

**Attitudes des professionnels de la santé  
à l'égard des pratiques hospitalières de l'allaitement au sein**

par

**Pascale Valois**

**Département de nutrition**

**Faculté de médecine**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du  
grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en nutrition**

*Juillet* 1998

© Pascale Valois, 1998



2000

QU

145

U58

1998

V.009

Université de Montréal

Attitudes des professionnels de

à l'égard des pratiques hospitalières de

1997

Pascal Valois

Département de nutrition

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention de

grade de Maître en sciences (M.Sc.) en nutrition

1998

Pascal Valois, 1997

---

Université de Montréal  
Faculté des Études Supérieures

Ce mémoire intitulé:

**Attitudes des professionnels de la santé  
à l'égard des pratiques hospitalières de l'allaitement au sein**

Présenté par:

Pascale Valois

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Mme Susanne Simard-Mavrikakis  
Dr. Hélène Delisle  
Dr. Louise Séguin  
Dr. Guylaine Ferland

---

## Sommaire

**INTRODUCTION:** Dans les pays industrialisés comme dans les pays moins développés, de nombreuses études mettent en évidence les effets protecteurs du lait maternel contre diverses infections et autres affections. En 1991, l'O.M.S. et l'UNICEF lancent *l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés* (IHAB). Ce programme se base sur 10 mesures à mettre en oeuvre pour favoriser l'allaitement au sein chez les mères du monde entier. Selon une enquête canadienne réalisée en 1993 auprès de 523 hôpitaux, seulement six hôpitaux répondent aux critères d'adhésion de l'IHAB (Levitt, Hanvey et al., 1995). Au Québec, aucun hôpital ne rencontre ces critères. Par ailleurs, l'enquête révèle qu'en moyenne près de 74% de Canadiennes, contre 48% de Québécoises, allaitent leur enfant au sein au moment de quitter l'hôpital. **OBJECTIFS:** Cerner les attitudes de professionnels de la santé oeuvrant dans les unités de maternité sur la pertinence du programme de l'IHAB et les facteurs liés à son application. Le but est de contribuer à l'éveil collectif à l'importance du rôle des professionnels de la santé dans l'application d'un programme de promotion de l'allaitement au sein. **MÉTHODES:** Approche qualitative au moyen d'entrevues individuelles semi-dirigées (15) réalisées dans trois hôpitaux du Québec (hôpital régional, universitaire et de banlieue) et analysées selon le modèle d'étude de cas de Yin (1989, 1994). Les attitudes des professionnels sont analysées selon la technique d'analyse de l'évaluation de Bardin (1993).

**RÉSULTATS:** Les facteurs institutionnels et sociaux liés à l'application de l'IHAB sont 1) la restructuration des soins et services à la maternité, 2) la nécessité des ressources financières et humaines, 3) les intérêts réciproques entre l'industrie et les hôpitaux, 4) l'implication et la collaboration des services communautaires, 5) le respect de la liberté du choix des mères et 6) la société. L'analyse des attitudes permet de dégager que les infirmières expriment davantage d'attitudes favorables, par opposition aux médecins, qui expriment plus d'attitudes défavorables ou mitigées envers les 10 mesures de l'IHAB. Les diététistes se situent entre ces deux groupes de professionnels. Dans l'ensemble, les répondants sont favorables à l'application du programme de l'IHAB et en particulier de l'allaitement exclusif et à la demande, au support des mères et à la rédaction d'une politique institutionnelle sur l'allaitement.

**CONCLUSIONS:** Les attitudes favorables envers l'allaitement ne se reflètent pas nécessairement dans les pratiques hospitalières. Il serait important que le milieu hospitalier vise la concertation dans les actions en faveur de l'allaitement au sein. Il importe aussi de créer un environnement propice à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement au sein à travers un arrimage des services hospitaliers et communautaires Amis des Bébé. L'éducation, à la fois des professionnels de la santé et des mères, au sujet de l'allaitement au sein est capitale pour engendrer une hausse du taux d'initiation et de la durée de cette pratique.

---

## Table des matières

Identification du jury	i
Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations	x
Liste des annexes	xi
Remerciements	xii
Dédicace	xiii
INTRODUCTION	1
I - REVUE DE LITTÉRATURE	5
1.1. Aperçu de la problématique de l'alimentation du nourrisson	5
1.2. Constituants du lait maternel et bienfaits pour l'enfant et la mère	7
1.2.1 Croissance et développement cognitif	10
1.2.2 Attachement mère-enfant et bienfaits de l'allaitement au sein sur la mère	13

1.3 . Actions internationales en faveur de l'allaitement au sein	15
1.4 . Situation en Amérique du Nord	20
1.5 . Influence du réseau de la santé sur l'allaitement au sein	25
1.5.1. Connaissances des professionnels du réseau de la santé	27
1.5.2. Attitudes des professionnels du réseau de la santé	31
II - QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	36
III - MÉTHODES	39
3.1. Approche qualitative employée	39
3.2. Méthodes et déroulement	44
3.2.1. Sites (centres hospitaliers)	44
3.2.2. Participants	44
3.2.3. Guide d'entrevue	45
3.2.4. Collecte des données	47
3.2.5. Méthodes d'analyse	49
Modèle conceptuel intermédiaire	50
Identification des thèmes	52
Codification	53
Analyse de la direction et de l'intensité des attitudes	55

IV - RÉSULTATS ET DISCUSSION	58
4.1. Profils des hôpitaux et application des mesures de l'IHAB	59
4.1.1. Profils des trois sites	59
4.1.2. Recommandations de l'IHAB et du Code de commercialisation: pratiques dans les hôpitaux étudiés	63
4.2. Facteurs hospitaliers et sociaux liés à l'application de l'IHAB	87
4.2.1. Restructuration et révision des services et des soins	88
4.2.2. Disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires	90
4.2.3. Intérêts réciproques de l'industrie et des hôpitaux	91
4.2.4. Liberté et respect du choix des mères	92
4.2.5. Implication communautaire	93
4.2.6. La société	94
4.3. Comparaison des attitudes de groupes de professionnels à l'étude	95
4.3.1. Attitudes de l'ensemble des professionnels	96
4.3.2. Attitudes par groupes de professionnels	98
4.3.3. Attitudes envers les différentes pratiques du programme de l'IHAB	102
4.3.4. Facteurs individuels prédisposants des attitudes des professionnels de la santé	105

---

4.4. Modèle conceptuel révisé	110
4.5. Limites de l'étude	114
V - CONCLUSION	116
BIBLIOGRAPHIE	119
ANNEXES	XIII

## Liste des Tableaux

Tableau 1: Application des mesures de l'IHAB dans les hôpitaux étudiés	86
Tableau 2: Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes de l'ensemble des professionnels de la santé (n = 12)	97
Tableau 3: Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des gestionnaires face aux interdictions du Code de commercialisation (n = 3)	XXXII
Tableau 4: Mesures de l'IHAB qui recueillent le plus d'attitudes favorables des professionnels et les facteurs liés à l'application de ces mesures	103
Tableau 5: Mesures de l'IHAB qui recueillent le plus d'attitudes défavorables des professionnels et la justification des attitudes défavorables envers ces mesures	106
Tableau 6: Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL RÉGIONAL	XXXIII
Tableau 7: Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL UNIVERSITAIRE	XXXIV
Tableau 8: Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL DE BANLIEUE	XXXV

---

## Liste des Figures

Figure 1: Modèle conceptuel intermédiaire	51
Figure 2: Attitudes d'ensemble des professionnels de la santé envers l'IHAB (n = 12)	99
Figure 3: Modèle conceptuel révisé	111

---

## Liste des abréviations

IHAB	Intitiative pour des Hôpitaux Amis des bébés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Funds
ICSI	Institut canadien de la santé infantile

---

Liste des annexes

Annexe #1: Guide d'entrevue destiné aux gestionnaires	XIII
Annexe #2: Guide d'entrevue final	XV
Annexe #3: Guide d'entrevue initial	XIX
Annexe #4: Plan de codage	XIV
Annexe #5: Premiers thèmes identifiés	XXVII
Annexe #6: Seconds thèmes identifiés	XXVIII
Annexe #7: Grille d'attitudes	XXIX
Annexe #8: Énoncé de principe de l'hôpital de banlieue	XXX
Annexe #9: Circulaire 1993-080: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	XXXI

---

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices, Mesdames les professeures Hélène Delisle Ph. D. et Louise Séguin M. D. pour m'avoir transmis leur intérêt pour l'étude de la pratique de l'allaitement au sein. Je les remercie toutes deux pour m'avoir accordé confiance et autonomie tout au long de ce travail. Je veux aussi remercier pour leurs temps et disponibilité les professionnels du réseau de la santé qui ont participé à cette étude.

Mes remerciements à mon époux Stéphane et mon fils Siméon pour leur présence, leur soutien et leur amour lors des instants de vie familiale et académique. Mes remerciements s'adressent également à la famille Valois-Basque qui m'a soutenue à travers son amitié et son intérêt pour l'évolution de ce travail. Je veux remercier aussi les familles Beaudin, Lapierre, Monass et Valois pour leur soutien continu depuis déjà plusieurs années. Une attention particulière à Géraldine Thibeault Lapierre, ma grand-mère, pour l'exemple qu'elle nous témoigne d'une femme accomplie dans la vie familiale. Je désire enfin remercier très chaleureusement Yasmine Sylvia Rizwan pour ses précieux encouragements et son intérêt constant depuis le début de ce projet.

---

La vie nous a été donnée assez longue et avec une libéralité propre à l'achèvement des plus grandes choses, pour peu qu'elle soit bien gérée de bout en bout.

*... de Sénèque à Siméon et Antoine, à ceux qui les accompagnent et ceux qui les suivront ...*

# INTRODUCTION

En 1989, l'Assemblée Générale des Nations Unies adoptait la Convention des Droits de l'Enfant. L'article 24 de cette Convention reconnaît le droit des enfants à bénéficier des plus hauts standards de santé atteignables. Une des clauses pour implanter ce droit vise à assurer à tous les segments de la société et particulièrement aux parents et à leurs enfants, l'accès à l'information, à l'éducation et au soutien dans l'utilisation des connaissances de base sur les bienfaits de l'allaitement au sein. Cette action de la communauté internationale donnait lieu, quelques mois plus tard, à l'adoption de la Déclaration d'Innocenti (1990). Cette Déclaration est un appel aux gouvernements d'agir et de créer un environnement qui permette à toutes les femmes de pratiquer l'allaitement exclusif pour une période de quatre à six mois. Les pays signataires s'engageaient à développer une stratégie nationale pour réaliser cette recommandation. Les autorités nationales sont également invitées à intégrer dans leurs politiques de santé et de développement une politique sur l'allaitement maternel. Ceci permet aux programmes complémentaires de soins prénatals et périnatals ainsi qu'aux programmes de nutrition de renforcer leurs actions en faveur de la promotion, de la protection et du soutien de l'allaitement maternel.

Le caractère multidimensionnel de la problématique de l'allaitement au sein ne peut être compris sans que soient étudiés les différents niveaux individuel, familial, communautaire, institutionnel ainsi que commercial qui en forment la complexité (Van Esterik, 1997). Pour Van Esterik (1997) la pratique de l'allaitement au sein est à la fois biologiquement et culturellement enracinée dans les relations sociales. Cette pratique fait partie de soi et de son identité au même titre que peut l'être l'économie politique. Pour mieux comprendre l'influence respective de ces facteurs, la recherche sur l'allaitement au sein exige une synthèse des approches méthodologiques et théoriques. L'étude de cette pratique fait appel à la convergence des connaissances scientifiques, des expériences personnelles et professionnelles, ainsi que des expériences de générations de femmes porteuses de leurs propres valeurs morales et émotives (Van Esterik, 1997).

Du point de vue nutritionnel, l'allaitement au sein est surtout perçu comme une pratique alimentaire. Les percées récentes dans le domaine de la nutrition démontrent que le lait maternel est le meilleur aliment pour l'enfant qui se développe et grandit. Mais bien plus qu'un mode d'alimentation, l'allaitement au sein est un prolongement de la grossesse et une partie intégrale de la maternité et du rôle parental. Depuis déjà plusieurs décennies, il est reconnu que certaines procédures et pratiques actuellement utilisées dans des unités de maternité n'incitent pas les mères à initier et à poursuivre adéquatement

l'allaitement au sein. Au Québec, la faible proportion de femmes qui allaitent leur enfant à leur sortie de l'hôpital inquiète divers groupes de professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé infantile. L'absence d'adhésion des hôpitaux québécois au programme de l'Initiative pour des hôpitaux Amis des bébés (IHAB) lancé conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1991 (Levitt et al, 1995) peut expliquer en partie cette situation. Selon l'OMS et l'UNICEF (1989), les facteurs institutionnels (politiques et procédures), aussi bien que les attitudes des professionnels de la santé et des administrateurs des centres hospitaliers à l'égard de l'allaitement, jouent un rôle déterminant dans le choix des mères et la poursuite de l'allaitement maternel pour celles qui ont commencé à allaiter au sein leur enfant. L'influence des attitudes des professionnels de la santé sur cette décision des mères mérite une attention toute particulière étant donné le niveau d'implication du personnel hospitalier dans l'application des pratiques et procédures en matière d'allaitement maternel (OMS et UNICEF, 1989).

La présente étude explore les différentes raisons qui peuvent expliquer pourquoi aucun hôpital québécois n'est reconnu Amis des Bébés et ce, à travers l'analyse des attitudes de différents groupes de professionnels de la santé. Les objectifs de cette étude sont de cerner les attitudes de ces professionnels à l'endroit du programme de l'IHAB, ainsi que de dégager les facteurs susceptibles d'aider ou d'entraver l'application de ce programme dans les unités de maternité. À

travers une meilleure compréhension de ces facteurs, il devient alors possible d'élaborer diverses interventions qui ultimement, faciliteront l'application des recommandations de l'IHAB et par le fait même la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement au sein au Québec.

Pour réaliser ces objectifs, le devis de recherche interprétatif est adopté. En fait, dans la littérature, un tel devis est suggéré dans les cas où les informations à l'étude se retrouvent au coeur même des expériences individuelles qui font partie de la problématique d'intérêt (Levy, 1994; Morse, 1992; Hasselkus, 1991; Patton, 1990; Anderson, 1989; Guda et Lincoln, 1989; Marshall et Rossman, 1989). L'objectif principal que permet d'atteindre le devis interprétatif est l'identification et la description de facteurs (ou construits interprétatifs) et de leur contexte par rapport à une problématique donnée. Selon Lévy (1987, 1994), le devis interprétatif permet de mieux comprendre les inférences sur le monde vécu, les intentions individuelles et organisationnelles ainsi que les interactions entre l'individu, la technologie et l'environnement. Or, parce que la pratique de l'allaitement au sein au Québec, comme ailleurs, met en scène plusieurs acteurs de la société, le devis interprétatif s'avère très utile pour quiconque cherche à mieux comprendre cette problématique.

# I - REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1.1. Aperçu de la problématique de l'alimentation du nourrisson

Tous les mammifères, y compris l'Homme, ont une caractéristique commune d'où l'origine de leur nom. La femelle mammifère porte des mamelles nécessaires à l'alimentation de ses rejetons. La racine latine de mammaire est *mamma* qui signifie "sein maternel" (Robert, 1989). Selon la primatologue Linda Fedigan (1992), la femelle est bien plus qu'un corps chaud muni d'un mamelon producteur de lait. Elle est pour le nourrisson une introduction dans un monde social complexe à même lequel il doit survivre.

Dans notre société, l'allaitement au sein est considéré comme une pratique naturelle. Une certaine nostalgie entoure cette pratique qui l'associe à des sociétés traditionnelles où les femmes sont à l'abri de l'influence des pratiques de l'industrie, des professionnels de la santé et de la modernisation. Cependant, l'idée que l'allaitement maternel est une pratique purement naturelle est un mythe. En fait, depuis toujours la culture et la société définissent l'alimentation des nourrissons à travers de nombreuses prescriptions et recommandations (Makhlouf-Obermeyer et Castel, 1997). Selon Lawrence (1994), l'examen de l'histoire de la civilisation révèle que toute génération a dû prévoir une

alternative pour les mères qui ne pouvaient nourrir leur enfant au sein. La disponibilité et la liberté des mères à dispenser les soins à leurs enfants ont été parfois compromises par une économie précaire; les mères de l'époque tout comme celles d'aujourd'hui devaient contribuer à la main-d'oeuvre (Makhlouf-Obermeyer et Castel, 1997).

Au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, des médecins proposent d'adapter le lait de vache de manière à ce qu'il remplace le lait maternel. À la même époque, on voit apparaître les mères-nourrices dont le rôle consiste à assurer l'alimentation au sein des nouveau-nés. Avec un taux de mortalité infantile alarmant (plus de 255 morts pour 1000 naissances), il devient alors clair que la meilleure forme d'alimentation des nourrissons est l'allaitement au sein (Lawrence, 1994). En 1921, le Canada enregistre un taux de mortalité infantile de 100 morts pour 1000 naissances, taux qui, 70 ans plus tard, passe à 6 morts pour 1000 naissances (Statistiques Canada, 1992).

Durant les années 1950, les sciences nutritionnelles se développent et offrent des aliments préparés qui permettent de rencontrer certaines recommandations alimentaires pour nourrissons (Van Esterik, 1997). Le marché des mères non allaitantes est dorénavant lucratif. La science et le progrès s'ingèrent ainsi dans l'alimentation et les soins des enfants. La venue massive des femmes sur le

marché du travail pendant et après la Deuxième guerre mondiale, ainsi que l'idéologie de la science maternelle, contribuent à dévaloriser l'allaitement au sein. Les pratiques de mise en marché dans le domaine de l'alimentation, le développement de nouvelles technologies et de nouveaux produits ainsi que l'utilisation de pratiques hospitalières rigides et sans justification empirique (e.g. la séparation mère-enfant) (Thomson et Westreich, 1989) font obstacle à cette pratique.

## **1.2. Constituants du lait maternel et bienfaits pour l'enfant et la mère**

Le lait maternel est constitué d'éléments nutritifs et non nutritifs qui favorisent la santé, la croissance et le développement de l'enfant. Ainsi en est-il des facteurs anti-microbiens, des enzymes digestives, de certaines hormones et facteurs de croissance qui aident le nouveau-né à s'adapter aux nouvelles conditions de vie (Prentice, 1996). Le lait humain est une substance dynamique, vivante et de qualité incomparable bien adaptée aux besoins du nouveau-né pendant les premiers mois de vie. Les acides gras, le cholestérol, les protéines et certains acides aminés (cystine et taurine) ainsi que des vitamines (exception faite des vitamines K et D) présents dans le lait maternel sont de qualité et de quantité suffisantes pour les besoins du nourrisson (Lawrence, 1994). De plus, le lait

maternel contient de nombreux enzymes tels que des lipases, qui contribuent à une meilleure digestion et absorption des lipides. Ces lipides constituent une importante source énergétique et sont utilisés pour le développement du système nerveux (Finley et al., 1985). Des minéraux essentiels à la croissance de l'enfant (fer, zinc, calcium, etc.) sont également absorbés sans difficulté. Par ailleurs, la concentration de sodium et de potassium est ajustée aux besoins du nourrisson conservant ainsi une charge osmotique rénale inférieure à celle des préparations lactées (Institut canadien de la santé infantile (ICSI), 1996; Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie, 1991).

Bien que le lait maternel constitue une source inégalée d'éléments nutritifs pour le nouveau-né, il peut contenir certaines toxines naturelles ou synthétiques pouvant entraver le développement et le fonctionnement de certains organes (rein, foie) et, dans certains cas, du système nerveux. Selon l'Association Diététique Américaine (ADA, 1993), les risques liés à l'allaitement au sein doivent être évalués sur une base individuelle pour les femmes polytoxicomanes (cocaïne, alcool), celles atteintes d'un virus (HIV) ou encore exposées à des contaminants environnementaux (pesticides, métaux lourds). Cette évaluation permettrait de réduire les risques d'exposition périnatale à des substances nocives.

Sur le plan immunologique, l'allaitement au sein est le mode le plus hygiénique d'alimentation du nourrisson. Des éléments immunologiques sont transmis par le lait maternel aux enfants leur permettant de résister à certaines infections respiratoires, auriculaires, gastro-intestinales et à la méningite (ICSI, 1996). Selon certaines études épidémiologiques et cliniques, la consommation du lait maternel pendant les premiers mois de vie est associée à une réduction des gastro-entérites et des maladies respiratoires (Howie, 1996; Beaudry et al, 1995; Cunningham et al, 1991; Kovar et al, 1984). Des composantes cellulaires se retrouvent également dans les différents laits (colostrum, lait de transition et mature) tels que les macrophages, les lymphocytes, les leucocytes ainsi que des facteurs humoraux tels que les immunoglobulines, la lactoferrine et les lysosymes. La flore intestinale de l'enfant allaité permet la croissance de *Lactobacillus bifidus* qui agit comme agent protecteur en inhibant la croissance de certaines bactéries pathogènes et en maintenant le pH du tube digestif acide (Coppa et al, 1993; American Association of Pediatrics, 1979). Le nombre d'hospitalisations pour des épisodes de maladies infectieuses est diminué chez les enfants nourris au sein (Howie, 1996; Beaudry et al, 1995; Cunningham et al, 1991). L'allaitement maternel semble aussi réduire le risque de certaines maladies chroniques susceptibles de se développer ultérieurement (maladie cœliaque, Crohn, colite ulcéreuse, diabète juvénile) (Cunningham et al, 1991). Un taux plus faible de mortalité lié au syndrome de mort subite serait également associé à la pratique de l'allaitement au sein (Cunningham et al 1991).

Toutefois, cette association demande à être précisée puisque ce syndrome reste encore mal compris.

### 1.2.1. Croissance et développement cognitif

Selon les courbes nationales standardisées, la vitesse de croissance des enfants allaités au sein serait inférieure à la vitesse de croissance des enfants nourris artificiellement (Dewey et al, 1992). Dans la première année de vie, les enfants nourris avec des préparations lactées montrent un gain en poids et en taille plus rapide que les enfants allaités au sein. En fait, selon des études cliniques, la croissance des enfants allaités au sein suit une courbe distincte de celle des enfants nourris avec des préparations lactées (Dewey et al, 1992; Whitehead et Paul, 1985; Ahn et MacLean, 1980). Cette différence dans les courbes de croissance ne reflète pas nécessairement un écart de santé général de l'enfant, mais peut exprimer plutôt une différence due au mode d'alimentation. En comparant ainsi les courbes de croissance des enfants allaités au sein à celles des enfants nourris au biberon, il peut être difficile d'identifier un véritable écart de croissance chez les enfants du premier groupe ou d'identifier chez les enfants du second groupe un risque d'obésité (Sheard, 1993). Tel que le suggère Heinig et al (1993) une hausse du taux d'allaitement au sein implique de reconsidérer la valeur des courbes de croissance actuelles qui ont été développées presque exclusivement auprès d'enfants nourris avec des préparations lactées. Cette

recommandation a donnée lieu à des initiatives récentes (Lawrence, 1994). À défaut de courbes adéquates, la comparaison de ces deux groupes en termes de croissance peut mener à l'abus de contrôles ou de tests cliniques alarmant inutilement les parents sur l'état de santé de leur enfant.

La valeur nutritionnelle et immunologique du lait maternel est reconnue et bien documentée. Outre ces avantages, plusieurs évidences suggèrent que l'allaitement au sein a des effets bénéfiques sur le comportement et l'apprentissage des enfants, effets qui augmentent avec la durée de l'allaitement (Pollitt et Kariger, 1996). Dans une étude récente, Pollock (1994) observe, chez des enfants nourris au sein pour plus de trois mois, un score plus élevé que celui d'enfants nourris au biberon au test de vocabulaire à l'âge de 5 ans et un score plus élevé au test d'intelligence général à l'âge de 10 ans (*Higher British Ability Scale*). D'autres études mettent également en évidence les effets bénéfiques de l'allaitement au sein et en particulier des acides gras polyinsaturés à longues chaînes sur le développement cognitif, social, langagier et moteur des enfants (Agostoni et al, 1995; Rogan et Gladen, 1993). Bien que ces résultats soient intéressants, une limite importante de ces études réside dans leur incapacité à contrôler l'influence qu'ont d'autres facteurs sur les performances aux tests développementaux. Comme le soulignent Rogan et Gladen (1993), il s'avère presque impossible de distinguer l'influence des facteurs propres à la mère, de l'influence des composantes du lait maternel sur le comportement des

enfants nourris au sein. En effet, la durée de l'allaitement et la performance de l'enfant au test d'intelligence générale (QI) sont associées au QI de la mère, à son niveau d'éducation, à son statut socio-économique ainsi qu'à son expérience maternelle (Silva et Fergusson, 1976; tiré de Pollock, 1994). En d'autres mots, les scores plus élevés des enfants nourris au sein peuvent traduire l'influence qu'ont sur leur développement les caractéristiques individuelles et sociodémographiques propres à leur mère. Il y a lieu de penser que ces caractéristiques de la mère allaitante qui, selon certaines études (Séguin et al, 1998; Bourgoin et al, 1997; Gilbert et al, 1996; Kearney, 1988) bénéficient d'un meilleur soutien social de la part de leur conjoint ou de leur entourage ou encore de la présence d'un modèle de femme allaitante ou d'une plus grande expérience, peuvent avoir un impact positif sur le développement de leurs enfants. Au contraire, les mères de milieux défavorisés, ayant un niveau de scolarité plus faible et n'ayant peu ou pas de support de leur entourage, semblent moins disposées à nourrir leur enfant au sein (Beaudry et Aucoin-Larade, 1989; Grossman et al, 1989; Rassin, et al, 1984). Par conséquent, les enfants issus de ces milieux devraient être ceux qui bénéficient le plus des bienfaits de l'allaitement au sein, bienfaits qui, dans une certaine mesure, peuvent se traduire sur leur performance cognitive. Sur la base de ces évidences, aucune conclusion ne peut être dégagée quant aux effets des constituants du lait maternel sur le développement cognitif des enfants. Tout au plus, l'allaitement au sein peut être considéré parmi l'ensemble des facteurs qui

peuvent influencer positivement le développement cognitif de l'enfant. Le niveau d'éducation maternelle, l'âge maternel et le statut socio-économique sont aussi des facteurs qui influencent le développement cognitif des enfants (Pollock, 1994; Tembory et al, 1994; Escalona, 1982; Belmont et Marolla, 1973; ).

