Ce n'est pas elle qui va décider quand je vais prendre mon bain. La grand-mère de mon mari me dit souvent de ne pas faire (un bain) parce que j'aurai des problèmes quand je vieillis. Mais quand il fait trop chaud, moi je ne suis pas capable de ne pas me laver.(...) Pour les aliments après l'accouchement moi je mange tout, j'avais beaucoup faim après. Tous les fruits, les viandes et les légumes sont bons pour une femme qui vient d'accoucher. Je ne sais pas ce qui peut ne pas être bon pour une femme! Moi je mange de tout! Il y en a qui en mangent pas d'oranges ou des choses comme ça parce que elles disent que c'est acide. Mais moi, je mange tout. »

Parce qu'elles n'ont pas respecté tous les rites postnatals, plusieurs mères ont éprouvé un sentiment d'insécurité en rapport avec la qualité nutritive de leur lait. L'allaitement mixte devient alors pour ces femmes une forme d'assurance à l'effet de laquelle leur bébé reçoive tous les nutriments dont il a besoin. À cet égard, l'interprète traduit le récit de Tran:

« Au Vietnam (durant le postnatal), elle ne travaille pas, elle reste à la maison. Après six mois, elle se sent très bien comme avant. (...) On doit se reposer le plus longtemps possible pour être bien dans le temps de la vieillesse. Parce que tous les organes sont faibles durant le temps de la vieillesse.

Elle vient d'une famille riche, c'est pourquoi elle n'a pas besoin de travailler tôt, juste dans la maison, il y a quelqu'un qui aide une domestique. Elle a une soeur qui n'a pas d'aide et après une semaine, elle doit travailler. Si on travail tôt ça influence la santé dans le temps de la vieillesse. Parce que tous les organes sont très faibles dans la vieillesse. Ça dépend de la situation (financière) de chaque famille. Il y a quelques vieillards qui sont très forts durant la vieillesse et d'autres qui sont très faibles. (...) Au Vietnam sa mère lui conseille de rester isolée parce qu'elle est très vulnérable quand elle a eu son premier bébé. Elle fait sa toilette dans sa chambre. Elle ne sort pas dans le salon et dans l'autre chambre. Parce qu'au Vietnam le matin, on ouvre toutes les portes et ça fait des courants d'air, elle s'isole dans une chambre fermée par un rideau ou une porte. Elle se repose sur le lit pendant un mois. Après un mois, elle peut marcher un peu dans la maison et après elle retourne dans sa chambre. Sa mère lui demande de rester dans sa chambre pour trois ou quatre mois. Après quatre mois elle aurait pu sortir mais elle n'avait rien à faire. Dans la jeunesse elle est très vulnérable, ce n'est pas comme les autres personnes. C'est pourquoi quand elle accouche elle ne fait rien, elle ne sort pas. Quand elle est descendu de l'avion, elle a senti le courant d'air, la température est très froide. Elle ne peut plus marcher, elle est gelée, ses dents aussi. Elle reste debout sans pouvoir marcher. Elle s'est dit: «Je ne pourrai pas rester au Canada ».

Comme beaucoup de mères de ce groupe, Tran raconte par la suite en détails tous les rites alimentaires et corporels qu'elle a respectés au Vietnam et l'aide qu'elle a reçue de sa famille et des domestiques. Elle évite cependant de parler de son expérience postnatale au Canada probablement pour éviter de parler d'une situation qu'elle considère humiliante. Dans cette perspective, le courant d'air froid dont elle parle en descendant de l'avion pourrait aussi signaler de façon métaphorique le malaise et l'humiliation qu'elle ressent depuis son arrivée au Canada.

Au Canada, elle a pratiqué l'allaitement mixte pendant neuf mois. Pour ses deux premiers enfants nés au Vietnam, elle mentionne avoir mangé du ragoût aux pattes de porc préparé par sa mère. Elle mentionne que ses bébés ont eu suffisamment de lait maternel pour répondre à leurs besoins nutritifs. En d'autres termes, dans la mesure où personne à Sherbrooke ne pouvait préparer ces repas traditionnels, on comprend qu'elle n'était pas en état de produire suffisamment de lait pour satisfaire les besoins nutritifs de son bébé. C'est pour pallier ces besoins nutritifs qu'elle a alors adopté l'allaitement mixte.

Telle que mentionnée plus tôt, un autre trait caractéristique chez ces mères fut d'avoir donné le colostrum à leurs bébés. Elles jugeaient le colostrum adapté au besoin de leurs bébés alors que la tradition vietnamienne suggère de le jeter car il n'est pas de bonne qualité. Le fait, si contraire à la tradition, d'avoir donné le colostrum suggère que ces mères sont plus critiques que les autres, vis à vis de certaines représentations et pratiques traditionnelles périnatales vietnamiennes et ce même si elles ont toutes allaité au Vietnam. Par exemple, Tran raconte:

« Je n'ai pas pris ma douche à l'hôpital. Chez nous c'est pas avant un mois. Moi je ne l'ai pas fait parce que j'avais froid, c'est tout. Parce que j'ai toujours accouché durant l'hiver et j'avais froid, c'est pour ça, ce n'est pas parce que j'avais peur de quelque chose (elle fait référence à la transposition du froid en maladie durant la vieillesse). D'habitude chez nous c'est au premier enfant que c'est plus important de respecter les choses (les rites). Avec ma première je ne fais pas beaucoup de choses que je dois faire comme les gens m'avaient dit. Alors ici ce n'est pas une concession que je fais c'est juste que j'avais trop froid pour une douche. D'habitude chez nous les femmes ne mangent pas beaucoup de légumes et de fruits, elles mangent juste des viandes sèches et très salées. Ma grand-mère me dit que ces aliments donnent la soif et le fait de boire beaucoup donne beaucoup de lait pour les enfants. Je ne sais pas si c'est vrai ou non. Je ne l'ai pas essayé. (...) J'ai allaité mes trois enfants. Je donne la première tété je pense trois ou quatre heures après la naissance (elle parle du colostrum). Moi je fais rien mais naturellement j'ai beaucoup de lait, trop, ça fait mal. Quand tu bois beaucoup d'eau, de liquide ça fait avoir beaucoup de lait.

J'ai sevré ma fille à un an et les autres c'est trois mois. Pour sevrer ma fille c'était difficile, elle en veut pas d'autre sorte de lait (au Vietnam). J'ai arrêté lentement. Pour les autres j'ai fait l'allaitement mixte. Une fois mon lait et une fois un autre lait et lentement j'ai arrêté mon lait.»

3.3.2.3. Analyse des caractéristiques des mères multipares ayant adopté l'allaitement mixte.

Tran se distancie de certaines représentations postnatales telle que l'interdiction de prendre un bain après l'accouchement. Elle est aussi l'exemple d'une mère qui adopte l'allaitement mixte comme une technique facilitant le sevrage. Le discours de plusieurs de ces mères suggère également qu'elles associent la perte du soutien postnatal traditionnellement donné par leurs mères et les domestiques (pour les familles plus à l'aise) à la perte de leur statut socio-économique. Cette perte de support est importante pour elle; non seulement pour les conséquences néfastes qu'elle peut avoir sur leur santé, mais aussi pour leur chute dans l'échelle sociale qu'elle révèle. Dans ce contexte, adopter l'allaitement mixte pourrait, aussi signifier, la tentative de conserver en partie une dignité envolée avec leur statut socio-économique. Par exemple, madame Nguyen raconte:

« J'ai eu cinq enfants et mes veines sont encore belles. Parce que ma mère dit que quand on a accouché le bébé les veines deviennent grosses comme des vers de terre sur la main, c'est pas beau. C'est très important pour les femmes asiatiques parce qu'une femme qui ne se soigne pas bien dans les maternités, les gens n'aime pas. Ma mère m'a parlé de toutes sorte de choses quand j'étais

jeune j'ai pensé que ce n'était pas correct et maintenant je trouve que c'est bien correcte. Elle m'a frotté deux fois par jours pendant un mois avec le liquide jaune (massage au curcuma), après un mois c'est fini. Durant les trois premiers mois, on ne doit pas trop se laver (mais elle prend le bain de vapeur). Durant les trois premiers mois, ma mère m'interdit de travailler, seulement repos. Ma mère s'occupe du bébé avec la dame qui travaille chez nous.

J'ai toujours écouté ma mère et même au dernier bébé j'ai fait encore comme ça. Beaucoup de jeunes femmes au Vietnam, les parents s'occupent moins bien, ou ne connaissent pas ou n'ont pas la capacité (les moyens financiers) pour soigner les enfants.(...) Le postnatal dure un mois. Si la famille est riche, la femme n'a pas besoin de travailler, elle est toujours au repos. Mais si la famille est pauvre la femme peut travailler jusqu'à la journée de l'accouchement. Comme moi (à Sherbrooke), j'ai travaillé à la cuisine depuis six heures le matin jusqu'à onze heures le soir, je n'ai eu aucun repos avant l'accouchement.»

On comprend plus loin dans le récit que madame Nguyen n'a pas reçu d'aide à Sherbrooke durant la période postnatale et qu'elle est quelque peu humiliée par cette situation qui trahit sa chute dans l'échelle sociale.

Même si quelques unes d'entre elles ont reçu un peu d'aide leur permettant d'actualiser certains rites, aucune de ces mères n'a reçu suffisamment d'aide pour lui permettre de respecter la totalité des rites postnatals et donc leur assurer un lait de qualité. Adopter l'allaitement mixte et minimiser l'importance de certains rites et de certaines représentations de la santé pourraient aussi constituer pour elles une façon de dépasser une situation socialement humiliante et de passer outre les inquiétudes sur sa santé et celle de son poupon.

On pourrait supposer que ces mères s'ajustent mieux à leur nouveau contexte de vie à Sherbrooke. Ceci est toutefois difficile à affirmer étant donné la petitesse de l'échantillon étudié. Mais une caractéristique certaine de plusieurs de ces femmes, du reste, est leur niveau d'éducation plus élevé et leurs personnalités plus marquées.

3.3.3. Les primipares qui n'ont pas allaité à Sherbrooke.

Aucune primipare n'a donné le sein à son bébé. Tout comme les multipares, elles considèrent le lait maternel supérieur aux formules de lait commercial. Tout comme les multipares, elles adhèrent à la théorie populaire de la santé propre à la période périnatale. Tout comme ces dernières, les femmes primipares n'ont pas été en mesure de respecter la totalité des rites postnatals parce qu'elles n'ont pas reçu le support familial nécessaire à l'actualisation de ces rites. En effet, les femmes expérimentées de leur famille, notamment les grand-mères maternelles, sont restées au Vietnam. Dans les quatre prochains articles, je présenterai leurs raisons pour ne pas allaiter, leurs prototypes et leurs complexes de chaînes. Ensuite, je proposerai une analyse de leurs interprétations des événements communs.

3.3.3.1. Les raisons des primipares qui n'ont pas allaité.

En vertu de leurs représentations de la santé périnatale et l'impossibilité de respecter les rites postnatals, elles ont considéré ne pas être en mesure de produire un lait de qualité, i.e. à qualité humorale fraîche et qui réponde aux besoins nutritifs de leur bébé.

3.3.3.2. Les prototypes des primipares qui n'ont pas allaité⁵⁴.

Accouchant pour la première fois, les primipares ne peuvent donc pas se baser sur une expérience postnatale au Vietnam pour juger de leur situation postnatale à Sherbrooke. Il est cependant intéressant de noter qu'elles comparent constamment leur situation et leurs problèmes postnatals aux normes dictées par la voix de la tradition vietnamienne. Ce que j'appelle ici la voix de la tradition, est véhiculée non pas par les grands-mères restées au

⁵⁴ La totalité des primipares n'ont pas allaité. Il n'existe pas non plus de primipare qui ait adopté l'allaitement mixte.

Vietnam mais par les autres mères vietnamiennes qu'elles côtoient socialement à Sherbrooke. C'est donc la tradition périnatale, véhiculée par les autres vietnamiennes expérimentées qui devient le prototype postnatal de référence pour ces primipares. Ce sont les commentaires et les suggestions des vietnamiennes qu'elles côtoient qui les aident à juger de leur situation postnatale à Sherbrooke, et notamment de la pertinence d'allaiter ou non.

Plusieurs primipares ont aussi raconté l'histoire prototypique d'une femme âgée ayant développé des problèmes de santé parce qu'elle n'avait pas respecté les rites postnatals. La référence à ce prototype confirme pour les primipares, la croyance selon laquelle il est fondamental de protéger son corps durant la période postnatale afin d'éviter la maladie après quarante ans. Ce prototype sert également à confirmer leur vulnérabilité postnatale et à justifier le respect des rites postnatals qui, durent plus longtemps pour les primipares que pour les multipares. Le prototype de la vieille dame met aussi en évidence le besoin et l'importance pour une nouvelle mère d'être "maternée" durant cette période.

À titre d'exemple, l'interprète traduit ce que deux mères racontent en relation avec le prototype de la vieille dame:

« Pendant les premiers quinze jours (postnatals), elle se lave le matin, mais pas un bain. Après quinze jours, elle commence à prendre un bain et une douche. C'est la coutume vietnamienne d'éviter pour un mois de prendre un bain ou une douche, parce que dans ce temps là, les pores de la peau sont ouverts et l'eau peut rentrer et les conséquences dans le temps de la vieillesse c'est froid, tout le temps froid, on sent tout le temps froid. Mais elle ne peut supporter le conseil après 15 jours, elle trouve qu'il faut prendre un bain ou une douche. Elle dit qu'on fait bouillir l'eau avec du sel. Elle dit que les personnes âgées mettent des feuilles mais elle ne sait pas quelles sortes de feuilles. Dans une chambre à l'abris de l'air froid, dans une chambre isolée, elle prend une serviette trempée dans l'eau et elle se lave le corps. Le sel c'est pour détruire les microbes sur la peau. Au Canada, elle n'a pas de feuilles, c'est pourquoi elle ne met que du sel.

La position couchée (en postnatal) c'est la meilleure méthode parce que si on marche, durant le temps de la vieillesse, les jambes sont très fatiguées. Si on s'assoit, on aura mal à la colonne vertébrale et si on reste debout comme travailler debout, la colonne vertébrale sera déplacée, si on travaille courbée, la colonne vertébrale va changer la forme. Elle donne l'exemple de sa grand-mère qui respecte les conseils de ses parents. À quatre-vingt ans, elle est encore très forte, elle est capable de porter le bois avec des poids de chaque côté. Elle va au marché sans problème, tandis que sa mère ne respecte pas tous les conseils après l'accouchement, elle marche juste un peu et elle commence à tousser. Elle trouve que les conseils c'est très bon.

Une autre mère: Elle a vu juste un cas que sa grand-mère lui a raconté. Cette femme (une primipare) n'a pas respecté les trois mois et 10 jours. Dans la vieillesse, elle fait des gaz avec le bruit n'importe où. C'est parce qu'elle n'a pas suivi les consignes après l'accouchement, n'importe quelle règle.»

Les mères adhèrent en effet à l'idée selon laquelle une primipare est encore plus vulnérable durant la période postnatale qu'une multipare. Le prototype de la vieille dame leur sert alors à renforcer ce point de vue et à justifier la nécessité de suivre et de respecter les rites de protection corporelle encore plus longtemps (100 jours) que pour les multipares (un mois).

3.3.3.3. Les complexes de chaînes des primipares.

L'analyse des complexes de chaînes révèle l'existence d'une caractéristique commune aux primipares. Contrairement aux multipares, les primipares relatent des événements suggérant qu'elles connaissent peu ou pas du tout les procédures des rites corporels et alimentaires de la période postnatale. Par exemple, en vertu de leurs représentations relatives à la santé, elles savent qu'il est important de ne pas toucher à l'eau durant la période postnatale. Elles savent aussi qu'il faut prendre chaque jour pendant cent jours, un bain de vapeur parfumé afin d'aider leurs corps à se refermer, se réchauffer à retrouver leur énergie vitale et par conséquent à préserver leur santé future. Mais, au delà des représentations qu'elles partagent avec les multipares, elles ne connaissent pas les procédures techniques de plusieurs rites. Par exemple,

elles ne connaissent pas les procédures du bain de vapeur; comment prendre le bain rituel et quels ingrédients utiliser pour le parfumer.

Les primipares savent par exemple que pour produire en grande quantité un lait frais et nutritif, il est recommandé de manger fréquemment de grandes quantités de ragoût aux pattes de porc à la papaye verte et/ou pour certaines, du boeuf braisé et d'éviter de manger des aliments froids. Cependant, plusieurs des mères de ce groupe ignorent les qualités humorales de tous les aliments vietnamiens et, encore plus, celles des aliments canadiens. Elles ne connaissent pas non plus les recettes des deux mets postnatals traditionnels.

Une des primipare s'est quelque peu distinguée des autres nouvelles mères en demandant à une autre Vietnamiennne âgée, de lui enseigner les procédures techniques du bain de vapeur. Une Dame raconte son expérience postnatale que l'interprète traduit:

« Elle n'a rien à faire, son mari fait tout dans la maison pendant un mois. Après un mois elle commence à aider son mari pour des choses très légères. C'est seulement son mari qui est présent, personne ne vient l'aider. Elle marche, elle s'assoit n'importe où, elle n'est pas isolée dans sa chambre.(...) Elle dit que pendant un mois son mari a rempli le bain d'eau tiède. Il a émincé du gingembre et le met dans l'eau, elle est debout au dessus du bassin, elle n'a pas le droit de bouger les bras et les jambes. Son mari trempe un linge et nettoie son corps. C'est selon l'expérience d'une personne âgée qui a conseillé son mari. Elle trouve que le couple est trop jeune, il ne sait pas du tout, elle leur dit quoi faire. On met le gingembre pour éviter que l'eau pénètre dans le corps à cause qu'il est très chaud. Elle explique qu'au Vietnam, au premier bébé, il faut éviter de prendre un bain pendant trois mois et 10 jours, mais au Canada elle fait juste un mois. C'est trop tôt pour elle mais elle n'a pas le choix. Après quand elle prend le bain, elle est très à l'aise. Au Vietnam, pour la santé dans le temps de la vieillesse, si on touche l'eau trop tôt avant trois mois dans le temps de la vieillesse, il y a beaucoup de troubles de maladies, elle ne sait pas quels troubles, mais il n'y a pas de bonne santé. (...) Au Vietnam, même s'il fait très chaud, les femmes qui viennent d'accoucher doivent se couvrir la tête avec le châle et porter les chaussettes, les vêtements chauds pour éviter l'air froid de pénétrer dans le corps.

C'est très facile pour l'air froid de pénétrer dans le corps après un accouchement. Elle ne sait pas si il y a un endroit dans le corps où le froid pénètre plus facilement. (...)

Elle nourrit son bébé comme les québécoises, elle a reçu un livre de son médecin. Elle a essayé d'allaiter son bébé mais elle ne supportait pas la sensation du bébé qui tète le sein. Des Vietnamiennes lui avaient conseillé de donner le lait maternel. Elle dit que si elle mange assez les aliments, les vitamines sont toutes comblées et c'est suffisant pour nourrir le bébé. Si la femme ne mange pas assez, le lait n'est pas suffisant pour nourrir le bébé.

Q.: Quel lait est meilleur le lait maternel ou le lait maternisé?

Ça dépend de chaque maman. Si la maman peut manger des choses qui donnent la diarrhée ou la constipation, le bébé aura aussi. Si la maman n'a pas de bonne santé, son lait va donner la mauvaise santé au bébé. Au Vietnam, on fait bouillir le pied de porc avec les légumes comme les carottes, les choux, les choux-fleurs et les patates. Ça donne beaucoup de lait pour le bébé. Elle connaît une vietnamienne qui fait l'allaitement en alternance avec le biberon, elle mange le bouilli de porc. À cause qu'elle ne sait pas comment faire (cette recette), elle ne peut pas nourrir l'enfant par l'allaitement. »

Il n'est pas étonnant que cette jeune primipare et toutes les autres, ignorent les procédures techniques des rites corporelles et alimentaires de la période postnatale. La tradition veut, en effet, que durant la période postnatale, la grand-mère maternelle transmette ce genre de connaissances à sa fille qui devient mère pour la première fois. Cette jeune mère, s'est néanmoins informée auprès d'une Vietnamienne expérimentée pour connaître les procédures du bain de vapeur que son mari lui a donné de façon quotidienne pendant un mois. Cependant, elle ne s'est pas informée de l'alimentation postnatale à respecter et de la recette du ragoût de pattes de porc à la papaye verte. Sa préoccupation première ici, n'est pas tant sa propre santé, parce qu'elle a relativement bien respecté les rites corporels, mais plutôt celle de son poupon parce qu'elle doute de la qualité de son lait.

