

Université de Montréal

**Exploration de l'influence de la persuasion verbale sur la perception d'insuffisance
lactée : Étude de cas multiples**

Par Sarah-Emmanuelle Boulet

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de
l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc) en sciences infirmières, option
expertise-conseil

Octobre 2023

© Sarah-Emmanuelle Boulet, 2023

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :
**Exploration de l'influence de la persuasion verbale sur la perception d'insuffisance
lactée : Étude de cas multiples**

présenté par :
Sarah-Emmanuelle Boulet

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marilyn Aita
Présidente-rapporteuse

Marjolaine Héon
Directrice de maîtrise

Chantal Caux
Codirectrice

Christine Genest
Membre du jury

Résumé

La perception d'insuffisance lactée (PIL) est la première raison à travers le monde pour laquelle les mères cessent d'allaiter. La PIL est associée au niveau du sentiment maternel d'efficacité en allaitement (SMEA), lequel est entre autres influencé par la persuasion verbale. Basé sur le cadre théorique du SMEA de Dennis (1999), le but de cette étude de cas multiples était d'explorer l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, lequel influence la PIL et la poursuite de l'allaitement. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées trois mois après le début de l'expérience d'allaitement de cinq mères primipares, ayant poursuivi l'allaitement malgré une PIL. À la suite d'une analyse de contenu, les résultats ont montré que le deuxième mois constituait un moment clé dans le rehaussement du SMEA, favorisé par une meilleure compréhension des comportements infantiles. L'expérience acquise semble avoir limité l'influence des commentaires dissuasifs reçus des grands-mères. En offrant leur réassurance, notamment au sujet de la production lactée, la persuasion verbale de femmes détenant une expérience positive d'allaitement avait une influence positive. En contrepartie, la persuasion verbale des professionnels de la santé, tels que les conseillères en lactation et les infirmières, avait une influence négative lorsque ceux-ci manifestaient leurs préoccupations à l'égard du poids de l'enfant et suggéraient l'utilisation du tire-lait. À la lumière de ces résultats, les professionnels de la santé doivent améliorer leurs habiletés à transmettre les informations entourant la prise de poids et à encourager l'allaitement directement au sein.

Mots-clés : sentiment maternel d'efficacité en allaitement, perception d'insuffisance lactée, persuasion verbale, grand-mère, poids de l'enfant, tire-lait, infirmières, consultante en allaitement

Abstract

Across the world, the main reason for breastfeeding cessation is perceived insufficient milk (PIM). The level of maternal breastfeeding self-efficacy (BSE), which is influenced, among other factors, by verbal persuasion, affects PIM. This study aims to explore the influence verbal persuasion from significant people holds over BSE, which in turn has an impact on PIM and maintaining breastfeeding. A multiple case study was carried out in order to deepen the understanding around PIM. Semi-structured interviews were conducted with five primiparous mothers three months after they began breastfeeding, and who maintained breastfeeding despite experiencing PIM. Following a content analysis, the results showed that second month was a key moment in the enhancement of BSE, favored by a better understanding of childhood behaviors. Experience seems to have limited the influence of dissuasive comments from the grandmother. By the reassurance offered, especially about milk production, verbal persuasion received from women with positive breastfeeding experiences had a positive influence. In return, verbal persuasion from health professionals, like IBCLC and nurses, had negative influence when they were expressing worries regarding the infant's weight and was suggesting to use breast pumps. The results suggest that health professionals need to improve their ability to convey information regarding infant weight and should encourage breastfeeding directly to the breast.

Keywords: perceived insufficient milk, breastfeeding self-efficacy, verbal persuasion, grand-mother, nurses, lactation consultant, infant's weight, breast pumping

Table des matières

RÉSUMÉ	3
ABSTRACT	4
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	9
REMERCIEMENTS.....	10
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	12
But de l'étude.....	17
Questions de recherche	17
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	18
Stratégie de recherches documentaire.....	19
Bienfaits de l'allaitement	20
Taux d'allaitement maternel exclusif et raison de cessation	22
Physiologie de la lactation et types d'insuffisance lactée.....	24
Perception d'insuffisance Lactée (PIL)	27
Cadre théorique du sentiment maternel d'efficacité en allaitement et perception de l'insuffisance lactée	32
Influence de la persuasion verbale des personnes significatives	37
Influence des membres de la famille	37
Influence des professionnels de la santé	41
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	46
Devis de recherche.....	47
Étude de cas multiples	47
Définition du cas à l'étude	48
Milieu du déroulement de l'étude.....	48
Déroulement de l'étude.....	49
Stratégie d'échantillonnage.....	49
Recrutement et processus d'obtention du consentement	52
Collecte de données	54
Analyse des données	55
Critères de qualité	57
Considérations éthiques	58
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	60
Présentation des participantes	61
Participante 1 : Alexa.....	61
Participante 2 : Béatrice	62
Participante 3 : Christine.....	62