### 1.2.2. Attachement mère-enfant et bienfaits de l'allaitement au sein sur la mère

L'allaitement au sein peut également être étudié pour ses effets psychologiques ou affectifs et pour son impact sur l'établissement de la relation mère-enfant. Peu d'études toutefois se sont attardées à ce sujet qu'on qualifie de pure "science-fiction" (Eyer, 1992). Quoi qu'il en soit, le contact mère-enfant, qui se définit comme la distance physique et sociale que les mères gardent vis-à-vis de leur enfant (Simpson-Herbert, 1980), bénéficie tant à la mère qu'à son enfant. Le contact corporel, par exemple, sécurise l'enfant tout en augmentant chez la mère son sentiment de confiance et l'estime qu'elle a d'elle-même (Lawrence, 1994). Un plus grand sentiment d'attachement à l'égard de son enfant a un impact positif sur le développement de ce lien particulier (Pollitt et Kariger, 1996). Tout au long de l'allaitement au sein, le contact visuel direct, le toucher, les odeurs, la chaleur et la distraction (stimulation) forment les éléments réciproques de ce processus, éléments qui, à leur tour, forment l'attachement mère-enfant (Klaus et Kennell, 1982). La réussite de

l'allaitement renforce le sentiment de compétence parentale et potentialise par le fait même la confiance et l'estime des mères (Rasmussen et McGuire, 1996). Par ailleurs, d'après une étude récente de Rasmussen et McGuire (1996), ces sentiments de compétence parentale forment la base de la réussite de l'allaitement maternel.

Sur le plan physiologique, les changements hormonaux qui se déroulent au cours de l'allaitement pourraient être liés à l'émotivité vécue par la mère (Pollitt et Kariger, 1996). La sécrétion de prolactine et d'oxytocine profitent à la santé de la mère. La prolactine a un effet relaxant sur la mère, tandis que l'oxytocine aide à l'involution utérine diminuant du coup les risques d'hémorragie. En plus, la prolactine peut supprimer l'ovulation. Cette période d'aménorrhée permet ainsi de conserver les réserves en fer et peut augmenter l'intervalle des naissances. La plupart des mères, et ce malgré des apports énergétiques et nutritionnels limités, produisent un lait qui est en quantité et en qualité suffisantes pour répondre aux besoins du bébé. Néanmoins, la mère allaitante est vulnérable à la déplétion des réserves en nutriments. Les femmes allaitantes identifiées comme à risque nutritionnel devraient bénéficier d'un suivi nutritionnel postnatal (Institute of Medicine, 1991).

Les femmes qui ont donné le sein à leur enfant retrouvent plus facilement leur poids d'avant grossesse (American Dietetic Association, 1993; Santé et Bien-

être social Canada, 1986). Certains auteurs mentionnent même que le fait d'allaiter peut prévenir l'obésité chez les mères ainsi qu'une réduction de l'incidence de l'ostéoporose (Cumming et Klineberg, 1993) et du cancer du sein (Weiss et al, 1997). Il importe de souligner, par ailleurs, que l'allaitement maternel demeure un moyen économique pour la famille, pratique, sécuritaire et surtout écologique de nourrir son enfant.

### **1.3. Actions internationales en faveur de l'allaitement au sein**

L'allaitement maternel est devenu dans les dernières années un sujet d'intérêt mondial. La communauté internationale a entrepris plusieurs initiatives dans le but de protéger cette pratique mise en péril au cours des dernières décennies. En 1981, à l'occasion de la 34<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé, le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, Genève, 1981) est adopté par 118 pays signataires, incluant le Canada. L'objectif de ce Code est d'encourager et protéger l'allaitement maternel par la réglementation des pratiques commerciales entourant la vente de produits alimentaires destinés aux enfants. Les produits visés par ce Code sont les préparations lactées, les aliments complémentaires s'ils sont commercialisés pour des enfants de moins de six mois, les biberons et les sucres (Dionne, 1998). Les pays signataires de cette réglementation s'engagent tous à la faire respecter

auprès des fabricants de préparations lactées. Pour ce faire, le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel édicte une série de règles (Dionne, 1998):

- Pas de promotion de laits artificiels, sucres ou biberons au grand public.
- Pas d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
- Pas de promotion de ces produits dans le système de soins de santé - pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuit.
- Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
- Pas de cadeaux ni échantillons personnels pour les professionnels de la santé.
- Pas de promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée - pour ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
- Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- Tous les produits doivent être de bonne qualité, la date limite doit être indiquée, des termes comme "humanisé" ou "maternisé" ne sont pas admis.
- Pour éviter les conflits d'intérêt, les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne devraient pas recevoir de support financier des compagnies de produits alimentaires infantiles.

En 1989, huit ans après l'adoption du Code de commercialisation, l'OMS et l'UNICEF publient conjointement une Déclaration qui vise à protéger, à encourager et à soutenir l'allaitement maternel et ce, à travers le rôle spécial des services liés à la maternité (OMS/UNICEF, 1989). Selon ces organismes internationaux, c'est pour des raisons d'ordre social, économique et/ou culturel que le taux d'initiation et de durée de l'allaitement maternel diminue à travers le monde. À l'heure actuelle, l'OMS et l'UNICEF reconnaissent que la technologie et le mode de vie moderne constituent un obstacle à cette pratique. Par ailleurs, ils déclarent que les services de santé et leur personnel sont en partie responsables de cette situation et ce, notamment à travers le défaut d'appuyer et d'encourager les mères désireuses d'allaiter leurs enfants. Certaines politiques et procédures adoptées par les services de maternités n'incitent pas les mères à commencer l'allaitement au sein et à le poursuivre une fois à l'extérieur de l'hôpital. En effet, un ensemble de pratiques toujours appliquées aujourd'hui par certains milieux entrave le succès de l'allaitement. Parmi celles-ci, on retrouve la séparation mère-enfant à la naissance, la distribution d'autres boissons aux bébés avant le début de l'allaitement et l'encouragement de l'utilisation de préparations lactées. En fait, la disposition des locaux, l'organisation matérielle des maternités et de leurs services ainsi que les attitudes véhiculées par les médecins, le personnel infirmier et les administrateurs influent tous d'une manière ou d'une autre sur la décision des

mères d'allaiter leurs enfants. Les soins prénatals, obstétricaux et périnataux assurés dans les services de maternité déterminent ainsi l'instauration et la poursuite de l'allaitement. Tout au long de la période où ces services sont dispensés, les interactions entre les mères et le personnel de santé sont fréquentes et les soins offerts ont la plus grande influence sur l'attitude des mères à l'égard de l'allaitement au sein. C'est principalement pour cette raison que l'OMS et l'UNICEF considèrent que la formation du personnel de santé mérite une attention toute particulière. De plus, le personnel doit avoir une attitude positive à l'égard de l'allaitement au sein, attitude qui découle de son expérience et de sa compréhension de cette pratique. Selon les recommandations de l'OMS, 80% des mères devraient allaiter à la sortie de l'hôpital et ce, jusqu'à quatre ou six mois de vie.

Le programme connu sous le nom de l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés (IHAB) et lancé en 1991 fait suite à la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989) ainsi que la Déclaration d'Innocenti (UNICEF, 1990). Par la Déclaration d'Innocenti la communauté internationale demande, entre autres, aux pays signataires (dont le Canada) de créer un environnement où toutes les femmes peuvent pratiquer l'allaitement exclusif pendant une période de quatre à six mois. Le programme de l'IHAB se base sur 10 mesures à préconiser afin d'assurer aux mères les conditions minimales pour le succès de l'allaitement au sein. Les hôpitaux qui adhèrent à ce programme d'excellence

doivent appliquer le Code de commercialisation de 1981, en plus des 10 mesures suivantes:

- 1- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- 2- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
- 3- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- 4- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- 5- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- 6- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 7- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- 8- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- 9- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les mesures de l'IHAB visent: 1) à transformer les hôpitaux et les services de maternité en des institutions amies des bébés (application des 10 mesures selon les critères d'évaluation de l'IHAB), 2) à établir des centres de ressources et de formation en matière d'allaitement, 3) à promulguer les lois, règlements et procédures prévus par la Déclaration d'Innocenti.

Au niveau mondial, près de 8000 hôpitaux sont actuellement agréés comme Hôpitaux Amis des Bébés (BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) News, 1996) et plus de 170 pays, y compris le Canada, adhèrent à ce programme d'excellence. Toutefois, au Canada, il n'existait en 1996 aucun hôpital agréé (Chalmers, 1997). Néanmoins, de récentes initiatives telles que la formation du Comité canadien pour l'allaitement (Chalmers, 1997) et l'élaboration de lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel par l'Institut canadien de la santé infantile (1996) pourront corriger cette situation. Malgré la visibilité mondiale de l'IHAB, ce programme reste encore peu connu des différents groupes de professionnels de la santé et des instances gouvernementales.

#### 1.4. Situation en Amérique du Nord

Au début des années 1970, le taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital aux États-Unis fluctue aux environs de 25% et seulement 5% des femmes allaitent leur enfant à l'âge de 6 mois (Ryan et al, 1991). Ce taux

augmente rapidement jusqu'au début des années 1980 et plafonne à 60% et à 30% après le 6<sup>ème</sup> mois de vie. L'une des raisons de cette progression s'explique par le fait que les professionnels de la santé admettent l'importance de l'allaitement exclusif (Lawrence, 1994). Étonnamment et ce, malgré cet intérêt pour l'allaitement exclusif, un nouveau déclin s'amorce dès le début des années 1980 et, dès la fin de cette décennie, le taux d'allaitement baisse à 52% à la sortie de l'hôpital et à 18% après le 6<sup>ème</sup> mois (Ryan et al, 1991).

Ces variations des taux d'allaitement aux États-Unis se retrouvent dans une certaine mesure au Canada, mais surtout au Québec pendant cette même période. Ainsi, entre 1970 et 1990, les taux canadiens d'allaitement maternel ont doublé, voire même triplé (Green-Fineston et al, 1989). Depuis 1965 jusqu'à 1971, environ 25% des mères canadiennes allaitent à leur sortie de l'hôpital mais pour la plupart d'entre elles, l'allaitement prend fin après deux ou trois mois (Myers, 1981). C'est à partir des années 1970 que le taux d'allaitement à l'hôpital augmente considérablement pour atteindre, en 1982, le chiffre de 69% (McNally et al, 1985). En 1989, l'Institut canadien de santé infantile rapporte que près de 80% des Canadiennes allaitent leurs enfants, mais que moins de 30% des enfants sont nourris au sein après l'âge de trois mois (Avard et Hanvey, 1989). La tendance des dernières années montre qu'environ 74% des mères allaitent à leur sortie de l'hôpital (Levitt et al, 1995). Selon une enquête nationale récente réalisée par le Ministère de

l'Industrie (1996), près de 75% des enfants âgés de moins de deux ans ont été allaités pendant un certain temps.

La performance canadienne de 75% d'allaitement à la sortie de l'hôpital rejoint presque le standard international de 80% tel que fixé par l'OMS et ce, malgré l'absence d'adhésion des hôpitaux canadiens au programme de l'IHAB (Chalmers, 1997, Levitt et al, 1996). Bien qu'encourageante, cette statistique canadienne ne reflète toutefois pas les écarts régionaux qui existent à l'intérieur du pays. En effet, des études récentes révèlent que les taux d'initiation et la durée d'allaitement maternel décroissent d'ouest en est du Canada. À Vancouver, en Colombie-Britannique, plus de 83% des femmes allaitent à leur sortie de l'hôpital (Williams et al, 1996). Cette province détient le plus haut taux d'allaitement maternel au Canada. Selon les données les plus récentes disponibles (Levitt et al, 1996), les provinces de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba affichent un taux de 81% d'allaitement à la sortie de l'hôpital. Ce chiffre passe à 79% dans la province de l'Ontario pour atteindre seulement 48% au Québec. La performance des provinces de l'Est du Canada varie entre 58% pour les provinces Atlantiques (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île du Prince-Édouard) et 40% pour la province de Terre-Neuve.

Il est clair d'après ces taux d'allaitement que les provinces de l'Est canadien et en particulier celle du Québec sont loin de rejoindre le standard international de

l'OMS. Cet écart entre l'ouest et l'est peut s'expliquer par des différences en matière de pratiques hospitalières ou encore, des facteurs liés au statut socio-économique et éducationnel des différentes clientèles des centres de maternité. En s'attardant tout particulièrement à la situation du Québec, un des facteurs d'importance dans la compréhension des faibles taux d'allaitement et surtout de la durée de l'allaitement dans cette province pourrait bien être la distribution d'échantillons de préparations lactées. Comme le révèle l'enquête de Levitt et al (1996), les hôpitaux du Québec sont plus enclins que les hôpitaux ontariens à distribuer gratuitement aux mères allaitantes et non allaitantes de tels échantillons. Selon une étude réalisée au Québec (Bergevin et al, 1983), l'impact négatif de la distribution d'échantillons lactés est plus fort chez les mères primipares, chez celles ayant un niveau d'éducation faible, ou encore chez les mères dont l'état de santé post-partum est compromis. Notons, par ailleurs, que l'effet négatif de cette pratique hospitalière sur la réussite et la durée de l'allaitement au sein est déjà connu et documenté (Howard et al, 1994; Pérez-Escamilla et al, 1994; Dungy et al, 1992).

Les taux d'allaitement au Québec en 1982 étaient de 64% d'enfants à l'hôpital et de 47% à deux mois, de 28% à quatre mois et de 17% à six mois (Mc Nally et al, 1985). Selon les données récentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (1997) le taux de femmes québécoises qui allaitent à leur sortie de l'hôpital a nettement diminué entre 1982 et 1993. En

effet, le taux de mères allaitantes à l'hôpital est passé de 64% en 1982, à 48% en 1993 (Levitt et al, 1995). Cependant, des résultats préliminaires récents d'une étude longitudinale réalisée auprès de mères québécoises montrent que le nombre d'enfants nourris au sein se situe aux environs de 73% (Dubois et al, 1997). Ce taux demeure toutefois ambigu car il existe des biais considérables dans cette étude tels le faible taux de participation (près de 50%) et l'échantillon constitué de participantes résidant exclusivement dans des milieux urbains. L'exemple de Montréal permet d'illustrer le problème de représentativité d'un échantillon de mères allaitantes urbaines au Québec. On retrouve à Montréal de nombreuses femmes immigrantes qui, elles, allaitent leurs enfants au sein à près de 90%. Considérant la faible distribution des néo-québécoises sur le reste du territoire québécois, on peut croire que les taux d'allaitement de ces mères ne reflètent pas nécessairement les pratiques de l'ensemble de la population. En fait, chez les mères primipares ayant eu un bébé à terme et de bon poids, le taux d'allaitement à l'hôpital est de 66%, mais diminue rapidement après le premier mois à 31%. (Lepage et Moisan, 1998). L'allaitement exclusif est pratiqué par seulement 12% de ces mères primipares dès le 3<sup>ème</sup> mois, ce qui est nettement inférieur au taux de 80% préconisé par l'OMS. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que l'une des priorités nationales du MSSS pour la période de 1997 à 2002 est d'accroître ces taux à 80% d'allaitement à la sortie de l'hôpital, à 60% après trois mois et à 30% après six mois (MSSS, 1997).

## 1.5. Influence du réseau de la santé sur l'allaitement au sein

L'allaitement au sein s'inscrit non seulement dans une perspective individuelle et sociale, mais également dans une perspective hospitalière où souvent les mères approchent pour la première fois cette pratique. Les services de santé influencent la réussite et la durée de l'allaitement au sein à travers un ensemble de facteurs propres aux institutions et au personnel soignant (Jansson et al, 1995; Bruce et al, 1991; Winikoff et al, 1986). Des études démontrent que le soutien des professionnels et l'expression de leur part d'une attitude positive à l'égard de l'allaitement au sein améliorent les chances des mères de réussir cette pratique (Coreil et al, 1995). Selon l'Institut canadien de la santé infantile (1996), les attitudes et comportements des professionnels de la santé influencent le choix des mères d'allaiter leurs enfants et ainsi leur réussite. Par ailleurs, les politiques des unités de maternité ainsi que les messages qu'elles affichent dans leur établissement sont susceptibles d'influencer les mères tout au long de leur séjour. Par exemple, pour Losch et al (1995), la distribution de cadeaux de lait artificiel à la sortie de l'hôpital constitue un message contradictoire et incompatible avec un environnement favorable à l'allaitement au sein. Parce que le réseau de la santé entretient des rapports étroits avec les mères, il est primordial de s'attarder aux pratiques ou routines hospitalières, aux

connaissances et aux attitudes du personnel du réseau de la santé et de comprendre l'impact de ces facteurs sur le choix et la réussite de l'allaitement maternel. Il demeure que si les pratiques hospitalières sont assez bien documentées, il n'en est pas de même des attitudes des professionnels de la santé.

Dans la littérature, l'idée que les routines hospitalières des unités de maternité influencent la décision des mères d'allaiter est admise à un point tel que l'OMS et l'UNICEF en sont venus à proposer 10 mesures qui favorisent la réussite de cette pratique. Par souci d'efficacité et de productivité, les unités de maternité ne dispensent pas toujours les services appropriés (Patton et al, 1996; Bruce, Khan et Olsen, 1991). En effet, selon les infirmières, le manque de temps est une barrière importante à la promotion et au support de l'allaitement maternel. Le court séjour hospitalier des mères, le peu de personnel disponible et le temps que requiert l'enseignement de la pratique de l'allaitement ne jouent pas en faveur des mères (Patton et al, 1996).

Au moment de l'accouchement et lors du séjour hospitalier, les mères (les parents) sont sujettes à être influencées par les professionnels de la santé tout en leur accordant leur confiance. En réalité, ces professionnels représentent la source d'informations influente et respectée à propos de l'allaitement (Woolridge, 1996; Coreil et al, 1995; Driscoll, 1992). Toutefois, les mères

reçoivent trop souvent des consignes contradictoires sur les différents aspects de la pratique de l'allaitement au sein (Coreil et al, 1995; Moxley et Kennedy, 1994; Rajan, 1993;). À ce sujet, les résultats de l'étude de Coreil et al (1995) sont fort révélateurs. Dans leur discussion, les auteurs mentionnent que les professionnels de la santé présupposent que les mères détiennent un savoir suffisant au sujet de l'allaitement, ce qui leur permet de choisir. Cependant, la principale conséquence de cette présupposition est que ces professionnels non seulement ne reconnaissent pas l'intérêt des mères à approfondir ce sujet, mais aussi ne se perçoivent pas comme une source importante d'informations. Par ailleurs, d'autres facteurs tels que les infrastructures, les politiques, les pratiques (soins standardisés) et les protocoles hospitaliers (séparation mère-enfant) limitent l'éducation des mères et le soutien qu'elles peuvent recevoir des professionnels.

#### 1.5.1. Connaissances des professionnels du réseau de la santé

Comme le suggèrent Winikoff et al (1986), il faut cesser de sous-estimer l'intérêt des mères pour l'allaitement au sein. Par exemple, dans son étude, le personnel hospitalier pense que les mères sont réticentes à la cohabitation 24 heures parce qu'elles ne veulent pas être réveillées la nuit. Or, fait intéressant, lors d'entrevues menées auprès de ces mères, 84% d'entre elles allaitent et 78% des mères non allaitantes disent préférer la cohabitation surtout parce que

cette pratique leur permet de mieux connaître leur bébé. De plus, si les mères initialement défavorables à la cohabitation sont informées des bienfaits de cette pratique pour leur bébé, elles y adhèrent volontiers. Ainsi, certaines politiques et pratiques dispensées dans les unités de maternité facilitent l'initiation et le succès de l'allaitement au sein. Le contact peau-à-peau à la salle d'accouchement, la mise au sein précoce, la cohabitation mère-enfant, l'allaitement à la demande de l'enfant, l'absence de cadeaux de préparations lactées et plus particulièrement l'éducation du personnel médical sont parmi les pratiques hospitalières les plus susceptibles d'assurer l'initiation et le succès de l'allaitement maternel (Pérez-Escamilla et al, 1994). Il importe donc de voir à ce que la formation du personnel impliqué soit adéquate et à jour, ainsi que de revoir l'éducation des mères désireuses ou non de donner le sein.

L'allaitement au sein est une pratique qui doit être enseignée non seulement aux professionnels du réseau de la santé, mais également aux mères elles-mêmes. À une certaine époque, la famille élargie offrait le support nécessaire lors de l'instauration de l'allaitement au sein. Maintenant, et ce pour de nombreuses nouvelles familles, ce rôle est assuré par divers professionnels de la santé. L'éclatement des familles et l'absence pour plusieurs nouveaux parents de modèles de femmes allaitantes ont déplacé la responsabilité sociale des familles vers le réseau de la santé. Dans ce nouveau contexte, les professionnels de la santé deviennent des acteurs de premier plan dans l'enseignement de

l'allaitement au sein, le soutien et l'encouragement des mères. Il importe que ces intervenants détiennent les connaissances et les habiletés nécessaires pour informer les mères, ainsi que pour les assister dans la gestion des exigences de cette pratique. Actuellement, ceci ne semble pas être le cas car même si les professionnels reconnaissent les bienfaits de l'allaitement, ils demeurent mal préparés et peu confiants en leurs habiletés à supporter les mères ainsi qu'à les aider à affronter les problèmes qu'elles peuvent rencontrer (Burglehaus et al, 1997; Freed et al, 1995; Freed, 1993; Lawrence, 1994).

Certains programmes de formation académique et de formation continue pour médecins et infirmières renferment même plusieurs lacunes en matière d'allaitement au sein (Burglehaus et al, 1997; Freed et al, 1995; Lawrence, 1994; Freed, 1993). Freed et al (1995), par exemple, révèlent dans leur étude réalisée auprès de 3115 résidents et 1920 médecins praticiens en pédiatrie, obstétrique-gynécologie et médecine familiale que près du tiers des résidents n'ont pas reçu d'enseignement clinique relatif à l'allaitement au sein. Cette situation se reflète même dans leurs connaissances, puisque seulement 50% d'entre eux optent pour la bonne approche clinique dans le cas où un enfant allaité souffre de jaunisse ou dans le cas où la mère présente un abcès au sein. Le peu d'expérience des médecins sur les difficultés que pose l'allaitement maternel peut expliquer ces lacunes. Comme le montre cette étude, 26% des résidents en pédiatrie, 16% des résidents en médecine familiale et 9% des

résidents en obstétrique-gynécologie n'ont jamais assisté à une démonstration de l'allaitement au sein. Notons, cependant, que l'expérience personnelle d'allaitement maternel (directe ou indirecte) des répondants peut surestimer les résultats de cette étude en ce que l'expérience d'allaitement est, par elle-même, une source de connaissances de cette pratique. Comme le suggère l'Institut canadien de la santé infantile (1996), les programmes d'étude du baccalauréat et de perfectionnement, à l'intention des intervenants en soins de la santé qui oeuvrent auprès des familles en âge d'avoir des enfants, devraient inclure une information sur l'allaitement maternel qui soit exacte et qui respecte les normes nationales.

La formation dans le milieu de travail est également une autre option à considérer dans l'éducation des professionnels de la santé en matière d'allaitement. C'est ce que révèle une étude récente effectuée au Brésil auprès de huit centres hospitaliers (Westphal et al, 1995). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une formation de 18 jours offerte à certains professionnels de la santé (pédiatres, obstétriciens et infirmières) sur l'établissement d'un programme de promotion de l'allaitement au sein dans les unités de maternité basé sur les recommandations de l'IHAB. Les résultats de cette étude démontrent que six mois après une telle formation, les hôpitaux augmentent leur niveau de conformité au programme de l'IHAB. Toutefois, cette étude indique que pour réussir réellement à mettre en oeuvre les pratiques

de l'IHAB, les professionnels devront développer les compétences pour mettre en pratique les connaissances acquises pendant leur formation en plus de faire participer l'ensemble du personnel de l'unité de maternité à ces nouvelles activités hospitalières. Un autre aspect intéressant de cette étude concerne la période de temps nécessaire pour constater un changement dans les attitudes à l'égard des nouvelles pratiques hospitalières.

### 1.5.2. Attitudes des professionnels du réseau de la santé

Selon l'Institut canadien de la santé infantile (1996), l'un des aspects importants de la part des différents groupes de professionnels oeuvrant dans le réseau de la santé concerne leurs attitudes à l'endroit de la promotion de l'allaitement au sein. Tous et toutes doivent promouvoir la confiance des parents en eux-mêmes. Depuis déjà plusieurs années, les attitudes des professionnels de la santé à l'endroit de l'allaitement maternel et leur impact sur le choix et la réussite des mères à allaiter ont fait l'objet d'études détaillées (Patton et al, 1996; Karra et al, 1993; Beeken et Waterston, 1992; Bruce et al, 1991). Malgré ces efforts, on cerne encore mal aujourd'hui l'impact réel des attitudes des professionnels sur le choix, l'initiation et la durée de l'allaitement maternel. Ceci peut s'expliquer en partie par le manque de compréhension qu'on a de la manière par laquelle les attitudes influent sur le comportement des professionnels de la santé et des mères. En outre, sur

l'ensemble des études répertoriées pour réaliser le présent travail, aucune ne fournit une définition claire et opérationnelle de la notion d'attitude. Par ailleurs, une autre difficulté non négligeable concerne le choix des méthodes d'analyse des attitudes.

L'allaitement au sein est une relation intime et complexe entre une mère et son enfant et un moyen de communication et de rencontre entre deux individus. Lorsqu'ils assistent à la naissance de cette relation, les professionnels de la santé doivent se confronter eux-mêmes à leurs propres perceptions à l'égard de la maternité, de la famille et de ce mode de vie (Driscoll, 1992). Ils doivent être pleinement conscients de leurs propres biais à l'égard de l'allaitement au sein de manière à ne pas gêner la relation fragile qui s'établit entre la mère et son enfant. Par ailleurs, si l'allaitement au sein est perçu simplement comme une méthode d'alimentation, cette attitude va être transmise à la mère.

Pour Woolridge (1996), les attitudes et les croyances se construisent sur la base des expériences personnelles et se forment à la suite de pressions culturelles sur lesquelles l'individu a peu d'influence. Comme en témoigne Driscoll (1992), le pouvoir et l'influence des professionnels de la santé sur le succès ou l'échec de l'allaitement au sein peuvent se transmettre à travers les biais et projections individuels et ainsi, changer la représentation qu'une mère se fait de son expérience de l'allaitement. Tel que mentionné, la décision de la mère d'allaiter

est influencée par une série de facteurs, y compris les attitudes des professionnels de la santé. Les mères ou encore les parents rencontrent fréquemment plusieurs intervenants de la santé tout au long de la grossesse et après la naissance de leur enfant. L'attitude positive, sensible et l'appui des professionnels durant ces interactions est valorisée par les mères (Coreil et al, 1995) et contribue à leur succès d'allaiter tout en renforçant leur confiance en elles-mêmes (Woolridge, 1996). L'étude de Séguin et al, (1998) confirme cette observation en soulignant que les attitudes positives des médecins sont associées aux chances des mères québécoises d'allaiter leur enfant au sein. Ce lien serait encore plus important s'il s'agissait des infirmières de l'hôpital, ce qui suggère le rôle important et l'influence de ce groupe de professionnelles sur le choix des mères. En effet, Bagwell et al (1993) constatent dans leur étude que les infirmières et les diététistes sont plus enclines que les médecins à recommander l'allaitement au sein aux mères qui ont déjà pris la décision de nourrir leurs enfants au biberon.