La crainte que cette mère entretient à l'égard de la qualité de son lait résulte du fait qu'elle n'ait pas respecté les rites alimentaires postnatals. De peur de rendre son bébé malade, elle a rapidement opté pour les formules de lait commercial.

3.3.3.4. Analyse des caractéristiques et des événements communs aux mères primipares.

Les événements que relatent les primipares, montrent que l'absence de leurs mères, restées au Vietnam, a brisé le système de transfert traditionnel des connaissances, des habiletés parentales et des procédures rituelles postnatales. Ce bris s'ajoute à la perte du soutien domestique postnatal qu'elles auraient reçu au pays d'origine. En raison de manque de connaissances et de soutien les primipares ressentent encore plus de limites environnementales que les multipares. Malgré ces limitations, elles adhèrent à l'importance de respecter ces rites pour préserver leur santé et produire un lait de qualité en quantité adéquate.

Les récits périnataux révèlent également l'existence d'une forme de détresse chez les primipares qu'elles lient à la perte de leurs mères et du maternage qu'elles leur auraient prodigué. L'interprète traduit le récit d'une primipare (madame Wong) qui contient ce genre de symptômes et révèle également pourquoi elle n'allaite pas :

« Elle n'a pas de visite, juste une femme en vitesse, très pressée. Elle aurait aimé avoir beaucoup de visites, c'est dommage que sa famille soit si loin. Elle est très triste après l'accouchement. (...) Il faut éviter de pleurer et la tristesse parce que dans le temps de la vieillesse la vue est brouillée.

Q.: Avez-vous eu des malaises ou une maladie ?

Elle n'a pas de bon appétit, elle regarde les aliments et elle ne rien manger. Elle ne sait pas pourquoi, mais elle a retrouvé son appétit quand son enfant a eu huit mois. Elle a le goût pour les aliments vietnamiens, si son mari n'achète pas les aliments vietnamiens, les aliments québécois elle n'est pas capable de manger. Elle est capable de manger les aliments vietnamiens. Elle dit que la senteur, le goût, rien ne l'attire. À l'hôpital rien ne l'attire. (...)

Q.: Qui a donné le soins à l'enfant ?

À l'hôpital, c'est les infirmières. C'est la bonne méthode, parce que elle est très fatiguée. Mais à la maison c'est elle (qui prend soin de l'enfant). (...)

Q.: Avez-vous allaité ?

Elle a donné le lait maternisé parce qu'elle ne peut pas manger après l'accouchement, c'est pourquoi elle n'a pas de lait. Elle veut allaiter, mais les autres femmes vietnamiennes ici disent que le lait maternisé est bon pareil, est très bon pareil. C'est pourquoi elle donne le lait maternisé.

Elle trouve que après l'accouchement c'est très faible le corps, c'est pas assez de nourriture pour faire le lait pour le bébé. C'est pourquoi elle deviendrait faible et le bébé aussi. Elle ne mange pas assez d'aliments, de substances nutritives c'est pourquoi elle a confiance dans le lait maternisé.

Q.: Quel lait est de meilleure qualité, le lait maternel ou maternisé ?

Si la maman est capable de manger normalement, de manger beaucoup, c'est le lait maternel qui est le meilleur. Elle trouve que si elle allaite le bébé il faut faire beaucoup de précautions sur la nourriture. Il faut choisir la nourriture, il faut éviter de manger ceci ou ça. C'est pas manger comme on veut comme à notre goût, si on mange trop de quelque chose, le bébé peut faire de la diarrhée ou de la constipation. Elle trouve que c'est très difficile d'allaiter l'enfant.»

Ce que j'appelle ici détresse, sont des symptômes reconnus de la dépression postnatale⁵⁵. Madame Wong comme bien d'autres, a évoqué dans son récit des symptômes de la dépression postnatale. Parmi les symptômes mentionnés par ces mères on trouve la perte d'appétit, la fatigue sévère, les inquiétudes pour sa santé et la tristesse.

3.4. Conclusion. Les résultats de cette étude suggèrent que l'absence de la grand-mère maternelle, résultant du processus migratoire, implique pour la femme vietnamienne la perte du soutien nécessaire à l'actualisation des rites postnatals. Or, ces rites sont eux-mêmes nécessaires à la protection de la santé de la dyade mère/enfant et de la production d'un lait maternel de qualité. La théorie populaire périnatale justifie toute l'importance de leur respect et elle est constituée de connaissances collectivement partagées à différents degrés selon le groupe de mères ⁵⁶.

⁵⁵ Voir Godfroid et Charlot (1996) pour la liste complète des symptômes de la dépression postnatale.

⁵⁶ Pour plus de développement sur le sujet des connaissances partagées ou distribuées voir le recueil de Salomon (1993).

Mais la théorie populaire vietnamienne propre à la période périnatale, les MEM et les prototypes qui en découlent, sont demeurées sensiblement les mêmes pour toutes les mères vietnamiennes. La théorie populaire de la santé forme un système de références mieux connu des mères multipares et moins bien des primipares. D'autres femmes qui connaissaient bien ces représentations, en l'occurrence, les multipares ayant adopté l'allaitement mixte, furent plus distantes ou critiques à l'égard de ces connaissances que ne furent les autres multipares n'ayant pas allaité.

Tableau #4 : Synthèse des résultats comparatifs

	Multipares: formules de lait	Multipares: allaitement mixte	Primipares: formules de lait
Raisons	<ul style="list-style-type: none"> - doit retourner travailler; - pas assez de lait; - aime pas allaiter. 	<ul style="list-style-type: none"> - méthode de sevrage. 	<ul style="list-style-type: none"> - leur lait n'est pas bon ou en quantité insuffisante.
Prototypes	<p>1) vieille dame malade du froid illustre: * peur d'être affligée du même problème;</p> <p>* importance des rites et de la transposition.</p> <p>2) période postnatale en Asie idéalisée sert de référence pour juger celle de Sherbrooke.</p>	<p>1) peu mentionnent le prototype de la vieille dame malade du froid.</p> <p>2) période postnatale en Asie idéale : illustre le support reçu au Vietnam associé à leur haut statut socio-économique perdu à Sherbrooke.</p>	<p>1) la vieille dame malade du froid illustre la plus grande vulnérabilité des primipares et leurs besoins d'être maternées.</p> <p>2) la voix de la tradition via les autres vietnamiennes de Sherbrooke sert d'exemple pour juger de leur situation à Sherbrooke.</p>
Complexes de chaînes	<p>1) pas d'aide et de support pour respecter les rites postnataux.</p> <p>2) pas de repos: plus fatiguées et certaines sont tristes.</p> <p>3) toutes ont soit souffert du froid, soit craint souffrir du froid après 40 ans.</p>	<p>1) minimisent l'importance de certains rites et de leur fatigue.</p> <p>2) respectent certains rites et pas d'autres.</p> <p>3) toutes donnent le colostrum.</p> <p>4) rebelles ou distantes face à la tradition.</p> <p>5) reçoivent un peu de support postnatal.</p> <p>6) aucune n'a souffert du froid.</p> <p>7) allaitement mixte répond aux besoins nutritifs du bébé.</p>	<p>1) pas de support et d'aide pour respecter les rites postnataux.</p> <p>2) connaissent peu les techniques et procédures des rites corporels et alimentaires.</p> <p>3) consultent les vietnamiennes âgées de Sherbrooke pour l'allaitement et les rites de protection postnataux.</p> <p>4) plus de symptômes de la détresse postnatale que les multipares et craignent souffrir du froid après 40 ans.</p>

Les prototypes des trois groupes de mères ont clairement illustré et confirmé l'importance de certaines connaissances collectives. Pour les multipares qui n'ont pas allaité, le prototype collectif de la vieille dame malade a, par exemple, servi à illustrer l'importance du respect des rites postnataux pour préserver leur santé future. Pour les primipares, le prototype de la vieille dame malade a surtout servi à confirmer leur vulnérabilité et le besoin conséquent d'être maternée durant la période postnatale, alors que la vie à Sherbrooke ne le permettait pas.

Les primipares et les multipares ont vécu la même limite relative à l'absence de leur propre mère. À cette limite s'est ajoutée pour les primipares, la rupture dans le transfert des connaissances et des habiletés parentales, dont celles pré-requises à l'allaitement, telles que les procédures rituelles postnatales⁵⁷. Le cas des primipares constitue un bon exemple d'une situation de bris dans le système de transfert des connaissances et procédures⁵⁸ nécessaires aux habiletés parentales.

On pourrait dire que pour transmettre des connaissances procédurales on a besoin d'un scénario et des acteurs. Dans le cas des primipares vietnamiennes, il y avait une intrigue qui s'est répétée depuis des centaines d'années au Vietnam, à savoir: une femme devenant mère pour la première fois et l'arrivée de son bébé; il y avait deux actrices principales, à savoir: la nouvelle mère et sa propre mère. Mais, à Sherbrooke il manquait l'autre actrice principale, la grand-mère, sans qui aucune réplique ne devenait

⁵⁷ Pour un développement de la question des connaissances transmises par l'expérience pratique voir l'étude de Lave (1988).

⁵⁸ Par connaissances procédurales, j'entends ici des connaissances transmises par l'expérience.

possible. Sans sa présence de la grand-mère, la pièce de théâtre n'existait plus, et le transfert à la nouvelle mère des connaissances procédurales ne pouvait pas se réaliser, c'est-à-dire le transfert des techniques rituelles nécessaires pour produire un lait maternel sain. Les nouvelles mères n'ont pas eu d'autre choix que celui de délaissé l'allaitement même si l'allaitement constituait une des scènes importante du scénario original.

Les multipares ayant adopté l'allaitement mixte étaient plus distantes, il est vrai, de la tradition vietnamienne, soit parce qu'elles avaient une attitude un peu critique, soit parce qu'elles adhéraient en partie au savoir scientifique biomédical. Mais il demeure que l'absence de leur mère a également posé un problème; elle l'ont souvent exprimé en termes de fatigue postnatale qui pour elles constituait une embûche fondamentale à l'allaitement à temps plein. Comme les familles se sont considérablement appauvries lors du processus migratoire, l'absence de la grand-mère maternelle n'a pas pu être comblée par des domestiques, contrairement à ce que certaines mères du groupe auraient pu faire au Vietnam.

L'analyse des MEM maternels n'a que très peu servi à comprendre pourquoi les mères avaient abandonné l'allaitement à Sherbrooke. En fait, il n'y avait pas de différences notables entre les MEM des femmes des trois groupes. Cependant ce genre d'analyse a permis de confirmer l'importance de la théorie populaire de la santé durant la période périnatale. Il y avait effectivement un lien entre les inquiétudes des mères pour leur santé, celles de leurs poupons et l'abandon de l'allaitement. Les MEM, forment de connaissances collectives qui ont joué un rôle dans la décision des mères d'abandonner l'allaitement. Mais la bonne compréhension des déterminants de l'allaitement ne doit pas se limiter à l'analyse interprétative des MEM.

Par ailleurs, point important, les récits maternels permirent d'apprendre que ces mêmes mères avaient allaité au camp de réfugiés bien que leurs mères n'y fussent pas présentes. Dans le camp de réfugiés, l'absence de la grand-mère a été suppléée par la communauté vietnamienne captive. Ce soutien communautaire a permis aux mères de respecter les rites postnatals et, par voie de conséquence, d'allaiter leurs bébés car elles considéraient produire ainsi un lait de qualité. Cette information devient d'autant plus importante quand on découvre, avec l'analyse des prototypes, que les vietnamiennes expérimentées de Sherbrooke ont influencé les primipares dans leurs décisions de ne pas allaiter.

Chez bien d'autres communautés culturelles, l'absence de la grand-mère maternelle ne serait pas du tout considérée comme un obstacle majeur à l'allaitement. Mais chez les vietnamiennes, compte tenu de leurs représentations relatives à la santé périnatale et de leur organisation familiale, l'absence de la grand-mère maternelle crée une limite environnementale fondamentale pour celles qui auraient aimé allaité à Sherbrooke. Telle qu'illustrée dans ce chapitre, cette limite a eu une incidence non seulement sur la perception maternelle de la qualité du lait mais aussi sur leur perception de leur état de santé physique et mentale. Rappelons ici que celles ayant adopté l'allaitement mixte se percevaient en meilleure santé que les autres qui n'ont pas allaité.

L'approche interprétative développée dans cette étude de cas, a permis d'apprécier les facteurs qui déterminent la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. Étant donné que ces déterminants sont d'ordre culturels, il semble raisonnable de penser que les mêmes

déterminants puissent également être à l'origine de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes ailleurs en Occident. L'applicabilité des résultats dépend bien sûr de l'homogénéité socioculturelle des immigrantes vietnamiennes étudiées et des limites environnementales qu'elles subissent: l'absence d'aide postnatale fournie, soit par la grand-mère, soit par les domestiques, soit par la communauté. Mais, il faudrait confirmer cette hypothèse par d'autres études.

Le cas étudié dans cette thèse illustre combien une approche interprétative combinant des modèles d'analyses complémentaires, à savoir: les MEM, les prototypes, et les complexes de chaîne, permet d'identifier les déterminants d'un comportement relatif à la santé. Il reste maintenant à voir si les résultats qui en découlent, de nature qualitatives et culturelles, sont transférables en recommandations écologiques pour réorienter les interventions de promotion de l'allaitement.

Dans une optique de développement de l'approche écologique en matière de promotion de la santé, cette question apparaît fondamentale étant donné les avantages de l'approche interprétative pour apprécier les déterminants d'un comportement sanitaire⁵⁹.

⁵⁹ Les avantages de l'approche écologique pour la promotion de la santé ont été exposés dans l'introduction de cette thèse.

CHAPITRE #4. DISCUSSION DES RÉSULTATS.

Dans le présent chapitre je discuterai des incidences des résultats de cette étude sur l'appréciation des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes et sur la population en général. J'aborderai ensuite la question des recommandations pour orienter les interventions de promotion de l'allaitement auprès de cette communauté dans une approche écologique.

Sur la base des résultats interprétatifs et des recommandations écologiques qui en découlent, je présenterai dans un premier temps une critique de deux principes de l'approche écologique, à savoir l'interdépendance et l'adaptation. Sur la base de l'illustration des contributions conceptuelles de l'approche interprétative adoptée dans cette étude, je proposerai, en un deuxième temps, l'intégration de l'approche interprétative (MEM, prototypes, complexes de chaînes) à l'approche écologique. La première servant à apprécier les déterminants des comportements relatifs à la santé et la deuxième à orienter les interventions de promotion de la santé.

4.1. Implications des résultats pour l'étude des déterminants de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes en Occident.

La faible prévalence de l'allaitement des immigrantes vietnamiennes mise à jour dans la présente étude (0%) concorde avec celles présentées dans la majorité des études sur le sujet, à savoir celles de Henderson & Brown (1987); Tuttle & Dewey (1994); Todd & Gelbier (1990); Sharma, Lynch & Irvine (1994) et Mathews & Manderson (1980). Une seule étude, mentionnée au premier chapitre, celle de Reynolds, Hitchcock et Coveney (1988), a présenté une prévalence élevée de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. Cette dernière contraste, en effet, avec les précédentes

puisqu'elle indique une prévalence très élevée (81%) de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes, avant comme après leur immigration en Australie.

Les résultats présentés dans cette thèse renforcent l'hypothèse explicative de Reynolds, Hitchcock et Coveney (1988) selon laquelle la haute prévalence de l'allaitement serait attribuable au fait que les Vietnamiennes à l'étude habitaient une auberge pour réfugiés. Ces auteurs émettaient l'hypothèse selon laquelle la communauté vietnamienne captive ait prodigué aux mères tout le soutien postnatal nécessaire à l'allaitement. L'étude de Reynolds, Hitchcock et Coveney (1988), qui avait pour objet la mesure de la prévalence de l'allaitement, n'a cependant pas analysé cette dimension de la problématique. Les auteurs eux-mêmes spécifient que leur hypothèse explicative de la haute prévalence de l'allaitement demanderait à être confirmée par des études ultérieures portant sur l'appréciation de ces déterminants.

Les Vietnamiennes interrogées dans le cadre de la présente étude ont mis en relief un phénomène similaire. En effet, bien qu'elles n'aient pas allaité leurs bébés nés à Sherbrooke elles ont, malgré l'absence de leurs propres mères, allaité ceux nés au camp de réfugiés. Leurs récits révèlent que dans le camp de réfugiés, la communauté captive avait pallié l'absence de la grand-mère maternelle en prodiguant les soins postnatals, l'alimentation rituelle et le soutien postnatals indispensables à l'allaitement. Par voie de conséquence, les résultats de la présente étude permettent d'appuyer l'hypothèse explicative de Reynolds, Hitchcock et Coveney (1988) à l'effet des déterminants de la haute prévalence de l'allaitement trouvée dans leur échantillon australien.

À l'exception de Fishman (1988), les études ayant porté sur les déterminants de la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes n'ont pas été concluantes (Reeves-Tuttle & Dewey, 1994). Les résultats de la présente étude se distinguent des autres études sur le sujet parce que concluants, même s'ils diffèrent profondément de ceux présentés dans Fishman (1988). Tel que mentionné au chapitre #1, Fishman (1988) attribue la faible prévalence de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes de leur échantillon à l'existence d'une contradiction au sein de leurs représentations de la santé. Les auteurs y voient un facteur déterminant: les mères ont abandonné l'allaitement parce qu'elles considéraient que les pratiques traditionnelles postnatales, conçues pour préserver leur propre santé, produisaient un effet délétère sur leur lait. En d'autres termes, les pratiques postnatales qui visaient à produire un corps maternel chaud; produisaient du coup un lait maternel chaud. Or, la qualité humorale souhaitée pour le lait maternel était bien la fraîcheur compte tenu de ses effets salutogènes sur le bébé. Mais telle que précisée au chapitre #1 de cette thèse, cette explication paraît peu convaincante étant donné que les auteurs n'expliquent pas comment cette contradiction, inhérente à la théorie populaire de la santé, n'a pas fait problème aux femmes qui ont allaité au Vietnam.

La conclusion de la présente étude contredit celle de Fishman (1988) dans la mesure où l'analyse n'a pas révélé de contradiction importante entre les pré requis nécessaires à la santé postnatale de la mère et ceux nécessaires à la production d'un lait maternel salutogène. Dans les paragraphes suivants, j'avancerai plusieurs explications à cette divergence entre les résultats de Fishman (1988) et les miens.

La première explication possible vient du fait que l'interprétation de Fishman s'est principalement centrée sur l'analyse des représentations maternelles relatives à la théorie humorale de la santé. Or, les outils conceptuels utilisés dans cette thèse (MEM, prototypes et complexes de chaînes) ont permis d'identifier un ensemble de représentations relatives à la santé périnatale qui englobe, bien sûr, les principes humoraux chaud/froid mais aussi d'autres représentations de la santé périnatale tout aussi importantes à apprécier à savoir: l'air/le vent/l'eau, l'énergie vitale, la transposition et la prévention/protection de la dyade mère/enfant. De plus, les analyses interprétatives de ces représentations ont illustré qu'elles sont reliées à des représentations culturelles relatives à la théorie populaire de la santé au Vietnam à la conception vietnamienne de la famille et aux philosophies bouddhistes et confucianistes.

Les conclusions de mon étude confirment celles des analyses transculturelles relatives aux théories populaires de la santé dans le monde. Celles-ci montrant que la théorie humorale n'est pas la seule théorie populaire de la santé à laquelle les gens se réfèrent (Murdock et al., 1978). Ces derniers auteurs ont, en effet, analysé les ethnographies de plusieurs communautés culturelles et ont identifié l'existence de différents types de théories populaires de la santé dans le monde. Mais, fait encore plus important, plusieurs communautés culturelles se réfèrent à plus d'une théorie populaire de la santé. Fishman et ses collaborateurs ont concentré leurs analyses interprétatives sur les représentations maternelles liées à la théorie humorale de la santé. Ce faisant, les auteurs ont ignoré les autres théories populaires de la santé relatives à l'allaitement qui prévalent dans la culture vietnamienne.