Participant 4 : Dorothée	63
Participant 5 : Évelyne	63
Résultats de l'étude	64
L'évolution de l'expérience de l'allaitement maternel dans un contexte de PIL	66
Les inquiétudes associées à la PIL en début d'expérience d'allaitement	66
Le SMEA rehaussé a fil de l'expérience.....	71
Les proches de la mère et leur influence sur le SMEA.....	75
L'expérience d'allaitement, l'implication au domicile et la persuasion verbale de la grand-mère	75
L'expérience d'allaitement et la persuasion verbale des femmes de l'entourage.	79
La persuasion verbale du conjoint, et son implication au domicile	81
Les professionnels de la santé et leur influence sur la SMEA	83
La persuasion verbale à l'égard du poids et des préparations commerciales pour nourrissons (PCN).....	84
La persuasion verbale en lien avec l'utilisation du tire-lait.	86
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	89
Discussion sur les résultats	90
Forces et limites	97
Recommandations.....	99
Recommandations pour la pratique infirmière.	99
Recommandations pour la formation infirmière.....	102
Recommandations pour la recherche infirmière.....	102
Conclusion	103
ANNEXES.....	124
Annexe A : Tableau illustrant la réduction de l'incidence de certaines maladies chez l'enfant selon la durée d'allaitement.....	125
Annexe B : Distinction entre les facteurs associés au retard de la lactogénèse II et ceux associés à l'échec de la lactogénèse II ou d'une faible production lactée, traduit de l'étude de Hurst (2007)	128
Annexe C : Les signes d'un apport suffisant de lait au bébé par rapport à ceux traduisant un apport insuffisant de lait au bébé, tiré du livre Mieux Vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans de l'INSPQ (2023)	130
Annexe D : Influences entre les capacités infantiles, la PIL et le SMEA, schéma tiré de l'étude de Galipeau (2011).....	132
Annexe E : Lettre à l'intention des personnes-ressources pour l'accès au milieu.....	134
Annexe F : Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche	137
Annexe G : Formulaire d'information et de consentement	140
Annexe H : Questionnaire sociodémographique et guide d'entretien	148
Annexe I : Certificat éthique.....	153

Liste des figures

Figure 1 : Schématisation du cadre théorique du SMEA de Dennis (1999)

Figure 2 : Schématisation des résultats

Liste des sigles et des abréviations

AIHW (*Australian Institute of Health and Welfare*) : Institut Australien de la santé et du bien-être

ASPC : Agence de la santé publique au Canada

ABM (*Academy of breastfeeding medicine*): Académie de l'allaitement en médecine

AAP (*American Academy of Pediatrics*) : Académie de pédiatrie américaine

FIL (*Feedback Inhibitor of Lactation*) : Inhibiteur rétroactif de la lactation

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IBCLC : Consultante en lactation

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCN : Préparations commerciales pour nourrissons

PIL : Perception d'insuffisance lactée

SMEA : Sentiment maternel d'efficacité en allaitement

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier les cinq participantes qui ont accepté de participer à l'étude et saluer la générosité avec laquelle elles ont partagé leur expérience. Il va sans dire que ce projet n'aurait été possible sans le soutien de ma directrice, Marjolaine Héon, et de ma codirectrice, Chantal Caux. Le désir de poursuivre mes études à la maîtrise est venu de toi, Marjolaine, lors de mon parcours au baccalauréat. Il allait de soi que tu m'accompagnes dans ce projet. Je me souviens de cette expression que tu disais « il faut que ça vienne des tripes », en parlant du choix du sujet de l'étude à entreprendre. C'est parce que tu as su me guider vers un sujet de recherche qui me tient tant à cœur, qu'il a été possible pour moi de persévérer vers la finalité de ce projet, 7 ans plus tard. Chantal et Marjolaine, je me considère énormément privilégiée d'avoir eu accès à votre expertise. Vous m'avez amenée à réfléchir et à me dépasser. J'ai apprécié les conseils que vous m'avez offerts dans les moments plus difficiles, et votre enthousiasme lorsque des progrès étaient réalisés. Je me suis sentie soutenue tout au long de ce long processus. La finalité de ce mémoire est à ce jour mon plus grand accomplissement, et c'est en partie grâce à vous.