Un bon nombre d'études démontrent que la plupart des professionnels de la santé ont des attitudes positives face à l'allaitement maternel (Patton et al, 1996; Williams et Hammer, 1995; Bagwell et al, 1993; Karra et al, 1993). Malgré ces attitudes positives, la routine des professionnels de la santé fait toujours appel à des pratiques hospitalières reconnues pour nuire au succès de l'allaitement maternel. Cette incongruence entre attitudes et pratiques est

évidente dans le cas où les hôpitaux acceptent de distribuer gratuitement des échantillons de produits lactés aux mères ou encore, d'administrer un complément de lait artificiel aux nouveau-nés ou de pratiquer la cohabitation de jour seulement (Karra et al, 1993; Beeken et Waterston, 1992). Les résultats d'une étude québécoise conduite auprès de 98 mères peu scolarisées (Séguin et al, 1998) suggèrent que les hôpitaux propagent des messages qui contredisent leur intérêt pour l'allaitement maternel à travers différentes prestations aux mères. Un exemple qui illustre ce point provient de l'observation que 85% des nouveau-nés sont mis au sein pour la première fois plus de 30 minutes après leur naissance. En plus, seulement 2% des mères cohabitent 24 heures par jour avec leur enfant tandis que 82% d'entre elles cohabitent durant le jour. Comme il est souvent remarqué dans certains hôpitaux, près de 60% des bébés allaités ont reçu des biberons supplémentaires de préparations lactées, alors que 41% des mères ont quitté l'hôpital avec des échantillons de lait ou de biberons. Ces chiffres confirment qu'il est d'intérêt de documenter davantage les professionnels du milieu hospitalier sur les bases scientifiques du programme de l'IHAB ou des principales pratiques visées (la mise au sein précoce, l'allaitement à la demande et exclusif), ces professionnels étant en position pour appliquer ces recommandations aussi bien que pour en informer les mères.

En somme, le réseau de la santé et les professionnels qui y oeuvrent sont eux-mêmes des facteurs d'influence de l'allaitement au sein. La présente étude

explore différentes composantes de ces facteurs à la fois institutionnels, professionnels et personnels.

## II - QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'allaitement au sein présente sans équivoque de nombreux avantages tant pour les familles que pour l'ensemble des sociétés en développement ou industrialisées (Howie, 1996; Beaudry et al, 1995; Cunningham et al, 1991; Kovar et al 1984). Le Québec ne rencontre pas les standards internationaux d'initiation et de durée de l'allaitement au sein fixés par l'OMS et l'UNICEF. Selon ces deux organismes 80% des mères devraient allaiter à leur sortie de l'hôpital et ce, jusqu'à quatre ou six mois de vie.

L'absence de conformité des hôpitaux québécois (Levitt et al, 1996) au programme de l'IHAB n'aide en rien la situation actuelle. En effet, certaines procédures et pratiques des unités de maternité n'incitent pas les mères à initier et à poursuivre adéquatement l'allaitement au sein. Outre l'influence de ces facteurs institutionnels, l'influence des attitudes des différents groupes de professionnels de la santé à l'égard de l'allaitement au sein doit également être considérée (OMS et UNICEF, 1989).

Alors pourquoi et comment se fait-il qu'aucun hôpital québécois ne réponde aux recommandations minimales du programme de l'IHAB? La présente étude tente d'explorer cette question à travers l'analyse des attitudes de différents

groupes de professionnels de la santé face à l'IHAB. Deux objectifs spécifiques sont poursuivis dans cette étude: 1) cerner les attitudes des professionnels de la santé dans certaines unités de maternité québécoises à l'endroit du programme de l'IHAB; 2) dégager les facteurs susceptibles d'aider ou d'entraver l'application de ce programme.

Les postulats de départ sont les suivants: 1) les professionnels interrogés connaissent les pratiques hospitalières en matière d'allaitement, peu importe les postes qu'ils occupent ou leurs spécialités respectives; 2) ces mêmes professionnels sont impliqués dans la pratique de l'allaitement au sein; 3) ces différents groupes de professionnels choisis offrent des perspectives différentes sur la dynamique de l'allaitement; 4) leurs expériences personnelles influencent leurs perceptions de l'allaitement et leurs convictions envers l'application de l'IHAB; 5) finalement, chaque milieu, avec ses propres caractéristiques institutionnelles, influence de manière différente l'application des mesures de l'IHAB.

Pour ce faire, l'approche qualitative (explicative) est utilisée dans cette étude. Cette approche permet d'explorer les opinions des professionnels de la santé qui assurent les soins et services liés à la maternité dans des hôpitaux qui présentent des profils différents. L'approche qualitative permet ainsi de formuler des hypothèses sur les facteurs institutionnels et individuels en cause.

---

En dégagant certains facteurs qui font obstacle ou appuient la mise en oeuvre de l'IHAB, on pourra envisager des cibles d'intervention pour favoriser l'application des recommandations de l'IHAB.

## III - MÉTHODES

L'analyse des différentes attitudes qui entourent le sujet de l'allaitement au sein fait appel à l'utilisation de méthodes qui permettent d'apprécier les subtilités des concepts qui lui sont reliés. Les paradigmes qui sous-tendent l'approche qualitative de la recherche sont plus propices à cerner efficacement les multiples dimensions de cette problématique à l'intérieur des unités de maternité.

### 3.1. Approche qualitative employée

Les critiques adressées aux méthodes quantitatives (méthodologies positivistes ou réalistes) ont surtout trait au contexte et à la complexité propres aux individus. Ces éléments sont réduits à un produit objectif et mesurable tandis que les méthodes qualitatives (méthodologies constructivistes ou interprétatives) permettent d'accéder aux perceptions et sentiments par une approche jugée parfois plus holistique. En plus, l'approche qualitative requiert un haut niveau de flexibilité et de réflexivité minimisant la distance entre l'investigateur et "l'investigué" (May, 1996). L'approche qualitative, en utilisant les informations contextuelles, permet ainsi une prise de conscience du comportement humain

L'approche interprétative se distingue par son acceptation de la multiplicité des résultats, chacun évalué selon son propre mérite. On reconnaît que cette approche est constituée de processus interactifs dans lesquels les contextes individuels, sociaux, culturels et environnementaux sont les fondements mêmes de la croyance. En conséquence, ces processus sont des processus créateurs en continuelle évolution qui n'arrivent jamais à une conclusion finale (Levy, 1994). De plus, comme le mentionne Levy (1994), les critères spécifiques à la recherche qualitative peuvent maintenant être utilisés; ces derniers sont, à toutes fins pratiques, considérés comme équivalents aux critères positivistes (réalistes) de validité et de fiabilité (Levy, 1994). Ces critères sont la crédibilité (*credibility*), la confirmabilité (*confirmability*), l'assurance (*dependability*), la signification contextuelle (*meaning-in-context*), les régularités fréquentes (*recurrent patterning*), la saturation, la transmissibilité (*transferability*) et la véracité (*trustworthiness*) (Krefting, 1991; Guba et Lincoln, 1989; Pourtois et Desmet, 1989; Sandelowski, 1986; Goodwin et Goodwin, 1984).

De nombreux auteurs (Levy, 1994; Morse, 1992; Hasselkus, 1991; Patton, 1990) proposent d'utiliser des devis interprétatifs lorsque peu d'informations théoriques sont disponibles sur la problématique étudiée, lorsque la recherche en la matière est à une étape exploratoire ou encore que l'information se retrouve au coeur des expériences individuelles des participants à la problématique étudiée (Vincent et al, 1995). Ce type de devis est souhaitable

dans l'étude de la problématique de l'allaitement au sein et des facteurs liés à la mise en oeuvre de l'IHAB tels que perçus par les professionnels de la santé. Le devis interprétatif permet en effet d'identifier et de décrire plusieurs constructions, (e.g. un ensemble de construits qui expriment les attitudes et les opinions des professionnels) ainsi que le contexte dans lequel les professionnels évoluent. De plus, cette approche permet de contraster ces constructions dans le but de mieux saisir les fondements de la problématique de l'allaitement et de raffiner davantage les construits.

La recherche qualitative ne repose pas sur une méthode unique d'analyse car la pluralité des modes est maintenant reconnue (Tesch, 1990). La recherche qualitative consiste avant tout à travailler avec des mots contrairement aux chiffres utilisés dans la recherche quantitative. Ce n'est pas la structure des mots qui est étudiée, mais la communication dans laquelle ils sont employés. Les mots qui servent à la communication peuvent être étudiés dans plusieurs sens. Pour ce faire, Tesch (1990) divise les nombreuses méthodes de recherche qualitative en trois catégories d'intérêt: 1) la recherche qui a pour but de discerner la signification ou le sens (de textes ou d'actions); 2) la recherche qui vise la découverte de régularités ("patterns"); et 3) la recherche qui traite des caractéristiques du langage. Dans la présente étude, les méthodes mises en pratique se retrouvent dans les deux premières catégories. De plus, l'analyse de l'évaluation (Bardin, 1993), technique particulière à la recherche qui traite des

caractéristiques du langage, est utilisée pour l'analyse des attitudes des répondants.

Le modèle adopté pour cette étude se base sur le premier type de méthode, soit la recherche de la compréhension du sens, ce qui s'approche beaucoup des recherches qui visent le discernement de régularités. Le chercheur tente, ainsi, de comprendre la nature du texte ou du phénomène à l'étude par des tentatives de prises de conscience ("insights"). Une des méthodes qui illustre ce type de recherche de la compréhension du sens est le modèle des études de cas tel que présenté par Yin (1989). Les études de cas permettent d'interpréter le sens premier des phénomènes étudiés. Le modèle d'étude de cas utilisé est explicatif et vise à comprendre les liens opérationnels entre les causes et les effets d'un phénomène (Yin, 1989, 1994). Les cas analysés individuellement sont étudiés pour permettre de mieux discerner une problématique ou un phénomène, ce que Stake (1994) a nommé des cas instrumentaux. Dans le présent travail, le cas à l'étude est d'intérêt secondaire en ce qu'il joue un rôle de support qui facilite la compréhension de la problématique, soit l'absence d'adhésion au programme de l'IHAB des hôpitaux québécois. En d'autres termes, le cas de l'hôpital universitaire n'est pas étudié pour ses particularités propres, mais parce que la dynamique dans cette institution reflète une partie du phénomène de l'allaitement maternel en milieu hospitalier. Lorsque plusieurs cas sont étudiés, il

s'agit d'une étude de cas collective qui est une étude de type instrumental étendue à plusieurs cas (Stake, 1994).

Une des principales caractéristiques de la recherche et des méthodes qualitatives est que les résultats sont enracinés dans les données empiriques (le texte) (Paillé, 1994). La recherche qui vise la découverte des régularités propose des démarches d'analyse qui permettent cet enracinement des données. Le réalisme transcendantal d'Huberman et Miles (1991) et la théorie ancrée de Glaser et Strauss (1967) sont accessibles et suffisamment flexibles pour être employés dans la présente étude. Le réalisme transcendantal s'intéresse surtout à la structure des données. Les textes sont découpés selon ce que le chercheur considère comme étant un concept. Dans la plupart des cas, le chercheur présume que des liens ou des relations existent entre ces concepts et qu'il ne reste qu'à les découvrir. Les régularités ("patterns") sont ainsi perçues comme un système conceptuel d'ordre ou d'organisation. Par exemple, les concepts ou les segments de textes qui traduisent les attitudes de certains répondants envers une pratique hospitalière donnée peuvent aussi l'être pour d'autres répondants. La forme d'analyse utilisée dans cette étude vise à mieux cerner les attitudes retrouvées dans les textes (données empiriques).

## 3.2. Méthodes et déroulement

### 3.2.1. Sites (centres hospitaliers)

Les sites de cette étude sont représentés par trois centres hospitaliers québécois qui dispensent des services de maternité en français dans trois régions différentes du Québec (les Bois-Francs, Montréal et la Montérégie). Parmi ces hôpitaux, un est situé en région (site régional), le second est universitaire (site universitaire) et situé dans un milieu urbain tandis que le troisième est situé en banlieue (site de banlieue). Ces sites sont choisis sur la base de leur accessibilité, de leurs particularités géographiques, de leur vocation et des services qu'ils offrent à leur clientèle. Cette sélection ne vise pas une représentativité des centres hospitaliers francophones du Québec, mais plutôt à assurer une certaine diversité des sites à l'étude.

### 3.2.2. Participants

Quinze professionnels du réseau de la santé participent à l'étude et sont répartis en quatre groupes: 1) infirmières; 2) médecins; 3) diététistes; et 4) gestionnaires. Ces professionnels sont choisis sur la base de la nature de leur travail et du poste qu'ils occupent dans l'unité de maternité ou à l'hôpital

Le groupe des infirmières (n=4) est constitué de trois infirmières en chef et d'une infirmière clinicienne qui occupe le rôle de conseillère en soins spécialisés et de responsable de formation. Le groupe des médecins (n=4) compte trois chefs d'obstétrique-gynécologie et un chef de pédiatrie. Le groupe de diététistes (n=4) est composé de trois diététistes cliniciennes affiliées à l'unité de maternité et d'une diététiste-gestionnaire responsable de la gestion des laits spéciaux. Enfin, les gestionnaires\* (n=3) sont responsables de l'approvisionnement des préparations lactées pour nourrissons.

**Particularités des gestionnaires** - Les gestionnaires ne sont interrogés que sur cinq des 13 thèmes abordés dans l'entrevue (voir Annexe # 1: Guide d'entrevue destiné aux gestionnaires). Ce groupe de professionnels remplit des fonctions autres que celles liées directement aux pratiques de soins, ainsi il est interrogé seulement sur les trois thèmes relatifs au Code de commercialisation et sur les deux thèmes relatifs à la politique d'allaitement et au soutien des mères.

### 3.2.3. Guide d'entrevue

Le guide d'entrevue (voir Annexe # 2: Guide d'entrevue final) est élaboré à partir des 10 recommandations de l'IHAB et des trois règles du Code de commercialisation. Deux paliers de questionnement sont abordés. Pour chacun de ces thèmes à l'étude, une première question porte sur l'application à l'hôpital

de cette recommandation de l'IHAB ou du Code de commercialisation et une deuxième question porte sur l'opinion des professionnels à l'endroit des différents thèmes. Les premières et deuxièmes recommandations de l'IHAB (1- politique d'allaitement et 2- formation du personnel) sont formulées à la fin de l'entrevue pour respecter l'ordre d'apparition des événements lors du séjour hospitalier des mères. Cet ordre d'apparition permet aux répondants d'approfondir et de réfléchir aux pratiques hospitalières individuellement avant de rendre compte de la politique d'ensemble de l'unité de maternité envers l'allaitement maternel. L'entrevue contient également quatre questions ouvertes qui portent sur l'opinion générale à l'égard de l'allaitement maternel, sur le rôle professionnel du répondant, sur ses expériences personnelles et sur la satisfaction de la clientèle. Deux échelles de type Likert étaient intégrées au guide afin d'assurer une base pour comparer les réponses obtenues. Toutefois, les données recueillies sur ces échelles n'ont pas été utilisées puisque la même information avait été obtenue à partir des questions ouvertes.

La version initiale du guide d'entrevue avait d'abord été révisée par cinq professionnels du milieu académique (enseignants, professeurs et chercheurs en nutrition, en santé publique et en sociologie) pour assurer la cohésion dans l'ordre d'apparition des questions et vérifier leur formulation. Suite à une première série d'entrevues, le guide est de nouveau révisé; certaines questions sont reformulées et d'autres écartées afin d'éviter la répétition dans les réponses

et de mieux cerner l'opinion du répondant sur les différents thèmes abordés. Cette version du guide est utilisée telle quelle pour la suite des entrevues et aucune autre modification ne lui est apportée. Cette démarche de révision en cours d'étude est acceptable; elle permet notamment d'explorer de nouvelles pistes (Huberman et Miles, 1991).

#### 3.2.4. Collecte des données

Les participants sont contactés par voie téléphonique et informés sur les objectifs de recherche. Une fois l'entrevue fixée, ils sont informés par écrit de leur droit au retrait en tout temps et de leur droit à l'anonymat. Les participants acceptent que leurs réponses soient enregistrées sur bande audio et utilisées pour fin d'analyse. Les entrevues sont menées dans le milieu de travail des participants et selon leur disponibilité.

Les entrevues sont de nature semi-dirigée et durent entre 30 et 50 minutes. Elles forment une interaction limitée et spécialisée entre le répondant et l'intervieweur et visent à cerner l'opinion des participants sur un sujet déterminé (Deslauriers, 1991). Après chaque entrevue, la chercheuse note ses impressions sur son déroulement (l'atmosphère, comportement du répondant et du chercheur) et tous autres commentaires pertinents. Ces notes aident à

préciser et à caractériser le contexte de l'entrevue lors du processus d'analyse (Kvale, 1996).

Les quatre participants (l'infirmière en chef, la diététiste, l'obstétricien-gynécologue en chef et le gestionnaire responsables des achats) du centre hospitalier régional sont les premiers contactés et forment la première vague d'entrevues. Les professionnels du centre hospitalier universitaire forment la deuxième vague d'entrevues au cours de laquelle s'ajoute une diététiste-gestionnaire suite aux recommandations du gestionnaire responsable des achats en place. La troisième et dernière vague d'entrevues se fait auprès des professionnels du centre hospitalier de banlieue où s'ajoutent une infirmière clinicienne et le pédiatre en chef de l'établissement.

Après chaque vague d'entrevues, un compte rendu des verbatims originaux est expédié à chaque participant dans un intervalle de cinq semaines. Cette démarche vise à valider auprès des professionnels la conformité de leurs réponses, ce qui permet de limiter les biais analytiques (Huberman, Miles, 1991) et de réduire les possibilités que la chercheuse altère les données (Krefting, 1991).

### 3.2.5. Méthodes d'analyse

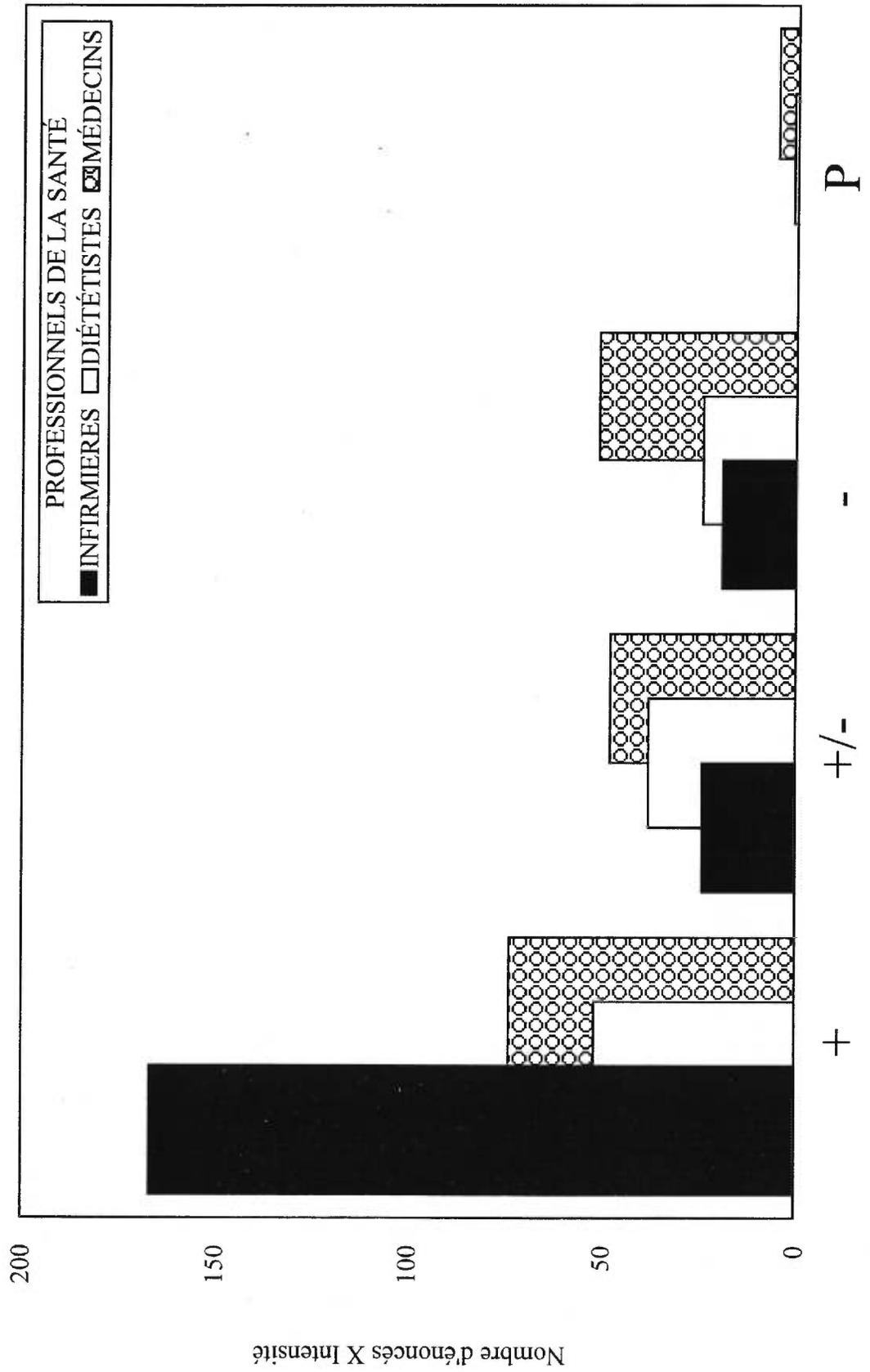
L'approche de cette étude s'inspire du modèle d'analyse de cas multi-sites de Yin (1989). Cette approche est appropriée dans le cas où la question de recherche porte sur le "comment" et le "pourquoi" d'un sujet d'actualité et dans le cas où le phénomène à l'étude se déroule dans un contexte particulier (Yin, 1994). Le modèle de l'analyse de cas multi-sites s'inscrit dans une démarche explicative qui vise à retracer l'existence de liens et ce, à travers le temps afin de poser des explications pertinentes pour un même ensemble d'événements.

L'analyse qualitative des transcriptions d'entrevues originales utilise la méthode du réalisme transcendantal de Huberman et Miles (1994), qui consiste en une étape d'identification des thèmes (sujets) et une étape de codification. Cette analyse qui porte sur les mots des répondants (Marshall et Rossman 1989, tiré de Appleton, 1995) éclaire la chercheuse sur les significations et les discernements ("insights") des réponses données lors de l'entrevue. Selon Huberman et Miles (1994), le réalisme transcendantal permet de dégager le sens des transcriptions d'entrevue (textes).

## Modèle conceptuel intermédiaire

Ces différentes phases du travail permettent d'élaborer un modèle conceptuel intermédiaire (Figure 1) pour ensuite en dégager une série de codes (voir Annexe # 4: Plan de codage). Le modèle comprend cinq niveaux d'analyse: 1) les pratiques hospitalières en matière d'allaitement, principalement les pratiques de l'IHAB; 2) les attitudes des professionnels participants, 3) les facteurs individuels prédisposants des attitudes de ces participants, 4) les facteurs sociaux associés à l'application du programme de l'IHAB, et, 5) les facteurs institutionnels relatifs au contexte hospitalier des centres à l'étude. Les pratiques hospitalières représentent les pratiques hospitalières en matière d'allaitement, principalement les pratiques de l'IHAB. Les facteurs individuels prédisposants identifient des facteurs relatifs à l'individu et pouvant influencer l'attitude du répondant face aux pratiques hospitalières en matière d'allaitement (IHAB). Ces facteurs sont considérés comme des éléments qui fournissent le rationnel (ou motivation) des attitudes des répondants. L'attitude est ici une évaluation faite par le répondant d'une pratique. Les composantes cognitives et conatives de cette évaluation orientent les actes du répondant. Les facteurs sociaux sont associés à l'application des pratiques hospitalières de l'IHAB, alors que les facteurs institutionnels sont spécifiques au contexte hospitalier où sont dispensés les services de maternité.

Figure 2 : Attitudes d'ensemble des professionnels de la santé envers l'IHAB (n=12)



Ces facteurs sont liés (flèches) à l'application du programme de l'IHAB, au centre hospitalier (site à l'étude) ainsi qu'aux facteurs prédisposants des attitudes des répondants face aux pratiques hospitalières de IHAB.

### Identification des thèmes

Après les collectes de données, on procède à la première étape d'analyse qui consiste à identifier les éléments de réponses donnés par les répondants lors de l'entrevue. D'abord, on identifie les thèmes dans les transcriptions d'entrevue de l'hôpital régional (voir Annexe # 5: Premiers thèmes identifiés). Cette démarche consiste à mettre en évidence les thèmes ou les sujets réellement abordés par les répondants lors des entrevues (Tesch, 1990). Cette démarche est reprise pour les données de la seconde collecte (voir Annexe # 6: Seconds thèmes identifiés). Ces thèmes sont par la suite transposés en codes explicatifs ou inférentiels (Huberman et Miles, 1991). La fonction de ces codes est de rassembler une grande quantité de matériel dans des unités d'analyse plus significatives et économiques. Ce processus de codage remplit quatre fonctions: 1) réduire une grande quantité de données en un petit nombre analytique; 2) amener le chercheur à l'analyser pendant le recueil de données afin de centrer les recueils ultérieurs; 3) aider à construire une carte cognitive, un schéma évolutif lui permettant de comprendre ce qui se passe sur le site; 4) établir une base analytique (Huberman et Miles, 1991).

## Codification

La phase de codification consiste à étiqueter (unités d'analyse) les segments de textes ou les construits (Richards et Richards, 1994). Les éléments du modèle conceptuel regroupent un ensemble de codes distincts qui sont appliqués à l'ensemble des transcriptions d'entrevues.