La deuxième explication peut venir de ce que Fishman et ses collaborateurs ont mentionné l'existence de rites postnatals, mais leur article ne recèle pas la moindre analyse interprétative de ces rites, ni de leurs relations avec les représentations maternelles au sujet du corps, de l'alimentation et de l'allaitement. À ce titre, de nombreuses études indiquent que si l'on veut véritablement apprécier les comportements se produisant à l'une des trois périodes périnatales⁶⁰, il faut tenir compte du fait que ces comportements sont ritualisés et que cette ritualisation de la maternité est structurée par des représentations socioculturelles qui touchent d'autres domaines que la périnatalité (Kitzinger, 1978; Oakley 1972; 1976; 1979a; 1979b; 1980). De multiples études ont montré que pour bien apprécier le contexte culturel périnatal et les différents systèmes de représentations impliqués, il importe de bien comprendre les comportements reproductifs des femmes et de leurs entourages (MacClain, 1982). La présente étude a tenu compte des interrelations entre les représentations maternelles liées à l'allaitement et aux rites de toute la période périnatale.

Comme suite aux explications données ci-dessus, il apparaît que l'analyse interprétative de Fishman et ses collaborateurs (1988) a souffert d'un réductionnisme analytique et que celui-ci est responsable de la grande divergence avec les résultats présentés dans cette thèse.

4.2. Incidences des résultats sur l'étude des déterminants de l'allaitement. Les résultats de la présente étude vont à l'encontre des arguments théoriques qui soutiennent que l'allaitement n'est pas un comportement déterminé par la culture (Jeliffe & Jeliffe, 1978;

⁶⁰ Ces trois périodes sont la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Khanjanasthiti & Dhanamitta, 1978; Fernandez & Guthrie, 1984; Henderson & Brown, 1987). Les résultats de la présente étude illustrent et rapportent le contraire: à savoir que l'allaitement est un comportement hautement influencé par les représentations culturelles et l'organisation sociale.

Dans une même perspective, l'accès maternel à un réseau de soutien postnatal est considéré comme un facteur déterminant qui favorise l'allaitement (Allen & Pelto, 1985; Tan & Wheeler, 1980). Les résultats de cette étude confirment cet argument et suggèrent que la définition des membres de ce réseau de soutien postnatal est fonction de la culture d'appartenance de la femme. Toute mesure du soutien social postnatal devrait, par conséquent, être évalué à l'aide d'instruments de mesure qui prennent en compte la définition culturelle de ce qui constitue ou non un soutien postnatal, à savoir les personnes ou leur substituts qui peuvent jouer ce rôle et la nature de leur rôle durant cette période.

4.3. Incidences des résultats sur l'orientation écologique des interventions de promotion de l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke.

Dans cet article, je présenterai des recommandations conçues dans le but améliorer l'efficacité des interventions de promotion de l'allaitement auprès de la communauté à l'étude. Ces recommandations seront inspirées de l'approche écologique d'intervention. Par interventions écologiques, j'entends ici des interventions conçues à partir de quatre principes théoriques de l'approche écologique (tels que définis à l'article 2.2.2. du chapitre #2) commandant l'orientation des interventions. Le tableau suivant

présente en forme synthétique les questions posées au chapitre #2 au dit article.

Tableau #5: Questions proposées pour transférer les résultats interprétatifs, du cas à l'étude, en recommandations écologiques pour l'intervention .

interdépendance	adaptation	succession⁶¹	cycle des ressources
Les mères ont -elles d'autres problèmes ou besoins qui seraient liés à leur abandon de l'allaitement et qui prendraient plus d'importance que l'allaitement lui-même? Existents-ils des déterminants qui distinguent celles qui adoptent l'allaitement mixte de celles qui n'allaitent pas ?	En tenant compte des représentations et de l'expérience des mères, à quelle situation ou à quel contexte de leur vie s'adaptent-elles lorsqu'elles décident de ne pas allaiter?	Est-ce que l'abandon de l'allaitement est lié à la perte de ressource(s) antérieurement présentes dans l'environnement des immigrantes vietnamiennes?	Une nouvelle ressource pourrait-elle pallier la perte de la grand-mère ou des domestiques? Est-ce que cette nouvelle ressource pourrait être calquée sur des modèles culturellement acceptables et pertinents aux yeux des mères?

En vertu du principe d'interdépendance et du questionnement qui en découle mentionnons que ce qui distingue les mères qui ont adopté l'allaitement mixte de celles qui n'ont pas allaité relève de facteurs à la fois individuels (distanciation face à certaines représentations et pratiques de la santé postnatale; refus de l'aide offerte par la belle-famille; don du colostrum à leurs bébés) et contextuels (accès à un peu d'aide de la famille ou des amis de façon irrégulière durant la période postnatale).

Il y a lieu de rappeler qu'aucune primipare n'a adopté l'allaitement mixte et que celles-ci se distinguent des multipares par leur manque de connaissances

⁶¹ Dans les écrits sur l'approche écologique, le principe de succession est présenté comme le quatrième principe. Il est présenté ici en troisième place pour des raisons heuristiques. Dans le cas à l'étude, pour être en mesure de répondre aux questions relatives au principe de cycle des ressources, on doit préalablement répondre aux questions découlant du principe de succession.

et de savoir faire quant aux rites postnatals et aux soins du bébé. Dans leur récit, les mères lient certains de leurs problèmes à l'impossibilité d'allaiter. Un des ces problèmes est l'impossibilité pour elles de réaliser les rites postnatals qui leurs assuraient d'avoir un lait de qualité tout en protégeant leur propre santé. Toutes celles qui n'ont pas allaité ont mentionné avoir souffert de malaises liés au froid ou encore d'avoir craint souffrir de ces malaises durant leur vieillesse. Plusieurs des mères qui n'ont pas allaité ont dit avoir souffert de fatigue importante, de tristesse, d'insomnie et de perte d'appétit, ces symptômes semblant d'autant plus exacerbés chez les primipares que chez les multipares. Pour ces primipares, la perte de leur mère a également engendré une rupture dans le processus normal du transfert des connaissances et du savoir-faire parental à commencer par les procédures techniques à suivre lors des rites postnatals sans oublier les soins à donner au bébé.

En vertu du principe d'adaptation et des questions qui en découlent, les résultats interprétatifs de cette étude nous indiquent que les mères s'adaptent à l'absence de soutien postnatal et à ses conséquences c'est-à-dire à: l'impossibilité de se reposer après l'accouchement, l'impossibilité de respecter les rites postnatals nécessaires à la fois pour produire un lait «frais» et nutritif et l'impossibilité de protéger leur propre santé. Dans le contexte des contraintes de leur environnement, ne pas allaiter devient un comportement adaptatif qu'elles considèrent salubre non seulement pour leurs bébés mais aussi pour elles-mêmes.

En vertu du principe de succession, il importe de préciser que l'analyse des récits indique que l'abandon de l'allaitement est directement lié à la perte de la grand-mère maternelle et/ou des domestiques restés au Vietnam. Cette

perte, provoquée par l'émigration et l'appauvrissement qui l'accompagne, explique l'absence de soutien postnatal et engendre divers problèmes reliés dont: l'impossibilité de réaliser les rites postnatals qui assurent la mère d'un lait de qualité et d'une bonne santé future; les malaises liés au froid durant le postnatal ou encore la crainte d'en souffrir durant sa vieillesse; la perte du support émotif et du soutien domestique qui causent la fatigue et divers symptômes de la dépression.

En vertu du principe de cycle des ressources et des questions qui en découlent, il y a lieu de préciser que les multipares interrogées ont toutes mentionné avoir allaité au camp de réfugiés, il y a lieu de croire que le soutien d'un membre de leur communauté est acceptable d'un point de vue culturel. Après consultation à cet effet, quatre mères et le président de l'Association des Vietnamiennes à Sherbrooke, ont mentionné qu'il serait acceptable pour les mères, voire même apprécié en raison de l'ensemble des problèmes qu'elles rencontrent, de recevoir l'aide et le soutien d'une aidante naturelle vietnamienne durant toute la période périnatale. Par ailleurs, en ce qui concerne les connaissances sur les bienfaits du lait maternel pour la mère et l'enfant, il y a lieu de penser que les mères apprécient le lait maternel principalement en raison de ses qualités nutritives. Il est à noter qu'aucune n'a mentionné ses qualités immunologiques ou neuropsychologiques. Informer les mères de l'ensemble des avantages de l'allaitement reconnus par la littérature scientifique (A.D.A. Report, 1997) tout en leur offrant le soutien postnatal nécessaire à l'allaitement, n'irait pas à l'encontre de leurs représentations relatives à la santé et au lait maternel.

4.3.1. Recommandations écologiques pour orienter les interventions visant à promouvoir l'allaitement auprès des immigrantes vietnamiennes à Sherbrooke.

1. La première recommandation est de créer un service «d'aidante naturelle» homo-ethnique pour les immigrantes vietnamiennes en période périnatale. Les interventions de type «aidante naturelle» et de marrainage des nouvelles mères sont généralement efficaces tel que montré par la recherche-évaluative de Moreault (1996). Afin d'offrir une accessibilité optimale, ce service serait créé et proposé aux mères par le biais de l'Association des Vietnamiens de Sherbrooke et par le biais de tous les professionnels de la santé qui assurent des suivis de grossesse. Le service serait créé en partenariat avec l'Association des Vietnamiens de Sherbrooke, La Régie Régionale de l'Estrie et les professionnels responsables des objectifs de santé publique dans les établissements offrant les services de suivi périnatal.

2. La Vietnamienne jouant le rôle «d'aidante naturelle» devrait avoir l'expérience de la maternité, i.e. avoir des habiletés parentales (soins au nouveau-né et au bébé d'âge préscolaire), connaître les procédures rituelles corporelles et alimentaires de la période postnatale (bain de vapeur parfumé, massage au curcuma et recettes pour le ragoût de pattes de porc à la papaye verte et boeuf braisé) et maîtriser la classification humorale des aliments vietnamiens et canadiens. Elle devrait idéalement être intégrée à une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle elle pourrait discuter des cas problématiques qu'elle rencontre.

3. Durant la grossesse, l'aidante naturelle devrait instaurer une relation de confiance avec les mères. Elle pourrait, durant cette période toujours, sensibiliser les mères aux rites postnatals vietnamiens et à leurs bienfaits

pour la santé des mères et des bébés allaités. L'aidante naturelle pourrait aussi informer les mères des avantages alimentaires, immunologiques et neuropsychologiques que procure l'allaitement. Durant la période postnatale, l'aidante naturelle dirigerait les rites corporels postnatals pour celles qui le désireraient; elle pourrait préparer les repas traditionnels considérés bénéfiques pour l'allaitement. Elle pourrait, de temps à autre, prendre soin du bébé et des autres enfants afin que la nouvelle mère puisse se reposer.

4. Conceptualiser et offrir aux femmes vietnamiennes un dépliant en langue vietnamienne décrivant la liste des bienfaits de l'allaitement pour la santé du bébé et de la mère.

5. Étant donné la complexité des représentations et des comportements relatifs à la santé périnatale des immigrantes vietnamiennes et eu égard au fait que certaines catégories traditionnelles de maladies postnatales tel les malaises liés au froid, incluent des symptômes de la dépression, il apparaît essentiel que les professionnels susceptibles de faire des suivis de grossesse connaissent les dimensions culturelles de la période périnatale chez cette communauté. Cette formation devrait aider les professionnels non seulement à mieux promouvoir l'allaitement durant le suivi des grossesses mais aussi, à mieux comprendre certains problèmes et comportements maternels. Cette formation professionnelle interculturelle servirait aussi à mieux identifier les diverses manifestations culturelles de la détresse psychologique des mères durant la période postnatale.

4.4. Incidences des résultats de cette étude sur le développement de l'approche écologique en promotion de la santé.

Dans le présent article je discuterai des incidences des résultats de cette étude sur deux principes théoriques de l'approche écologique, à savoir *l'interdépendance* et de *l'adaptation*..

4.4.1. Incidences des résultats sur le principe écologique d'interdépendance.

Les tenants de l'approche écologique postulent qu'il existe deux catégories de déterminants des comportements sanitaires, à savoir des déterminants d'ordre individuel et d'ordre contextuel et qu'ils entretiennent une relation d'interdépendance. En conséquence, si l'on veut apprécier les déterminants d'un comportement relatif à la santé et orienter les interventions en fonction de cette appréciation, on doit tenir compte à la fois de ces deux catégories de déterminants et de leur relation d'interdépendance (Glanz & Mullis,1988; Richard,1996;Trickett & Mitchell,1992).

À ce jour, aucun modèle conceptuel n'a vraiment permis, de rendre compte de la relation d'interdépendance entre ces deux ordres de déterminants (Richard, 1996). Par défaut, les tenants de l'approche écologique utilisent conjointement des modèles permettant, d'une part, d'apprécier les déterminants individuels des comportements sanitaires et, d'autre part, des modèles différents permettant d'apprécier les déterminants contextuels (Richard, 1996) en espérant que cette façon de faire permette d'apprécier l'interdépendance.

Tout comme les autres acteurs de la promotion de la santé qui utilisent principalement des modèles de la psychologie sociale (Forget & Bilodeau, 1994), les tenants de l'approche écologique utilisent ces mêmes modèles pour apprécier les déterminants individuels des comportements sanitaires et

orienter, par la suite, les stratégies d'éducation sanitaire. Ces modèles sont: 1) Le «health belief model » (H.B.M) (Rosenstock, 1974); 2) la théorie sociale cognitive (T.S.C.) (Bandura, 1986); 3) la théorie de l'action raisonnée (T.A.R.) (Ajzen & Fishbein, 1980) et 4) la théorie du comportement planifié (T.C.P.) (Ajzen, 1985), version corrigée de la T.A.R.

Mais les tenants de l'approche écologique ne se bornent pas à utiliser ces modèles individuels; ils utilisent également d'autres modèles de façon conjointe qui permettent de prendre en compte des déterminants contextuels. L'exception des travaux sur le soutien social, les déterminants contextuels appréciés sont généralement d'ordre matériel et économique et font référence à la présence ou à l'absence de ressources matérielles sur le site d'intervention. Pour un exemple voir les programmes d'intervention écologique décrits dans Glanz et Mullis (1988) et Stokols (1992). Stokols par exemple, apprécie les ressources matérielles disponibles sur les lieux de travail qui permettent aux employés de faire de l'exercice. Cette analyse délaisse cependant l'appréciation des représentations socioculturelles liées à l'exercice et aux maladies cardio-vasculaires ou autres que l'on veut prévenir. En effet, aucun modèle intégré à l'approche écologique ne permet, à l'heure actuelle, de tenir compte des déterminants socioculturels des comportements relatifs à la santé (Richard, 1996) même si les tenants de l'approche écologique reconnaissent l'importance de ces puissants déterminants comportementaux (Heller, 1990).

Les résultats de la présente étude montrent en effet que l'interdépendance existe non seulement entre les déterminants individuels et contextuels de la santé mais aussi entre les représentations individuelles et collectives relatives au comportement sous étude. Au chapitre # 3, les résultats ont largement

illustré comment les représentations individuelles des mères relatives à leur santé, à celle de leur bébé et à l'allaitement sont indissociables de l'organisation sociale et des représentations culturelles relatives à la théorie populaire de la santé, à la famille et aux philosophies confucianiste et bouddhiste qui imprègnent la culture vietnamienne. Dans une optique écologique, les résultats interprétatifs de la présente étude ont illustré que la culture est l'une des composantes fondamentales de l'écosystème et qu'elle médiatise les représentations et les comportements des individus en matière de santé.

La première conséquence de cette affirmation est qu'elle permet de remettre en question la proposition écologique qui, préconise l'utilisation conjointe de modèles permettant d'apprécier les représentations individuelles et de modèles servant à apprécier des déterminants contextuels. Les modèles utilisés en promotion de la santé pour apprécier les représentations individuelles sont issus de la psychologie sociale (Forget & Bilodeau, 1994). Mais, ils ont été critiqués, à la fois par les acteurs de la promotion de la santé et par les acteurs extérieurs à ce domaine d'action et de recherche sociale. À défaut d'accéder à d'autres modèles, les tenants de l'approche écologique continuent à les combiner avec des modèles permettant d'analyser des déterminants contextuels.

Cette utilisation exclusive des modèles de la psychologie sociale a contribué à créer des situations de *victim blaming*, à savoir des interventions qui font porter le blâme et la responsabilité de la santé sur les individus sans tenir compte des limites et des facteurs environnementaux dommageables à leur santé (Breslow, 1990; Tesh, 1981). Ces modèles ont aussi été critiqués pour leur manque d'efficacité des interventions qu'ils engendrent auprès des

classes sociales défavorisées (Bastien, Larocque & Renaud, 1994; Breslow, 1990; Cimon, 1994; Forget & Bilodeau, 1994; Last, 1986).

En raison de ces échecs, certains acteurs de la santé publique concluent que ces modèles conceptuels ont besoin d'être fécondés par d'autres disciplines telles la communication, l'anthropologie et la sociologie (Forget & Bilodeau, 1994). Pour d'autres, tels que Duhaime, (1987) et Cimon, (1994), on doit abandonner ces modèles conceptuels et changer complètement de stratégie:

« Il ne sert à rien d'imposer un cadre à une population qui, fondamentalement, à cause de ses valeurs et de sa culture, n'adhère pas à l'orientation, au contenu, à la forme, à la philosophie d'une autre classe sociale qui détient le monopole de la réalisation et de la diffusion des objets culturels (Duhaime 1987; p.215-245).

« Au lieu de s'acharner à dépenser de l'énergie, du temps et de l'argent à produire des programmes préventifs peu efficaces, il serait peut-être plus sage de se rendre compte des différences qui nous éloignent, de les accepter et de tenter de décoder la logique interne qui guide la conduite des personnes sans le sou (Cimon, 1994; p. 48).

Par ailleurs, les critiques externes à la santé publique, notamment celles des anthropologues, remettent en question, tout comme Cimon et Duhaime le font à mots couverts, la pertinence des postulats théoriques et épistémologiques de ces modèles. Par exemple, tel que Good (1994) et Bibeau (1995) l'évaluent, le H.B.M. est conceptualisé conformément aux différentes théories behaviorales de la motivation et de la prise de décision. Le H.B.M. prédit que le comportement dépend largement de la valeur que l'individu accorde à un but précis et à la probabilité d'atteindre ce but en adoptant le dit comportement (Maiman et Becker, 1974).

Toujours, selon Good le H.B.M. est un modèle qui donne la primauté de l'analyse à la pensée rationnelle et économique de l'individu. Toute la richesse des sens, que les cultures locales associent aux malaises est, donc,

évacuée ou réduite à un ensemble de propositions tenues par l'acteur rationnel et économique; en retour les représentations sont évaluées à la lumière de leur conformité aux connaissances biomédicales. Par ailleurs, ce modèle qui se concentre sur le processus décisionnel individuel, exclut théoriquement et pratiquement ceux qui ne contrôlent pas entièrement le processus décisionnel à l'égard de leur santé. Il permet, par exemple, de savoir pourquoi certains individus de notre société recherchent des soins, mais il ne nous éclaire pas sur les motivations et le contexte de vie de ceux qui ne les recherchent pas (Good, 1994). C'est ainsi qu'en dépit de l'utilisation courante de ce modèle en éducation sanitaire, les chefs de file de ce champ de connaissances en arrivent eux-mêmes à une évaluation pessimiste de son utilité. Étant donné les résultats de nombreuses études conceptualisées à partir de ce modèle, il est improbable aujourd'hui que des recherches additionnelles conceptualisées à partir de cette approche produisent des informations nouvelles et importantes (Janz & Becker, 1984).