Je remercie chaleureusement Roseline Galipeau. Tu as été un modèle pour moi. Ta contribution au développement des connaissances sur le phénomène de la PIL m'a amenée à faire de même. Je me sens choyée d'avoir eu la chance de travailler à tes côtés.

Je tiens à témoigner de ma reconnaissance à Mme Nancy Feeley, d'avoir accepté de soutenir la réalisation du projet de recherche dans le milieu clinique.

Merci à vous, Marilyn Aita et Christine Genest, d'avoir accepté de faire partie du comité d'approbation et d'être membres du jury.

J'aimerais également souligner la contribution de Anne-Marie Labrecque. J'ai grandement apprécié ton énergie et ton « pep talk » lorsque je croyais que ce projet n'était plus réalisable. À la suite de notre discussion, j'ai eu la confiance d'affirmer que j'allais être en mesure de terminer ce mémoire.

Cecilia, mon ancienne collègue, et précieuse conseillère en allaitement. En plus m'avoir soutenue dans l'avancement de ce projet, tu m'as encouragée à poursuivre le cours de consultante en allaitement, le plus beau rôle du monde.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien émotionnel et leurs encouragements.

Chapitre 1 : Problématique

L'allaitement maternel procure des bienfaits à court, moyen et long terme pour la santé des nourrissons, en plus de contribuer à la santé maternelle (Victora et al., 2016). En effet, peu de comportements de santé ont autant d'impacts positifs sur la santé de la population que l'allaitement (Gavine et al., 2022). C'est pourquoi plusieurs organisations de santé, telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement recommandent un allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant (Gouvernement du Canada, 2023; OMS, 2023).

En dépit de ces recommandations, peu de nourrissons sont allaités exclusivement durant six mois à travers le monde. Il a été estimé que 48% des nourrissons ont été allaités exclusivement durant les six premiers mois à l'échelle mondiale en 2022 (Global Breastfeeding Collective (GBC), 2022). Selon les données les plus récentes, provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée de 2017 à 2018, à laquelle ont participé 110 000 mères ayant donné naissance au cours des cinq dernières années, il a été observé que seulement 35% des mères au Canada pratiquent l'allaitement exclusif, malgré un taux d'initiation élevé de 91 % (Statistique Canada, 2021).

Si la plupart des femmes amorcent l'allaitement après la naissance, peu maintiennent ce comportement au fil des mois. L'abandon de l'allaitement serait deux fois plus élevé durant le premier mois suivant la naissance qu'à tout autre moment (Statistique Canada, 2021). La principale cause de l'arrêt de l'allaitement, expliquant 43% des abandons au cours du premier mois est « pas assez de lait maternel » [traduction libre] (Agence de la santé publique au Canada [ASPC], 2022, p3). La perception d'insuffisance lactée (PIL) survient lorsqu'une mère croit de ne pas produire suffisamment de lait maternel pour satisfaire son enfant (Hill et Humenick, 1996; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001). Les mères canadiennes ne sont pas les seules à mettre fin à l'allaitement en raison d'une PIL. Depuis plus de deux décennies, ce facteur est l'une des principales raisons à l'échelle mondiale expliquant pourquoi l'allaitement est délaissé dans les premières semaines suivant son initiation (Hauck et al., 2011; Lewallen et al., 2006; Li et al., 2008; Odom et al., 2013; Tang et al., 2015; Wagner et al., 2013; Zimmerman et al., 2022).