**Première étape de codage** - Cette première série de codes permet le codage de quatre transcriptions d'entrevues d'un même hôpital. Le codage se fait en deux temps afin d'évaluer la fidélité intra-codeur (un seul codeur traite à deux occasions l'ensemble des données). Cette démarche d'évaluation consiste à coder une première fois un verbatim avec des codes préalablement définis. Cette démarche est reprise une seconde fois sur copie non codée. Les accords et les désaccords entre les deux copies sont ensuite comptabilisés. Un bon indice serait initialement le plus près possible de 80% pour atteindre par la suite les 90% (Huberman et Miles, 1991). La fidélité pour cette première série d'entrevues est de 72% [nombres d'accords (205) / (nombre total d'accords + désaccords) (286)].

**Deuxième étape de codage** - Suite à cette étape, le modèle conceptuel et les codes sont réorganisés, certains des codes regroupés et les définitions précisées (Huberman et Miles, 1991). Cette démarche donne lieu à une autre phase de

## IV - RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'OMS et l'UNICEF ont institué conjointement l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés dans le but d'encourager les unités de maternité et leur personnel à adopter des pratiques qui protègent, promeuvent et soutiennent l'allaitement au sein. Pour adhérer à cette initiative, les hôpitaux doivent respecter les 10 recommandations minimales de l'OMS et de l'UNICEF. Il est connu qu'au Québec, comme dans l'ensemble du pays, aucun centre hospitalier ne pouvait en 1996 être reconnu comme Hôpital Amis des Bébés (Chalmers, 1996).

La présente étude tente donc de mieux comprendre cette problématique de l'allaitement au sein au Québec à travers l'analyse des attitudes de différents groupes de professionnels de la santé oeuvrant dans les unités de maternité de trois hôpitaux. Cette analyse permet de dégager un ensemble de facteurs susceptibles d'aider ou d'entraver la mise en application du programme de l'IHAB et par conséquent d'élaborer des stratégies d'interventions.

Dans un premier temps, le profil des hôpitaux et leur application du programme de l'IHAB sont exposés. Par la suite les facteurs hospitaliers et sociaux associés à l'application de ces mesures sont discutés afin de mettre en lumière leurs

similitudes ainsi que leurs différences. Ensuite, les attitudes telles qu'exprimées par les participants sont également abordées. Finalement, un modèle conceptuel révisé est proposé.

À l'aide de la démarche de regroupements conceptuels telle que proposée par Huberman et Miles (1991), un ensemble d'informations sur l'application du programme de l'IHAB a pu être extrait à partir des transcriptions d'entrevues des différents groupes de professionnels de la santé.

#### **4.1. Profils des hôpitaux et application des mesures de l'IHAB**

##### **4.1.1. Profils des trois sites**

L'unité de maternité du centre hospitalier régional dispose de 14 lits et donne naissance en moyenne à 1000 nouveau-nés par an (88% des accouchements par voie vaginale et 12% par césarienne). Le séjour moyen d'hospitalisation pour un accouchement normal ou par césarienne est d'une durée de 55 heures (2,3 jours). Selon les dernières données compilées à l'unité de maternité, 66% des mères allaitent à la sortie de l'hôpital. Ce centre distribue annuellement plus de 1300 litres de préparations lactées.

Une particularité de ce centre est la fusion récente des pouponnières et des soins post-partum ce qui donne lieu à un réaménagement des infrastructures et des soins et services offerts à la clientèle. Les professionnels impliqués dans cette restructuration ont pris connaissance du programme de l'IHAB. En effet, cette réorganisation des services liés à la maternité et la création du Centre mère-enfant se basent sur les recommandations de ce programme. C'est d'ailleurs l'infirmière en chef qui est responsable de la coordination et de la mise en oeuvre des changements dans les pratiques de l'allaitement au sein. Les infirmières et infirmières auxiliaires détiennent la responsabilité d'assurer à la clientèle les soins et services en matière d'allaitement. De plus, la création du Centre mère-enfant a permis de mettre sur pied un comité de liaison dont le rôle consiste à préserver la cohésion entre les services hospitaliers et les services communautaires.

Le second centre hospitalier urbain et à vocation universitaire est spécialisé dans les soins mère-enfant. L'unité de maternité de ce centre dispose de 66 lits et pratique en moyenne 4000 accouchements par an (80% par voie vaginale et 20% par césarienne). Le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital est inconnu, faute de compilation de cette donnée. La durée du séjour est de 48 heures pour un accouchement vaginal sans complication et de 4,8 jours pour un accouchement par césarienne (et autres complications). Cet hôpital spécialisé

en soins mère-enfant distribue plus de 4300 litres de préparations lactées annuellement (en plus des 3500 litres pour les enfants prématurés).

Dans cet important centre de soins tertiaires, l'infirmière en chef de l'unité de maternité est en quelque sorte le pivot en matière d'allaitement maternel. Les répondants mentionnent que cette professionnelle est la principale référence pour les soins et services liés à la maternité. Le personnel infirmier de l'unité de maternité assure l'ensemble des soins et services auprès des mères et de leurs enfants. De plus, l'infirmière en chef et quelques membres de son personnel ont mis sur pied un groupe de travail sur l'allaitement au sein. Pour donner suite au travail de ce groupe, l'hôpital a embauché une consultante diplômée en lactation sur une base contractuelle.

Le troisième centre hospitalier est localisé en banlieue de Montréal. Ce centre donne naissance à environ 2000 enfants par an (83% par voie vaginale et 17% par césarienne) et dispose de 23 lits de maternité. La durée du séjour moyen pour un accouchement vaginal est de 48 heures et de 4 jours pour un accouchement par césarienne. Selon les relevés récents de ce centre, 51% des mères allaitent à leur sortie de l'hôpital. Ce centre hospitalier distribue plus de 1900 litres de préparations lactées annuellement (en plus des 750 litres de préparations pour les prématurés).

L'infirmière en chef de ce centre est nouvellement en fonction. Selon les répondants de ce milieu, le personnel infirmier est le groupe de professionnels le mieux informé sur les pratiques en matière d'allaitement au sein. Par exemple, la diététiste de l'hôpital mentionne l'importance du personnel infirmier quand vient le temps de se renseigner sur les pratiques de l'allaitement maternel. Avec la venue récente de l'infirmière en chef, une nouvelle dynamique s'installe entre les professionnels de l'unité de maternité. À ce moment-ci, les médecins semblent peu enclins à se référer à l'infirmière en chef en ce qui concerne les pratiques hospitalières en matière d'allaitement. Nous pouvons croire que les rôles et fonctions de cette nouvelle professionnelle en matière d'allaitement maternel restent à être précisés auprès de ces médecins.

Selon les répondants, ce centre hospitalier se retrouve en compétition avec un autre centre voisin qui offre aussi les services liés à la maternité. Dans ce contexte économique difficile, les services à la maternité exigent un réaménagement des infrastructures (fusion des pouponnières) et une révision des différentes pratiques en matière de soins. Ces changements dans les services à la maternité sont planifiés en collaboration avec les membres du personnel infirmier et médical.

Il est clair que l'infirmière en chef occupe un poste central dans les soins et services en matière d'allaitement maternel dans tous les centres hospitaliers

étudiés. Les responsabilités et les interventions auprès de la clientèle au sujet de l'allaitement relèvent du personnel infirmier. Par ailleurs, les soins et les services aussi bien que les infrastructures sont revus voire réorganisés dans ces centres. En conséquence de ces changements, certaines des pratiques actuelles rencontrent les recommandations de l'IHAB. Toutefois, les particularités de ces centres hospitaliers, soit au niveau du volume de la clientèle, de la structure des services ou de l'implication de l'industrie de préparations lactées, sont selon nous des facteurs qui influencent l'application de l'IHAB à différents niveaux.

#### **4.1.2. Recommandations de l'IHAB et du Code de commercialisation: pratiques dans les hôpitaux étudiés**

Les recommandations du programme de l'IHAB (UNICEF Guidelines, 1992) et du Code de commercialisation (1981) sont commentées ci-dessous afin de mieux comparer par la suite leur application dans les trois milieux à l'étude.

Le respect du Code de commercialisation fait partie intégrante du programme de l'IHAB à travers la 6<sup>ème</sup> recommandation, qui décourage la distribution de toutes autres boissons que le lait maternel aux nouveaux-nés allaités.

Dans la présente étude seulement trois des règles du Code de commercialisation sont considérées, soit: 1) l'interdiction de donner des échantillons gratuits de

préparations lactées aux mères, 2) l'interdiction de promouvoir ces produits directement ou indirectement dans les services de santé, y compris leur distribution gratuite ou à prix réduit, et 3) l'interdiction de distribuer des cadeaux et des échantillons aux personnels.

La raison en est que ces règles touchent plus spécifiquement les unités de maternité et les professionnels qui y travaillent. En plus, l'application de ces règles est en lien avec les attitudes et les implications des professionnels de l'unité de maternité.

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

La politique écrite doit: 1) traiter des 10 mesures du programme de l'IHAB et 2) protéger l'allaitement maternel, en prohibant toute promotion et instruction pour l'utilisation de préparations lactées, de biberons ou de tétines artificielles. Le personnel responsable de la maternité doit avoir accès à cette politique pour s'y référer. Cette politique doit être affichée dans toutes les installations de santé qui desservent les mères, les nouveau-nés et les enfants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

Le personnel responsable de la maternité doit recevoir des directives sur l'exécution de la politique d'allaitement maternel aussi bien que sur les soins et services qui visent à protéger, à promouvoir et à encourager cette pratique. Le personnel nouvellement embauché doit être informé de la politique d'allaitement. Dans les six mois suivant leur arrivée, il doit recevoir une formation relative à l'allaitement maternel et à sa gestion. La formation doit porter sur au moins huit des 10 recommandations de l'IHAB, à savoir celles qui concernent les pratiques de l'allaitement au sein et sa protection. La formation doit être d'une durée minimale de 18 heures à l'intérieur desquelles sont exigées 3 heures d'expérience clinique supervisée.

L'hôpital régional ne possède aucune politique écrite sur l'allaitement au sein. Toutefois, selon l'obstétricien-gynécologue, une politique informelle existe auprès des professionnels, c'est-à-dire que tous et toutes s'entendent pour favoriser l'allaitement maternel. Malgré cet intérêt, on peut penser qu'aucun consensus n'existe quant aux moyens à prendre pour favoriser cette pratique, en l'absence d'une politique explicite en matière d'allaitement. L'absence d'un programme de formation du personnel hospitalier sur les pratiques de l'allaitement maternel en est un exemple. Selon l'infirmière en chef, la rédaction d'une politique écrite est prévue par le Centre mère-enfant puisque les professionnels ont déjà pris connaissance des politiques de l'OMS et de l'UNICEF. Pour ces organismes, l'élaboration d'une politique écrite en matière

d'allaitement au sein représente le fondement même du succès de cette pratique en ce qu'elle exige la concertation entre les différents personnels des unités de maternité.

L'hôpital universitaire ne possède pas de politique écrite sur l'allaitement. Suite à l'initiative du groupe de travail, la première ébauche d'une telle politique est actuellement en processus de consultation. Le personnel hospitalier ne reçoit, par ailleurs, aucune formation spécifique au sujet des pratiques en matière d'allaitement.

Selon l'infirmière clinicienne, les intervenants de l'hôpital de banlieue adhèrent à la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, mais modifient les points sur l'intervalle de temps pour la mise au sein précoce et l'utilisation de tétines artificielles (voir Annexe # 8: Énoncé de principe Hôpital de banlieue). Par exemple, le personnel doit aider les mères à débiter l'allaitement le plus tôt possible après la naissance de l'enfant, mais selon leur état de santé respectif. L'utilisation de tétines artificielles doit tenir compte du besoin naturel du bébé et de sa conduite lors de l'allaitement. Le rôle de l'intervenant à ce niveau est de permettre aux parents de faire un choix éclairé, mais cette décision leur revient. La politique en matière d'allaitement dans ce centre hospitalier vise à uniformiser les pratiques sur l'allaitement maternel. Cette politique représente plutôt un énoncé de principes sur les objectifs que l'unité de maternité se donne

pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement. Cette politique comprendra éventuellement un programme de formation pour le personnel. Ce programme de formation reste cependant à élaborer et à planifier selon les dires de l'infirmière clinicienne. On peut donc constater que les fondements d'une véritable politique en matière d'allaitement sont jetés et que le travail pour compléter et appliquer cette politique est entamé. Toutefois, nous pensons qu'une telle politique ne peut se limiter à un énoncé de principes puisque l'hôpital doit se doter de moyens efficaces pour assurer sa mise en oeuvre par les différents personnels hospitaliers. Cette mise en oeuvre passe inévitablement par un programme de formation en matière d'allaitement au sein.

Ainsi, on constate qu'aucun centre hospitalier n'est doté d'une politique écrite telle que prescrite dans les 10 Recommandations de l'IHAB, ce qui les tient à l'écart de l'application fondamentale de ce programme. Tous les centres prévoient dans un avenir proche de former les personnels en matière d'allaitement maternel mais, comme il a déjà été mentionné, les programmes restent à développer et à planifier. Selon les répondants, la formation est un facteur important à la mise en oeuvre d'une politique. On peut toutefois penser que les répondants ne conçoivent pas une politique écrite comme un outil de concertation sur les pratiques relatives à l'allaitement au sein.

### 3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique

Si l'hôpital possède (ou est affilié à) une clinique anténatale, la plupart des femmes enceintes qui la fréquentent doivent être informées au sujet de l'allaitement maternel. Une description écrite du contenu d'éducation prénatale doit également être disponible. Les discussions prénatales doivent couvrir le sujet de l'allaitement exclusif dans les premiers quatre à six mois ainsi que les bienfaits et la gestion de base de l'allaitement au sein.

Le Centre mère-enfant de l'hôpital régional s'est doté d'un centre de grossesse dont la principale fonction est de garantir les services offerts au cours de la période prénatale: prises de sang, test de diabète gestationnel, etc. Les parents rencontrent une infirmière vers la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation afin d'établir un plan d'accouchement qui sera suivi ultérieurement lors de la période post-partum. Lors de ces rencontres au centre de grossesse, les parents discutent avec une infirmière de leur intention d'allaiter ou non leur enfant. Selon l'infirmière en chef, ces discussions visent avant tout à connaître la décision de la mère (du couple) sur le mode d'alimentation de son enfant et les raisons qui sous-tendent son choix. À ce stade, on peut comprendre qu'il n'est donc pas question de promouvoir activement l'allaitement maternel auprès des parents. Toujours selon l'infirmière en chef, ce sont surtout les mères indécises qui sont

encouragées à allaiter leur enfant au sein. Cependant, cette promotion demeure à la discrétion de l'infirmière traitante et apparaît tributaire des connaissances et attitudes qu'elle a en matière d'allaitement maternel. Contrairement à ce que recommande l'IHAB, aucun programme d'enseignement prénatal en matière d'allaitement n'est donc disponible dans ce milieu. En fait, selon l'obstétricien-gynécologue, l'information des mères sur les pratiques de l'allaitement au sein est assurée par le nombre d'intervenant-es, par la diversité des interventions et par le biais des nombreuses sources d'informations disponibles dans l'unité (cours prénatals, revues de maternité). Parce que la responsabilité d'informer les mères au sujet de l'allaitement maternel semble appartenir à de nombreux intervenants, on peut inférer que l'obstétricien-gynécologue limite son rôle de promoteur de cette pratique tout en sous-estimant l'influence de son opinion sur le choix des mères. Dans ce contexte, la diffusion de connaissances inconstantes ou contradictoires provenant de sources multiples ne peut qu'augmenter l'insatisfaction des mères désireuses d'en connaître davantage sur les pratiques de l'allaitement, comme plusieurs auteurs l'ont signalé (Coreil et al, 1995; Rajan, 1993; Hayes, 1981).

Dès l'arrivée de la mère à la clinique prénatale de l'hôpital universitaire, le personnel infirmier établit un plan de soins. À ce moment, la mère indique son choix d'allaiter ou non. Les mères indécises quant au mode d'alimentation de leur bébé reçoivent de l'information sur l'allaitement au sein. Selon l'infirmière

en chef, la promotion active de l'allaitement maternel s'effectue à l'endroit des mères indécises, mais non à l'ensemble de la clientèle de l'unité de maternité.

Les mères reçoivent de l'information technique sur l'allaitement au sein seulement lors de leur séjour à l'hôpital de banlieue. Selon les répondants, le séjour hospitalier n'est pas un bon moment pour informer les mères sur les bienfaits de l'allaitement au sein. De plus pour le pédiatre, la mère est *"moins apte à retenir ce qu'on lui enseigne au moment de l'accouchement"*. Pour ces répondants, la démarche d'informer les mères devrait avoir lieu beaucoup plus tôt pendant la période prénatale.

Nous constatons que les répondants de tous les hôpitaux s'entendent sur l'importance d'informer les mères sur les bienfaits de l'allaitement au sein en prénatal et sur les aspects techniques de la pratique lors de leur séjour. C'est d'ailleurs ce que vise le Centre mère-enfant par les rencontres au centre de grossesse. Cependant, le Centre mère-enfant ne possède aucun programme sur les informations à diffuser à ce sujet. Encore une fois, il nous semble que les répondants et les personnels soignants éprouvent de la difficulté à se concerter sur le contenu d'un tel programme d'information et ce, peut-être par manque de connaissances ou de conviction.

#### 4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

Suite à un accouchement vaginal "normal", les mères doivent être mises en contact (peau-à-peau) avec leur bébé dans les 30 minutes qui suivent la fin de la deuxième phase du travail et garder leur bébé pour au moins 30 minutes. Un membre du personnel doit lui offrir de l'aide pour commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit l'accouchement. Pour les mères qui accouchent par césarienne, cette démarche doit avoir lieu dans les 30 minutes qui suivent le réveil de la mère.

À l'hôpital régional, le plan d'accouchement est élaboré lors de la rencontre au centre de grossesse. Ce plan informe les parents sur les pratiques du Centre mère-enfant durant la période post-partum. Selon l'infirmière en chef, la mise au sein précoce est une priorité du Centre mère-enfant. Pour cette dernière et pour l'obstétricien, cette pratique demeure tributaire des interventions médicales mineures en post-partum (i.e. expulsion du placenta, réparations du périnée, etc.). Ainsi, il nous semble que le bébé ne soit mis au sein dans la demi-heure suivant l'accouchement que lorsqu'il n'y a aucun obstacle, réel ou allégué.

L'unité de maternité de l'hôpital universitaire favorise la mise au sein précoce sans trop d'égards à l'intervalle de temps de 30 minutes. L'obstétricien et

l'infirmière mentionnent que cette mise au sein est secondaire aux interventions médicales et techniques requises pour l'expulsion du placenta, la réparation du périnée, etc.

Les répondants de l'unité de maternité de l'hôpital de banlieue sont en faveur de la mise au sein précoce. Dans le meilleur des cas, le bébé est mis au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement. Comme le mentionne l'infirmière clinicienne, la mise au sein est souvent difficile à réaliser dans ce court intervalle de temps parce que:

*"Il y a des gens autour et on attend la délivrance placentaire, après quoi il y a des points (au périnée). ... Une fois que tout (ces interventions sont) est réglé, on s'organise, on installe confortablement la mère, on la réchauffe, on la couche avec son bébé et (à ce moment) on met le bébé au sein." (Infirmière clinicienne de l'hôpital de banlieue)*

Tous les répondants s'entendent pour dire qu'il est difficile de mettre le bébé au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement. Lorsque l'expulsion placentaire et les réparations du périnée se font rapidement, la mise au sein précoce est possible, mais plutôt dans l'heure qui suit l'accouchement. Il semble toutefois que les répondants négligent de considérer la mise au sein précoce comme un élément qui peut aider, notamment à l'expulsion placentaire.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

Le personnel doit offrir aux mères l'assistance pour l'allaitement au sein (positionnement du bébé, son attachement au sein, etc.) dans les six heures après l'accouchement. De plus, il doit enseigner aux mères les techniques d'extraction du lait maternel et les informer de l'existence des ressources où elles peuvent obtenir de l'aide au besoin. La mère dont le bébé est dans une unité de soins spéciaux doit recevoir de l'aide pour établir et maintenir la lactation par l'extraction fréquente du lait maternel.

Le Centre mère-enfant de l'hôpital régional a élaboré un système de diffusion d'informations et s'est doté de matériel de soutien pour enseigner et permettre aux mères d'entretenir la lactation suite à la séparation de leur enfant. Toutes les mères visionnent un vidéo sur l'extraction manuelle du lait et des tire-lait mécaniques ou électriques sont disponibles tout au long du séjour. Par ailleurs, dans le but d'optimiser les chances de réussir l'allaitement au sein, le Centre mère-enfant met des locaux à la disposition des mères afin qu'elles puissent se reposer lors d'une séparation de leur enfant. Cette mesure est fort importante puisque selon l'infirmière c'est pour des raisons de fatigue que bien souvent les mères abandonnent l'allaitement.

De plus, le pédiatre mentionne que des chambres sont mises à la disposition des mères qui doivent ou veulent prolonger leur séjour suite à des problèmes de santé du bébé.

Pour l'infirmière en chef de l'hôpital de banlieue, une formation semble nécessaire en ce qui a trait à l'entretien de la lactation lors d'une séparation mère-enfant.

*"Je ne pense pas que toutes les infirmières sont habiles à enseigner l'entretien de la lactation lors d'une séparation mère-enfant. Elles enseignent l'allaitement plutôt quand la paire est réunie."  
(Infirmière en chef de l'hôpital de banlieue)*

Ainsi, les centres hospitaliers étudiés interviennent à différents niveaux pour soutenir les efforts de la mère allaitante lors d'une séparation de son nourrisson. Nous considérons toutefois qu'il est important que les personnels soient positifs à l'endroit de l'entretien de la lactation aussi bien qu'envers les chances de succès de cette pratique. Ce succès repose en partie sur les connaissances des personnels sur les pratiques liées à l'entretien de la lactation en plus de leur capacité à transmettre ces connaissances aux mères à ces moments critiques.

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf sur indication médicale.

Aucune affiche promotionnelle de préparations lactées ou d'aliments pour enfants ne devrait être présentée aux mères, aux personnels ou aux unités de maternité. Les préparations lactées doivent être achetées par l'hôpital comme toutes fournitures médicales ou aliments. Le prix des préparations lactées doit être l'équivalent du prix de détail (80% ou plus du prix de détail).

La supplémentation des nouveau-nés allaités au sein doit être pratiquée surtout auprès des bébés malades, en attente de chirurgie ou des bébés de très petit poids à la naissance (moins de 1000g ou 32 semaines de gestation). Leur alimentation est décidée sur une base individuelle selon leurs besoins nutritionnels et leurs capacités fonctionnelles. Le lait maternel est toujours recommandé dans la mesure du possible.

Les enfants en bonne santé qui peuvent être auprès de leur mère ont très peu de raisons de recevoir un supplément. Les enfants qui reçoivent d'autres fluides ou des substituts de lait maternel doivent être diagnostiqués comme étant nés avec des désordres métaboliques, comme souffrant d'une perte hydrique aiguë qui ne peut être compensée adéquatement par l'allaitement au sein ou dont la mère souffre de maladies sévères ou consomme des médicaments contre-indiqués lors de l'allaitement.

Le travail concerté des pédiatres et de l'infirmière en chef a permis d'instaurer l'allaitement exclusif à l'hôpital régional. Pour eux, toutefois, cette pratique est encore difficile à appliquer, car elle demande un changement profond au niveau des attitudes du personnel vis-à-vis différentes pratiques déjà implantées (donner de l'eau, des suppléments de préparations lactées, etc.). Dans de nombreux cas, la santé de l'enfant et celle de la mère déterminent dans quelle mesure l'allaitement exclusif sera pratiqué.

À l'hôpital universitaire, les nouveau-nés allaités ne reçoivent pas systématiquement de compléments de préparations lactées. Des protocoles de supplémentation sont établis en cas de risque d'hypoglycémie du nouveau-né. Toutefois, l'infirmière en chef précise que le complément est souvent donné aux bébés à la demande de la mère. Ainsi, l'allaitement exclusif repose largement sur la conception que le personnel a du complément et sur la façon dont cette conception est transmise à la mère.

L'infirmière clinicienne de l'hôpital de banlieue indique également que les attitudes du personnel sont importantes pour favoriser la pratique de l'allaitement exclusif. La distribution de compléments n'est pas une pratique de routine à l'unité de maternité. Toutefois, les compléments sont distribués à la demande de la mère et selon les attitudes du personnel.

*"On a fait un avis qu'aucun complément ne devait être donné sans ordonnance médicale. Malgré cette démarche, certaines infirmières en donnent en disant que c'est à la demande de la mère. Il y a des façons de demander ça: voulez-vous qu'on lui donne un petit biberon, reposez-vous. Il y a une façon de le vendre et il y a des moments où les gens sont plus vulnérables. On essaie de corriger la situation mais certaines ont encore cette valeur-là" (Infirmière clinicienne de l'hôpital de banlieue)*

Nous constatons que les attitudes des personnels soignants sont des éléments centraux à la pratique de l'allaitement exclusif dans les hôpitaux à l'étude. Il ne faut toutefois pas négliger l'importance que peuvent avoir leurs connaissances en matière d'allaitement au sein sur leurs attitudes. Il nous semble donc que la pratique de l'allaitement exclusif est concomitante à la conception qu'ont les professionnels des pratiques appropriées en maternité suite à l'accouchement.

#### 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

Les mères et leurs bébés (normaux) cohabitent jour et nuit depuis leur arrivée à la chambre, sauf pour une période d'une heure durant laquelle des procédures hospitalières sont administrées.

Les nouvelles infrastructures du Centre mère-enfant de l'hôpital régional permettent maintenant à toutes les mères de profiter d'une chambre privée. Pour l'infirmière en chef, la cohabitation n'est pas obligatoire, elle dépend du choix de la mère. Elle remarque, toutefois, qu'informer les parents sur les

bienfaits de la cohabitation les incite à opter pour cette pratique. Ce dernier point montre l'importance de former le personnel sur les bienfaits de la cohabitation et d'autres pratiques afin qu'il puisse les communiquer aux parents.

À l'hôpital universitaire, la cohabitation mère-enfant est d'une durée de huit heures par jour, mais la mère est libre de garder son bébé comme elle le désire. La mère est ainsi sujette à l'influence de la conception du personnel envers la cohabitation. Ainsi un personnel qui ne conçoit ou ne sait pas que la cohabitation est un élément essentiel à l'établissement de la lactation n'incitera probablement pas la mère à garder son enfant pendant 24 heures. La mère sera peu encouragée à garder son bébé si ce même personnel perçoit la cohabitation comme une charge de travail supplémentaire.