L'argument de Massé (1995) va dans la même direction en stipulant que ces modèles réduisent les motivations des comportements de santé, à des catégories de croyances spécifiques qui excluent, les représentations et les valeurs culturelles plus larges auxquelles elles se rattachent. Le modèle exclut également le contexte socioculturel qui les médiatise ou les produit. Cette considération est fondamentale: on sait aujourd'hui que les grandes valeurs et représentations culturelles auxquelles se rattachent ces croyances et ces comportements sont durables et difficiles à transformer (Good, 1994). Et, c'est sur la base de celles-ci que les gens évaluent à la fois les comportements de santé anciens et nouveaux, leurs problèmes de santé et voire même, l'apparition de nouvelles maladies telle que le SIDA (Sontag, 1977, 1989). En somme, ces modèles ne permettent pas d'intégrer le point de

vue des populations et le sens qu'elles confèrent à leurs comportements et problèmes de santé.

Les résultats de cette étude démontre que, contrairement aux modèles de la psychologie sociale, une approche interprétative incluant l'analyse des MEM, des prototypes et des complexes de chaînes, permet de tenir compte à la fois de l'interdépendance entre les représentations individuelles et culturelles tout en permettant d'identifier les déterminants culturels des comportements sanitaires. Sous cet angle, les résultats de l'étude suggèrent que dans le contexte d'une approche écologique, l'utilisation de modèles de la psychologie sociale n'est ni nécessaire, ni souhaitable étant donné leurs lacunes à satisfaire au principe théorique de l'interdépendance. À plus forte raison si les tenants de l'approche écologique désirent éviter le problème du *victim blaming* et des interventions inefficaces.

Par exemple, tenter de convaincre les immigrantes vietnamiennes des avantages de l'allaitement en faisant de l'éducation sanitaire (déterminants individuels) tout en enlevant l'accès gratuit aux formules de lait (déterminants contextuels) ne fait que renforcer le «victim blaming» qui présente le risque de produire des effets délétères sur la santé des poupons. Sur la base de la bonne compréhension des représentations et de l'organisation sociale relative à l'allaitement chez ces immigrantes, on sait très bien que ce genre d'interventions n'inciteront pas les mères à allaiter plus qu'auparavant (Fishman et al., 1988).

L'étude de cas présentée dans cette thèse met en évidence qu'un modèle interprétatif permet d'apprécier les déterminants culturels, l'interdépendance entre les représentations individuelles et collectives d'un comportement

sanitaire; elle suggère que dans le cadre d'une approche écologique, ce genre de modèle peut avantageusement remplacer les modèles de la psychologie sociale.

De plus, les conclusions de l'étude confirment que l'analyse des complexes de chaînes des récits maternels permet de prendre en compte le facteur historique dans l'analyse des ressources présentes ou absentes dans la communauté. Par exemple, avec l'analyse des complexes de chaînes contenus dans les récits des immigrantes vietnamiennes, on a été en mesure d'identifier à quelles ressources perdues étaient lié le comportement étudié et quels sont les événements dans le temps qui ont provoqué cette perte. Les résultats présentés ont illustré, en effet, que l'immigration a entraîné la perte des grands-mères maternelles, des domestiques, et par voie de conséquence du système de transferts des connaissances des procédures relatives aux rites et du soutien postnatals apporté aux mères. Seul le cas des mères ayant accouché au camp de réfugiés se démarque parce qu'elles ont bénéficié de l'aide et du soutien de la communauté gardée captive au camp. Toutes ces ressources sont en effet celles qui dans le passé, avaient permis aux mères d'allaiter en tenant compte de leurs représentations culturelles relatives à l'allaitement.

4.4.2. Incidences des résultats sur le principe écologique de l'adaptation. Tel que précisé dans le cadre conceptuel de cette étude, en vertu du principe *adaptation*, le comportement est considéré comme une réponse aux pressions et aux demandes de l'environnement. Dans cette perspective, les ressources et les opportunités environnementales jouent un rôle déterminant sur les patrons de comportement dans la mesure où ils les encouragent, les renforcent ou encore les condamnent. En lien avec le

principe d'interdépendance, la dimension adaptative du comportement se rapporte à un environnement singulier. En conséquence, l'intervention écologique doit tenir compte de cette dimension et tenter de changer les composantes environnementales qui engendrent un comportement délétère pour la santé (Richard, 1996). Or Richard (1996) considèrent que les composantes environnementales qu'il faut viser à transformer sont:

« Les normes, les valeurs, les pratiques et les politiques à la source du comportement délétère. ... Il y a donc lieu d'analyser l'individu et ses conduites dans une perspective environnementale globale et de considérer des interventions dans plusieurs sphères environnementales (Richard,1996:53) ».

Utiliser le concept «adaptation» pour expliquer le déterminisme d'un comportement humain, implique cependant des limites épistémologiques importantes. Good (1994) un précurseur de l'approche interprétative en anthropologie médicale, s'est en effet appuyé sur de multiples études ethnographiques pour illustrer que l'on ne peut réduire le comportement humain à sa dimension adaptative. En effet, il soutient que ce genre de réduction nie par le fait même une des découvertes les plus importantes de l'anthropologie à savoir que l'être humain est fondamentalement un être producteur de sens. Good explique que la dimension adaptative du comportement existe certes, mais que cette adaptation est médiatisée par le sens que l'individu et les personnes de son entourage attribuent à leur comportement.

Le comportement humain, qu'il soit ou non relatif à la santé, peut révéler une adaptation à diverses dimensions de l'environnement mais cette adaptation est toujours médiatisée par la culture, i.e. par des systèmes de représentations et de pratiques collectives. Or en réduisant l'appréciation d'un comportement à sa dimension adaptative, on nie l'importance du rôle joué par la culture dans la genèse des comportements relatifs à la santé. En

postulant que les comportements sont déterminés par l'adaptation à l'une ou l'autre composantes de l'environnement, on impose un déterminisme qui ne tient pas compte du relativisme culturel du comportement humain.

Les résultats obtenus dans cette étude illustrent que l'on peut apprécier le sens individuel et collectif attribué à un comportement en réalisant une analyse interprétative des représentations et de l'expérience des personnes qui adoptent ce comportement. L'analyse interprétative utilisée dans la présente étude a permis d'identifier à quelles composantes limitative de leur environnement l'individu s'adapte lorsqu'il adopte ou non le comportement sous étude.

Par exemple, pour les immigrantes vietnamiennes à l'étude, ne pas allaiter constituait la meilleure solution possible étant donné les conséquences négatives imposées par l'absence de soutien familial et socio-économique. Les résultats de l'étude ont démontré qu'elles se pecevaient comme des victimes de ces lacunes environnementales qui parallèlement étaient définies par leur culture et leur expérience périnatale en Asie. Pour ces femmes ne pas avoir leur mères ou une domestique auprès d'elle pour les aider à réaliser les rites postnatales constituait une embûche fondamentale à l'allaitement. Les formules de lait commerciales devenaient pour elles, dans le contexte de leur vie, de leurs autres problèmes et de leurs représentations, plus favorables à la santé de leur bébé que le lait maternel. Choisir de ne pas allaiter, dans ce contexte, devient un comportement adaptatif à un environnement limité tel qu'il est définit par leur culture d'appartenance.

En d'autres terme, les résultats illustrent que l'analyse des faiblesses de l'environnement doit tenir compte du sens individuel et collectif attribué au comportement mais aussi aux limites singulières des composantes de

l'environnement visé. Les résultats de cette étude ont illustré que les représentations relatives à l'allaitement et à ses limites sont profondément ancrées dans la culture d'appartenance des mères. Dans cette perspective tenter de changer les normes sociales et culturelles qui ont engendré les représentations liées à l'allaitement et à l'abandon de celui-ci, tel que préconisé par Richard (1996), devient une entreprise peu vouée au succès. Les résultats indiquent en effet que les représentations maternelles relatives à l'allaitement reflètent des valeurs fondamentales de la culture vietnamienne.

Sachant ceci, il devient plus pertinent d'orienter les interventions de sorte à offrir des ressources favorisant l'allaitement tout en étant acceptables et significatives d'un point de vue culturel que de vouloir transformer les normes socioculturelles qui engendrent l'abandon de l'allaitement. Tenter de convaincre les femmes vietnamiennes que leur lait est bénéfique pour la santé de leur poupon en dépit du fait qu'elle considère le contraire est peine perdue. D'autant plus, si elles n'ont pas accès aux ressources et au soutien traditionnel nécessaires à l'allaitement.

Mais, si l'intervention leur offre une ressource acceptable et culturellement significative, telle qu'une aidante naturelle homo-ethnique qui leur apporte le soutien postnatal traditionnel, on n'a même pas besoin de les convaincre d'allaiter, elles le feront tout naturellement.

Si l'on veut rendre compte du rôle joué par l'adaptation dans les comportements de santé dans le but d'identifier les facteurs contextuels susceptibles de transformer cette dynamique dans une direction salutogène, je suggère que les recommandations soient appuyées sur une enquête interprétative des comportements et des limitations de l'environnement.

Cette étude de cas illustre qu'il est faisable de transférer des résultats interprétatifs relatifs aux déterminants d'un comportement de santé, en recommandations écologiques pour orienter les interventions de promotion de la santé. Les recommandations produites illustrent également que l'intégration des résultats interprétatifs à l'approche écologique, permet d'éviter deux critiques majeures attribuées aux interventions classiques de la promotion de la santé soit, le *victim blaming* et les problèmes d'efficacité des interventions.

Le *victim blaming* engendré par les interventions classiques de la promotion de la santé, traditionnellement axées sur la modification comportementale, devrait être évité, car contrairement à celles-ci, les recommandations produites dans cette étude de cas permettent d'orienter les interventions en tenant compte des limites contextuelles des individus et de la communauté étudiée ainsi que de leurs autres besoins reliés au comportement souhaité.

En offrant aux mères vietnamiennes, le recours à une aidante naturelle homo ethnique, le support offert est calqué sur un patron culturel qui répond traditionnellement aux besoins de support émotif des mères et au besoin de transférer les habiletés et les connaissances périnatales nécessaires à l'allaitement. Ce faisant, les interventions suggérées sont adéquates d'un point de vue culturel tout en contribuant à augmenter l'émancipation des mères ciblées par l'intervention.

Ce point est fondamental étant donné que les déterminants culturels sont généralement reconnus comme une des barrières importantes à l'efficacité des interventions de promotion de la santé, tant pour les populations

immigrantes que pour les populations défavorisées occidentales qui sont souvent celles qui résistent le plus aux interventions de promotion de la santé (Breslow, 1990; Freimuth et al. , 1990; Last, 1986). Par voie de conséquence, il semble raisonnable de croire qu'une approche écologique de promotion de la santé qui tiennent compte de la complexité des déterminants culturels des comportements relatifs à la santé devraient contribuer à améliorer l'efficacité de ces interventions.

CONCLUSION.

Les résultats de cette thèse illustrent et soutiennent trois arguments. Dans un premier temps, l'étude de cas a illustré que contrairement aux autres études sur le sujet, l'approche interprétative adoptée ici (MEM, prototypes et complexes de chaînes) a permis d'apprécier les déterminants de l'abandon de l'allaitement chez les immigrantes vietnamiennes. Ces résultats interprétatifs ont, par la suite, permis de générer des recommandations écologiques pour promouvoir l'allaitement. Bien sûr, les recommandations produites sur la base d'une étude qualitative se limitent à cette population et au comportement étudié. Cependant, la compréhension en profondeur de la problématique qu'elle confère permet de gagner en crédibilité ce qu'elle perd en applicabilité aux populations extérieures. Il demeure que cette étude de cas a illustré que l'intégration de l'approche interprétative à l'approche écologique est faisable et utile d'un point de vue de la programmation en promotion de la santé.

Les questions génériques proposées dans cette thèse pour transférer les résultats interprétatifs en recommandations écologiques, comportent aussi des limites. En effet, ces questions génériques ont été conceptualisées à partir de l'analyse d'une seule étude de cas. Elles profiteraient très certainement d'une bonification ultérieure suite à la réalisation d'études de cas supplémentaires.

Dans un deuxième temps, l'étude de cas et la critique de l'approche écologique qu'elle a permis de générer a illustré que l'approche interprétative utilisée répond à certains besoins conceptuels de l'approche écologique, à savoir l'accessibilité pour l'approche écologique à des modèles ou des approches permettant d'apprécier:

- a) l'interdépendance entre les déterminants contextuels et individuels dans la genèse des comportements relatifs à la santé;
- b) les déterminants culturels des comportements relatifs à la santé et enfin;
- c) l'appréciation de la dimension historique dans l'analyse des ressources présentes et absentes dans l'environnement des personnes visées par l'intervention ;
- d) l'appréciation de la dimension adaptative des comportements et comment cette dimension est médiatisée par la culture.

Dans un troisième temps, dans l'optique de ces contributions conceptuelles, il y a lieu de considérer que l'intégration de la présente approche interprétative à l'approche écologique est non seulement faisable mais souhaitable dans la mesure où elle contribue à la fois au développement conceptuel et à la crédibilité de l'approche écologique mais aussi à celle de la promotion de la santé. En effet cette intégration conceptuelle :

- 1) augmente les chances de produire des interventions plus efficaces et;
- 2) permet d'éviter de créer des interventions de type «victim blaming».

Ces contributions conceptuelles ont, en conséquence, non seulement des incidences sur le développement de l'approche écologique mais aussi sur la crédibilité de la promotion de la santé.

L'intégration des deux approches conceptuelles proposées dans cette thèse a permis d'apprécier les déterminants d'un comportement relatif à la santé d'une communauté culturelle spécifique. Cette combinaison conceptuelle peut aussi bien être utilisée pour apprécier n'importe quel autre comportement de tout autre communauté culturelle y compris, les québécois francophones. Les Québécois francophones de milieux favorisés et défavorisés se réfèrent en effet, comme les membres de toute communauté, à une culture populaire de la santé et à leurs expériences personnelles pour orienter leurs comportements relatifs à la santé.

La présente thèse a démontré qu'il est possible de mieux apprécier les déterminants d'un comportement relatif à la santé en adoptant l'approche conceptuelle interprétative présentée en conjugaison avec l'approche écologique. En produisant des interventions mieux adaptées à l'expérience des personnes étudiées tout en étant plus adéquate d'un point de vue culturel, on améliore nos chances de produire des interventions efficaces et on diminue celles de produire des interventions de type «victim blaming», ces deux problèmes constituant des allégations majeures qui minent la crédibilité de la promotion de la santé.

Les acteurs de la promotion ont récemment invité les anthropologues à s'impliquer davantage dans leur champs d'étude et d'action sociale aux prises avec ce genre de problèmes. La présente thèse a été réalisée dans l'objectif de tenter de transformer les divergences passées en convergences futures porteuses de solutions pour certains problèmes de la promotion de la santé occidentale.

BIBLIOGRAPHIE

- A.D.A. (1997). ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: promotion of breast-feeding. Journal of the American Dietetic Association, 97(6), 662-666.
- Aberman, S., & Kirchoff, K. (1985). Infant-feeding practices, mothers decision making. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 14, 394-398.
- Acosta-Johnson, C. (1984). Implementing breastfeeding in health and nutrition programs: some policy issues. In J. Gussler & C. Bryant (Eds.), Helping mother breastfeed: program strategies for minority communities, .
- Adair, L. (1983). Feeding babies. Medical Anthropology, 7, 1-19.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Geckman (Eds.), Action-Control: from cognition to behavior, (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice-Hall.
- Alexander, C. N., & Wiley, M. G. (1981). Situated activity and identity formation. In M. Rosenberg & R. Turner (Eds.), Social Psychology: Sociological Perspectives, . New-York: Basic Books.
- Allen, L., & Pelto, G. (1985). Research on determinants of breastfeeding duration: suggestions for biocultural studies. Medical Anthropology, 9(97).
- Altman, D. G. (1990). The social context and health behavior: the case of tobacco. In S. Shumaket, A. Schron, & J. Ockene (Eds.), The Handbook of Health Behavior Change, (pp. 241-269). New York: Springer Pub. Comp.
- Anderson, E., & Geden, G. (1990). Nurses Knowledge of breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 20(1), 58-64.
- Anderson, E. N. J. (1984). «Heating and cooling» foods re-examined. Social Science Information, 23, 755-773.

- Anderson, E. N. J. (1987). Why is humoral medicine so popular? Soc.Sci Med., 25(4), 331-337.
- Anderson, J. M. (1985). The relevance of the social sciences to health care delivery. Soc.Sci.Med., 21(3), 307-308.
- Arafat, I., Allen, D., & Fox, J. (1981). Maternal Practice and attitudes toward breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 10, 91-95.
- Armelagos, G. J., T. Leatherman, Ryan, M., & L.Sibley. (1992). Biocultural synthesis in medical anthropology. Medical Anthropology, 14, 35-52.
- Auerbach, K., & Guss, E. (1984). Maternal employment and breast-feeding. Am J Dis Child, 138, 958-960.
- Bacon, C., & Wylie, J. (1976). Mothers attitudes to infant feeding at Newcastle General Hospital in summer 1975. BMJ, 7, 308-309.
- Badruddin, S., Inam, S., Ramzanali, S., & Hendricks, K. (1997). Constraints to adoption of appropriate breast feeding practices in a squatter settlement in Karachi Pakistan. JPMA J Pak Med Assoc, 47(2), 63-8.
- Balcazar, H., Trier, C., & Cobas, J. (1995). What predicts breastfeeding intention in mexican-american and non-hispanic white women. Evidence from a national survey. Birth, 22(2), 74-80.
- Bandura, A. (1986). Social Fondations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice-Hall.
- Baranowski, T., Bee, D., Rassin, D., Richardson, C., Brown, J., Guenther, N., & Nader, P. (1983). Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. Social Science & Medicine, 17, 1559-1611.
- Barnett, H. (1953). Innovation: The bases of cultural change. New York: McGraw-Hill.
- Barros, F., Victora, CG, Semer,TC, Filho, ST, Tomasi,E & Weiderpass E.(1995). Use of Pacifiers is associated with decrease breastfeeding duration. Pediatrics, 95, 497-499.
- Bastien, R., Larocque, G., & Renaud, L. (1994). Introduction. Réflexions sur les aspects conceptuels et théoriques de la promotion de la santé. In R.

Bastien, G. Larocque, & L. Renaud (Eds.), Promouvoir la Santé: Réflexions sur les Théories et les Pratiques., (pp. 17-18). Montréal: RÉFIPS.

Berry, J., Trimble, J., & Olmedo, E. (1986). Assessment of acculturation. In W. Lonner & J. Berry (Eds.), Field Methods in Cross-cultural Research, (pp. 291-324). Beverly Hills CA: Sage.

Berry, J. W. (1984). Cultural relations in plural societies: alternatives to segregation and their socio-psychological implications. In N. M. M. Brewer (Ed.), Groups in contacts, (pp. 11-27). New-York: Academic Press.

Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation. In J. J. Berman (Ed.), Cross-Cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation., Lincoln: University of Nebraska Press.

Berry, J. W., Power, U. K., & Young, M. (1989). Acculturation attitudes in plural societies. Applied Psychology, 38, 185-206.

Bevan, M., Mosley, D., Loback, K., & Solimano, G. (1984). Factors influencing breast feeding in an urban WIC program. J Am Diet Assoc, 84, 563-567.

Bibeau, G. (1981b). Current and future issues for medical social scientists in less developed countries. Soc. Sci. Med, 15A, 357-37.

Bibeau, G. (1993). New and Old Trends in the Interface between Ethnography and Psychiatry. Conférence non publiée présentée à «First National Meeting on Medical Anthropology. Salvador de Bahia, Brazil» Novembre 3-6.

Bibeau, G. (1995). Préface. Pari sur le virage anthropologique de la santé publique. In R. Massé (Ed.), Culture et Santé Publique, . Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Bibeau, G., Chan-Yip, A., Lock, M., & Rousseau, C. (1992). La Santé Mentale et ses Visages: Vers un Québec Pluriethnique au Quotidien. Montréal: Gaëtan Morin.

Bolton, R., & Singer, M. (1992). Introduction. Rethinking HIV Prevention: Critical Assessment of the content and delivery of AIDS Risk-Reduction Messages. Medical Anthropology, 14, 139-143.