Pourtant, il est très rare d'avoir une production lactée insuffisante lorsqu'un nouveau-né à terme et en santé est allaité à sa demande (Kent et al., 2012). L'insuffisance de production lactée primaire est un problème physiologique peu commun et ne concernerait que 5% des femmes (Neifert, 2001; Marasco, 2014). Cette insuffisance primaire est généralement due à un sous-développement mammaire ou à une chirurgie mammaire comme une mastectomie, une réduction mammaire ou l'ablation d'un kyste (Neifert, 2001). L'insuffisance lactée secondaire, quant à elle, survient lorsque le processus physiologique normal est interrompu par un facteur externe qui limite la fréquence ou l'efficacité de la stimulation de la glande mammaire (Farah et al., 2021; Neifert, 2001; Hurst, 2007; Truchet et Honvo-Houéto, 2017). Notons par exemple, l'introduction de préparations commerciales pour nourrissons (PCN) de manière concomitante à l'allaitement (Neifert, 2001; Whalen et Cramton, 2010), une succion non efficace du nouveau-né ou un nombre insuffisant de tétées (Kent et al., 2012). En revanche, ce type d'insuffisance est réversible par des interventions visant à augmenter l'efficacité de la stimulation du sein et le prélèvement de lait au sein (Kent et al., 2012).

Étant donné la faible prévalence de l'insuffisance lactée avérée et la récurrence de la PIL, Galipeau et al. (2017) ont réalisé une étude auprès de 123 mères canadiennes de nouveau-nés à terme et allaitant pour la première fois, dans le but de déterminer si les femmes qui perçoivent une insuffisance lactée ont réellement une production lactée insuffisante. Dans cet échantillon, les données révèlent que la PIL, rapportée par 18% des femmes 48 heures après la naissance et 7,5% de celles-ci lors de la 2^e semaine postnatale, n'était pas associée à la production lactée actuelle, c'est-à-dire que les mères ayant une PIL avaient en réalité une production lactée suffisante.

En fait, ce que révèle cette étude, ainsi que plusieurs autres (Galipeau, 2011; Gatti, 2008; Gökçeoğlu et Küçükoğlu, 2016; Otsuka et al., 2008, Sandhi et al., 2020; Segura-Pérez et al., 2022), c'est que la PIL est plutôt reliée au niveau du sentiment maternel d'efficacité en allaitement (SMEA), ce dernier étant défini comme la confiance maternelle en sa capacité d'allaiter ou de la capacité perçue de la mère à allaiter son nouveau-né (Dennis, 1999). En effet, une mère avec un faible niveau de SMEA serait plus prédisposée à douter de sa capacité à produire suffisamment de lait alors que celle détenant un haut

niveau de SMEA aurait moins tendance à percevoir sa production de lait comme étant insuffisante pour répondre aux besoins de son enfant (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Gatti, 2008; Gökçeoğlu et Küçükoğlu, 2016; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001; Otsuka et al., 2008; Sandhi et al. 2020). Par ailleurs, plus une femme pense qu'elle ne produit pas suffisamment de lait (PIL), plus sa confiance en sa capacité d'allaiter sera altérée (SMEA; Dennis, 1999; Galipeau, 2011). Un cadre théorique du SMEA a été développé par Dennis (1999), sur lequel il apparaît pertinent de s'appuyer pour comprendre comment le SMEA influence la PIL chez les mères. Précisons que d'autres facteurs associés à la PIL ont été rapportés par la littérature, lesquels seront abordés à la suite de la description du cadre théorique.

Le cadre théorique du SMEA de Dennis (1999) (Figure 1), a été conceptualisé d'après la théorie sociocognitive de Bandura (1977). Le SMEA constitue une variable déterminante de la durée de l'allaitement puisqu'elle prédit si la mère choisira d'allaiter ou non, la quantité d'efforts qu'elle déploiera dans la poursuite de ce comportement, et comment elle réagira émotionnellement aux difficultés rencontrées (Dennis, 1999). Différentes sources d'informations permettent de rehausser ou de diminuer le niveau du SMEA (Dennis, 1999). Selon le modèle théorique de Dennis (1999), il existe quatre sources qui influencent le SMEA : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, et les réponses physiologiques (Dennis, 1999). L'expérience active de maîtrise du comportement d'allaiter s'acquiert par l'évaluation maternelle de ses capacités d'allaitement et de celles de son enfant (Dennis, 1999; Galipeau, 2011). L'expérience vicariante se traduit par l'observation d'autres femmes allaitantes. Les réponses physiologiques consistent en l'influence de la douleur, la fatigue, le stress et l'anxiété (Dennis, 1999). La persuasion verbale est une source d'influence provenant de l'encouragement des personnes significatives de la mère (famille, ami(e)s et professionnel(e)s de la santé). En explorant les sources d'informations du SMEA en relation avec la PIL, il est possible de mieux comprendre les éléments qui génèrent ou pallie la PIL, ainsi que les conséquences de cette perception sur les pratiques subséquentes d'allaitement.