La cohabitation mère-enfant est aussi secondaire au choix de la mère à l'hôpital de banlieue. Pour le pédiatre, le réaménagement des pouponnières favorise la cohabitation ainsi que l'établissement de la relation entre la mère et son enfant.

Nous constatons que la pratique de la cohabitation est surtout secondaire au choix de la mère. Cependant, nous croyons que le personnel peut influencer la décision des parents de cohabiter avec le nouveau-né. Ainsi des connaissances sur la pertinence et des attitudes favorables envers cette pratique sont des

éléments essentiels à son application autant parmi les personnels que parmi les mères.

#### 8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

Aucune restriction ou horaire ne sont donnés aux mères pour allaiter leur nouveau-né. Les mères sont avisées d'allaiter leur bébé à la demande ou de le réveiller s'il dort trop longtemps ou si leurs seins sont trop pleins.

Les professionnels du centre hospitalier régional considèrent la cohabitation comme un outil qui favorise l'allaitement à la demande du bébé. L'allaitement à la demande y est aussi une pratique secondaire au choix de la mère. Pour instaurer cette pratique, l'infirmière en chef travaille à changer les attitudes du personnel attaché à ses anciennes pratiques.

De façon similaire à l'hôpital universitaire, l'allaitement à la demande se pratique plutôt lorsque la mère le souhaite. Ce choix maternel d'offrir le sein à son enfant lorsqu'il le réclame est susceptible d'être influencé par son niveau d'information sur cette pratique. À défaut de faire cohabiter les mères et leurs nourrissons, l'allaitement à la demande est, pour la diététiste, difficile à réaliser dans le contexte hospitalier. La nuit, il est difficile à un personnel réduit de suivre la demande du nourrisson et il suivra plutôt des horaires d'allaitement (environ aux 3-4 heures) pour chaque bébé.

Nous constatons qu'il en est de même à l'hôpital de banlieue, où l'allaitement à la demande dépend du choix de la mère.

Les attitudes des intervenants envers l'importance et la nécessité de l'allaitement à la demande (pour l'établissement et le maintien de la lactation) va influencer les choix de la mère envers cette pratique.

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

Les enfants allaités au sein ne reçoivent pas de tétines artificielles ou de biberons. Les mères allaitantes sont informées de ne pas offrir de tétines artificielles ou de biberons à leur nourrisson.

Le Centre mère-enfant de l'hôpital régional ne distribue pas de tétines artificielles aux enfants. Toutefois, le personnel ne s'oppose pas au choix de la mère d'en donner une à son bébé. Cette conformité au choix de la mère laisse présager de nouveau le peu d'importance qu'accordent les professionnels à l'influence de leur opinion sur le choix des mères. On peut croire qu'une mauvaise connaissance de l'effet de la distribution de tétines artificielles sur l'allaitement maternel est à la base de ce manque d'engagement. La distribution de tétines artificielles à un nouveau-né allaité engendre le risque de développer une préférence acquise pour les tétines artificielles. La préférence acquise

s'exprime quand le nourrisson refuse le sein pour une tétine artificielle car la succion est plus facile avec ces tétines.

L'unité de maternité de l'hôpital universitaire ne met pas de tétines artificielles à la disposition des mères. Le personnel informe la mère allaitante des dangers (préférence acquise) de l'utilisation des tétines artificielles. La mère peut malgré tout décider de donner une tétine artificielle à son nouveau-né allaité.

À l'unité de maternité de l'hôpital de banlieue, on ne distribue pas de tétines artificielles aux nouveau-nés. Le personnel avise les mères des dangers de la préférence acquise pour les tétines artificielles chez le nourrisson allaité. Encore une fois, on remarque que le personnel respecte le choix de la mère.

Ainsi, le choix de la mère d'offrir une tétine artificielle est l'élément principal à l'application de cette pratique. Toutefois, pour cette pratique comme pour les pratiques de l'allaitement exclusif et à la demande ainsi que pour la cohabitation, les connaissances et attitudes des intervenants sont elles aussi en partie responsables de son application.

10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur référer les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les mères sont interrogées sur leurs objectifs d'allaitement une fois qu'elles quittent l'hôpital. Elles doivent être informées de la disponibilité de groupes de soutien à l'allaitement maternel ou d'un suivi par l'hôpital. Pour ce faire, le personnel doit connaître les groupes de support de la région, s'ils existent, ou encore connaître le système de suivi mis en place dans l'hôpital ou la communauté.

Un nouveau système est en place à l'hôpital régional pour référer les mères (allaitantes ou non) aux institutions communautaires. Les CLSC et les groupes de soutien à l'allaitement (Ligue La Leche, Parents Ressources, etc.) assurent ainsi les services aux mères à leur sortie de l'hôpital dans cette région.

La consultante en lactation de l'hôpital universitaire est disponible pour soutenir les mères allaitantes. En plus, un système de référence aux services communautaires assure un suivi et un soutien des mères après leur séjour hospitalier.

Le pédiatre de l'hôpital de banlieue précise qu'un système de soutien aux mères est en place et qu'une infirmière s'occupe du suivi systématique des bébés à risque (au niveau du gain pondéral, ictère, etc.). Dans les sept jours suivant la

sortie de l'hôpital, les mères peuvent téléphoner ou se présenter à la pouponnière si elles éprouvent des difficultés ou des inquiétudes pour leur nouveau-né. Après cette brève période, le pédiatre confie que les mères sont référées aux services communautaires.

Nous constatons que tous les hôpitaux assurent un suivi ou informent les mères de la disponibilité des ressources de soutien, tel que prescrit dans le programme de l'IHAB. Cependant, comme il est mentionné dans le programme, le personnel doit connaître le système de suivi mis en place et être disposé à assurer ces services. Ainsi, un lien existe entre les services hospitaliers et communautaires, mais nous ne sommes pas en mesure d'en évaluer l'efficacité réelle.

#### Code International de commercialisation des substituts de lait maternel.

Le Centre mère-enfant de l'hôpital régional ne distribue pas d'échantillon de préparations lactées aux mères lorsqu'elles quittent l'hôpital. Toutefois, ces dernières peuvent en recevoir si elles en font la demande. Pour l'obstétricien-gynécologue, la diffusion de bouche-à-oreille de l'accessibilité de ces cadeaux est à l'origine du problème. Pour l'obstétricien, seule une action concertée des professionnels de la santé et la mise en oeuvre de cette action par l'hôpital peut mettre fin à la distribution de ces cadeaux.

Cet hôpital régional ne respecte pas le Code de commercialisation puisqu'il reçoit gratuitement des préparations lactées de l'industrie (voir Annexe # 9: Circulaire). Cette pratique va à l'encontre des principes mêmes du Code qui cherche avant tout à réduire la présence de l'industrie et de ses effets néfastes sur le succès de l'allaitement. Étonnamment, au Québec, depuis 1993, le marché des hôpitaux québécois est réparti entre trois grands fabricants de préparations lactées [Home Products (Wyeth®), Abbott (Ross®), Bristol-Myers (Mead-Johnson®)]. La Circulaire ministérielle (1993-080) sur les normes et pratiques de gestion du Ministère de la Santé et des Services du Québec (MSSS) fait état des orientations à suivre en regard de l'approvisionnement en lait pour nourrissons. Cet approvisionnement se base sur le principe de la rotation entre les trois partenaires économiques. Les modalités prescrites par le MSSS et dictées par la gratuité, la transparence et l'équité orientent ce processus de partenariat économique. Le principal objectif de cette démarche gouvernementale est de mettre un terme à une vive concurrence entre compagnies et à limiter la nature parfois exclusive des rapports de l'industrie avec les centres hospitaliers, contrats d'exclusivités pouvant conduire à l'octroi par l'industrie de bénéfices financiers.

L'unité de maternité de l'hôpital universitaire respecte le Code de commercialisation dans la mesure où aucun échantillon de préparation lactée n'est remis aux mères à leur sortie de l'hôpital.

À échéance du présent contrat avec un fabricant de préparations lactées, le centre universitaire adhèrera lui aussi au système de rotation. Ce centre reçoit déjà les préparations lactées gratuitement de l'industrie, pratique que dénonce le Code de commercialisation. En plus de ces produits et selon les répondants (sauf l'infirmière), l'hôpital a reçu de l'industrie des dons substantiels pour sa Fondation et pour des projets de recherche.

L'unité de maternité de l'hôpital de banlieue ne distribue pas d'échantillon de préparations lactées aux mères, tel que préconisé par le Code de commercialisation. Cependant, ceci n'empêche pas ce centre hospitalier de recevoir gratuitement des préparations lactées pour les enfants nourris au biberon. Cette pratique contrevient au Code de commercialisation, mais semble commune à tous les hôpitaux du Québec, conformément au programme d'approvisionnement du MSSS.

Nous constatons que le respect du Code de commercialisation ne relève pas des hôpitaux, mais des instances gouvernementales. L'application du Code à travers le Québec est ainsi tributaire du positionnement du MSSS en matière d'allaitement au sein. Le Tableau 1 (ci-dessous) illustre l'application des pratiques hospitalières de l'IHAB telles que relevées auprès des professionnels de la santé des centres hospitaliers à l'étude.

Tableau 1 : Application des mesures de l'IHAB dans les hôpitaux étudiés.

<i>MESURES DE L'IHAB</i>	<i>HÔPITAL RÉGIONAL</i>	<i>HÔPITAL UNIVERSITAIRE</i>	<i>HÔPITAL BANLIEUE</i>
1. Politique d'allaitement	NON	NON	OUI, selon leur définition de politique
2. Formation du personnel	NON	NON	NON
3. Information des mères	-information en prénatal (34ème semaine de grossesse) -information technique lors du séjour	-information en prénatal (mères indécises à l'accouchement) -information technique lors du séjour	-information technique lors du séjour
4. Mise au sein précoce	✚OUI	✚OUI	✚OUI
5. Entretien de la lactation	✚OUI	✚si la mère le désire	✚si la mère le désire -✚selon les connaissances et attitudes du personnel
6. Allaitement exclusif	✚OUI	selon les connaissances et attitudes du personnel	selon les connaissances et attitudes du personnel
7. Cohabitation 24 heures	✚si la mère le désire	-✚si la mère le désire -selon la disponibilité du personnel	-✚si la mère le désire -selon les connaissances et attitudes des professionnels
8. Allaitement à la demande	✚si la mère le désire	✚si la mère le désire	✚si la mère le désire
9. Pas de tétine artificielle	✚si la mère le désire	✚si la mère le désire	✚si la mère le désire
10. Soutien aux mères	✚OUI	✚OUI	✚OUI
<i>CODE DE COMMERCIALISATION</i>			
11. Pas d'échantillons aux mères	✚si la mère le désire	✚OUI	✚OUI
12. Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux	NON	NON	NON
13. Pas de laits artificiels gratuits	NON	NON	NON

✚ les mesures de l'IHAB respectées dans les sites étudiés

## 4.2. Facteurs hospitaliers et sociaux liés à l'application de l'IHAB

Plusieurs facteurs hospitaliers et sociaux sont associés à la pratique de l'allaitement maternel. On relève dans les trois hôpitaux à l'étude des similitudes et des différences dans les influences institutionnelles et sociales.

Les similarités relevées sont, dans un premier temps, surtout au niveau de l'implication et de la nécessité des ressources humaines et financières. En plus, on note des liens d'intérêts réciproques entre l'industrie et l'hôpital pour ces ressources. Ces liens, présents dans chaque institution, s'expriment à des niveaux variables. Par exemple, le centre universitaire est davantage impliqué avec les industries (subventions de recherche) que l'hôpital régional qui distribue quatre fois moins de lait artificiel.

Les différences notées dans les facteurs hospitaliers sont surtout au niveau de la restructuration et de la révision des soins et ce, plus particulièrement au centre régional. Ce centre a su arrimer ses services à ceux offerts par les institutions communautaires (en prénatal comme en post-partum).

Les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en application du programme de l'IHAB sont à la fois reliés au contexte institutionnel et social de l'hôpital, ainsi qu'aux attitudes du personnel hospitalier. La présente étude permet d'identifier

un ensemble de facteurs qui, selon les répondants, sont déterminants dans l'amélioration des soins et services offerts à la maternité.

#### 4.2.1. Restructuration et révision des services et des soins

Parmi les facteurs hospitaliers favorables importants, la restructuration et la révision des services et des soins ont été souvent mentionnées par les répondants. C'est-à-dire que dans chacun des sites à l'étude les répondants font référence à un changement dans les pratiques hospitalières à l'égard de l'allaitement au sein. Plusieurs des répondants distinguent deux périodes temporelles dans l'application de certaines pratiques relatives à l'allaitement maternel. Par exemple:

*"Si je me réfère (à) anciennement, et ce n'est pas loin, avant la fusion, la pouponnière était plus loin que le (service) post-partum donc l'enfant était trop loin de sa mère..." (Infirmière en chef de l'hôpital régional)*

*"Maintenant, c'est une infirmière qui s'occupe exclusivement de la dame et de son bébé, (les soins ne se donnent) plus sur la même base qu'avant" (Diététiste de l'hôpital universitaire)*

*"Le personnel (comme les mères) qui gravite autour du bébé vit la cohabitation de mieux en mieux maintenant. On est de plus en plus sensible à l'importance de l'attachement de la maman avec son bébé" (Pédiatre de l'hôpital de banlieue)*

La concertation entre les professionnels de la santé semble primordiale pour la réorganisation des soins et services offerts à la maternité. Selon l'ensemble des

répondants, une telle concertation apparaît nécessaire à l'application de certaines recommandations, ou encore, à l'interruption de pratiques jugées néfastes. Par exemple, pour s'assurer que la distribution d'échantillons de préparations lactées aux mères cesse, le personnel hospitalier doit non seulement comprendre l'impact de cette pratique sur l'allaitement mais également reconnaître qu'aux yeux de la mère, cette pratique contredit les efforts du personnel pour favoriser l'allaitement au sein. À ce sujet, Losch et al (1995), résumant bien l'influence négative des messages à double sens. On peut ainsi comprendre par là que l'un des effets de la concertation est d'uniformiser les pratiques hospitalières en plus de minimiser l'impact négatif de messages contradictoires.

La restructuration et la révision des soins et services créent, selon les répondants, un environnement favorable à la pratique de la cohabitation, à l'allaitement à la demande et à l'allaitement exclusif dans les trois milieux hospitaliers. On note, toutefois, qu'avant que ces pratiques ne soient pleinement respectées, le personnel hospitalier doit se consulter au sujet des implications de ces pratiques et décider collectivement des stratégies de mise en oeuvre. Nous pensons que bien au-delà de la nécessité de la concertation, le personnel doit cesser de sous-estimer la portée de ses interventions auprès des mères (Coreil et al, 1995). Selon les répondants, la mère peut souvent cohabiter ou allaiter à la demande, mais seulement si elle revendique le droit de

le faire. La mère qui n'en exprime pas le besoin se voit ainsi privée des conditions idéales pour le succès de l'allaitement. Ainsi, nous croyons que pour s'assurer que toutes les mères bénéficient des bienfaits de ces pratiques, il revient au personnel de promouvoir ces services pendant ou après la grossesse. On peut penser que l'hésitation du personnel à enseigner et à informer les mères reflète chez lui un manque de connaissances pratiques et théoriques ou un doute quant à leurs habiletés pour faire face aux difficultés de l'allaitement maternel (Burglehaus et al, 1997; Freed et al, 1995; Lawrence, 1994), ou encore un manque de conviction quant aux avantages de l'allaitement maternel pour les nourrissons.

#### 4.2.2. Disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires

La question de la disponibilité des ressources humaines et financières revient souvent dans les propos des répondants. Ces derniers jugent que la présence d'une ou des personnes attirées aux soins et services des mères allaitantes est une composante essentielle à la mise en oeuvre du programme de l'IHAB. On voit à l'heure actuelle que ce rôle revient essentiellement au personnel infirmier, qui a déjà beaucoup à accomplir. L'importance des ressources humaines est également un sujet d'actualité dans la littérature; on relève que le personnel hospitalier en place est souvent trop peu formé pour enseigner et assurer la

gestion des soins liés à l'allaitement au sein (Burglehaus et al, 1997; Freed et al, 1995; Lawrence, 1994).

Il appert en outre important, aux dires des répondants, que tous les professionnels oeuvrant dans les unités de maternité s'impliquent dans la réorganisation des services de sorte que cette tâche ne soit pas prise en charge par une poignée d'individus. Ce besoin exprimé a déjà été perçu par l'Institut canadien de santé infantile (1996). Nous croyons que cette prise en charge collective peut assurer, dans une plus grande mesure, la cohésion dans les nouvelles pratiques hospitalières tout en forgeant du même coup une bienveillance collective pour la promotion de l'allaitement maternel. Selon les répondants, les nouveaux besoins en ressources humaines résultant de la réorganisation des soins et services impliquent par le fait même une plus grande disponibilité des ressources financières.

#### **4.2.3. Intérêts réciproques de l'industrie et des hôpitaux**

Pour l'ensemble des répondants, à l'exception des gestionnaires, les dons de l'industrie de préparations lactées, en argent ou en produits, sont vus d'un bon oeil. Pour eux, ces dons sont souvent bienvenus parce que les demandes en ressources financières sont grandissantes, tout particulièrement dans un contexte de restrictions budgétaires, de restructuration et de révision des soins et services

à la maternité. Pour les gestionnaires, toutefois, cette situation d'intérêt réciproque est jugée anormale. Le développement, la production et la distribution des préparations lactées doivent, selon eux, se payer. Un des effets pervers de la gratuité des préparations lactées est qu'elle fait office de protocole de souscription dans la mesure où les mères vont poursuivre l'utilisation de la même marque de préparations lactées que celles recommandées par l'hôpital (Perry, 1994).

Nous croyons que ces dons tendent ainsi à légitimer le marketing de l'industrie dans les milieux hospitaliers, pratiques qui parfois donnent l'impression d'une quasi-collusion. Fait intéressant, l'Association Médicale Canadienne, dans son assemblée de 1992, condamne toutes formes d'arrangement financier entre les hôpitaux offrant des services à la maternité et l'industrie de préparations lactées (Sullivan, 1992). Mentionnons, par ailleurs, que pour cette association, l'alimentation artificielle constitue une intervention et les médecins devraient s'assurer que les mères qui optent pour cette pratique font un choix éclairé.

#### 4.2.4. Liberté et respect du choix des mères

Parmi les éléments de réponse les plus couramment entendues, celui de la liberté et du respect du choix des mères est souvent évoqué. On voit que certaines pratiques comme la cohabitation, l'allaitement exclusif ou à la

demande, sont mises en oeuvre selon le choix et le désir de la mère. Nous constatons que ces pratiques sont également influencées par les connaissances et les attitudes des professionnels. Ce respect du choix individuel est un reflet de nos valeurs sociales (Libbus, 1994). En effet, on constate que la promotion de l'allaitement et l'information quant aux risques liés à l'alimentation artificielle des nourrissons ne sont pas intégrées aux soins et services à la maternité. Les répondants ainsi que les personnels semblent même réticents à informer les mères sur les bienfaits (physique et psychologique) de l'allaitement tant pour la mère que pour son enfant. Cette retenue volontaire ou cette convention implicite évite de culpabiliser la mère sur son choix d'alimentation (Brosseau, 1994; Libbus, 1994; Beeken et Waterston, 1992). Cette retenue peut cependant miner les efforts qui visent à augmenter le taux d'allaitement (Libbus, 1994).

#### 4.2.5. Implication communautaire

Le rôle des services communautaires semble également d'une grande importance dans la réussite de l'allaitement. Selon les répondants, ces services sont essentiels pour les mères allaitantes puisqu'elles peuvent s'y référer tout au long de la grossesse et une fois qu'elles sont sorties de l'hôpital. Pour les répondants, le court séjour hospitalier marque en quelque sorte l'importance du rôle des centres communautaires en ce qu'il leur revient d'éduquer et de soutenir les

mères dans leur initiative d'allaiter leur enfant. Nous croyons que le soutien et l'encouragement des mères dans leur pratique de l'allaitement, et ce tant à l'hôpital qu'à l'extérieur, favorisent chez elles le sentiment de compétence maternelle, sentiment qui dans les périodes difficiles de l'allaitement peut faire toute la différence entre arrêter ou poursuivre. Ce sentiment de compétence ("empowerment"), jumelé à un enseignement prénatal adéquat et à un suivi précoce, habilite les mères à faire face aux problèmes de l'enfant à téter et saisir le sein, aux gerçures et crevasses, à la perception d'une insuffisance de lait et à leur propre réactivité émotionnelle à vivre ces différentes situations (Bear et al, 1993)

#### 4.2.6. La société

Dans notre société, l'éducation, les expériences personnelles ainsi que les médias et le consumérisme sont d'importants modulateurs des attitudes envers l'allaitement maternel (Brosseau, 1994). On peut croire que ces influences sont à l'heure actuelle néfastes pour la culture de l'allaitement, puisqu'on rapporte que notre société n'en a aucune (Beaudry, 1998; Van Esterik, 1997). Selon nous, les facteurs sociaux rejoignent les facteurs individuels dans la mesure où l'application du programme de l'IHAB résulte en partie des demandes et des besoins des mères. Les mères sont elles-mêmes influencées par les normes sociales à l'égard de l'allaitement au sein. Nous croyons que les expériences des

professionnels, les expériences personnelles et les valeurs culturelles se traduisent dans les attitudes des professionnels envers l'allaitement et influencent ainsi les pratiques hospitalières qui favorisent ou entravent le succès de cette pratique. Les attitudes des répondants sont, selon nous, également modulées par les facteurs institutionnels. Les attitudes des répondants s'expriment avant tout au sujet de la charge de travail qu'exige la restructuration et la révision des services et des soins offerts à la maternité et au sujet de la nécessité de concertation entre les professionnels.

#### **4.3. Comparaisons des attitudes des groupes de professionnels à l'étude**

Les attitudes des professionnels de la santé jouent un rôle central dans la dynamique institutionnelle de l'allaitement au sein. Ces prédispositions attitudinales à réagir (Osgood, 1959) peuvent orienter le choix des mères sur leur décision d'allaiter ou non leur enfant (ICSI, 1996). Dans chacune des institutions étudiées, il est possible de dégager certaines attitudes propres aux groupes de professionnels participants.

#### 4.3.1. Attitudes de l'ensemble des professionnels

Dans l'ensemble, les professionnels de la santé (excluant les gestionnaires) favorisent le programme de l'IHAB (Tableau 2). Dans une moindre proportion, ces professionnels expriment des attitudes mitigées (conditionnelles) et défavorables envers certaines pratiques du programme de l'IHAB. Par exemple, ils reconnaissent la pertinence et les bienfaits de l'allaitement exclusif et à la demande, peu importe leurs conditions d'application. Toutefois, leurs attitudes sont plus mitigées face à la cohabitation mère-enfant puisque cette pratique est non seulement conséquente au choix de la mère, mais aussi à la disponibilité et aux attitudes des personnels envers cette pratique. Finalement, ces professionnels expriment des attitudes défavorables à l'égard de l'interdiction de la distribution gratuite de préparations lactées auprès des mères. On comprend que dans le contexte économique des dernières années, l'industrie et le milieu hospitalier soient tentés de transgresser les règles du Code de commercialisation. D'ailleurs, le système de distribution préétabli par le MSSS empêche l'application de ce Code et va même à l'encontre de la position de l'Association Médicale Canadienne (1992).

Tableau 2 : Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes de l'ensemble des professionnels de la santé (n = 12).