- Botting, B. (1995). A review of the health of our children, decennial supplement. Population Trend, 82, 27-31.
- Bouvier, P., Doumbo, O., Breslow, N., Robert, C., Mauris, A., Picquet, M., Kouriba, B., Dembele, H., Delly, V., & Rougemont, A. (1997). Seasonality, malaria, and impact of prophylaxis in a West African village I. Effect of anemia in pregnancy. Am J Trop Med Hyg, 56(4), 378-83.
- Breslow, L. (1990). The future of public health: prospects in the U.S. for the 1990's. Annual Review of Public Health, 1, 1-29.
- Breslow, L. (1996). Social ecological strategies for promoting healthy lifestyles. Am J Health Promot, 10(4), 253-257.
- Brown, F., Lieberman, J., Winston, I., & Pleshette, N. (1960). Studies in choice of infant feeding by primiparas: attitudinal factors and extraneous influences. Psychosom Med, 22, 421-429.
- Brown, R. (1986). Breastfeeding Trends (Editorial). AJPH, 76(3), 238-239.
- Browner, C. H., & Sargent, C. F. (1990). Anthropology and Studies of Human Reproduction. In T. M. Johnson & C. F. Sargent (Eds.), Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method, . New York NY: Praeger.
- Bryant, C. (1982). The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices: Cuban, Puerto Rican and Anglo families in Florida. Social Science and Medicine, 16, 1757-1765.
- Bryant, C. (1984). The impact of support networks on breastfeeding practices: implications for program development. (Health Action Papers No.1). Lexington, KY: Lexington Fayette County Health Dept and University of Kentucky Medical Behavioral Science Dept.,.
- Chin, R. (1989). Antenatal complications and perinatal outcome in patients with nausea and vomiting complicated pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 33, 215-219.
- Chng, C. L. (1984). Vietnamese in America: a cases study in cross-cultural health education. Health Values: Achieving High Level Wellness, 8(3 may-june).

Cimon, M. (1994). Promotion de la santé et paupérisation. In R. Bastien, L. Langevin, G. LaRocque, & L. Renaud (Eds.), Promouvoir La santé: Réflexions sur les Théories et les Pratiques, (pp. 39-52). Montréal: RÉFIPS.

Clément, R., Gauthier, R., & Noël, K. (1993). Choix langagiers en milieu minoritaire: attitudes et identité concomitantes. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 3(2), 149-164.

Clément, R., & Noël, K. (1992). Towards a situated approach to ethnolinguistic identity: the effect of status on individuals and groups. Journal of Language and Social Psychology, 11(4), 203-231.

Clément, R., Sylvestre, A., & Noël, K. (1991). Modes d'acculturation et identité située: le cas des immigrants haïtiens de Montréal. Canadian Ethnic Studies, 33(2), 81-93.

Coffin, C., Labbok, M., & Belsey, M. (1997). Breastfeeding definitions. Contraception, 55, 323-325.

Collins, T., Leeper, J., Milo, T., & DeMellier, S. (1984). Perceptions and knowledge of breast-feeding among WIC and non WIC pregnant women in Alabama. ALA J Med Sci, 21, 145-148.

Coughlin, R. J. (1965). Pregnancy and birth in Vietnam. In D. V. Hart, R. A. Rajadon, & R. J. Coughlin (Eds.), Southeast Asian Birth Customs: Three Studies in Human Reproduction, (pp. 209-273). New Haven CT: Human Relation Area Files Press.

Cowan, M. (1996). Hyperemesis gravidarum: implications for home care and infusion therapies. J Intraven Nurs, 19(1), 46-58.

Cusson, R. (1985). Attitudes toward breast-feeding among female high-school students. Pediatr Nurs, 11, 189-191.

DiMatteo, M., Morton, S., Lepper, H., Damush, T., Carncy, M., & Pearson, M. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. Health Psychology, 15(4), 303-314.

Dinh, D.-K., Ganeson, S., & Waxler-Morrison, N. (1990). The Vietnamese. Chap.#8. In N. Waxler-Morrison, J. M. Anderson, & E. Richards (Eds.), Cross-Cultural Caring, (pp. 181-213). Vancouver: British Columbia University Press.

Dix Dustine, N. (1991). Why Women decide not to breastfeed. Birth, 18, 222-225.

Duhaime, R. (1987). Le projet OLO et la conscientisation. Une expérience terrain en milieu populaire ., Pratiques de conscientisation 2: logement, alphabétisation, aide sociale, féminisme, syndicalisme et santé politique., (pp. 215-245). Québec: Collectif québécois d'édition populaire.

Dungy, C., Christensen-Szalanski, J., Losh, M., & Russell, D. (1992). Effect of discharge sample on duration of breastfeeding. Pediatrics, 90, 233-237.

Eisenberg, L. (1977). Disease and illness. Distinctions between professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry, 1, 9-23.

Eisenbruch, M. (1983). «Wind Illness» or Somatic Depression? A case study in Psychiatric Anthropology. Brit. J. Psychiat., 143, 323-326.

El-Mallakh, R., NR, Liebowitz, & MS, Hale (1990). Hyperemesis gravidarum as conversion disorder. J Nerv Ment Dis, 178(10), 655-9.

Evans, K., Evans, R., & Simmer, K. (1995). Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. Acta Paediatr, 84(8), 849-52.

Fairweather, D. (1978). Nausea and vomiting during pregnancy. Obstetrics and Gynecology Annual, 7, 91-105.

Feltham, C. (1995). What is counselling ? The promise and problem of the talking therapies. London: Sage Pub.

Fernandez, E. L., & Guthrie, G. M. (1984). Belief system and breast feeding among Filipino urban poor. Soc Sci & Med, 19, 991-995.

Fishman, C., Evans, R., & Jenks, E. (1988). Warm bodies, cool milk: conflicts in post-partum food choice for Indochinese women in California. Soc Sci & Med, 26(11), 1125-1132.

Fletcher, G., & Ward, C. (1988). Attribution theory and processes: a cross-cultural perspective. In M. Bond (Ed.), The Cross-Cultural Challenge to Social Psychology, (pp. 230-244). Newbury Park: Sage.

Forget, G., & Bilodeau, A. (1994). L'interactionisme symbolique, un cadre théorique utile pour la promotion d e la santé? In R. Bastien, L. Langevin,

- G. LaRocque, & L. Renaud (Eds.), Promouvoir la Santé. Réflexion sur les Théories et les Pratiques., (pp. 233). Montréal: RÉFIPS.
- Foster, G. M. (1976). Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. American Anthropologist, 78, 773-782.
- Foster, G. M. (1994). Hippocrates' Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World. (Vol. 1). Langhorne, Pennsylvania 19047: Gordon and Breach Science Publishers.
- Freed, G. (1993). Breast-feeding. Time to teach what we preach. JAMA, 269(2), 243-245.
- Freed, G., Clark, S., Sorenson, J., Lohr, J., Cefalo, R., & Curtis, P. (1995). National assessment of physicians breastfeeding knowledge, attitude training and experience. JAMA, 273, 472-476.
- Freed, G., Jones, T., & Schandler, R. (1992). Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in a indigent population. Am J Perinatol, 9, 420-424.
- Freimuth, V., & W, Mettger (1990). Is there a hard-to-reach audience? Public Health Reports, 105, 232-238.
- Geertz, C. (1973a). The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.
- Gielen, A., Faden, R., Ocampo, P., Brown, C., & Paige, D. (1991). Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. Pediatrics, 87, 298-305.
- Gielen-Carlson, A., Faden, R., Ocampo, P., & Paige, D. (1992). Determinants of breastfeeding in a rural WIC population. Journal of Human Lactation, 8, 11-15.
- Glanz, K., & Mullis, R. M. (1988). Environmental interventions to promote healthy eating: a review of models, programs and evidence. Health Education Quarterly, 15(4), 395-415.
- Godfroid, O., & Charlot, A. (1996). Postpartum psychiatry. Rev Med Brux, 17(1), 22-3.

Good, B. (1977). The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry, 1, 25-58.

Good, B. (1994). Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Good, M.-J. D. (1980). The relationship of popular Islamic Physiology to fertility. Soc Sci & Med, 14B, 147-156.

Green, L., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. American Journal of Health Promotion, 10(4), 271-281.

Groleau, D. (1988). Pratiques et croyances périnatales des Jamaïquaines de Toronto. Unpublished M.Sc., Université de Montréal, Montréal.

Grossman, L., Fitzsimmons, S., Larsen-Alexander, J., Sachs, L., & Harter, C. (1990). The infant feeding decision in low and upper- income women. Clin Pediatr, 29, 30-37.

Groth-Marnat, G., Leslie, S., & Renneker, M. (1996). Tobacco-control in a traditional Fijian village: indigenous methods of smoking cessation and relapse prevention. Soc. Sci. Med., 43(4), 473-7.

Guba, E. G. (1981). Criterias for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. E.C.T.J., 29(2), 75-91.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research, (pp. 106). London: Sage Publications.

Gunn, T. (1984). The incidence of breast feeding and reasons for weaning. NZ Med, 97, 360-363.

Gussler, J., & Briesemeister, L. (1980). The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. Medical Anthropology, 4(3).

Gussow, Z. (1989). Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy In Chronic Disease Control. Boulder, CO: Westview Press.

Haider, S. (1976). Encouragement of breast-feeding (Letter). BMJ, 1, 650.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1978). Theories of Personality. New York: Wiley.

- Hally, M., Bond, J., Crawley, J., Gregson, B., Philips, P., & Russell, I. (1984). Factors influencing the feeding of first-born infants. Acta Paediatr Scand, 73, 33-39.
- Harré, R., & Secord, P. F. (1972). The Explanation of Social Behavior. Oxford: Basil Blackwell.
- Heller, K. (1990). Social and community intervention. Annual Review of Psychology, 41, 141-168.
- Helman, C. (1985). Communication in primary care. Soc. Sci. & Med., 20, 923-931.
- Helman, C. (1986). Culture, Health and Illness. Bristol England: Wright.
- Henderson, S. M., & Brown, J. (1987). Infant feeding practices of Vietnamese immigrants to the northwest United States. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1(2), 153-169.
- Hermans, H., Kempen, H., & Loon, R. V. (1992). The dialogal self. Beyond individualism and rationalism. American Psychologist, 47(1), 23-33.
- Herskovits, M. (1958). Acculturation. Gloucester MA: Peter Smith.
- Hill, P. (1987). Effect of education on breast feeding success. Maternal-Child Nurs. J., 16(2), 145-156.
- Hirschman, C., & Hendershot, B. E. (1979). Trends in breast feeding among American mothers. Vital Health Statistics, 23, 1-39.
- Hod, M., Orvieto, R., & al., B. K. E. (1994). Hyperemesis gravidarum: a review. J Reprod Med, 39, 605-612.
- Howard, C., Fred, M., & Weitzman, M. (1993). The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding. Obstet Gynecol, 81, 1048-1051.
- Hunt, L., Jordan, B., & Irwin, S. (1989). Compliance and the patient's perspective: controlling symptoms in everyday life. Cult. Med. Psychiatry, 13, 315-334.

- Jackson, J. M. (1988). Social Psychology, Past and Present: An Integrative Orientation. Hillsdale: NJ : Lawrence Erlbaum.
- Janes, C. R., and, R. Stall, & Gifford, S. M. (Eds.). (1986). Anthropology and Epidemiology. Dordrecht Holland: D. Reidel Publishing Co.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. Health Education Quarterly, 11, 1- 47.
- Jeffs, J. (1977). Why do mothers breast feed. Nurs Times, 73, 911-914.
- Jeliffe, D., & Jeliffe, P. (1978). Human Milk in the Modern World. New York: Oxford University Press.
- Jones, D., & West, R. (1986). Effect of a lactation nurse on the success of breast- feeding: a randomized controlled trial. J Epidemiol Community Health, 40, 45-9.
- Jones, R., & Belsey, E. (1977). Breast feeding in a inner London borough: a study of cultural factors. Soc Sci Med, 11, 175-179.
- Jordan, B. (1977). The self-diagnosis of early pregnancy. Medical Anthropology, 1(2), 1.
- Jordan, B. (1978). Birth in Four Cultures. Montreal: Eden Press Women's Publications.
- Joseph, L. (1996). Women and trauma: a contemporary psychodynamic approach to traumatization for patients in OB/GYN psychological consultant clinic. Bull Menninger Clin, 60(1), 22-38.
- Katon, W., Ries, R., Bokan, J., & Kleinman, A. (1980-81). Hyperemesis gravidarum: a biopsychosocial perspective. International Journal of Psychiatry in Medecine, 10(2), 151-62.
- Kay, M. A. (1982). Writing an ethnography of birth. In M. A. Kay (Ed.), Anthropology of Human Birth, (pp. 1-25). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. American Psychologists, 21, 535-539.
- Kelly, J. G. (1968). Toward an ecological conception of preventive intervention. In J. W. Carter (Ed.), Reseach Contributions from Psychology

to Community Mental Health, (pp. 76-100). New York: Behavioral Publications Inc.

Kelly, J. G. (1979). Adolescent Boys in High School: A Psychological Study of Coping and Adaptation.: Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Khanjanasthiti, P., & Dhanamitta, S. (1978). Breast feeding practice and growth of infants in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, 61(6), 340-344.

Kirmayer, L. (1993). Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited. Cult. Med. Psychiatry, 17, 161-195.

Kirmayer, L. (1996). Broken Narratives: Clinical Encounters and the Poetics of Illness Experience. In C. Mattingly & L. Garro (Eds.), Narratives of Illness and Healing, . Berkely: University of California Press.

Kirmayer, L., Dao, T., & Smith, A. (in press). Somatization and psychologization: understanding cultural idioms of distress. In S. Okpaku (Ed.), Clinical Methods In Transcultural Psychiatry, : American Psychiatric Press.

Kirmayer, L., Galbaud-du-Fort, G. , Young, A., Weinfeld, M., & Lasry, J.-C. (1997). Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study. (6 (Part 1)). Montreal: Culture and Mental Health Research Unit Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital.

Kirmayer, L., JM, Robbins., M, Dworkind, & MJ, Yaffe. (1993). Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. Am J Psychiatry, 150(734-741).

Kirmayer, L. J. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Soc. Sci. Med., 29(3), 327-339.

Kirmayer, L. J. (1992). The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representation in illness experience. Med. Anthropol Qu., 6, 323-346.

Kirmayer, L. J., & A, Young. (1996 (october 8, corrected october 27)). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspectives. Prepared for: Psychosomatic Medicine.

- Kirmayer, L. J., & JM, Robbins. (1996). Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. Psychological Medicine, 26, 937-951.
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. Canadian Journal Psychiatry, 39, 584-595.
- Kitzinger, S. (1978). Women as Mothers. New York: Random House.
- Kleinman, A. (1973b). Medicine's symbolic reality: on the central problem in the philosophy of medicine. Inquiry, 16, 206-213.
- Kleinman, A. (1975). Explanatory models in health care relationships. In Health of the Family (pp.159-172). Washington, D.C.: National Council for International Health.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and model for comparasion of medical systems as cultural systems. Soc. Sci. & Med., 12, 85-95.
- Kleinman, A. M. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. M., & Good, B. (1985). Culture and Depression. Berkeley: University of California Press.
- Kuipers, J. (1989). Medical discourse in anthropological context: views of language and power. Medical Anthtropolgy Quarterly, 3, 99 -123.
- Labbok, M., & Coffin, C. (1997). A call for consistensy in definition of breastfeeding behaviors. Soc. Sci. Med., 44(12), 1931-1932.
- Labbok, M., & Krasovec, K. (1990). Toward consistency in breastfeeding definitions. Studies in Family Planning, 21(4), 226-230.
- Laderman, C. (1987a). The ambiguity of symbols in the structure of healing. Soc. Sci. Med., 24(4), 293-301.
- Laderman, C. (1987b). Destructive heat and cooling prayer: malay humoralism in pregnancy, childbirth and the postpartum period. Soc. Sci Med., 25(4), 357-365.

Landry, M., & Guay, J. (1987). La perspective communautaire. In J. Guay (Ed.), Manuel Québécois de Psychologie Communautaire, (pp. 3-47). Chicoutimi: Gaëtan Morin.

Lasry, J., & Sayegh, L. (1992). Developing an acculturation scale: A bidimensional model. In N. Grizenko, L. Sayeh, & P. Migneault (Eds.), Transcultural Issues in Child Psychiatry, . Montréal: Éditions Douglas.

Last, J. M. (1986). Editorial. Canadian Journal of Public Health, 77, 384-386.

Lave, J. (1988). Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Every Day Life. Cambridge: Cambridge University Press.

Lawrence, R. (1982). Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. Pediatrics, 70, 912-920.

Lawrence, R. (1994). Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession. St Louis: Mo: Mosby-Year Book.

Lazare, A.(1975). The customer approach to patient-hood. Archs. Gen. Psych., 32, 553.

Lazovic, N., & Pocekovac, P. (1996). The importance of time intervals between childbirth and anemia in pregnancy [in Serbo-croatian: Znacaj vremenskog intervala izmedju porodjaja za anemiju kod trudnica.]. Srp Arh Celok Lek, 124(11-12), 307-10.

Lebech, M., Hansen, M., & Knudsen, A. (1996). Headache, fatigue and edema of the lower limbs during the third trimester of normal pregnancy [Danish]. Ugeskr Laeger, 158(47), 6778-80.

Lee, R. V., D'Alauro, F., White, L. M., & Cardinal, J. (1988). Southeast Asian folklore about pregnancy and parturition. Obstetrics & Gynecology, 71(4 april), 643-646.

Leet, J. (1990). Emics and etics: notes on the epistemology of anthropology. In T. N. Headland, K. L. Pike, & M. Harris (Eds.), Emics and Etics: The Inside and Outside Debate, (Vol. 7, pp. 130). Newbury, Londre,: Sage Publications.

LeFevre, M., Kruse, J., & Zweig, S. (1987). Selection of infant-feeding method: a population- based study in a rural area. J Fam Pract, 24, 487-491.

- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), Handbook of Psychology and Health, (pp. 219-252). New Jersey: Earlbaum.
- Levill, C., Hanvey, L., Avar, D., Chance, G., & Kaczorowski, J. (1995). Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Ottawa: Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile.
- Leylek, O., A, C/tin, M, Toyaksi, & T, Erselcan (1996). Hyperthyroidism in hyperemesis gravidarum. Int J Gynaecol Obstet, 55(1), 33-7.
- Lock, M. M., & Scheaper-Hughes, N. (1990). A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In T. Johnson & C. Sargent (Eds.), Medical Anthropology: A Handbook Of Theory and Methods, (pp. 47-72).
- Lofton, M., & Gotsch, G. (1983). Legal rights of breast-feeding mothers: USA scene. In D. B. Jelfffe & E. F. P. Jelfffe (Eds.), Advances in International Maternal and Child Health, (Vol. 3, pp. 40-55). Oxford: Oxford University Press.
- Long, P., & Russell, L. (1993). Hyperemesis gravidarum. J Perinat Neonatal Nurs, 6, 21-28.
- Lopez-de-la-Pena, X., Avelar, J. C., & Romo, L. D. L. (1997). Prevalence of gestational diabetes in a group of women receiving treatment at a mexican Institue of Social Security in Aguascalientes, Mexico. Arch MED Res, 28(2), 218-4.
- Losh, M., Dungy, C., Russell, D., & Dusdieker, L. (1995). Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. J Pediatr, 126, 507-514.
- Lub-Moss, M., & Eurelings-Bontekoe, E. (1997). Clinical experience with patients suffering from hyperemesis gravidarum: thoughts about subtyping of patients, treatment and counseling models. Patient Educ Couns, 31(1), 65-75.
- M.S.S.S., & Gouvernement du Québec. (1993). La Politique de Périnatalité du Québec. .