<i>MESURES DE L'IHAB</i>	<i>INTENSITÉ DES ATTITUDES ET NOMBRE D'ÉNONCÉS</i>			
	+	±	-	P
1. Politique d'allaitement	29** (12)*		6 (2)	P (2)
2. Formation du personnel	20 (8)	3 (1)	17 (7)	
3. Information des mères	25 (12)	4 (2)	7 (4)	
4. Mise au sein précoce.	26 (11)	18 (8)	3 (2)	
5. Entretien de la lactation	22 (11)	7 (3)	11 (5)	
6. Allaitement exclusif	33 (13)	26 (10)		P (1)
7. Cohabitation 24 heures	22 (8)	15 (5)	3 (1)	
8. Allaitement à la demande	32 (13)	11 (4)	11 (4)	
9. Pas de tétine	10 (4)	6 (2)	2 (1)	P (1)
10. Soutien aux mères	32 (13)	15 (5)	1 (1)	
<i>CODE DE COMMERCIALISATION</i>				
11. Pas d'échantillons aux mères	16 (6)	5 (2)	8 (3)	P (2)
12. Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux	21 (8)		23 (8)	P (2)
13. Pas de laits artificiels gratuits	8 (3)			
<b>TOTAL</b>	296 (122)	110 (42)	92 (37)	P (6)

\* Nombre total d'énoncés

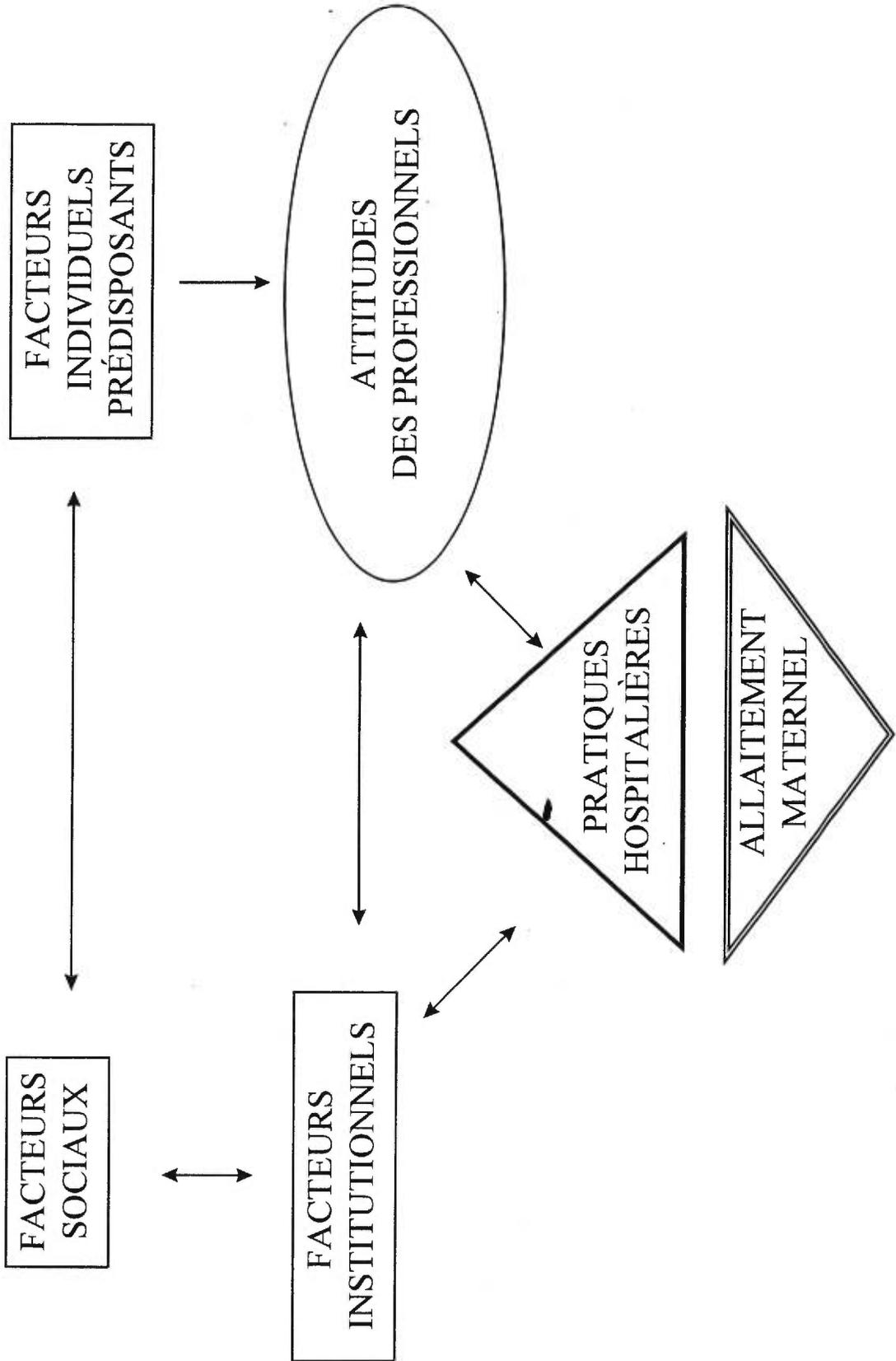
\*\* Intensité totale = nombre x intensité

+: attitudes favorables; ± : attitudes conditionnelles; - : attitudes défavorables

#### 4.3.2. Attitudes par groupes de professionnels

Lorsqu'on considère les groupes de professionnels, on constate des différences au niveau des attitudes exprimées (Figure 2). Les infirmières sont de loin les plus favorables au programme de l'IHAB. Ceci se vérifie par le nombre d'énoncés évaluatifs qu'elles expriment (82). En fait, on remarque que les infirmières sont celles qui discutent davantage des différents thèmes abordés lors de l'entrevue. Le nombre plus élevé d'énoncés évaluatifs traduit l'implication de ce groupe dans les soins et services offerts à la maternité. Le groupe des médecins, pour sa part, exprime davantage d'attitudes défavorables ou mitigées face aux mesures de l'IHAB que les autres groupes, tout en exprimant un nombre comparable d'énoncés évaluatifs (74) par rapport au groupe des infirmières. Ceci peut témoigner de la compétence et des connaissances de ce groupe en matière d'allaitement (Freed et al, 1995). Il y a donc lieu de s'interroger sur le rôle des médecins dans les unités de maternité et de la rigueur de leur formation académique quant aux différents aspects entourant la pratique de l'allaitement au sein. Quant aux diététistes, ce groupe se situe à mi-chemin entre les infirmières et les médecins. Les représentants de ce groupe mentionnent souvent que leurs compétences professionnelles ne sont que rarement sollicitées pour intervenir en matière d'allaitement. Notons que cette impression se traduit dans le faible nombre d'énoncés évaluatifs (51) exprimés par ce groupe.

Figure 1: MODÈLE CONCEPTUEL INTERMÉDIAIRE



Les attitudes exprimées par ces différents professionnels sont probablement liées à leurs fonctions dans l'unité de maternité. Les infirmières ont la responsabilité professionnelle et éthique d'évaluer systématiquement et précisément l'allaitement au sein (Shrago, 1992). Leurs rôles et responsabilités auprès des mères expliquent leur implication dans les changements des pratiques hospitalières en matière d'allaitement maternel. La mise en oeuvre de l'IHAB semble en grande partie tributaire des attitudes des infirmières en chef. Les attitudes des médecins sont réparties entre favorables, défavorables et mitigées. Ils sont favorables aux mesures de l'IHAB, mais surtout dans des circonstances déterminées. Leur faible implication au niveau de l'information des mères, de l'enseignement et de la gestion de l'allaitement au sein peut expliquer leurs convictions modérées envers les mesures de l'IHAB. De la même manière, les diététistes ont des attitudes également réparties entre favorables, mitigées et défavorables. Ainsi pour les médecins comme pour les diététistes, les attitudes conditionnelles peuvent originer de leurs faibles connaissances en matière d'allaitement et de leur difficulté à percevoir l'influence qu'ils peuvent exercer sur le choix des mères de commencer et de poursuivre l'allaitement au sein.

Les gestionnaires, pour leur part, ont des attitudes favorables envers les règles du Code de commercialisation abordées durant l'entrevue (Tableau 3). Contrairement aux professionnels de la santé, ils sont favorables à l'interdiction

de la distribution (d'échantillons) de préparations lactées gratuites aux mères et aux hôpitaux.

*"Les échantillons gratuits incitent la mère à acheter un lait particulier ... ce sont des attrape-nigauds ni plus ni moins" "Rien n'est gratuit dans la vie ..." "Les prix au détail des formules sont beaucoup plus hauts qu'ils ne devraient l'être" "L'hôpital devrait défrayer certains coûts pour ajuster un petit peu la concurrence"*

Les gestionnaires se soumettent aux exigences des conseils d'administration de leur institution. Leurs attitudes positives ne peuvent qu'aider la cause de l'allaitement maternel, mais leur pouvoir sur l'application du programme de l'IHAB semble très limité.

*"Le rôle du gestionnaire est un rôle de support pour obtenir les biens nécessaires pour l'allaitement. Un rôle d'approvisionnement quand la femme n'allait pas. L'acheteur n'a pas grand-chose à dire dans les politiques d'approvisionnement en lait. Il établit des quotas des minimums et des maximums, il prévoit des laits un peu spécialisés. On fait ça sans arrêt après deux ans avec la même compagnie, ils nous disent quoi faire avec ce qu'il reste."*

Sur la base de tels propos, on peut en déduire que les appareils gouvernemental et industriel semblent peu influencés par les attitudes individuelles des gestionnaires en approvisionnement.

#### 4.3.3. Attitudes envers les différentes pratiques du programme de l'IHAB

Le Tableau 4 illustre les mesures du programme de l'IHAB qui recueillent le plus d'attitudes favorables et les facteurs liés à leur application. Le groupe des infirmières se montre surtout favorable aux pratiques de l'allaitement exclusif et à la demande, ainsi qu'à l'élaboration d'une politique écrite en matière d'allaitement. Les rôles et responsabilités des infirmières (en chef et cliniciennes) sont multiples et vont de la satisfaction de leur clientèle, de la mise en oeuvre des pratiques favorables à l'allaitement maternel jusqu'à la formation (technique et perceptive) du personnel. Pour ces professionnelles, les facteurs qui influencent l'application de l'allaitement exclusif et à la demande sont le choix de la mère, son état de santé et celui du bébé, ainsi que la formation et l'observance du personnel. Selon elles, la concertation et la mobilisation des décideurs constituent les conditions nécessaires à la rédaction d'une politique d'allaitement. Quant aux diététistes, elles sont surtout favorables à la démarche d'informer les mères et de les soutenir une fois sorties de l'hôpital. Selon elles, leur rôle à ce niveau d'information semble relié au peu de ressources humaines et financières disponibles. Ceci peut être un reflet de leur conception de l'hôpital en matière d'allaitement maternel. Selon ces dernières, ce rôle se limite à une mission curative.

Tableau 4: Mesures de l'IHAB qui recueillent le plus d'attitudes favorables des professionnels et les facteurs liés à l'application de ces mesures.

<i>GROUPES</i>	<i>MESURES RECUEILLANT LE PLUS D'ADHÉSION</i>	<i>FACTEURS AFFECTANT L'APPLICATION DE LA MESURE</i>
<i>INFIRMIÈRES</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaitement exclusif à la demande</li> <li>• Politique d'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix de la mère, son état et celui du bébé</li> <li>• Formation et observance du personnel</li> <li>• Concertation et mobilisation des décideurs</li> </ul>
<i>DIÉTÉTISTES</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des mères à leur sortie</li> <li>• Information des mères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité du personnel hospitalier pour soutenir les mères ou les informer les mères sur les groupes de soutien</li> <li>• Information du personnel sur les groupes de soutien</li> <li>• Perception des rôles respectifs de l'hôpital, du CLSC et de la famille</li> <li>• Choix et état de la mère</li> <li>• Manque de ressources financières</li> <li>• Intervention prénatale et non hospitalière</li> </ul>
<i>MÉDECINS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise au sein précoce</li> <li>• Soutien aux mères</li> <li>• Allaitement exclusif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déroulement de l'accouchement</li> <li>• État de la mère et du bébé</li> <li>• Choix des parents</li> <li>• Besoins de soutien de la mère</li> <li>• État du bébé</li> <li>• Information du personnel sur les groupes de soutien</li> <li>• Collaboration entre l'hôpital et les ressources communautaires</li> <li>• Congés précoces des mères</li> <li>• Manque de ressources financières</li> <li>• Concertation du personnel</li> <li>• Perception des conséquences de la supplémentation</li> <li>• Besoins et état du bébé</li> <li>• Production lactée</li> <li>• Choix, initiative et information de la mère</li> </ul>

*"Au point de vue des diététistes ... il n'y a pas d'interventions de faites. Finalement, l'objectif de l'hôpital est de répondre vraiment aux besoins spécifiques de pathologie (pour) ce qui en est de l'information (des mères sur l'allaitement), on en traite pas du tout." (Diététiste de l'hôpital régional).*

Par exemple pour elles, les mères doivent recevoir des informations sur les techniques d'allaitement maternel lors de leur séjour, mais pas de message qui en fait la promotion.

Le groupe des médecins exprime surtout des attitudes favorables envers la mise au sein précoce. Leur implication au moment de la naissance de l'enfant semble influencer leurs attitudes à l'égard de cette pratique. Pour eux, la mise au sein précoce demeure secondaire au choix et à l'état de santé de la mère et de son nouveau-né. Les attitudes favorables de ces derniers envers le soutien aux mères ainsi que l'allaitement exclusif peuvent aussi exprimer leur implication et leurs connaissances des bienfaits de ces pratiques. La concertation au sujet de l'implantation récente de systèmes de référence (aux institutions communautaires) et de suivi des mères, ainsi que de l'allaitement exclusif (ou plutôt de l'arrêt de distribution des compléments) sensibilise ces professionnels à l'importance de ces pratiques.

Le Tableau 5 illustre les pratiques à l'endroit desquelles le plus grand nombre d'attitudes défavorables a été exprimé. Dans l'ensemble, les professionnels de santé témoignent tous d'attitudes défavorables à l'égard de la règle du Code de commercialisation qui interdit la distribution gratuite de préparations lactées aux hôpitaux. Les économies que permet cette pratique et le respect de la politique gouvernementale rendent cette pratique acceptable à leurs yeux. Ces attitudes suggèrent que ces professionnels connaissent peu ou pas le Code de commercialisation ou son impact sur le succès de l'allaitement au sein.

#### **4.3.4. Facteurs individuels prédisposants des attitudes des professionnels**

Les facteurs individuels prédisposants des attitudes des répondants peuvent être vus comme des éléments du contexte personnel, professionnel, communautaire ou social qui colorent les attitudes des répondants. Ces facteurs sont avant tout des éléments relatifs aux expériences et aux connaissances personnelles et professionnelles aussi bien que des éléments liés aux valeurs et à la culture de ces derniers. Les connaissances et les expériences des répondants en matière d'allaitement maternel semblent influencer leurs attitudes. Le présent travail ne visait pas à évaluer les connaissances des répondants en matière d'allaitement maternel. Il demeure ainsi difficile de cerner l'influence des connaissances des répondants en matière d'allaitement sur les attitudes.

Cette composante de facteurs individuels prédisposants se retrouve ainsi dans le modèle conceptuel intermédiaire; de tels facteurs influencent directement les attitudes des professionnels de la santé participant à notre étude. Sans s'attarder

Tableau 5: Mesures de l'IHAB qui recueillent le plus d'attitudes défavorables des professionnels et la justification des attitudes défavorables envers ces mesures.

<i>GROUPES</i>	<i>MESURES RECUEILLANT LE MOINS D'ADHÉSION</i>	<i>JUSTIFICATIONS DES ATTITUDES DÉFAVORABLES</i>
<i>INFIRMIÈRES</i> <i>DIÉTÉTISTES</i> <i>MÉDECINS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de lait artificiel gratuit au personnel et aux hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• * Avantages économiques</li> <li>• ** Acceptation des pratiques normales de marketing</li> <li>• *** Respect d'une politique préétablie qui favorise l'équité</li> <li>• *** Fourniture médicale comme une autre</li> <li>• *** Pas d'influence sur la pratique d'allaitement</li> </ul>
<i>DIÉTÉTISTES</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de tétine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins de succion de l'enfant</li> <li>• Pleurs de l'enfant sont un stress pour les parents</li> </ul>
<i>MÉDECINS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information des mères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention prénatale et non hospitalière</li> <li>• Manque de temps pour informer adéquatement</li> </ul>

\* les justifications des attitudes défavorables des professionnels de la santé participants

\*\* exclusivement les justifications des attitudes défavorables des diététistes

\*\*\* exclusivement les justifications des attitudes défavorables des médecins

aux exemples individuels de chaque répondant il semble intéressant de comparer les groupes de professionnels afin de mettre en évidence les facteurs prédisposants de leurs attitudes.

La plupart des répondants ont eu des enfants (13/15). Sur ces 13 répondants, dix ont allaité (ou leur conjointe) leurs enfants. Les trois répondants-parents qui n'ont pas allaité leurs enfants au sein sont deux gestionnaires et un médecin. Ces deux gestionnaires sont des hommes de plus de 55 ans et sont déjà grands-parents. Ils disent que leur conjointe n'a pas allaité au sein parce que cette pratique n'était pas "*à la mode*" à cette époque. La conjointe du médecin n'a pas allaité leur enfant pour des raisons d'adoption. Dans l'ensemble, les répondants ont pour la plupart eu une expérience personnelle d'allaitement au sein.

Les trois infirmières-mères rapportent surtout des expériences positives et des succès de leur allaitement au sein. Une d'entre elles allaite lors d'une deuxième grossesse tandis qu'une autre allaite son premier enfant pour plus de deux ans. Leurs expériences personnelles sont ainsi des facteurs prédisposants de leurs attitudes positives envers cette pratique et des mesures à prendre afin d'appliquer le programme de l'IHAB. Le rôle central qu'elles occupent dans la gestion et l'application des soins et services liés à l'allaitement leur offre des expériences professionnelles qui sont aussi des facteurs prédisposants qui

influencent positivement leurs attitudes. Pour les infirmières, le choix d'allaiter revêt même un caractère de valeur sociale et culturelle.

*“De par ma pratique et de par mes recherches (l’allaitement) est une décision de femme. La femme commence à être femme déjà quand elle est jeune fille et quand ses seins commencent à pousser. Il faut qu’elle sache à quoi ils servent. Il faut que ce soit passé dans notre culture de femmes. Elles doivent retenir que c’est beau, que c’est un geste “naturel”, un geste d’une tendresse ... ce que tu vis en allaitant il faut le repasser dans notre culture.”* (Infirmière en chef de l’hôpital de banlieue)

Cette question de valeur sociale est reprise par certains médecins. Toutefois, les facteurs individuels prédisposants des attitudes des médecins se retrouvent surtout au niveau de leurs expériences personnelles et professionnelles. Leurs expériences personnelles sont variables. Les deux médecins-pères dont les conjointes ont allaité disent être satisfaits de la décision de leur conjointe d'allaiter au sein. Pour le premier, la conjointe a allaité les trois enfants, mais pour quelques semaines seulement. L'interruption précoce de l'allaitement a été faite pour des raisons de stress et de retour au travail, cette dernière étant elle-même médecin. Le second médecin, lui, exprime sa préférence pour le biberon, mais d'un point de vue paternel:

*“Moi personnellement comme père, j’ai mieux aimé quand ma femme n’a pas allaité, de loin, sans comparaison. C’est très égoïste, mais ma participation a été de 200%. ... Tu es beaucoup plus près (du bébé quand tu lui donnes le biberon) parce que comme conjoint c’est “plate” quand ta femme allaite. Tu la regardes quelquefois, mais c’est toujours pareil”* (Obstétricien de l’hôpital universitaire)

Les expériences professionnelles agissent aussi comme facteurs. Leur faible implication auprès des mères versus leurs implications au niveau de l'industrie à travers les subventions à la recherche ainsi qu'à la Fondation de l'hôpital peuvent aussi expliquer leurs attitudes plutôt mitigées envers l'allaitement au sein et le programme de l'IHAB.

*“Moi la seule implication que j'ai eue c'est (avec leur contribution) à la Fondation. Si on peut économiser (à ce niveau) on peut utiliser l'argent pour faire autre chose, pour donner d'autres soins”* (Obstétricien de l'hôpital universitaire)

Les facteurs prédisposants des attitudes des diététistes répondantes semblent surtout originer de leurs expériences personnelles, ce qui s'explique par l'absence de leurs interventions auprès des mères allaitantes. Trois diététistes parlent plus en détail de leurs expériences personnelles d'allaitement. Ces facteurs prédisposants, très liés à l'expérience personnelle, permettent de comprendre les attitudes souvent mitigées envers les mesures de l'IHAB. Ce qui peut d'ailleurs expliquer pourquoi les diététistes accordent une si grande importance au respect du choix de la mère. L'expérience difficile et décevante d'une de ces dernières illustre cette importance du choix maternel.

*“Je pense que des fois (l'allaitement maternel) c'est présenté d'une façon trop belle. ... Il faut nous mettre devant les réalités: pour certaines c'est facile, pour d'autres c'est difficile et d'autres ne sont carrément pas capables... Je n'avais pas envisagé que l'allaitement au sein pouvait être difficile. J'avais*

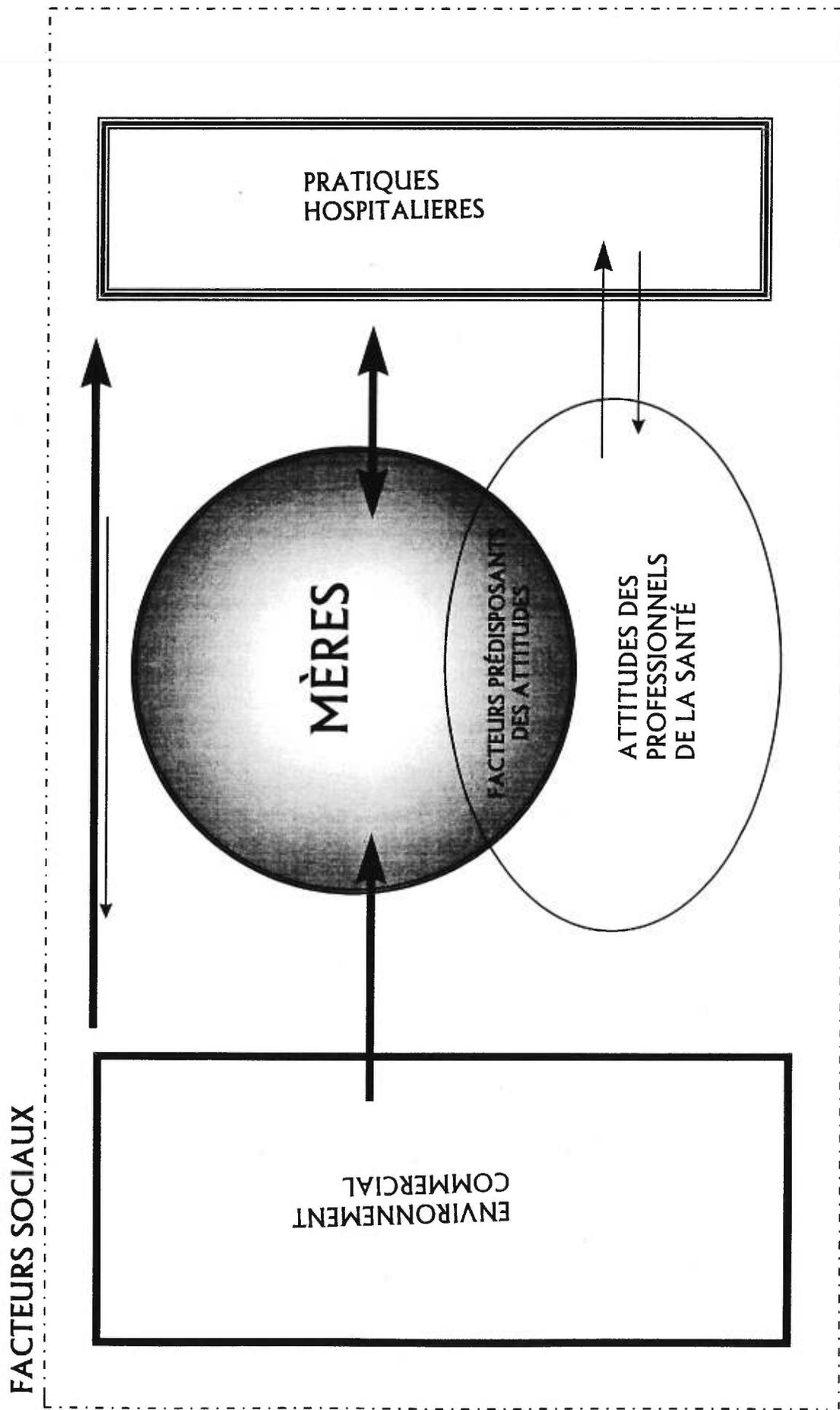
*mal aux seins, je n'avais pas de lait, je n'ai jamais eu de montée laiteuse, j'étais trop fatiguée, je n'ai jamais été capable de l'allaiter complètement, j'ai eu à donner le biberon. Tu te sens un peu coupable aussi... il y a tout de même le lait maternisé" (Diététiste-gestionnaire de l'hôpital universitaire)*

Il semble que les facteurs prédisposants des attitudes des gestionnaires soient tirés surtout de leurs expériences professionnelles. Leurs attitudes favorables envers les éléments du Code sont influencées par leurs connaissances des procédures d'achats dans un marché libre. La distribution gratuite des préparations lactées aux hôpitaux leur semble ainsi contrecarrer la logique de leurs pratiques professionnelles habituelles.

#### **4.4. Modèle conceptuel révisé**

Une recherche qualitative sur un sujet aussi multidimensionnel que l'allaitement au sein et les attitudes des professionnels de la santé à l'égard d'un programme qui vise à promouvoir, protéger et soutenir cette pratique, sous-entend le développement d'un modèle conceptuel flexible et dynamique. L'analyse des composantes du modèle intermédiaire (les facteurs sociaux, les facteurs institutionnels, les facteurs individuels prédisposants des attitudes, les attitudes des professionnels de la santé et les pratiques hospitalières) permet d'intégrer et de réorganiser ces composantes dans un nouveau modèle. Ce modèle révisé (Figure 3) illustre différentes dimensions de la problématique à l'étude et centre

Figure 3: MODÈLE CONCEPTUEL RÉVISÉ



l'attention sur les mères. Suite à l'analyse, nous croyons que les mères sont le moteur de cette problématique.

Dans un premier temps, la composante relative à l'environnement commercial s'ajoute au modèle révisé. Cette composante illustre la contribution substantielle de l'industrie à la dynamique institutionnelle et à la mise en oeuvre du programme l'IHAB. L'environnement commercial influence à travers un lien direct les pratiques hospitalières et les mères (allaitantes ou non). Cette influence sur les pratiques hospitalières s'illustre surtout à travers la réciprocité des intérêts entre l'industrie et l'hôpital. L'influence de l'industrie sur les pratiques hospitalières (l'IHAB) est plus importante que la relation inverse, ce qui est principalement dû à sa force économique dans une société de marché et de consommation. L'environnement commercial influence les mères par les stratégies de marketing et de promotion de ses produits.

Les mères sont aussi susceptibles d'être influencées et d'influencer les pratiques hospitalières en matière d'allaitement au sein. Le respect qu'expriment les professionnels de la santé envers le choix des mères permet à ces dernières d'agir sur les pratiques hospitalières d'allaitement au sein. Les pratiques telles que la cohabitation, l'allaitement à la demande, la mise au sein précoce et l'interdiction de la distribution d'échantillons de préparations lactées à la sortie de l'hôpital, sont reconnues pour influencer positivement le succès de

l'allaitement au sein (Pérez-Escamilla et al, 1994). Par ailleurs, une influence réciproque existe entre les pratiques hospitalières et les attitudes des professionnels qui oeuvrent dans les unités de maternité. Les pratiques hospitalières et les attitudes des professionnels de la santé sont reconnues par l'OMS et l'UNICEF comme des éléments d'importance dans le succès de l'allaitement. Étant donné l'importance qu'occupent les attitudes des professionnels dans la mise en oeuvre des mesures de l'IHAB, elles sont placées en interface avec la composante MÈRES. Ces attitudes transmises ou véhiculées par les professionnels sont construites entre autres à partir de leurs expériences personnelles en matière d'allaitement maternel. Les composantes ATTITUDES DES PROFESSIONNELS et des MÈRES ont en commun la composante facteurs prédisposants des attitudes en matière d'allaitement au sein. Finalement, les facteurs sociaux forment la structure d'ensemble de la problématique de l'allaitement maternel encadrant les facteurs du modèle conceptuel. Ces facteurs sont vus comme des éléments relatifs à la suprastructure sociale dans laquelle on retrouve les mères désireuses ou non d'allaiter.

L'analyse des données recueillies dans cette étude situent ainsi les mères québécoises au coeur de la dynamique institutionnelle en matière d'allaitement au sein. Ces dernières deviennent par le fait même le moteur de l'application des mesures de l'IHAB dans les milieux étudiés. Toutefois, cela découle du fait que les professionnels semblent avoir choisi de prendre une attitude de

neutralité face à l'allaitement au sein. Nous pensons que cette attitude de neutralité découle de leur manque de conviction et de connaissances. Voulant avant tout respecter le choix maternel et ne voulant pas culpabiliser la mère qui choisit le biberon, ils s'empêchent de faire la promotion réelle de l'allaitement au sein. Si cette promotion de l'allaitement au sein avait véritablement lieu, les professionnels de la santé et leurs attitudes occuperaient une place plus importante dans le modèle révisé.