- MacClain, C. (1982). Toward a comparative framework for the study of childbirth: a review of the literature. In M. Kay (Ed.), Anthropology of Human Birth, (pp. 25-59). Philadelphia: FA Davis Compagny.
- MacDonald, G., & Bunton, R. (1992). Health Promotion: discipline or disciplines. In R. Bunton & M. D. G (Eds.), Health Promotion: Disciplines and Diversity, (pp. 42-65). London: Roughtledge.
- Mackey, S., & Fried, P. (1981). Infant breast and bottle feeding practices: some related factors and attitudes. Can J Public Health, 72, 312-318.
- Mahler, H. (1986.). Conférence du Direceur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé; prononcée lors de la cérémonie d'inauguration de « La Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé dans les Pays Industrilalisés» Ottawa (Canada). Canadian Journal of Public Health, 77(17-21 novembre), 390-392.
- Maiman, J., & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correllates in Psychology Theory. In M. H. Becker (Ed.), The Helth Belief Model and Personal Behavior, (pp. 9-26). Thorofare, NJ: Slack.
- Manderson, L., & Mathews, M. (1981). Vietnamese attitudes towards maternal and infant health. The Medical Journal of Australia, 1, 69-72.
- Martinez, G., & Krieger, F. (1985). 1984 milk-feeding patterns in the United States. Paediatrics, 76, 1004-1008.
- Massé, R. (1995) Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Matheny, R., Picciano, M., & Birch, L. (1987). Attitudinal and social influences on infant feeding preference. J. Nutr. Educn., 19, 21.
- Mathews, M., & Manderson, L. (1980). Infant feeding practices and lactation diets amongst Vietnamese immigrants. Australian Paediatric Journal, 16, 263-266.
- McLeroy, K., D., Bibeau, A, Steckler, & K, Glanz. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 15, 351-377.
- McLorg, P., & Bryant, C. (1989). Influence of social network members and health care professional on infant feeding practices of econimically disadvantaged mothers. Med Anthropol, 10, 265-78.

Mead, M., & Newton, N. (1967). Cultural patterning of perinatal behavior. In S. Richardson & A. Guttmacher (Eds.), Child Bearing: Its Social and Psychological Aspects., (pp. 142-244). Baltimore: Williams and Wilkins.

Meyer, L., Peacock, J., Bland, J., & Anderson, H. (1994). Symptoms and health problems in pregnancy: their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol, 8(2 Apr), 145-55.

Milio, N. (1988). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. Health Promotion, 2(3), 263-274.

Mohrer, J. (1975). Breastfeeding in a inner-city community: an assessment of perceptions and practices. Medical Anthropology, 31, 125-145.

Mohrer, J. (1979). Breast and bottle feeding in an inner-city community: an assessment of perceptions and practices. Med Anthropol, 3, 125-145.

Moore, K. G. I. (1979). The food habits and practices of South East Asians: Almeida County Health Care Services Agency, Public Health Services.

Moreault, L., Gagnon, C., & Labrecque, É. (1996). Évaluation du projet «marrainage»: une intervention non professionnelle auprès des familles à risque de négligence envers les enfants. Revue Canadienne de Santé Publique, 87(1), 42-45.

Morse, J. (1989). "Euch", those are for your husband! Examination of cultural values and assumptions associated with breast-feeding. Health Care for Women International, 11, 223-232.

Moses, R., & Colagiuri, S. (1997). The extent of undiagnosed gestational diabetes mellitus in New South Wales. Med J Aust, 167(1).

Murdock, G., Wilson, S., & Frederidk, V. (1978). World Distribution of Theories of illness. Ethnol, 17, 449-470.

Nakyonyi, M. M. (1993). HIV/AIDS education participation by the African community. Canadian Journal of Public Health, 84-supplement 1, S19-S23.

- National Health and Medical Research Council. (1985). Report of the working party on implementation of the WHO international code of marketing of breast milk substitutes. Canberra.
- Nelson, H., & R, Jurmain. (1988). Introduction to Physical Anthropology. St. Paul: West Publishing Compagny.
- Nguyen, D. (1983). Culture shock: a study on vietnamese culture and the concept of health and disease. Nôi San Y Si Viêt-Nam Tai Canada, 98, 26-30.
- Nguyen, D. (1990). Vietnamese people and oriental folk medicine . Montreal: Access Alliance- MCHC.
- Nicholson, W., & Yuen, H. (1995). A study of breast feeding rates at a large Australian obstetric hospital. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 35(4), 393-397.
- Nichter, M. (1991). Ethnomedicine: diverse trends, commun linkages. Commentary. Medical Anthropology, 13, 137-171.
- Nichter, M. (1994). Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines. Soc.Sci. Med., 38(5), 649-663.
- Oakley, A. (1972). Sex, Gender and Society. London: Maurice Temple Smith.
- Oakley, A. (1976). Wise women and medicine man: changes in the management of childbirth. In J. Mitchell & A. Oakley (Eds.), The Rights and Wrongs of Women, (pp. 17-58). Harmondsworth: Penguin Books.
- Oakley, A. (1977). Cross-cultural practices. In T. Chard & M. Richards (Eds.), Benefits and Hasards of the New Obstetrics, . Philadelphia: JB Lippincott.
- Oakley, A. (1979a). A case of maternity: paradigms of women as maternity cases. Journal of Women in Culture and Society, 7, 607-632.
- Oakley, A. (1979b). Becoming a Mother. London: Martin Robertson and Co.
- Oakley, A. (1980). Women Confined. Towards a Sociology of Chilbirth. New York: Schocken Books.

Obermeyer, C., & S, Castle. (1996). Back to nature ? Historical and cross-cultural perspectives on barriers to optimal breastfeeding. Med. Anthropol., 17(1), 39-63.

Okamura, J. Y. (1981). Situational ethnicity. Ethnic and Racial Studies, 4, 453-465.

Ong, A. (1987). Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia. Albany: State University of New York Press.

Ong, A. (1988). The production of possession: spirits and multinational corporation in Malaysia. American Ethnologist, 15, 28-42.

Ooi, G. L. (1991). The persistence of chinese medicine: adjustment and diversity. Soc.Sci. Med., 32(3), 262-266.

W.H.O Division of Family Health (1982). The prevalence and duration of breast-feeding: A critical review of available information. World Health Statistics Quarterly, 35(2), 92-116.

Packard, R. M. (1989). White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa. Berkley: University of California Press.

Pandolfi, M. (1990). Boundaries inside the body: women's sufferings in southern peasant Italy. Culture, Medicine and Psychiatry, 14, 255-273.

Pillsbury, B. (1982). «Doing the month»: confinement and convalescence of Chinese women after childbirth. In M. Kay (Ed.), Anthropology of Human Birth, (pp. 119-146). Philadelphia: FA Davis Compagny.

Price, A., Davies, R., & Heller, S. (1996). Asian women are at increased risk of gestational thyrotoxicosis. J Clin Endocrinol Metab, 81(3), 1160-3.

Pritchard D., MacDonald L., & Gant, M. (1985). Williams Obstetrics. Norwalk Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

Ramsay, M., & Gisel, E. (1996). Neonatal sucking and maternal feeding practices. Developmental Medicine and Child Neurology, 38, 34-47.

Raphael, D., & Davis, F. (1985). Only Mothers Know: Patterns of Infant Feeding in Traditionnal Cultures. (Vol. 54). Westport Conn.: Greenwood Press.

Reames, E. (1985). Opinions of physicians and hospitals of current breast-feeding recommendations. J Am Diet Assoc, 85, 79-80.

Reeves-Tuttle, C., & Dewey, K. (1994). Determinants of infant feeding choices among Southeast Asian immigrants in northern California. Journal of The American Dietetic Association, 94(3), 282-286.

Renaud, L. (1994). Réflexions critiques au sujet d'un modèle conceptuel transposé dans le design d'un programme communautaire et multifactoriel en promotion de la santé auprès d'enfants. In R. Bastien, L. Langevin, G. LaRocque, & L. Renaud (Eds.), Promouvoir la Santé. Réflexions sur les Théories et les Pratiques., (pp. 213-228). Montréal: RÉFIPS.

Reynolds, B., Hitchcock, N. E., & Coveney, J. (1988). A longitudinal study of Vietnamese children born in Australia: infant feeding, growth in infancy and after five years. Nutrition Research, 8, 593-603.

Richard, L. (1996). Pour une approche écologique en promotion de la santé: le cas des programmes de lutte contre le tabagisme. Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé, 3(1), 52-67.

Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion. American Journal of Health Promotion, 10(4), 319-328.

Rider, E., Samuels, R., Wilson, K., & Homer, C. (1996). Physical growth, Infant nutrition, breastfeeding, and general nutrition. Current Opinion in Pediatrics, 8, 293-297.

Righard, L., & Alade, M. (1997). Breastfeeding and the use of pacifiers. Birth, 24(2), 116-120.

Robbins, J., Kirmayer, L., Cathébras, P., Yaffe, M., & Dworkind, M. (1994). Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. Medical Care, 32(8), 795-812.

Robbins, J. M., & Kirmayer, L. (1991). Attributions of common somatic symptoms. Psychological Medicine, 21, 1029--1045.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2, 328-335.

Ross, S., Loening, W., & Middlekoop, A. (1983). Breast-feeding evaluation of a health education program. S. A. Mediese Tydskrif Deel, 64, 361-363.

Rossiter, J. C. (1992). Attitudes of Vietnamese women to baby feeding practices before and after immigration to Sydney, Australia. Midwifery, 8, 103-112.

Rossiter, J. C. (1994). The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. Int.J.Nurs.Stud., 31(4), 369-379.

Rousseau, E., Lescop, J., Fontaine, S., Lambert, J., & Roy, C. (1982). Influence of cultural and environmental factors on breastfeeding. Can Med Assoc J, 127, 701-704.

Ryan, A., Lewandowski, G., & Krieger, F. (1991). The recent decline in breastfeeding 1984-1989. Pediatrics, 8, 873-874.

Salomon, G. (Ed.). (1993). Distributed Cognitions. Psychological and Educational Considerations. Cambridge: Cambridge University Press.

Samuels, S. (1982). Socio-cultural obstacles to breastfeeding in an American community. Unpublished Doctoral Dissertation, University of California, Berkeley.

Sarett, H., Bain, K., & OLeary, J. (1983). Decisions on breast-feeding or formula feeding and trends in infant-feeding practices. Am J Dis Child, 137, 719-725.

Scheaper-Hughes, N. (1988). The madness of hunger: sickness, delirium and human needs. Culture, Medicine and Psychiatry, 12, 429-458.

Scheaper-Hughes, N. (1994). An essay: aids and the social body. Soc. Sci. Med., 39(7), 991-1003.

Scheaper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to futur work medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly, 1, 6-41.

Schwandt, T. A. (1994). Constructivism, interpretivist approaches to human inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research, (pp. 105-188). Thousand Oaks California: Sage.

- Scrimshaw, S., Engle, P., Arnold, L., & Haynes, K. (1987). Factors affecting breastfeeding among women of Mexican origin or descent in Los Angeles. American Journal of Public Health, 77(4), 467-470.
- Sharma, A., Lynch, M. A., & Irvine, M. L. (1994). The availability of advice regarding infant feeding to immigrants of Vietnamese origin: a survey of families and health visitors. Child: Care, Health and Development, 20, 349-354.
- Shimkin, D. B., & Golde, P. (1983). Clinical anthropology: contributions, problems, and wider perspectives. In D.B.Shimkin & P.Golde (Eds.), Clinical Anthropology: A New Approach to American Health Problems, (pp. 369-387). Lanham, Maryland: University Press of America.
- Simmons, W., Simeon, D., Bramble, D., Buffonge, C., & Gallagher, P. (1996). Marked reduction of anemia during pregnancy over a 10 year period in Monserrat. Bull Pan Am Health Organ, 30(1), 18-23.
- Singer, M. (1992). The application of theory in medical anthropology: an introduction. Medical Anthropology, 14, 1-8.
- Smith, M. (1984). Attitudes to breast-feeding. Sa Mediese Tydskrif, 65, 234.
- Smith-Harahan, C., & Deblois, D. (1995). Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. Clin Nurs Res, 4(1), 50-66.
- Sobo, E. J. (1995). Choosing Unsafe Sex; Aids Risk Denial Among Disadvantaged Women. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Sontag, S. (1977). Illness as Metaphore. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Sontag, S. (1989). AIDS and Its Metaphors. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., & Urrutia, J. (1976,). The Effect of Early Mother-Infant Contact on Breastfeeding, Infection and Growth. Paper presented at the Breastfeeding: The Mother, Amsterdam.
- Sperber, D. (1982). Le savoir des anthropologues. Paris: Hermann.

- Standing, H. (1980). Beliefs about menstruation and pregnancy. MIMS Magazine, jun.(1), 21-27.
- Stein, A., Cooper, P., Day, A., & Bond, A. (1987). Social and Psychiatric factors associated with the intention to breastfeed. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 5, 165-71.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Towards a social ecology of health promotion. American Psychologist, 47(1), 6-22.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecology Theory into Guidelines for community Health Promotion. American Journal Of Health Promotion, 10(4), 282-298.
- Stokols, D., KR, Pelletier, & JE, Fielding (1996). The Ecology of Work and Health: Reseach and Policy Directions for The Promotion Of Employee Health. Health Education Quarterly, 23(2), 137-158.
- Suzuki, S., Dennerstein, L., Greenwood, K., Armstrong, S., & Satohisa, E. (1994). Sleeping patterns during pregnancy in Japanese Women. J Psychosom Obstet Gynaecol, 15(1), 19-26.
- Switzky, L., Vietzi, P., & Switzky, H. (1979). Attitudinal and demographic predictors of breastfeeding and bottle-feeding behavior by mothers of six-week-old infants. Psychol Rep, 45, 3-14.
- Tan, S., & Wheeler, E. (1980). Food intake and growth of young Chinese children in London. Community Medicine, 2, 20-24.
- Taussig, M. T. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. Soc. Sci.& Med., 14 b, 3-13.
- Tesh, S. (1981). Disease causality and politics. Health Politics, Policy and Law, 6, 369-390.
- Thomson, M., & Westreich, R. (1989). Restriction of mother-infant contact in the immediate postnatal period. In I. Chalmers, M. Enkin, & M. Keirse (Eds.), Effective Care in Pregnancy and Childbirth, . Oxford: Oxford University Press.

- Tierson, F., Olsen, C., & Hook, E. (1986). Nausea and vomiting of pregnancy and association with pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol, 155, 1017-1022.
- Todd, R., & Gelbier, S. (1990). Dental caries prevalence in Vietnamese children and teenagers in three London boroughs. British Dental Journal, 168(1), 24-26.
- Trickett, E., & Mitchell, R. (1992). An ecological metaphore for research and intervention. In M. S. Gibbs, L. J. R, & S. J. S (Eds.), Community Psychology and Mental Health, (pp. 18-28). New York: Gardner PRes.
- Trickett, E. J., Kelly, J. G., & Todd, D. (1972). The social environment of high school: guidelines for individual change and organizational redevelopment. In S. E. Golan & E. C (Eds.), Handbook of Community Mental Health, (pp. 331-406). New York: Appleton-Century Crofts.
- Trickett, E. J., Kelly, J. G., & Vincent, T. (1985). The spirit of ecological inquiry in community research. In E. Sisskind & D. Klein (Eds.), Community Research: Methods, Paradigms and Applications, (pp. 283-333). New York: Wiley.
- Tung, T. (1980). Indochinese Patients: Cultural Aspects of The Medical and Psychiatric Care of Indochinese Refugies. Washington DC: Action for South East Asian.
- Turshen, M. (1984). The Politival Ecology Of Disease In Tanzania. New BrunswicK, NJ: Rutgers University Press.
- Turshen, M. (1989). The Politics of Public Health. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Unschuld, P. U. (1980a). Concept of illness in ancient China: the case of demonological medicine. The Journal of Medicine and Philosophy, 5(2), 117-132.
- Van Der Geest, S. S., & Whyte, R. (Eds.). (1988). The Context of Medicines In Developing Countries: Studies In Pharmaceutical Anthropology. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers.
- Van-Gennep, A. (1960). The Rites of Passage. London: Routledge & Kegan Paul.

Vandiver, T. (1997). Relationship of mothers perception and behavior to the duration of breastfeeding. Psychological Report, 80, 1375-1384.

Vygotsky, L. (1962). Thought and Language. Cambridge MA: MIT Press.

World Health Organization. (1989). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding. The special role of maternity services . Geneva Switzerland: (a joint WHO/UNICEF statement).

Wadd, L. (1983). Vietnamese postpartum practices: implications for nursing in the hospital setting. JOGN Nursing, July/August, 252-258.

Waitzkin, H. (1991). The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems. New Haven: Yale University Press.

Wallerstein, N., & Berstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Education Quaterly, 15(4), 379-394.

Wambach, K. (1997). Breastfeeding intention and outcome: a test of the theory of planned behavior. Research in Nursing & Health, 20, 51-59.

Weiner, B. (1985). «Spontaneous» causal thinking. Psychol Bull, 97, 74-84.

Weisskopf, S. C. (1980). Maternal sexuality and asexual motherhood. Signs, 5, 766-782.

Weller, S., & Dungy, C. (1986). Personnal preferences and ethnic variations among Anglo and Hispanic breast and bottle feeders. Soc.Sci. & Med., 23(6), 539-48.

Williamson, J. (1996). Leading article. Environmental health and public health: are they compatible? Public Health, 110(1), 3-4.

World Health Organization. (1989). The prevalence and duration of breastfeeding, updated information 1980-1989. WKLY Epidemiol Rec, 64, 331-335.

World Health Organization. (1991). Infant and young children nutrition (42nd session). Tokyo: Regional Office for the Western Pacific WHO Region.

- Yanchi, L. (1988a). The Essential Book of Traditional Medicine (Fang Tingyu and Chen Laidi, Trans.). (Kathleen Vian and Peter Eckman ed.). (Vol. 1). New York: Columbia University Press.
- Yeung, D., Pennell, M., Leung, M., & Hall, J. (1981). Breastfeeding: prevalence and influencing factors. Can J Public Health, 72, 323-30.
- Yoos, L. (1985). Developmental issues and the choice of feeding method of adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 14, 68-72.
- Young, A. (1976). Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. American Anthropologist, 78, 5-24.
- Young, A. (1981). When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. Culture Medicine and Psychiatry, 5, 317-335.
- Young, A. (1982b). Rational men and the explanatory model approach. Culture Medicine and Psychiatry, 6, 57-71.
- Yusof, Y., Mazlan, M., Ibrahim, N., & Jusoh, N. (1995). Infant feeding practices and attitudes of mothers in Kelantan towards breastfeeding. Med J Malaysia, 50(2), 150-5.

APPENDICE #1

Thèmes, sous-thèmes et leurs codes pour l'analyse
des représentations et des pratiques culturelles de la période périnatale.