#### 4.5. Limites de l'étude

Étant donné que l'approche utilisée dans cette étude est qualitative, il appert que le modèle de véracité de la recherche qualitative ("trustworthiness") proposé par Guba (1981) est pertinent pour l'évaluation des limites de l'étude. Ce modèle identifie à la base quatre aspects de la véracité pertinents aux études qualitatives et quantitatives, soit: la valeur véritable ("truth value"), l'applicabilité, la consistance et la neutralité (Krefting, 1991). Pour les recherches qualitatives et quantitatives ces aspects sont respectivement: la crédibilité et la validité interne, la transférabilité et la validité externe, l'assurance et la fiabilité ainsi que la confirmabilité et l'objectivité.

Selon les stratégies proposées pour évaluer de façon pratique ces critères, la présente étude révèle des limites au niveau de la crédibilité. Un des aspects importants dans les stratégies de crédibilité est de demeurer pour une période prolongée au site étudié, afin que les répondants s'habituent à la présence du chercheur, ce qui permet de vérifier différentes perspectives de la problématique. Quoiqu'aucune définition du temps à passer au site ne soit suggérée, cette stratégie de crédibilité n'est pas rigoureusement appliquée, considérant le peu de temps passé à chaque site (maximum de six heures). Les limites à l'étude portent sur deux autres composantes de la crédibilité: la réflexivité et la triangulation. La réflexivité renvoie à l'évaluation de l'influence des perceptions, des expériences et des intérêts du chercheur sur le processus de recherche. La triangulation renvoie à une démarche de convergence des multiples perspectives pour une confirmation mutuelle des données afin d'assurer que tous les aspects du phénomène sont investigués. Les limites de la triangulation de la présente étude concernent le manque de diversité des méthodes (e.g. entrevues et observation directe des pratiques) ainsi que le nombre d'investigateurs impliqués. En dernier lieu, l'expérience et l'autorité du chercheur sont aussi un facteur de crédibilité qui représente une limite de cette étude.

## V - CONCLUSION

À la suite de cette étude, il appert que la méconnaissance du programme de l'IHAB par les professionnels de la santé est un élément qui contribue à sa faible mise en oeuvre dans les hôpitaux étudiés. Malgré le fait que les professionnels expriment pour la plupart des attitudes favorables envers la pratique de l'allaitement au sein, ces attitudes positives ne se retrouvent pas forcément dans les pratiques hospitalières et dans les stratégies adoptées pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement.

Les facteurs qui semblent le plus fréquemment liés à la mise en oeuvre des pratiques sont, en premier lieu, la restructuration et la révision des soins et services à la maternité qui découlent principalement du virage ambulatoire et de la politique des courts séjours dans la plupart des hôpitaux. La restructuration des pratiques comme des infrastructures requiert par contre des ressources à la fois sur le plan humain et sur le plan financier. En second lieu, le facteur des intérêts réciproques de l'industrie et des hôpitaux est clairement identifié comme faisant entrave à l'application du programme de l'IHAB dans les hôpitaux étudiés. Cette composante devra, toutefois, être revue au niveau des instances gouvernementales provinciales pour tout hôpital qui désire éventuellement devenir Amis des Bébés. En fait, si ce facteur s'étend à

l'ensemble des hopitaux québécois, ce qui peut bien être le cas, aucun d'entre eux ne pourra être reconnu comme **Amis des Bébés**.

Par ailleurs, un autre point important que met en lumière la présente étude est le rôle des services communautaires dans l'application du programme de l'IHAB. Ce renvoi aux services communautaires resitue la pratique de l'allaitement au sein dans un contexte plus près de celui de ses origines que ne peut l'être le milieu hospitalier. L'importance du respect de la liberté des mères à choisir d'allaiter ou non leur enfant, ainsi que la façon dont elles comptent le faire, surgit comme le moteur de l'application du programme de l'IHAB. Ainsi, l'éducation des parents lors de la période prénatale, voire même celle des enfants à l'école primaire et secondaire, pose en quelque sorte les bases du succès de l'allaitement au sein. Dans cette perspective, l'allaitement au sein devient une question de choix et de valeurs propres à la société.

L'éducation, à la fois des professionnels de la santé et des mères au sujet de l'allaitement maternel, est ainsi capitale pour engendrer une hausse du taux d'initiation et de la durée de l'allaitement. Pour produire ce résultat, il devient essentiel d'arrimer les services hospitaliers et communautaires dans un projet commun visant la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein. En d'autres mots, il s'agit de créer un environnement propice à l'initiation et la

poursuite de l'allaitement au sein à travers non seulement des hôpitaux Amis des Bébés, mais également des communautés Amies des Bébés.

Cette étude aura ainsi permis de cerner certaines attitudes de professionnels de la santé face aux conditions minimales de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés et de dégager les facteurs liés à sa mise en oeuvre. Les résultats de ce travail militent en faveur du développement de programmes de formation et ce, afin que les professionnels oeuvrant auprès des parents dans la période périnatale soient mis à contribution dans les changements des pratiques hospitalières.

## BIBLIOGRAPHIE

Agostini, C., Trojan, S., Bellu, R., Riva, E. et Giovannini, M. Neurodevelopmental quotient of healthy term infants at 4 months and feeding practice: the role of long-chain polyunsaturated fatty acids. *Pediatr Res* 1995; 38:262-6.

Ahn, C. et MacLean, W. Growth of the exclusively breast-fed infant. *Am J Clin Nutr* 1980; 33:183-92.

American Academy of Pediatrics. Breast-Feeding. *Pediatrics* 1978; 62(4):591-601.

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promotion and support of breast-feeding. *J Am Diet Assoc* 1993; 93(4):467-469.

Anderson, J. The phenomenological perspective qualitative nursing research: A contemporary dialogue. Rockville, MD: Aspen, 1989.

Appleton, J. Analysis qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *J Adv Nurs* 1995; 22: 993-997.

Avard, C. et Hanvey, L. Health of Canada's Children. Canadian Institute of Child Health Profile, Ottawa, 1989, pp.31-32.

Bagwell, J., Kendrick, O., Stitt, K. et Leeper, J. Knowledge and attitudes toward breast-feeding: Differences among dietitians, nurses, and physicians working with WIC clients. *J Am Diet Assoc* 1993; 93:801-804.

Bardin, L. L'analyse de contenu, Chapitre 2: L'analyse de l'évaluation, 7<sup>e</sup> éditions, Presses Universitaires de France, Paris, 1993.

Bear, K. et Baldwin Tigges, B. Management Strategies for Promoting Successful Breastfeeding. *Nurse Practitioner* 1993; 18(6)(June):50-60.

Beaudry, M. et Aucoin-Larade, L. Who Breastfeeds in New Brunswick, When and Why? *Can J Publ Health* 1989; 80:166-72.

Beaudry, M., Dufour, R, et Marcoux, S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr* 1995; 126 (2):191-197.

Beaudry, M. Recréer une culture de l'allaitement maternel dans le monde et au Québec. Présenté au 66e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Colloque 521: Allaitement maternel au Québec: comment atteindre les objectifs du MSSS pour l'an 2000, 1998.

Beeken, S., et Waterston, T. Health service support of breast feeding - are we practising what we preach? *Brit Med J* 1992; 305:285-287.

Belmont, L. et Marolla, F. Birth order, family size and intelligence. *Science* 1973; 182:1096-1101.

Bergevin, Y., Dougherty, C. et Kramer, M. Do infant formula samples shorten the duration of breastfeeding? *Lancet* 1983; 1:1139-51.

BFHI News. Number of Baby Friendly Hospitals doubles since 1995. August 1996.

Bourgoin, G., Lahaie, N., Rheaume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L. et Sahaj, V. Factors Influencing the Duration of Breastfeeding in the Sudbury Region. *Can J Publ Health* 1997; 88(4):238-241.

Brosseau, J. How the Attitudes Health Professionals Towards Breastfeeding are Shaped and Their Impact on Breastfeeding. *Alb Ass Regist Nur* 1994; 50(9):10-11.

Bruce, N., Khan, Z., et Olsen, N. Hospital and other Influences on the Uptake and Maintenance of Breast Feeding: the Development of Infant Feeding Policy in a District. *Publ Health* 1991; 105:357-368.

Burglehaus, M, Smith, L, Sheps, S., et Green, L. Physicians and Breasfeeding: Beliefs, Knowledge, Self-efficacy and Counselling Practices. *Can J Publ Health* 1997; 88(6): 383-387.

Canadian Medical Association. CMA supports breastfeeding, "condemns" contracts between formula makers, hospitals. *Can Med Assoc J* 1992; 146(9):1610-1613.

Chalmers, B. The Baby Friendly Hospital Initiative in Canada: Some Observations. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1997; 19:978-82.

Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie. Meeting iron needs in infants and young children: An update. *Can Med Assoc J* 1991; 144(11):1451.

Coppa, G., Gabrielli, O., Pierani, P et al Changes in carbohydrate composition in human milk over 4 months of lactation. *Pediatrics* 1993; 91:637.

Coreil, J., Bryant, C., Westover, B., et Bailey, D. Health Professionals and Breastfeeding Counseling: Client and Provider Views. *J Hum Lact* 1995; 11(4): 265-271.

Cumming, R. et Klineberg, R. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993; 22:684-691.

Cunningham, A., Jelliff, D. et Jelliffe, P. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991; 118(5):659-666.

Deslauriers, J-P. Recherche qualitative: guide pratique. McGraw-Hill, Montréal, 1991.

Dewey, K., Heinig, M., Nommsen, L., Peerson, J. et Lönnerdal, B. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: The DARLING study. *Pediatrics* 1992; 89:1035-1041.

Dionne, S. Protection de l'allaitement: Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'OMS. Présenté au 66e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Colloque 521: Allaitement maternel au Québec: comment atteindre les objectifs du MSSS pour l'an 2000; Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ce méconnu!, 1998.

Driscoll, J.W. Breastfeeding Success and Failure: Implications for Nurses. *NAACOG's Clinical Issues* 1992; 3(4):565-569.

Dubois, L., Turgeon-O'Brien, H., Houde-Nadeau, M., Doré, N., Lepage, M. et Bédard, B. Pratiques reliées à l'alimentation du nourrisson, Chapitre 5, Alimentation, In: Santé Québec, En 2002... j'aurai 5 ans. Éledeq, Montréal, 1997.

Dungy, C., Christensen-Szalanski, J., Losch, M. et Russell, D. Effect of Discharge Samples on Duration of Breast-Feeding. *Pediatrics* 1992; 90(2):233-37.

Escalona, S. Babies at Doble Hazard: Early Development of infants at Biologic and Social Risk. *Pediatrics* 1982; (Nov)

Eyer, D. *Mother-infant bonding: a scientific fiction*. New Haven, Conn, USA: Yale University Press, 1992.

Fedigan, L., *Primate Paradigms: Sex Roles and Social Bonds*, 2<sup>e</sup> édition, University of Chicago Press, 1992.

Finley, D., Lonnerdal, B., Dewey, K. et al. Breast milk composition: fat content and fatty acid composition in vegetarians and non-vegeterians. *Am J Clin Nutr* 1985; 41:787.

Freed, G. Breast-feeding Time to Teach What We Preach. *JAMA* 1993; 269(2):243-5.

Freed, G., Clark, S., Sorenson, J., Lohr, J., Cefalo, R., et Curtis, P. National Assessment of Physicians' Breast-feeding Knowledge, Attitudes, Training, and Experience. *J Am Med Assoc* 1995; 273(6):472-476.

Friel, J, Hudson, N., Banoub, S. et Ross, A. The Effect of a Promotion Campaign on Attitudes of Adolescent Females Towards Breastfeeding. *Can J Pub Health* 1989; 80:195-199.

Gilbert, D., Moisan, J., Lepage, M., et De Serres, G. Allaitement maternel et facteurs associés chez des mères jeunes et plus âgées. *Can J Publ Health* 1996; 87(2):95-96.

Glaser, B. et Strauss, A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967.

Goodwin, L. et Goodwin, W. Are validity and reliability "Relevant" in Qualitative Evaluation Research? *Evaluation and the Health Professions* 1994; 7 (4), 413-426.

Guba, E. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educ Res Inform Center Ann Rev Paper* 1981; 29:75-91.

Guba, E. et Lincoln, Y. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

Green, L., et Kreuter, M. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company, 1991.

Green-Finestone, L., Feldman, W., Heick, H., et Luke, B. Infant Feeding Practices and Socio-demographic Factors in Ottawa-Carleton. *Can J Publ Health* 1989; 80:173-

Grossman, L., Larsen-Alexander, J., Fitzsimmons, S. et Cordero, L. Breastfeeding among low-income, high-risk women. *Clin Pediatr (Phila)* 1989; 28:38-41.

Guba, E. et Lincoln, Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage, 1989.

Hasselkus, B. Qualitative research: Not another orthodoxy. *Occup Therapy J Research* 1991; 11:3-7

Hayes, B. Inconsistencies Among Nurses in Breastfeeding knowledge and Counseling. *JOGN Nursing* 1981; (Nov/Dec):430-433.

Heinig, M., Nommsen, L., Peerson, J. Energy and protein intakes of breastfed and formula-fed infants during the first year of life and their association with growth velocity: the DARLING study. *Am J Clin Nutr* 1993; 58:152.

Howard, C., Howard, F., Weitzman, M. et Lawrence, R. Antenatal Formula Advertising: Another Potential Threat to Breastfeeding. *Pediatrics* 1994; 94(1):102-4.

Howie, P. Protective effect of breastmilk against infection. *F Nutr Bull* 1996; 17(4):373-379.

Huberman, M. et Miles, M. Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes. De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1991.

Huberman, M. et Miles, M. Data Management and Analysis Methods In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 428-444). Thousand Oaks: Sage, 1994.

Institut canadien de la santé infantile, Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé, Ottawa, 1996.

Institute of Medicine. Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1991.

Jansson, U., Mustafa, T., Khan, M., Lindblad, B. et Widström, A. The Effects of Medically-orientated Labour Ward Routines on Prefeeding Behavior and Body Temperature in Newborn Infants. *J Trop Pediatr* 1995; 41:360-3.

Karra, M., Auerbach, K., Olson, L., et Bingham, E. Hospital infant feeding practices in metropolitan Chicago: An evaluation of five of the 'Ten Steps to Successful Breast-feeding'. *J Am Diet Assoc* 1993; 93(12):1437-1439.

Kearney, M. Identifying Psychosocial Obstacles to Breastfeeding Success. *JOGNN* 1988; March/April:98-105.

Klaus, M. et Kennell, J. Parent and infant bonding, St. Louis, Mosby-Year Book, 1982.

Kouzes, J. et Mico, P. Domain theory: an introduction to organizational behavior in human service organizations. *J Applied Behav Sci* 1979; 15:449-469.

Kovar, M., Serdula, M., Marks, J., et Fraser, D. Review of the Epidemiologic Evidence for an association Between infant Feeding and Infant Health. *Pediatrics* 1984; 74 (Suppl):615-638.

Krefting, L. Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. *Am J Occup Therapy* 1991; 45(3):214-222.

Kvale, S. Interviews (pp. 124-143). Thousand Oaks: Sage, 1996.

Landcaster, J. *Psychol Tod* 1973; 99:30-36.

Lawrence, R., *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 4<sup>e</sup> ed., Mosby, 1994.

Lepage, M. et Moisan, L. Étude sur l'alimentation du nourrisson auprès de femmes primipares de la province du Québec, MSSS, Direction de la santé publique de Québec, Québec, 1998.

Lepage, M. Un collectif. Allaitement maternel et alimentation de 0 à 1 an. Chapitre 16: Promotion de l'allaitement maternel. Pourquoi? Comment?, Montréal: Agence d'Arc, 1990

Levitt, C., Kaczorowski, M, Hanvey, L., Avard, D., et Chance, G. Breast-feeding Policies and Practices In Canadian Hospitals Providing Maternity Care. 1996; 155(2):181-188.

Levitt, C., Hanvey, L., Avar, D., Chance, G., et Kaczorowski, M. Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Santé Canada, Institut de la santé infantile, Ottawa, 1995.

Levy, R. Evaluation of technology: Some arguments for a qualitative approach. *Design Studies*, 8, 1987.

Levy, R. Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures* 1994; 1(1):92-100.

Libbus, K. Lactation Education Practice and Procedure: Information and Support Offered to Economically Disadvantaged Women. *J Community Health Nurs* 1994; 77(1):1-10

Losch, M., Dungy, C., Russell, D., et Dusdieker, L. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Ped* 1995; 126(4):507-514.

Makhlouf-Obermeyer, C., et Castle, S. Back to Nature? Historical and Cross-cultural Perspectives on Barriers to Optimal Breastfeeding. *Med Anthro* 1997; 17:39-63.

Marshall, C. et Rossman, G. *Designing Qualitative Research*, London: Sage, 1989.

May, C. More semi than structured? Some problems with qualitative research methods. *Nurse Educ Today* 1996; 16:189-192.

McIntyre, L. "Les débuts" In: *Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, Grandir au Canada*, Ottawa, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Canada, 1996, pp.53-64.

McNally, E., Hendricks, S. et Horowitz, I. A Look at Breast-Feeding Trends in Canada (1963-1982). *Can J Publ Health* 1985; 76:101-107.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Circulaire 1993-080: Approvisionnement en lait pour nourrissons, Québec, 1993.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Priorités Nationales de Santé Publique 1997-2002, Chapitre 3, Les Priorités d'Action*, Québec, 1997.

Ministère de l'industrie du Canada, Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Chapitre de: McIntyre, L. "Les débuts", 1996, pp.53-64

Morse, J. The power of induction. *Qualitative Health Research*. 1992; 2:3-6.

Moxley, S. et Kennedy, M. Strategies to support breastfeeding. *Can Fam Physician* 1994; 40:1775-81.

Myers, A. Breast feeding: a national priority of infant health. *J Can Diet Assoc* 1981; 42:130-141.

OMS, Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, Genève, 1981.

OMS/UNICEF, Déclaration conjointe pour la Protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité, Genève, 1989.

Osgood, C. The representational model and relevant research methods, In I. De S. Pool (ed.), *Trends in content analysis*, Urbana, University of Illinois Press, 1959.

Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 1994;(23):147-181.

Patton, C., Beaman, M., Csar, N., and Lewinski, C. Nurses' Attitudes and Behaviors that Promote Breastfeeding. *J Hum Lact* 1996; 12(2):111-115.

Patton, M. *Qualitative evaluation research methods*, 2<sup>e</sup> édition, Beverly Hills, CA: Sage, 1990.

Pérez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lönnerdal, B., et Dewey, K. Infant Feeding Policies in Maternity Wards and Their Effect on Breast-Feeding Success: An Analytical Overview. *Am J Publ Health* 1994; 84(1):89-97.

Pollock, J. Long-term associations with infant feeding in a clinically advantaged population of babies. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36:429-440.

Pollitt, E. et Kariger, P. Breastfeeding and child development. *F Nutr Bull* 1996; 17(4):401-418.

Pourtois, J. et Desmet, H. Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux* 1989; 55-56-57, 13-35.

Prentice, A. Constituents of human milk. *F Nutr Bull* 1996; 17(4):305-312.

Rajan, L. The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Midwifery* 1993; 9:197-209.

Rasmussen, K. et McGuire, M. Effets of breastfeeding on maternal health and well-being. *F Nutr Bull* 1996; 17(4):364-369.

Rassin, D., Richardson, C., Baranowski, T. Incidence of breastfeeding in a low socioeconomic group of mothers in the United States: ethnic patterns. *Pediatrics* 1984; 73:132-7.

Richards, T. et Richards, L. Using computers in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage, 1994, pp. 445-462.

Robert, P. *Le Petit Robert 1, Les Dictionnaires ROBERT-CANADA S.C.C.*, Montréal, Canada, 1989

Rogan, W., et Gladen, B. Breast-feeding and cognitive development. *Early Hum Dev* 1993; 31:181-193.

Ryan, A., Rush, D., Krieger, F., et Lewandowski, G. Recent Declines in Breast-Feeding in the United States, 1984 Through 1989. *Pediatrics* 1991; 88(4):719-727.

Salmenpera, L., Perheentupa, J. et Siimes, M. Exclusively breast-fed healthy infants grow slower than reference infants. *Pediatr Res* 1985; 19:307-12.

Sandelowsky, M. The problem of Rigor in Qualitative Research. *Advances in Nursing Research* 1986; 8(3):27-37.

Santé et Bien-être Social Canada. *Alimentation du bébé. Solutions pratiques à des problèmes d'ordre nutritionnel.* Ministère des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1986.

Séguin, L., Goulet, L., Dumas, M., et Frohlich, K. Les pratiques hospitalières et l'attitude des professionnels: impact chez les femmes défavorisées. Présenté au 66e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Colloque 521: Allaitement

maternel au Québec: comment atteindre les objectifs du MSSS pour l'an 2000, 1998.

Seidel, J. Ethnograph v4.01 1995.

Shrago, L. The Breastfeeding Dyad: Early Assessment, Documentation, and Intervention. *NAACOG's Clinical Issues* 1992;3(4): 583-597.

Sheard, N. Growth Patterns in the First Year of Life: What is the Norm? *Nutr Rev* 1993; 51(2):52-54.

Silva, P. et Fergusson, D. Socio-economic status, maternal characteristics, child experience and intelligence in pre-school children. *New Zealand J Educ Stud* 1976; 2:180-188.

Simpson-Hebert, M. Breast feeding and body contact. *Populi* 1980; 7:17.

Spitz, R. De la naissance à la parole: La première année de la vie, 2<sup>e</sup> édition, Presses Universitaires de France, 1968.

Stake. R. Case Studies. In: N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

Statistics Canada, Health Reports, 1992, vol 4, no 4.

Sullivan, P. CMA supports breast-feeding, "condemns" contracts between formula makers, hospitals. *Can Med Ass J* 1992; 146(9):1610-1613.

Temboury, M., Otero, A., Polanco, I. et Arribas, E. Influence of breastfeeding on the infants intellectual development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 18:32-6.

Tesch, R. *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. New York: Falmer Press. (1990)

Tomson, M. et Westreich, R. Restriction of mother-infant contact in the immediate postnatal period. In: Chalmers, I, Enkin, M, Keirse, M, (eds.) *Effective care in pregnancy and childbirth*. London: Oxford University Press, 1989, pp. 1322-30.

Trenkner, L. et Achterberg, C. Use of focus groups in evaluating nutrition education materials. *J Am Diet Assoc* 1991; 91:1577-1581.

UNICEF, Convention sur les droits de l'enfant, NY, USA, 1990.

UNICEF, Déclaration d'Innocenti pour la Protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, Florence, 1990.

UNICEF Guidelines, Baby Friendly Hospital Initiative, Programme Manuel. 1992.

Van Esterik, P. Politics of Breastfeeding: An Advocacy Perspective, In: Food & Culture - A Reader. Counihan, Carole and Esterik (Eds), New York, 1997.

Vincent, C. Weiss-Lambrou, R., et Levy, R. Le processus d'attribution des aides techniques: La perception des obstacles selon la perspective des ergothérapeutes. *Can J Occup Therapy* 1995; 4(2):82-94.

Weiss, H., Potischam, N., Brinton, L., Brogan, D., Coates, R., Gammon, M., Malone, K, et Schoenberg, J. Prenatal and perinatal Risk Factors for Breast Cancer in Young Women. *Epidemiology* 1997; 8(2):181-187.

Westphal, M., Taddei, J., Venancio,S. et Bogus,C. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull Wld Hlth Organ* 1995; 73(4):461-468.

Whitehead, R. et Paul, A. Human lactation, infant feeding, and growth: secular trends. In: Gracey M, Falkner F, eds. *Nutritional needs and assessment of normal growth*. New york: Raven Press, 1985: 85-122.

Williams, E., et Hammer, L. Breastfeeding Attitudes and Knowledge of Pediatricians-in-Training. *Am J Prev Med* 1995; 11(1):26-33.

Williams, P., Innis, S., et Vogel, A. Breastfeeding and Weaning Practices in Vancouver. *Can J Publ Health* 1996; 87(4):231-236.

Winikoff, B., Hight Laukaran, V., Myers, D., et Stone, R. Dynamics of Infant Feeding: Mothers, Professionnals, and the Institutional Context in a Large Urban Hospital. *Pediatrics* 1986; 77(3):357-365.

Woolridge, M. Problems of establishing lactation. *F Nutr Bull* 1996; 17(4):316-323.

Yin, R. Case study research: design and methods. Revised edition, Sage Publications, 1989.

---

Yin, R. *Application of case study research*, Newbury Park, CA: Sage, 1994.

Annexe # 1: GUIDE D'ENTREVUE DESTINÉ AUX GESTIONNAIRES

1) De façon générale que pensez-vous de l'allaitement maternel?

6.1) Les mères reçoivent-elles des échantillons de préparations lactées à leur sortie de l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.2) Que pensez-vous de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

6.3) Est-ce que les compagnies interviennent de quelque façon dans l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.4) Que pensez-vous de la place occupée par ces compagnies dans l'hôpital?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

6.5) L'hôpital obtient-il les préparations lactées gratuitement?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.6) Que pensez-vous de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

10.1) Est-ce qu'un soutien est offert aux mères allaitantes à leur sortie de l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

10.2) Que pensez-vous du soutien des mères une fois qu'elles ont quitté l'hôpital?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

11.1) L'unité de maternité est-elle dotée d'une politique écrite sur l'allaitement maternel?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

11.2) Que pensez-vous d'une politique d'allaitement?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

Si oui à la dernière question.

12.1) Est-ce que les personnels soignants connaissent cette politique et collaborent à sa mise en oeuvre?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

12.2) Le personnel soignant reçoit-il une formation sur l'allaitement?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

12.3) Que pensez-vous de la formation du personnel sur l'allaitement?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

13) Comment voyez-vous votre rôle en matière d'allaitement maternel?

14) Est-ce que la satisfaction des "clientes" de l'unité de maternité est évaluée?

Si oui, est-ce qu'elles sont interrogées sur les aspects concernant l'allaitement?

15) Avez-vous (ou votre conjointe) allaité?

16) Avez-vous d'autres commentaires?

Merci !!

## Annexe # 2: GUIDE D'ENTREVUE FINAL

1) De façon générale que pensez-vous de l'allaitement maternel?