THEMES & SOUS-THEMES

GROSSESSE GR

- FÉCONDITÉ FE
- FOETUS FO
- COMPORTEMENT COM
- ALIMENTATION AL
- SOMMEIL/INSOMNIES SOM/INS
- MOUVEMENTS/EXERCICES/REPOS MO/EX/REP
- ÉVACUATION/RÉTENTION EV/RET
- AIR A
- EAU E
- ÉMOTIONS EM
- SURNATUREL SUR
- SOINS PRÉNATALS SPR
- MALAISES/MALADIES MAL
- TECHNOLOGIE MÉDICALE TMD
- FROID FR
- LIEN PHYSIQUE MÈRE/ENFANT LPMEB

FÉCONDITÉ FE

- PROCESSUS DE CONCEPTION con
- SIGNES ANNONCIATEURS DE GROSSESSE si
- DÉBUT DE LA GROSSESSE déb
- PÉRIODES DE GROSSESSE pé
- AGE IDÉAL ag
- ESPACEMENT es
- FRÉQUENCE fré
- MARIAGE mar
- DÉSIR D'ENFANT dés

FOETUS FO

- SEXE sc
- ÂGE am
- POIDS IDÉAL po
- MALFORMATIONS mlf
- PRATIQUES BÉNÉFIQUES POUR POIDS, MOUVEMENTS, MENTAL, SPIRITUEL.
prbp ou prp
- GROSSESSE MULTIPLE grml

COMPORTEMENT COM

- MÈRE mè
- ACTIONS À ÉVITER acv
- LIEUX À ÉVITER liev
- COMPORTEMENT SOCIAL soc
- PERSONNES À ÉVITER pev
- CONJOINT co
- ENTOURAGE (FAMILLE, AMIS, VOISINS) ent

ALIMENTATION AL

- NOURRITURES PERMISES nrp
- NOURRITURES RECOMMANDÉES nrr
- NOURRITURES INTERDITES nri
- DANGERS dg
- PRATIQUES ALIMENTAIRES SUSPECTES sus
- ENVIES ALIMENTAIRES env
- PEURS RATTACHÉES À L'ABSORPTION DE CERTAINS ALIMENTS pc
- QUANTITÉ qté
- VARIATION DE L'ALIMENTATION AUX DIFFÉRENTES PÉRIODES DE LA
GROSSESSE vt
- PRISE DE POIDS IDÉALE po

- ALIMENTATION CHAUDE ch
- ALIMENTATION FROIDE fr
- TONIQUES/SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES spal
- VARIATION DE L'ALIMENTATION DUE À L'IMMIGRATION imm
- ALIMENTS PRÉVENTIFS pr
- ALIMENTS CURATIFS cur
- SUCRE (RIZ, PAIN, PATES, FRUITS, SUCRERIES) suc
- PRATIQUES PRÉVENTIVES prbp
- MÉDICAMENTS GRIPPE mdg

SOMMEIL/INSOMNIE SOM/INS

- QUANTITÉ DE SOMMEIL qté
- POSITIONS DE SOMMEIL po
- BESOIN DE SOMMEIL bc
- REVES rv
 - CONTENU rvco
 - CROYANCESrvcr
- INSOMNIE
 - PRATIQUES PRÉVENTIVES prbp
 - PRATIQUES CURATIVES prbc
 - CAUSES cau
- SIESTES si
 - BIENFAITS bn
 - DANGERS dg
- FATIGUE fat

MOUVEMENTS/EXERCICES/REPOS MO/EX/REP

- POSITIONS po
 - BÉNÉFIQUES bn
 - DANGEREUSES dg
- ACTIVITÉS PHYSIQUES aph
- MOUVEMENTS DANGEREUX dg
- EXERCICES
 - BÉNÉFIQUES bn
 - DANGEREUX dg
- MASSAGES mas

ÉVACUATION/RÉTENTION EV/RET

- URINATION UR
- INTESTINS INT
 - CONSTIPATION const
 - DIARRHÉE diar
- TRANSPIRATION trsp
- SALIVATION sal
- PERTES VAGINALES prvag
- CHAUD/FROID ch/fr

AIR A

- AIR FROID fr
 - VOIES D'ENTRÉE voe
 - CAUSES D'ENTRÉE cauc
 - DANGERS/MÈRE dgmè
 - DANGERS/ENFANT dgnf
 - CONSÉQUENCES cs
- AIR CHAUD ch
 - BIENFAITS bn
 - DANGERS dg
- AIR FRAIS fs
- COURANTS D'AIR car
- BON AIR bn
- MAUVAIS AIR mv

EAU E

- CONTACTS AVEC L'EAU cont
- EAU-CHAUDE ch
- EAU FROIDE fr
- EAU TIEDE ti
- PARTIES DU CORPS POUVANT ETRE EN CONTACT AVEC L'EAU.∞

ÉMOTIONS EM

- ÉMOTIONS QU'ON PEUT EXPRIMER expr
- ÉMOTIONS INTERDITES i
 - DANGERS dg
- SAUTS D'HUMEUR sh
- RAPPORTS SEXUELS sex
 - CONSEQUENCES BÉNÉFIQUES csb
 - CONSEQUENCES NEFASTES csn
- ÉMOTIONS DU PERE pè
 - BÉNÉFIQUES bn
 - NÉFASTES né
- ÉMOTIONS DES PERSONNES SIGNIFICATIVES ps
- PAIX INTÉRIEURE pat

SURNATUREL SUR

- PROTECTION
 - DIVINE prtd
 - ANCETRES prean
- APAISEMENT DES ESPRITS appsr
- INTÉRÊT DES ESPRITS FACE AU BÉBÉ ibspr

SOINS PRÉNATALS SPR

- SOINS CORPORELS sco
 - STATUT stp
- MÉDECIN md
 - PREMIERE VISITE prv
 - FRÉQUENCE frv
- COURS PRÉNATALS cpr
- SURVEILLANCE DU POIDS possu
- CONSULTATION AIDANTS NATURELS csun
- CONSULTATION MÉDECINE TRADITIONNELLE cmdt
- IMMIGRATION imm

MALAISES/MALADIES MAL

- FATIGUE fat
- NAUSÉES nau
- HÉMORRAGIE ANTE-PARTUM héma
- ANÉMIE an
- BRULURES D'ESTOMAC bres
- AIR FROID afr
- RÉTENTION D'EAU réte
- EXACÉRÉS PAR LA GROSSESSE gr
- HÉMORROIDES hé
- OS os
- GINGIVITE gin
- MUSCLES mcl
- MAUX DE TÊTE mit
- IMMIGRATION imm
- MAL DE REINS mlr
- MAL DE DOS mld
- GENE RESPIRATOIRE gnr
- MALAISES SOUS LES CÔTES mlc
- ENGOURDISSEMENTS eng
- FAUSSES CONTRACTIONS fctr
- PEAU p
- FRAGILITÉ DES CHEVEUX chv
- FRAGILITÉ DES ONGLES ong

- VERGETURES ver
- PÉRTES SANGUINES prsg
- FAUSSE-COUCHE f-c
- GROSSESSE ECTOPIQUE hut
- VARICES var
- MASQUES PAPILLON mas
- DIABÈTE GESTATIONNEL dia
- HYPERTENSION hyt
- TOXÉMIE tox
- ISOIMMUNISATION RHÉSUS ir
- PRÉ-ECLAMPSIE préé
- ECLAMPSIE é
- VERTIGES vrr
- CRAMPES MUSCULAIRES ms
- FOIE fi
- VENTRE vtr
- VULVE sex
- DENT dt
- TUBERCULOSE tub
- ÉTIOLOGIE ét
- SYMPTOMATOLOGIE sym
- PRÉVENTIF pr
- CURATIF cur
- DANGERS RATTACHÉS A CÉS MALAISES dg

TECHNOLOGIE MÉDICALE TMD

- ÉCHOGRAPHIE éco
- AMNIOCENTHESE aio
- PRISES DE SANG psg
- TESTS D'URINE tur
- TESTS DE DIABÈTE tdia
- INSULINE inc
- EXAMENS GYNÉCOLOGIQUES exg
- STRESS TEST str
- AUTRE TEST POUR VOIR SI LE BÉBÉ EST EN DÉTRESSE dét
- DANGERS RATTACHÉS À CES INTERVENTIONS dg
- AVANTAGES RATTACHÉS À CES INTERVENTIONS av

TRAVAIL TV

- DÉROULEMENT DU TRAVAIL DER
- LIEU LI
- SUPPORT SUP
- AIR A
- EAU E
- SOMMEIL SOM
- MOUVEMENTS/REPOS/EXERCICES MO/REP/EX
- ÉVACUATION/RETENTION EV/RET
- ALIMENTATION AL
- ÉMOTION EM
- COMPLICATIONS COP
- TECHNOLOGIE MEDICALE TMD
- MILIEU HOSPITALIER HS
- SURNATUREL SUR

DEROULEMENT DU TRAVAIL DER

- DEBUT déb
 - DÉCLENCHEMENT dl
 - SIGNES si
 - RETARD rta
- DURÉE dur
- VRAI/FAUX v/fr
- JOUR/NUIT jr/nu
- PROCESSUS pes
- OUVERTURES ovr
- VULNÉRABILITÉ vul

LIEU LI

- DEBUT DU TRAVAIL dé
- CHANGEMENT DE LIEU chg
- DANGERS RATTACHÉS AU LIEU dg
- DANGERS RATTACHÉS AU DÉPLACEMENT dg
- LIEUX BÉNÉFIQUES POUR LE TRAVAIL bn

SUPPORT SUP

- PERSONNES PRÉSENTÉS pp
- ROLES DES PERSONNES PRÉSENTES rpp

AIR A.

- AIR CHAUD ch
- AIR FROID-fr
- AIR TIEDE ti
- COURANTS D'AIR car

EAU E**SOMMEIL SOM****MOUVEMENTS/REPOS/EXERCICES MO/REP/EX**

- RESPIRATION res
- POSITION po

ÉMOTIONS EM

- DOULEUR dl
- TOUCHER tch
- CRIS/SONS cri
- PEURS pc
- QUIETUDE qu

ÉVACUATION/RÉTENTION EV/RET

- URINE ur
- INTESTINS int
- PERTES DES EAUX prte

ALIMENTATION AL**COMPLICATIONS COP**

- TRAVAIL TROP LONG lg
- TRAVAIL TROP COURT crt
- DYSTOCIE dys
- ÉPUISEMENT DE LA MÈRE émè
- VOMISSEMENTS vom
- DÉTRESSE FOETALE défo
- ARRÊT DU TRAVAIL ar
- ÉTIOLOGIE ét
- SYMPTOMATOLOGIE sym
- PRÉVENTIF pr
- CURATIF cur

TECHNOLOGIE MÉDICALE TMD

- MONITORING EXTERNE mc
- MONITORING INTERNE mi
- SOLUTE sté-
- MASQUE OXYGÈNE ox
- EXAMENS GYNÉCOLOGIQUES exg
- PÉRIDURALE pér
- SEDATIFS séd
- LAXATIFS lax
- STIMULATION/INDUCTION stm/ind
- PERFORATION DES EAUX prfe
- ULTRASONOGRAPHIE sono

- INSULINE inc
- CALMANTS dm
- DANGERS RATTACHES A CES PRATIQUES dg
- EFFETS BENEFIQUES RATTACHES A CES PRATIQUES bn

MILIEU HOSPITALIER HS

SURNATUREL SUR

- PROTECTION DES ANCETRES pran
- PROTECTION DIVINE prtdi
- ESPRITS spr

NAISSANCE NS

- PERSONNES PRESENTES PP
- LIEU LI
- POSITIONS PO
- PROCESSUS PES
- DANGERS DG
- SORTIE DU BEBE SBE
- SANG SG
- PLACENTA PL
- CORDON CR
- COMPLICATIONS COP
- TECHNOLOGIE MEDICALE TMD
- MILIEU HOSPITALIER HS
- SURNATUREL SUR
- EMOTION EM

PERSONNES PRESENTES PP

- ROLES DES PERSONNES r
- STATUT DU PROFESSIONNEL OU DES PROFESSIONNELS stp
- POUVOIR DECISIONNEL dec
- CONSULTATION DE LA MERE cmè
- CHOIX DE L'ACCOUCHEUR cha

LIEU LI

- DANGERS RATTACHES AU LIEU dg
- PROTECTION RATTACHEE AU LIEU prt

POSITIONS POUR LA NAISSANCE PO

PROCESSUS DE LA NAISSANCE PES

- OUVERTURES ouv
- VULNERABILITE vul

DANGERS DG

- CAUSES cau
- PREVENTIF pr
- CURATIF cur
- POSSIBILITE D'APPLIQUER EN MILIEU HOSPITALIER hs

SORTIE DU BEBE SBE

- POSITION TETE DE L'ENFANT potè
- MUCUS mus
- PREMIER CRI pct
- POIDS IDEAL po
- PRATIQUES PREVENTIVES POIDS IDEAL prp
- ACCUEIL acu
 - GARCON gy
 - FILLE fic
- HEURE DE LA NAISSANCE heu
- ANNONCE DE LA NAISSANCE ann
- NAISSANCE MULTIPLE nml
- MORT-NE mon

- BEBE MALFORME mlf
- BEBE PREMATURE prm
- POIDS FACTUEL p.f.

SANG SG

- QUANTITE qté
- QUALITE qual
- BON SANG bsg
- MAUVAIS SANG msg
- PRATIQUES POUR ARRETER LE SANG prs
- ORIGINE DU SANG or

PLACENTA PL

- TEMPS AVANT LA SORTIE DU PLACENTA tem
- RETENTION PLACENTAIRE rt
 - CAUSES cau
 - CONSEQUENCES cs
 - PRATIQUES PREVENTIVES prbp
 - PRATIQUES CURATIVES prbc
- SORTIE DU PLACENTA INCOMPLET i
 - CAUSES cau
 - CONSEQUENCES cs
 - PRATIQUES PREVENTIVES prbp
 - PRATIQUES CURATIVES prbc
- UTILISATION DU PLACENTA ut

CORDON CR

- PERSONNE QUI COUPE LE CORDON p
- PRATIQUES RATTACHEES AU CORDON pr

COMPLICATIONS COP

- NAISSANCE PREMATUREE prm
- NAISSANCE POST-TERME pst
- BEBE QUI NE DESCEND PAS bést
 - BASSIN TROP ETROIT bas
 - MAUVAISE POSITION DE L'ENFANT pob
- MAUVAISES PRESENTATIONS pt
 - SIEGE sig
 - BRAS br
 - JAMBE jmb
- DETRESSE FOETALE dsb
- HEMORRAGIE hém
- ECLAMPSIE é
- CORDON cr
 - DECHIRURE déch
 - DU COL col
 - DU PERINEE pér
- PLACENTA pl
 - ETIOLOGIE ét
 - SYMPTOMATOLOGIE sym
 - PRATIQUES PREVENTIVES prp
 - PRATIQUES CURATIVES prc

TECHNOLOGIE MEDICALE TMD

- EPISIOTOMIE to
- FORCEPS fo
- VENTOUSES vu
- COUTURE DU PERINEE cé
- INJECTION APRES L'ACCOUCHEMENT pq
- PERIDURALE pér
- CESARIENNE cé
- ASPIRATION DES MUCUS as
- OXYGENE ox
- VITAMINE K k

- NITRATE D'ARGENT gr
- PRATIQUES BÉNÉFIQUES
 - PRÉVENTIF prp
 - CURATIF prc
- PRATIQUES NÉFASTES pmé

MILIEU HOSPITALIER HS
-SÉPARATION MERE/ENFANT sméb

SURNATUREL SUR

POST-NATAL PN

- DÉROULEMENT DER
- LIEU LI
- PERSONNES PRESENTES PP
- AIR A
- EAU E
- CHALEUR CH
- FROID FR
- MOUVEMENT/REPOS/EXERCICES MO/REP/EX
- ALIMENTATION AL
- ÉVACUATION/RÉTENTION EV/RET
- ÉMOTIONS EM
- ALLAITEMENT ALA
- MALAISES/MALADIES MAL
- TECHNOLOGIE MEDICALE TMD
- MILIEU HOSPITALIER HS
- SURNATUREL SUR
- CORPS CO

NOUVEAU-NE

DEROULEMENT DER

- DUREE DU POST-NATAL dur
 - PRIMIPARE prmp
 - MULTIPARE mltp
- CELEBRATIONS célé
- RITES DE PASSAGE ri
- COMPORTEMENT com
- COMPORTEMENT CONJOINT conco

LIEU LI

- RÉCLUSION recl

PERSONNES PRESENTES PP

- AIDE aid
- VISITES visi
- PERSONNES ETRANGERES pétr
- CONSEILS DU MEDECIN cmd
- CONSEILS AIDANTS NATURELS csum
- CONSEILS MEDECINE TRADITIONNELLE cmdt

AIR A

- AIR CHAUD ch
- AIR FROID fr
 - VOIES D'ENTREE voc
 - CAUSES D'ENTREE cauc
 - CONSEQUENCES cs
 - PRATIQUES NEFASTES pmé
 - PRATIQUES BENEFIQUES
 - PREVENTIF prp
 - CURATIF prc

EAU E

- BAINS/DOUCHES bado
- PRATIQUE BENEFIQUE bn
- PREVENTIF prp
- CURATIF prc
- PRATIQUE NEFASTE pmé
- PRATIQUES RATTACHEES A L'EAU prc
- PRATIQUE BENEFIQUE bn
- PREVENTIF p
- CURATIF c
- PRATIQUE NEFASTE né
- EAU CHAUDE ch
- EAU FROIDE fr

CHALEUR CH

- BESOIN DE CHALEUR bc
- SOURCE DE CHALEUR sc
- PRATIQUES BENEFIQUES bn
- CURATIF prc
- PREVENTIF prp
- PRATIQUES NEFASTES pmé

FROID FR

- SOURCE sc
- DANGERS dg
- VOIES D'ENTREE voc
- CAUSES D'ENTREE cauc
- PRATIQUES BENEFIQUES prb
- PREVENTIF prp
- CURATIF prc
- PRATIQUES NEFASTES pmé

MOUVEMENT/EXERCICES/REPOS MOV/EX/REP

- POSITIONS po
- EXERCICES ex
- ACTIVITES acph

ALIMENTATION AL

- RECOMMANDEE nrr
- INTERDITE nri
- DANGERS dg
- BIENFAITS PREV.pr
- BIENFAITS CUR.cur
- CHALEUR ch
- FROID fr
- SUPPLEMENTS ALIMENTAIRES spal

EVACUATION/RETENTION EV/RET

- SANG sg
- ORIGINE or
- QUANTITE qté
- QUALITE qual
- BON SANG bsg
- MAUVAIS SANG msg
- URINATION ur
- INTESTINS int

EMOTION EM

- EXPRESSION expr
- VULNERABILITE vul
- RELATIONS SEXUELLES sex

ALLAITEMENT ALA

- QUALITE DU LAIT MATERNEL qula
- QUALITE DU LAIT MATERNEISE quse
- DEBUT DE L'ALLAITEMENT déb
- SUCCEDANE DE LAIT sucl
- CHOLOSTRUM chls
- PROVENANCE DU LAIT MATERNEL or
- PRATIQUES POUR AVOIR BCP DE LAIT/DU BON LAIT prp
- LAIT QUI NE MONTE PAS mt
- CAUSES cau
- PRATIQUES CURATTIVES prc
- ENGORGEMENT eng
- FREQUENCE D'ALLAITEMENT fr
- DUREE DE L'ALLAITEMENT dur
- SEVRAGE sevr
- VULNERABILITE DE LA MERE vulnè

SURNATUREL SUR

- MAUVAIS ESPRITS mspr
- CAUSES cau
- DANGERS dg
- PREVENTIF pr
- CURATIF cur
- PROTECTION DES ANCETRES prtan
- PROTECTION DIVINE prtd

MALAISES MAL

- CRAMPES UTERUS crut
- PERTES DE SANG ptsg
- COUTURE cpér
- DOULEUR AUX MAMELONS dom
- HEMORROIDES hé
- DEPRESSION dépr
- FIEVRE frv
- PROBLÈME DE DENTS dt
- PRATIQUES BENEFIQUES prb
- CURATIF prc
- PREVENTIF prp
- PRATIQUES NEFASTES pmé

TECHNOLOGIE MEDICALE TMD

- PRISES DE SANG psg
- FER fer
- CALMANTS cal
- MED. SELLES sell
- PRATIQUES BENEFIQUES prb
- PREVENTIF p
- CURATIF c
- PRATIQUES NEFASTES pmé

MILIEU HOSPITALIER HS

- POUPONNIERE pou

SURNATUREL sur**CORPS CO**

- VULNERABILITE vul
- OUVERTURE ouv

NOUVEAU-NE NN

- AGE AG
- PERSONNES PRESENTES PP
- EMMAILOTEMENT EMM
- MASSAGES MAS

- SOMMEIL SOM
- BEBE REVEILLE EVE
- BAINS BA
- AIR A
- INTESTINS INT
- ALIMENTATION AL
- PLEURS PLER
- CONTACTS PHYSIQUES CONTCO
- BEAUTE/SANTE BEAU/SANT
- PROTECTION PRT
- SURNATUREL SUR
 - PROTECTION DIVINE prtd
 - PROTECTION DES ANCETRES pranc
 - DANGERS dg
 - NOM nom
 - BONHEUR AUTOUR DE L'ENFANT bhh
- MALAISES/MALADIES MAL
- TACHES DE NAISSANCE TAC
- DEVELOPPEMENT dev
- MORT mr

APPENDICE #2

Questionnaire ayant servi à guider l'entrevue.

QUESTIONNAIRE

GROSSESSE

1. Que s'est-il passé dans votre corps pour que vous deveniez enceinte?
2. À quels signes avez-vous su que vous étiez enceinte?
3. Quel est l'âge idéal pour devenir enceinte?
4. Quel est l'espacement idéal entre deux grossesses?
5. Est-il important d'être mariée pour devenir enceinte?
6. D'après vous, qu'est-ce qui donne le sexe à l'enfant?
7. D'où vient l'âme de l'enfant? À quel moment pénètre-t-elle dans le corps?
8. Comment deviez-vous vous comporter quand vous étiez enceinte?
Pourquoi?
9. Deviez-vous éviter des personnes, des lieux, des manifestations?
Pourquoi?
10. Comment doit se comporter le conjoint, la famille, l'entourage vis-à-vis d'une femme enceinte?
11. Qu'est-ce qu'une femme enceinte doit manger? Quelle quantité?
12. Qu'est-ce qui n'est pas bon à manger pour une femme enceinte?
13. Est-ce qu'une femme enceinte a des envies alimentaires spéciales? Est-ce bon pour elle? D'où cela vient-il?
14. Est-ce que le pain, le riz, les féculents, les fruits, les sucreries ont une place importante dans l'alimentation d'une femme enceinte?
15. Quelles sont les voies d'entrée d'air froid dans le corps d'une femme enceinte?
16. Quels sont les dangers pour le fœtus ou pour la mère rattachés à une pénétration d'air froid dans le corps?
17. Quels contacts avec l'eau sont permis durant la grossesse? Avec l'eau chaude? Avec l'eau froide?
18. Quels exercices, quelles activités physiques sont bénéfiques? Lesquels sont dangereux?
19. Est-ce que c'est bon de faire des siestes? Pourquoi?
20. Pratiquez-vous des massages durant la grossesse? Quel est le but de ces massages?
21. Pourquoi une femme enceinte a-t-elle beaucoup besoin de sommeil au début de sa grossesse?
22. Accordez-vous un sens à certains rêves que fait une femme enceinte?
23. Est-ce qu'une femme enceinte est sujette à des insomnies? Pourquoi?
24. Avez-vous remarqué un changement dans votre fréquence d'uriner? À quoi est dû ce changement?
25. Avez-vous été constipée, avez-vous eu la diarrhée? Savez-vous pourquoi? Comment pouvez-vous prévenir? Comment avez-vous soigné?
26. Y a-t-il eu des changements dans votre transpiration, dans votre salivation?

27. Avez-vous fait de la rétention d'eau? Est-il possible de prévenir?
Comment peut-on soigner ce problème?
27. Est-il bon pour une femme enceinte d'exprimer ses émotions? Joie-Tristesse-Colère-Amour-Haine-Jalousie.
28. Est-ce que les émotions exprimées dans l'entourage de la femme enceinte peuvent influencer le développement de l'enfant?
29. Pouvez-vous avoir des rapports sexuels durant la grossesse?
30. Que peut-il arriver si on ne respecte pas cette ligne de conduite?
31. Que faites-vous pour vous sentir en paix à l'intérieur?
32. Est-ce que des esprits peuvent avoir un intérêt pour l'enfant?
33. Demandez-vous la protection de vos ancêtres?
34. Quand faites-vous votre première visite chez le médecin?
35. À quelle fréquence jugez-vous bon de rencontrer votre médecin?
36. Préférez-vous un médecin homme? un médecin femme? Pourquoi?
37. Quel rôle joue le médecin dans votre grossesse?
35. À quelle fréquence jugez-vous bon de rencontrer votre médecin?
36. Consultez-vous une autre personne?
37. Avez-vous suivi des cours prénatals?
38. Quels soins particuliers donnez-vous à votre corps pendant la grossesse?
39. Est-ce que vous surveillez votre poids?
40. Avez-vous eu des malaises, des maladies? Savez-vous les causes? Auriez-vous pu prévenir? Comment vous êtes-vous soignée?
41. Connaissez-vous d'autres malaises de la grossesse? En savez-vous les causes? Comment prévenir et soigner ces malaises? Nausées-Rétention d'eau-Inflammation des gencives-Maux de tête-Difficulté à respirer-Engourdissement-Peau sèche ou grasse-Vergetures-Hypertension-Isoimmunisation rhésus-Hémorragie-Brûlures d'estomac-Hémorroïdes-Crampes musculaires-Mal de reins-Malaises sous les côtes-Fausse contractions-Fragilité des cheveux, des ongles-Varices-Diabète gestationnel-Toxémie-Pré-éclampsie-Eclampsie-Anémie de grossesse.
42. Connaissez-vous ces pratiques médicales? Vous semblent-elles bénéfiques? Certaines peuvent-elles représenter des dangers? Echographie-Amniocentèse-Prises de sang-Tests d'urine-Test de dépistage du diabète-Prise d'insuline-Examens gynécologiques-Stress test.

TRAVAIL

1. Lors de vos différentes grossesses, à quels signes avez-vous réalisé que le travail de l'accouchement commençait?
2. Si le travail a retardé, avez-vous fait quelque chose pour le déclencher?
3. Combien de temps a duré votre travail? Cela vous a-t-il semblé trop long, trop court?
4. Y a-t-il une différence entre le travail qui se passe le jour et le travail de nuit?
5. Où avez-vous commencé votre travail?
6. À quel moment vous êtes-vous rendue à l'hôpital ou dans le lieu de

- naissance? Était-ce un bon moment? Pourquoi?
7. Étiez-vous à l'aise, confortable dans la température de la pièce où vous étiez installée?
 8. Qui vous accompagnait durant votre travail?
 8. Avez-vous désiré la présence de d'autres personnes?
 9. Est-ce que la présence de quelqu'un vous a dérangée durant votre travail?
 10. Que faisaient les personnes présentes pour vous supporter dans le travail? Avez-vous apprécié? Avez-vous désiré autre chose?
 11. Avez-vous pris un bain ou une douche durant le travail?
 12. Avez-vous eu à la place d'autres contacts avec l'eau?
 13. Avez-vous sommeillé à des moments entre les contractions?
 14. Quelles étaient les positions les plus confortables?
 15. Étiez-vous à l'aise de vous installer, de bouger à votre guise?
 16. Est-ce que vous contrôliez votre respiration?
 17. Est-ce que vous émettiez des sons? des gémissements? des cris?
 18. Avez-vous senti le besoin de vider vos intestins, votre vessie?
 19. Avez-vous demandé ou reçu un lavement?
 20. À quel moment avez-vous perdu les eaux?
 21. Avez-vous demandé à manger ou à boire durant votre travail?
 22. D'après vous, pourquoi cela fait-il mal pendant les contractions?
 23. Comment viviez-vous cette douleur?
 24. Aviez-vous envie de vous faire toucher?
 25. De quoi aviez-vous envie pour vous soulager?
 26. Avez-vous eu peur de ce qui vous arrivait?
 27. Avez-vous eu des complications? En connaissez-vous les causes?
 28. Qu'a-t-on fait pour remédier à la situation?
 29. Connaissiez-vous d'autres complications qui peuvent arriver? En savez-vous les causes? Qu'est-ce qu'on peut faire? Travail trop long, inefficace. Épuisement de la mère. Vomissements. Détresse foetale. Arrêt du travail.
 30. Que pensez-vous de ces pratiques médicales? Monitoring externe-Monitoring interne-Soluté-Masque à oxygène-Examens gynécologiques-Péridurale-Masques à oxygène-Calmants-Laxatifs-Stimulation et induction-Rupture artificielle des membranes-Ultra-sons-Insuline-Échantillon sanguin du cuir chevelu:
 31. Qu'est-ce que vous avez apprécié et qu'est-ce qui vous a contrariée à l'hôpital dans le déroulement de votre travail? Examens faits par des hommes? des femmes? des infirmiers? des infirmières? Personnes présentes-Intimité-Horaires-Présence du médecin-Aménagement des lieux...

NAISSANCE

1. Qui était présent à la naissance de votre enfant?
2. Auriez-vous souhaité la présence de quelqu'un d'autre?
3. Avez-vous été dérangée par une présence indésirable?
4. Comment avez-vous choisi votre (médecin)accoucheur?

5. Qui a pris les décisions durant l'accouchement?
6. Avez-vous été consultée?
7. Aviez-vous le sentiment d'être dans le lieu le plus approprié pour donner naissance?
8. Dans quelle position étiez-vous pour expulser votre enfant?
9. Étiez-vous confortable, à l'aise ou auriez-vous souhaité être autrement?
10. Votre conjoint a-t-il joué un rôle actif dans la position d'expulsion?
11. Aviez-vous eu peur pour votre enfant ou vous à sa sortie?
12. Vous sentiez-vous vulnérable, en danger?
13. Avez-vous demandé la protection de vos ancêtres?
14. Pour laisser l'enfant venir au monde, croyez-vous qu'il se fasse une ouverture spirituelle?
15. Quelle position avait la tête du bébé à sa sortie? Est-ce que cela avait une signification?
16. Votre enfant a-t-il crié en naissant? Que signifie pour vous le premier cri d'un enfant?
17. Combien de temps après la sortie du bébé avez-vous expulsé le placenta?
18. Vous a-t-on fait quelque chose pour accélérer sa sortie?
19. Est-ce important que le placenta sorte rapidement?
20. Qu'avez-vous fait avec le placenta?
21. Avez-vous perdu beaucoup de sang?
22. C'était du bon sang ou du mauvais sang?
23. Est-ce qu'on vous a donné ou fait quelque chose pour faire sortir le sang ou l'arrêter? Comment vous êtes-vous sentie?
24. Qui a coupé le cordon? Avez-vous gardé le bout desséché du cordon?
25. Avez-vous eu des complications? Avez-vous su les causes?
26. Auriez-vous pu prévenir ces complications?
27. Qu'a-t-on fait pour y remédier?
28. Connaissez-vous d'autres complications? En savez-vous les causes? Et comment peut-on les prévenir et les soigner? -Un bébé qui ne descend pas à cause d'une mauvaise position ou à cause du bassin trop étroit de la mère. - Une mauvaise présentation : un siège, un bras. - Une détresse foetale. Une hémorragie. Une éclampsie. Une procidence du cordon. Une déchirure du col, du périnée. Un placenta prévia.
29. L'heure de la naissance est-elle importante pour vous?
30. À quel moment se fait l'annonce de la naissance?
31. Comment expliquez-vous une naissance multiple?
32. Avez-vous une explication traditionnelle (physique ou surnaturelle) à la mise au monde d'un bébé malformé? d'un bébé mort-né?
33. Que faites-vous à la naissance de ces enfants?
34. D'après vous, quelles sont les causes d'une naissance prématurée?
35. Quelles interventions avez-vous subi et comment l'avez-vous vécu? Épisiotomie. Couture du périnée. Forceps. Césarienne.
36. Quelles interventions votre bébé a-t-il reçu juste après sa naissance? Oxygène. Aspiration du mucus. Vitamine K. Nitrate d'argent.

POST-NATAL

1. Combien de temps êtes-vous restée au repos après votre accouchement?
2. Vous êtes-vous accordée le même temps de repos après chaque naissance?
3. Avez-vous célébré la venue du nouvel enfant? Comment? À quel moment?
4. Existe-t-il des rites de passage pour marquer le nouveau statut de mère?
5. Êtes-vous restée isolée dans une chambre pour cette période de repos?
6. Qui est venu vous aider? Combien de temps? Auriez-vous souhaité la présence de quelqu'un d'autre?
7. Avez-vous reçu beaucoup de visites? Avez-vous trouvé que c'était bon pour vous?
8. Combien de temps après l'accouchement avez-vous pris un bain ou une douche?
9. Avant de pouvoir prendre un bain ou une douche, comment faisiez-vous votre toilette?
10. En plus de nettoyer le corps cette pratique a-t-elle un effet purificateur?
11. De quoi était-il important de vous protéger durant la période qui a suivi l'accouchement?
12. Avez-vous ressenti un grand besoin de chaleur après l'accouchement?
13. Quelles positions vous ont semblé favorables pour retrouver votre équilibre? Quels exercices?
14. Qu'est-ce vous avez mangé et bu et qui était bon pour vous?
15. Qu'est-ce que vous ne deviez pas manger?
16. Avez-vous saigné longtemps après votre accouchement? Est-ce que c'était bon pour vous?
17. Avez-vous eu des problèmes de vessie ou d'intestins?
18. Comment les avez-vous réglés?
19. Combien de temps après la naissance est-il permis d'avoir des relations sexuelles?
20. Comment vous sentiez-vous émotivement dans la période qui a suivi votre accouchement?
21. Vous sentiez-vous à l'aise d'exprimer vos sentiments?
22. Vous sentiez-vous vulnérable aux mauvais esprits?
23. Est-ce que les esprits peuvent s'introduire dans le corps de la mère et la rendre malade?
24. Par où peuvent s'introduire les esprits? Comment?
25. Aviez-vous des réticences à manifester votre bonheur autour de votre nouveau-né de peur d'attirer les mauvais esprits?
26. Avez-vous fait quelque chose pour protéger votre enfant et vous-même?
27. Avez-vous été malade après la naissance? Pour quelle raison? Qu'avez-vous eu? Comment vous êtes-vous soignée? Auriez-vous pu prévenir ce malaise?
28. Connaissez-vous d'autres malaises qu'une femme peut avoir après un accouchement? Peut-on les prévenir? Quelles en sont les causes? Comment les soigne-t-on? Crampes. Pertes de sang abondantes. Suture. Douleur aux mamelons. Hémorroïdes. Dépression. Fièvre.

29. À l'hôpital, quelles sont les pratiques qui vous ont fait du bien? Quelles pratiques vous ont indisposée? Prise de sang. Pilules de fer. Calmants. Médicament pour les selles. Massage de l'utérus. Lampe infra-rouge.
30. Vous sentiez-vous confortable, à l'aise à l'hôpital après l'accouchement? Qu'est-ce qui vous a contrariée?

NOUVEAU-NÉ

1. Quel âge a un enfant à la naissance?
2. Qui a pris soin de votre nouveau-né?
3. Avez-vous emmailloté votre bébé? Combien d'heures par jour? Pendant combien de temps?
4. Lui avez-vous donné des massages?
5. Où a dormi votre nouveau-né?
6. Couchez-vous l'enfant sur le dos ou sur le ventre?
7. Que faites-vous pour endormir un bébé?
8. Où est le bébé quand il est réveillé?
9. Quand baigne-t-on le poupon pour la première fois?
10. À quelle fréquence avez-vous donné le bain à votre petit bébé?
11. Comment avez-vous protégé votre bébé de l'air qui lui était néfaste?
12. Est-ce que le méconium, la première selle du bébé, a une signification pour vous?
13. Votre bébé a-t-il eu des problèmes de diarrhée, de constipation? À cause de quoi? Auriez-vous pu prévenir? Comment avez-vous soigné?
14. Quand avez-vous mis votre enfant au sein la première fois?
15. Avez-vous donné à boire le cholostrum? Sinon qu'avez-vous donné en attendant la montée de lait?
16. D'où vient le lait maternel?
17. Qu'avez-vous fait pour avoir du bon lait, beaucoup de lait?
18. Avez-vous eu des problèmes à allaiter?
19. En savez-vous les causes? Qu'auriez-vous pu faire pour les prévenir? Comment vous êtes-vous soignée?
20. Quand avez-vous cessé l'allaitement? Comment avez-vous sevré votre enfant?
21. Quelle qualité a le lait maternel par rapport au lait maternisé?
22. Est-ce que vous avez nourri à la demande?
23. À quel âge donnez-vous autre chose que du lait à votre bébé? Que lui donnez-vous?
24. Combien de temps laissez-vous un bébé pleurer?
25. Que veulent dire les rires et les sourires d'un bébé?
26. À quoi dit-on qu'un bébé est beau? En santé?
27. Est-ce important d'être proche physiquement de votre enfant?
28. Est-ce que le nouveau-né est protégé par ses ancêtres?
29. Connaissez-vous cette pratique qui consiste à donner un nom à connotation négative au bébé plutôt que de l'appeler par son nom?
30. Que signifient les taches de naissances?

APPENDICE # 3

Variables sociodémographiques des mères vietnamiennes à l'étude.

Données socio-démographiques

Tableau I

Durée de séjour au Canada

ANNÉES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE	DURÉE EN ANNÉES
1988-1993	13/19	68 %	5 ans et moins
1982-1987	1/19	5 %	Entre 6 et 11 ans
Avant 1982	5/19	26 %	Plus de 11 ans

Tableau II

Départ du Vietnam en bateau

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	16/19	84 %
Non	2/19	10 %
Sans réponse	1/19	5 %

Tableau III

Séjour dans un autre pays avant le Canada

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	15/19	79 %
Non	4/19	21 %

NOM DU PAYS	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Hongkong	6/15	40 %
Malaisie	1/15	6 %
France	1/15	6 %
Indonésie	2/15	13 %
Philippines	2/15	13 %
Thaïlande	3/15	20 %

DURÉE	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Moins de 1 an	3/15	20 %
1 à 2 ans	4/15	27 %
2 à 3 ans	5/15	33 %
3 à 4 ans	3/15	20 %

Données socio-démographiques

Tableau IV

Durée de séjour dans un camp de réfugiés

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	15/19	79 %
Non	3/19	16 %
Sans réponse	1/19	5 %

Tableau V

Région d'origine au Vietnam

RÉGION	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Saïgon (Sud)	3/19	16 %
Sud	7/19	37 %
Nord	6/19	32 %
Centre	2/19	10 %
Bien Hoa	1/19	5 %

Tableau VI

Origine sino-vietnamienne

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	3/19	16 %
Non	14/19	74 %
Sans réponse	2/19	10 %

Tableau VII

Origine paysanne ou citadine

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Ville	17/19	90 %
Campagne	2/19	10 %

Données socio-démographiques

Tableau VIII

Revenu de la famille d'origine

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Aisé	2/18	11 %
Moyen	14/18	78 %
Faible	0/18	0 %
Sans réponse	2/18	11 %

Travail du père

EMPLOI	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Enseignant primaire	1/16	6 %
Chauffeur	2/16	12 %
Policier ou militaire	3/16	19 %
Fonctionnaire	2/16	12 %
Commerçant	1/16	6 %
Comptable	1/16	6 %
Électricien	1/16	6 %
Vendeur	1/16	6 %
Pêcheur	1/16	6 %
Métier industriel	1/16	6 %
Mandarin	1/16	6 %
Cadre plantation de thé	1/16	6 %

Nombre d'années d'études

ANNÉES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
4 ^e ou 5 ^e élémentaire	5/19	26 %
Pas terminé l'élémentaire	4/19	21 %
Terminé le secondaire 5	2/19	11 %
Collégial ou universitaire	7/19	37 %
Sans réponse	1/19	5 %

Tableau IX

Âge

ÂGE	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Entre 23 et 29 ans	6/19	31 %
Entre 31 et 39 ans	7/19	37 %
Entre 40 et 50 ans	4/19	21 %
60 ans et plus	1/19	5 %
Sans réponse	1/19	5 %

Données socio-démographiques

Tableau X

Présence de femmes de la famille lors de l'arrivée au Canada

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	4/19	21 %
Non	15/19	79 %

Tableau XI

Parité

NOMBRE D'ENFANTS	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Pas de réponse	2/19	10 %
1 enfant	4/19	21 %
3 enfants	10/19	53 %
4 enfants	1/19	5 %
5 enfants	1/19	5 %
6 enfants	1/19	5 %

Naissance du premier enfant dans un camp de réfugiés

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	2/19	10 %
Non	17/19	90 %

Naissance du premier enfant au Canada

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	6/19	32 %
Non	13/19	68 %

Présence de membres féminins de la famille
au moment de la naissance du premier enfant

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	12/19	63 %
Non	7/19	37 %

Données socio-démographiques

Tableau XII

Raison de l'immigration

RAISONS	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Politique	8/19	42 %
Économique	2/19	10 %
Pour suivre les autres	1/19	5 %
Parrainage du mari	1/19	5 %
Décision du mari	1/19	5 %
Pas de réponse	6/19	32 %

Désir de retourner au Vietnam

RÉPONSES	FRÉQUENCE BRUTE	FRÉQUENCE RELATIVE
Oui	2/19	10 %
Non	11/19	58 %
Peut-être	2/19	10 %
Pas de réponse	4/19	21 %