2.1) Lors de leur séjour à l'hôpital est-ce que les parturientes sont informées sur l'allaitement maternel?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

2.2) Que pensez-vous d'informer les mères sur l'allaitement lors de ce séjour?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

3.1) Est-ce que les mères reçoivent de l'assistance pour débiter l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement (vaginal "normal")?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

3.2) Que pensez-vous d'assister les mères à allaiter leur bébé dans la demi-heure suivant l'accouchement?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

4.1) Si une mère se trouve séparée de son nourrisson, est-ce qu'on lui indique comment allaiter au sein et comment entretenir la lactation?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

4.2) Que pensez-vous de l'entretien de la lactation lors d'une séparation mère-enfant?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

5.1) Est-ce qu'on donne aux nouveau-nés allaités d'autres boissons que le lait maternel?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

5.2) Que pensez-vous de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

6.1) Les mères reçoivent-elles des échantillons de préparations lactées à leur sortie de l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.2) Que pensez-vous de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

6.3) Est-ce que les compagnies interviennent de quelconque façon dans l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.4) Que pensez-vous de la place occupée par ces compagnies dans l'hôpital?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

6.5) L'hôpital obtient-il les préparations lactées gratuitement?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

6.6) Que pensez-vous de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

7.1) Est-ce que le nouveau-né est laissé 24 heures par jour avec sa mère?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

7.2) Que pensez-vous de la cohabitation de 24h?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

8.1) Est-ce que l'allaitement à la demande est pratiqué?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

8.2) Que pensez-vous de l'allaitement à la demande?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

9.1) Est-ce qu'on offre des tétines artificielles (sucettes) aux nouveau-nés?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

9.2) Qu'est-ce que vous pensez de cette pratique?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

10.1) Est-ce qu'un soutien est offert aux mères allaitantes à leur sortie de l'hôpital?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

10.2) Que pensez-vous du soutien aux mères une fois qu'elles ont quitté l'hôpital?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

11.1) L'unité de maternité est-elle dotée d'une politique écrite sur l'allaitement maternel?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

11.2) Que pensez-vous d'une politique d'allaitement?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

Si oui à la dernière question.

12.1) Est-ce que les personnels soignants connaissent cette politique et collaborent à sa mise en oeuvre?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

12.2) Le personnel soignant reçoit-il une formation sur l'allaitement?

oui – non – plus ou moins – je ne sais pas – non applicable

12.3) Que pensez-vous de la formation du personnel sur l'allaitement?

très en accord - en accord - plus ou moins en accord - peu en accord - en désaccord

Justifiez!

13) Comment voyez-vous votre rôle en matière d'allaitement maternel?

14) Est-ce que la satisfaction des "clientes" de l'unité de maternité est évaluée?

Si oui, est-ce qu'elles sont interrogées sur les aspects concernant l'allaitement?

15) Avez-vous (ou votre conjointe) allaité?

16) Avez-vous d'autres commentaires?

Merci !!

### Annexe # 3: GUIDE D'ENTREVUE INITIAL

#### Intro1

De façon générale que pensez-vous de l'allaitement maternel?

#### Intro2

Avez-vous (ou votre conjointe) allaité?

**R3- Informez toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.**

Lors de leur séjour à l'hôpital est-ce que les parturientes sont informées sur l'allaitement maternel?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Selon vous, qu'est-ce qui aide ou empêche la communication d'informations aux mères?

Que pensez-vous d'informer les mères sur l'allaitement au moment de l'accouchement?

**R4- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant l'accouchement.**

Est-ce que les mères reçoivent de l'assistance pour débiter l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement (vaginal "normal")?

OUI -NON- PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Selon vous, qu'est-ce qui aide ou empêche la mise au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement?

Que pensez-vous d'assister les mères à allaiter leur bébé dans la demi-heure suivant l'accouchement?

**R5- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elle se trouvent séparées de leur nourrisson.**

Si une mère se trouve séparée de son nourrisson, est-ce qu'on lui indique comment allaiter au sein et comment entretenir la lactation?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Selon vous qu'est-ce qui favorise ou défavorise l'instauration de cette pratique?

Que pensez-vous de l'entretien de la lactation lors d'une séparation mère-enfant?

**R6-** Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Est-ce qu'on donne aux nouveau-nés allaités d'autres boissons que le lait maternel?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS- NON APPLICABLE

Qu'est ce qui aide ou empêche la distribution de boissons autres que le lait maternel aux enfants allaités?

Que pensez-vous de cette pratique?

**Code-** Code de commercialisation des formules de lait maternisé.

- Les mères reçoivent-elles des échantillons de préparations lactées à leur sortie de l'hôpital?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS- NON APPLICABLE

Que pensez-vous de cette pratique?

- Est-ce que les compagnies interviennent de quelconque façon dans l'hôpital?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS- NON APPLICABLE

Que pensez-vous de la place occupée par ces compagnies dans l'hôpital?

- L'hôpital obtient-il les préparations lactées gratuitement?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS- NON APPLICABLE

Que pensez-vous de cette pratique?

**R7-** Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

Est-ce que le nouveau-né est laissé 24 heures par jour avec sa mère?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Qu'est-ce qui aide ou empêche la cohabitation de 24h?

Que pensez-vous de la cohabitation de 24h?

**R8- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.**

Est-ce que l'allaitement à la demande est pratiqué?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Qu'est-ce qui aide ou empêche l'allaitement à la demande?

Que pensez-vous de l'allaitement à la demande?

**R9- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.**

Est-ce qu'on offre des tétines artificielles (sucettes) aux nouveau-nés?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Qu'est-ce qui favorise ou défavorise l'utilisation de tétines artificielles ou sucettes?

Qu'est-ce que vous pensez de cette pratique?

**R10- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.**

Est-ce qu'un soutien est offert aux mères allaitantes à leur sortie de l'hôpital?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Qu'est-ce qui aide ou empêche le soutien aux mères allaitantes à leur sortie de l'hôpital?

Que pensez-vous du soutien des mères une fois qu'elles ont quitté l'hôpital?

**R1- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.**

L'unité de maternité est-elle dotée d'une politique écrite sur l'allaitement maternel?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Qu'est-ce qui aide ou empêche l'adoption d'une telle politique?

Que pensez-vous d'une politique d'allaitement?

**R2- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.**

Si oui à la dernière question.

Est-ce que les personnels soignants connaissent cette politique et collaborent à sa mise en oeuvre?

OUI - NON - PLUS OU MOINS - JE NE SAIS PAS - NON APPLICABLE

Selon vous, qu'est-ce qui aide ou empêche la mise en oeuvre de cette politique par le personnel?

Le personnel soignant reçoit-il une formation sur l'allaitement?

Selon vous, qu'est-ce qui aide ou empêche la formation du personnel?

Que pensez-vous de la formation du personnel sur l'allaitement?

#### 10 Recommandations

Avez-vous reconnu les questions dont nous avons discuté jusqu'à présent?

**Si non**

Il s'agit des mesures recommandées par l'OMS et l'UNICEF pour la promotion de l'allaitement maternel conformément au programme des hôpitaux "amis des bébés".

**Fin1**

Comment voyez-vous votre rôle en matière d'allaitement maternel?

**Fin2**

Est-ce que la satisfaction des "clientèles" de l'unité de maternité est évaluée?

Si oui, est-ce qu'elles sont interrogées sur les aspects concernant l'allaitement?

Si oui, est-ce que des objectifs sont fixés pour améliorer ce service?

---

**Fin3**

**Avez-vous d'autres commentaires?**

**Merci!!**

## Annexe # 4: PLAN DE CODAGE

terme (code): définition

---

**PRATIQUE (A)** : Les segments de textes qui identifient les pratiques hospitalières en matière d'allaitement, principalement les pratiques de l'IHAB.

**ATTITUDE (B)** : Les segments de textes qui identifient les attitudes du répondant face aux pratiques hospitalières (IHAB). L'attitude est ici une évaluation affective faite par le répondant d'une pratique. Les composantes cognitives et conatives de cette évaluation orientent les actes du répondant.

Attitude: une prédisposition acquise, à caractère, affectif antérieure au jugement et à l'action qui oriente.

- **SENTIMENT (SENT)**: Les segments de textes qui identifient un état affectif subjectif du répondant qui est opposé à la raison sur les pratiques hospitalières (IHAB).

Le sentiment est défini comme un état affectif subjectif qui est toujours opposé à la raison, soit une impression. Le sentiment est un peu l'essence de l'homme. L'objet du sentiment est ce qui nous touche. Le sentiment me révèle que je suis et non ce que je suis.

- **OPINION (OPIN)** : Les segments de textes qui identifient la verbalisation d'un jugement qui est présenté comme personnel par le répondant sur une pratique hospitalière (IHAB).
- **INTENTION (INTT)** : Les segments de textes qui identifient une évaluation affective d'un but que le répondant se propose d'atteindre face aux pratiques hospitalières (IHAB).

La référence à l'objet devient le critère fondamental de l'acte intentionnel.

- **MOTIVATION (MOTV)** : Les segments de textes qui identifient les motifs et/ou les mobiles qui déterminent le comportement et la conduite des répondants face aux pratiques hospitalières. La motivation est la raison (le "pourquoi") de l'action du répondant face à une pratique hospitalière (IHAB).

C'est un facteur déclencheur du comportement.

**C - FACTEURS PRÉDISPOSANTS (C) :** Les segments de textes qui identifient des facteurs tenant à l'individu et pouvant *influencer* l'attitude du répondant face aux pratiques hospitalières en matière d'allaitement (IHAB). Un facteur qui fournit un rationnel (ou motivation) de l'attitude du répondant.

- **EXPÉRIENCE/ CONNAISSANCE (EXCN) :** Les segments de textes qui identifient un facteur prédisposant de l'attitude des répondants face aux pratiques hospitalières (IHAB) qui est relative à leurs connaissances (savoir) et/ou expériences (au savoir-faire) professionnels et/ou personnels.
- **VALEUR/ CULTURE (VACU) :** Les segments de textes qui identifient un facteur prédisposant de l'attitude du répondant face aux pratiques hospitalières (IHAB) qui est relative à une norme subjective ou à un ensemble de représentations et de comportements qui sont socialement acquis par le répondant.

**D - FACTEURS ASSOCIÉS (D) :** Les segments de textes (favorables ou défavorables) associés à l'application des pratiques hospitalières de l'IHAB.

- **MERE-BEBE (MEBE) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs associés à l'application de IHAB relatifs à l'état, aux opinions, aux choix de la mère-parents (ce qui inclut les éléments relatifs à leur statut socioéconomique, éducationnel et familial) et/ou relatifs à l'état ou au comportement du nourrisson.
- **SOCIÉTÉ (SOCI) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs associés à l'application de IHAB relatifs à la société et/ou la communauté.
- **ROLE COMMUNAUTAIRE (RCOM) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs (d'application et d'attitude) relatifs aux rôles, aux responsabilités des organismes et institutions communautaires.
- **POLITIQUES SOCIALES (POSO) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs associés à l'application de l'IHAB relatifs aux recommandations, règlements, politiques et lois.
- **INDUSTRIE (INDU) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs associés à l'application de IHAB relatifs aux entreprises et à l'industrie des formules de laits artificiels.

**E - FACTEURS CONTEXTUELS (E) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs relatifs au contexte hospitalier du site à l'étude. Ces facteurs sont des facteurs associés à l'application de l'IHAB au site ainsi qu'aux facteurs

prédisposants des attitudes des répondants face aux pratiques hospitalières de l'IHAB.

- **RESSOURCES HUMAINES (RHUM) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs contextuels relatifs aux personnels hospitaliers et/ou à la gestion des employés de l'hôpital
- **FACTEURS TECHNIQUES (FTEC) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs contextuels relatifs à la gestion de l'espace, du matériel et aux aspects pratiques des soins et services dispensés par l'hôpital ou l'unité.
- **ECONOMIE (ECON) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs (d'application et d'attitude) relatifs aux ressources financières et budgétaires de l'hôpital ou de l'unité.
- **ROLE INSTITUTIONNEL (RINS) :** Les segments de textes qui identifient les facteurs contextuels relatifs aux rôles, aux responsabilités et à la mission de l'hôpital et de l'unité de maternité.
- **ROLE PROFESSIONNEL (RPRO):** Les segments de textes qui identifient les facteurs contextuels relatifs aux rôles, aux responsabilités et aux tâches du répondant.

---

## Annexe # 5: PREMIERS THÈMES IDENTIFIÉS

Ces thèmes sont:

- Changement des pratiques hospitalières en matière d'allaitement au sein.
  
- Distinction entre la vision personnelle et professionnelle de l'allaitement maternel
  - Pour l'individu l'allaitement maternel est une expérience intime (maternelle-humaine)
  - Pour le professionnel l'allaitement maternel est une pratique alimentaire conséquente au choix de la mère
  
- Le programme de l'IHAB a une valeur politico-théorique.
  - Les mesures peu connues sont de l'ordre du sens commun.
  - Les mesures connues justifient une action à poser (une intervention à faire).
  
- La problématique de l'adhésion à l'IHAB comporte les éléments suivants:
  - 1) le milieu professionnel et personnel, 2) l'allaitement comme pratique alimentaire, 3) les mères et leur choix, et, 4) les activités de l'industrie de préparations lactées.

---

### Annexe # 6: SECONDS THÈMES IDENTIFIÉS

- Les pratiques commerciales de l'industrie et politiques gouvernementales.
- Les mères et leurs choix.
- Rôles des professionnels et leur niveau d'implication dans la question d'allaitement maternel.
- Services hospitaliers offerts aux mères.
- Besoins des mères et ressources disponibles.
- La promotion de l'allaitement et des laits (comme aliment).
- Politisation de l'allaitement au sein dans un contexte hospitalier.

---

**Annexe # 7: GRILLE D'ATTITUDES**

(adaptée de Bardin, 1993)

**DIRECTION**

- POSITIVE: +
- NÉGATIVE: -
- CONDITIONNELLE:  
(OUI, MAIS ...) ±
- PAS D'OPINION: P

**INTENSITÉ**

- FAIBLE 1
- MOYENNE 2
- FORTE 3

Annexe # 8: ÉNONCÉ DE PRINCIPE DE L'HÔPITAL DE BANLIEUE

voir les 2 pages suivantes

**BUT DU PROGRAMME**

Selon l'Institut canadien de la santé infantile, l'une des choses les plus importantes de la part des professionnels de la santé est leur attitude envers la promotion de l'allaitement. Tous doivent tendre à promouvoir la confiance des parents en eux-mêmes. L'allaitement maternel ne doit pas être rendu compliqué par une multitude d'informations au surplus souvent contradictoires. Le fait d'encadrer l'allaitement par de nombreuses règles rigides laisse entendre aux parents qu'ils se lancent dans une tâche "surnaturelle" et presque impossible à réaliser.

Dans notre centre, l'allaitement est considéré comme une expérience naturelle qui fait partie de la maternité. **Les professionnelles se démarquent par la qualité de leur soutien et leur présence au moment des tétées ainsi que par l'enseignement donné. Ce programme destiné au personnel, se veut un outil de référence, un guide afin de favoriser l'uniformité des conseils et d'aider les parents à vivre une expérience enrichissante.**

Les intervenants adhèrent à la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en apportant les modifications suivantes:

- Condition 4:** Aider les mères à débiter l'allaitement de leur enfant le plus tôt possible après la naissance selon l'état de santé de la mère et du bébé.
- Condition 9:** L'utilisation de la tétine artificielle ou sucette doit tenir compte du besoin naturel du bébé et de la conduite de l'allaitement. Cette décision devrait revenir aux parents. Notre rôle est alors de leur permettre de faire un choix éclairé.

**DÉCLARATION DE L'OMS ET DE L'UNICEF**

Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité : Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, publié par l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 1989.

**DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveaux-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

**Annexe # 9: CIRCULAIRE 1993-080: MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC**

**voir les 5 pages suivantes**



Expéditeur(s)

Date

Le sous-ministre adjoint aux Immobilisations et Équipements

1993-09-07

Destinataires

Les présidentes et présidents des conseils d'administration et les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et des régions régionales, les présidentes et présidents des commissions régionales des achats en

Sujet

Approvisionnement en lait pour nourrissons

# COP

CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 16 JUILLET 1990 (1990-050)  
MEME CODIFICATION

OBJET

Lors d'une réunion tenue le 22 juin 1993, la Commission permanente des achats a décidé des orientations à suivre en regard de l'approvisionnement en lait pour nourrissons pour combler les besoins des nourrissons séjournant dans les établissements de la santé et des services sociaux.

MODALITÉS

Les membres de la Commission ont décidé:

1. D'autoriser le ministère de la Santé et des Services sociaux à mettre en place un mode d'approvisionnement en lait pour nourrissons pour les centres hospitaliers, basé sur le principe de la rotation entre les trois partenaires économiques reconnus sur une période de deux ans par fournisseur, et selon des modalités prescrites par le MSSS et dictées par la gratuité, la transparence et l'équité.
2. De demander au MSSS de prévoir une solution alternative basée sur le principe de la disponibilité des produits des trois partenaires économiques reconnus, advenant qu'un centre hospitalier le juge approprié pour des raisons de gestion.

Service ressource  
Conseil en approvisionnement, équipement  
et location d'espaces

Téléphone

N° dossier

Document(s) annexé(s)

Volume	Chapitre	Sujet	Document
02	02	43	06

PARTENARIAT

3. Les partenaires économiques reconnus pour le lait pour nourrissons sont les compagnies Wyeth, Laboratoires Ross et Mead Johnson.

REGLES  
D'APPLICATION

4. La rotation

La rotation est le processus par lequel les fournisseurs deviennent, à tour de rôle, fournisseur exclusif d'un établissement ou d'un groupe d'établissements pour une période de deux ans.

La règle générale d'application est que chaque fournisseur se voit attribuer un nombre égal de naissances dans une région. Par conséquent, les groupes d'établissements doivent être formés de façon telle que chaque fournisseur conserve en tout temps une part équitable du marché hospitalier dans une région.

5. Modalités d'application du système de rotation

- a) Chaque fournisseur se voit attribuer les naissances pour lesquelles il est déjà lié par contrat valide avec un établissement;
- b) Chaque fournisseur se voit attribuer les naissances des établissements pour lesquels il est le fournisseur en vertu d'un contrat de rotation en cours actuellement;
- c) Advenant qu'un ou des établissement(s) choisisse(nt) la disponibilité, le nombre de naissances est attribué en part égale (1/3) aux trois fournisseurs;
- d) Les parts sont égalisées en attribuant à chaque fournisseur le nombre de naissances requis à partir des établissements sans contrat;
- e) A partir d'une date préétablie, qui cette année est le 1er octobre 1993, chacun des partenaires économiques reconnus devient le fournisseur exclusif des établissements qui lui ont été attribués pour les deux prochaines années.



## 7. Le choix du système

Le choix du système revient au conseil d'administration de l'établissement par une résolution en bonne et due forme.

Lorsqu'un système est établi, il est irréversible pour une période de six ans, s'il s'agit de la rotation et pour une période d'une année, s'il s'agit de la disponibilité.

Le directeur général doit informer formellement la régie régionale du choix du système pour son établissement en explicitant les raisons de ce choix s'il s'agit de la disponibilité.

8. Chaque régie régionale est responsable de la mise en place du système de rotation dans sa région et du respect du partage du marché établi entre les trois fournisseurs. Conséquemment, après avoir choisi un des deux systèmes, un établissement doit attendre l'avis de sa régie avant d'amorcer la mise en place. Une régie régionale peut confier la gestion courante de cette circulaire à un groupe d'achats, mais demeure entièrement responsable de son observance.

## 9. Règles spécifiques et d'éthique

- a) En aucun cas, la fourniture de lait pour nourrissons ne doit être associée à la fourniture d'autres produits provenant de la même entreprise ou d'entreprises affiliées, tels suppléments nutritifs, médicaments ou autres.
- b) Aucune redevance directe ou indirecte ne doit être acceptée par l'hôpital, sa fondation, ses professionnels ou autre personnel, sauf celles prévues dans cette directive.
- c) L'établissement s'assure que chaque compagnie rend disponible gratuitement sa gamme complète de produits pour consommation à l'intérieur de l'hôpital et offre gratuitement ses produits spécialisés pour la durée du système établi qu'il soit le fournisseur exclusif ou non. En cas de refus d'un ou plusieurs fournisseurs, ce ou ces derniers sont exclu(s) du système.



Tableau 3 : Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des gestionnaires face aux interdictions du Code de commercialisation (N = 3)

<i>CODE DE COMMERCIALISATION</i>	<i>INTENSITÉ DES ATTITUDES ET NOMBRE D'ÉNONCÉS</i>			
	+	±	-	P
• Pas d'échantillons aux mères	6** (2)*			
• Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux		8 (5)		
• Pas de laits artificiels gratuits aux hôpitaux	6 (2)			
<i>TOTAL</i>	12 (4)	8 (5)		

\* Nombre d'énoncés

\*\* Intensité totale = nombre x intensité

Tableau 6 : Nombre total d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL RÉGIONAL.

<i>MESURES DE L'IHAB</i>	<i>DIÉTÉTISTE</i>	<i>INFIRMIÈRE</i>	<i>MÉDECIN</i>	<i>TOTAL</i>
1. Politique d'allaitement	+3** (1)*	+6 (2)	+1 (2) -3	+10 (5) -3
2. Formation du personnel		+6 (2)		+6 (2)
3. Information des mères	+5 (2)		+2 (2) -3	+7 (4) -3
4. Mise au sein précoce		+6 (2)	+5 (3) -1	+11 (5) -1
5. Entretien de la lactation	+3 (2) ±3		+2 (2) -2	+5 (4) ±3 -2
6. Allaitement exclusif	+2 (1)	+10 (4)	+3 (1)	+15 (6)
7. Cohabitation 24 heures	+3 (1)	+3 (1)		+6 (2)
8. Allaitement à la demande	+3 (1)	+5 (2)	+4 (2)	+12 (5)
9. Pas de tétine artificielle		+2 (1)	±3 (1)	+2 (3) ±3 -3
10. Soutien aux mères	+7 (4) -2		+4 (3) ±3	+11 (7) ±3 -2

*CODE DE  
COMMERCIALISATION*

11. Pas d'échantillon aux mères		±3 (1)	+4 (2)	+4 (3) ±3
12. Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux	-3 (1)	±3 (1)	+5 (2)	+5 (4) ±3 -3
13. Pas de préparations lactées	-3 (1)	-3 (1)	+5 (1)	+5 (3) -6
<b>TOTAL</b>	+26, ±3, -11	+38, ±6, -3	+35, ±6, -9	+99, ±15, -23

\* Nombre total d'énoncés

\*\* Intensité totale = nombre x intensité

+ : attitudes favorables; ± : attitudes défavorables; - : attitudes conditionnelles

Tableau 7 : Nombre d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL UNIVERSITAIRE

MESURES DE L'IHAB	DIÉTÉTISTES	INFIRMIÈRE	MÉDECIN	TOTAL
1. Politique d'allaitement		+3** (1)*	+4 (2)	+7 (3)
2. Formation du personnel		+5 (2)		+5 (2)
3. Information des mères	+1 -5 (3)	+5 (2)	+3 (3) ±3 -2	+9 (8) ±3 -7
4. Mise au sein précoce	+1 (1)	+3 (1)	+2 (4) ±2 -5	+6 (6) ±2 -5
5. Entretien de la lactation	+3 (5) ±4 -1	+5 (2)	+3 (2)	+11 (9) ±4 -1
6. Allaitement exclusif	+2 (2) -2	+8 (4) -2	-3 (2) P	+10 (8) -7 P
7. Cohabitation 24 heures	±4 (2)	+5 (2)	+3 (2) ±3	+8 (6) ±7
8. Allaitement à la demande	±6 (2)	+8 (3)	±3 (1)	+8 (6) ±9
9. Pas de tétine artificielle	+2 (3) ±5	+3 (1)	P (1)	+5 (5) ±5 P
10. Soutien aux mères		+3 (1)	+3 (1)	+6 (2)
<b>CODE DE COMMERCIALISATION</b>				
11. Pas d'échantillon aux mères	±9 (3)	+3 (1)	P (2)	+3 (6) ±9 2P
12. Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux	+3 (2) ±2	+3 (1)		+6 (3) ±2
13. Pas de préparations lactées		+3 (1)	-3 (1)	+3 (2) -3
<b>TOTAL</b>	+12, ±30, -8	+57, -2	+18, ±11, -13, 4P	+87, ±41, -23, 4P

\*Nombre total d'énoncés,\*\* Intensité totale = nombre x intensité

+ : attitudes favorables, ± : attitudes défavorables, - : attitudes conditionnelles

Tableau 8 : Nombre d'énoncés et intensité des attitudes des répondants de l'HÔPITAL DE BANLIEUE.

<i>MESURES DE L'IHAB</i>	<i>DIÉTÉTISTE</i>	<i>INFIRMIÈRES</i>	<i>MÉDECINS</i>	<i>TOTAL</i>
1. Politique d'allaitement	+2 ** (1)*	+8 (3)	+2 (2) -3	+12 (6) -3
2. Formation du personnel		+9 (4)		+9 (4)
3. Information des mères	+3 (2)	+6 (4) -3	-4 (2)	+9 (8) -7
4. Mise au sein précoce	+2 (1)	+4 (3) -1	+3 (2) ±2	+9 (6) ±2 -1
5. Entretien de la lactation	+1 (1)	+3 (5) ±8	+2 (2) ±3	+6 (8) ±11
6. Allaitement exclusif	+3 (1)	±2 (3) -4	+5 (4) ±5	+8 (8) ±7 -4
7. Cohabitation 24 heures	±2 (1)	+8 (5) ±5	±12 (4)	+8 (10) ±19
8. Allaitement à la demande	+3 (1)	+7 (3)	+2 (4) ±6 -3	+12 (8) ±6 -3
9. Pas de tétine artificielle	-2 (1)	±3 (1)	+3 (3) -6	+3 (5) ±3 -6
10. Soutien aux mères	+3 (1)	+7 (3)	+5 (3) ±3	+15 (7) ±3

*CODE DE  
COMMERCIALISATION*

11. Pas d'échantillon aux mères	±3 (1)	+9 (3)	-1 (1)	+9 (5) ±3 -1
12. Pas de cadeaux au personnel ou aux hôpitaux	P (1)	+9 (4) -2	+1 (3) -3 P	+10 (8) -5 2P
13. Pas de préparations lactées	-3 (1)	-5 (2)	-6 (2)	-14 (5)
<b>TOTAL</b>	+17, ±5, -5	+70, ±18, -15	+23, ±31, -26 P	+110, ±54, -46, 2P

\* Nombre total d'énoncés, \*\* Intensité totale = nombre x intensité

+ : attitudes favorables, ± : attitudes défavorables, - : attitudes conditionnelles