Tout d'abord, des capacités infantiles jugées moindres par la mère altèreraient l'expérience active de maîtrise du comportement d'allaiter, contribuant à diminuer le niveau du SMEA et à augmenter l'incidence de la PIL (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017). Ces capacités font référence aux pleurs et à l'irritabilité du nouveau-né au sein, de même que la difficulté de celui-ci à s'accrocher au sein. N'ayant toutefois pas été discutés à travers le cadre théorique de Dennis (1999), les pleurs et l'irritabilité du nourrisson ont été mis en évidence comme étant le premier indicateur expliquant pourquoi les mères rapportent une PIL (Gatti, 2008; Huang et al., 2009; Peacock-Chambers et al. 2017; Segura-Pérez et al., 2022; Wood et al., 2021). Traduits comme un signe d'insatisfaction, les mères perçoivent ces comportements comme un signe d'insuffisance lactée. Sous l'influence de l'expérience vicariante, une femme pourrait anticiper une PIL même avant l'arrivée du nouveau-né, dépendamment des expériences antérieures d'allaitement vécues par sa famille et ses amis (Flaherman et al., 2012; Peacock-Chambers et al., 2017). D'autres chercheurs discutent de la PIL comme d'une réponse physiologique de stress (Hillervik-Lindquist, 1991; Flaherman et al., 2016; Peacock-Chambers et al., 2017). D'une part, l'anxiété ressentie semble être à l'égard du poids de l'enfant (Flaherman et al., 2012; Flaherman et al., 2016). Une perte de poids excessive du nouveau-né, c'est-à-dire une perte de poids excédant 10% du poids de naissance (Flaherman et al., 2016), de même que la routine de la pesée en soi (Flaherman et al., 2012), effectuée par les professionnels de la santé, semble accentuer le doute ressenti par les femmes sur leur compétence d'atteindre une production lactée suffisante. Autrement, la quantité moindre de lait obtenu lors d'une séance d'expression au tire-lait pourrait inquiéter les mères, et leur donner l'impression qu'elles ne produisent pas suffisamment de lait (De Roza et al., 2019; Flaherman et al., 2014). Les femmes répondraient généralement au stimulus stressant de la PIL par l'introduction de PCN (Chantry et al., 2014; Flaherman et al., 2016; Peacock-Chambers et al., 2017; Pérez-Escamilla et al., 2019; Tang et al., 2015; Wagner et al., 2013). Toutefois, l'introduction précoce de PCN augmente les risques d'une insuffisance secondaire (Neifert, 2001) et est associée de façon significative à une durée plus courte d'allaitement (Hauck et al., 2011; Perrine et al., 2012; Whalen et Cramton, 2010).

Le SMEA est également influencé par la persuasion verbale (Dennis, 1999), source d'information qui mériterait d'être explorée en relation avec la PIL (Galipeau, 2011). Ce serait en attirant l'attention sur les aspects positifs d'une séance d'allaitement et en valorisant les compétences nouvellement acquises en matière d'allaitement que le sentiment d'auto-efficacité des femmes pourrait être renforcé (Dennis, 1999). Néanmoins, aucune étude ne permet de comprendre si des encouragements ou une réassurance offerte à la mère vivant avec une PIL permet de rehausser le SMEA et ainsi modifier la PIL ou encore favoriser la poursuite de l'allaitement. Les personnes significatives aux yeux de la mère sont celles dont les encouragements sont les plus susceptibles d'influencer favorablement le sentiment d'auto-efficacité personnelle de la mère (Dennis, 1999). Il serait ainsi pertinent d'explorer l'influence de la persuasion verbale prodiguée par les personnes significatives de la mère, par exemple le ou la partenaire, la grand-mère, les amis ou encore différents professionnels de la santé tel que les infirmières, les médecins et les consultantes en lactation, sur le SMEA de mères ayant eu une PIL et ayant poursuivi l'allaitement malgré cette perception. Pour atteindre le but de l'étude, une étude de cas multiples sera réalisée, laquelle sera soutenue par le cadre théorique de Dennis (1999).

But de l'étude

Le but de la présente étude est donc d'explorer l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le SMEA et ultimement la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant eu une PIL.

Questions de recherche

- Qui sont les personnes significatives de la mère qui influencent le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement ?
- Comment la persuasion verbale effectuée par des personnes significatives d'une mère ayant eu une PIL a influencé son SMEA, sa PIL et la poursuite de l'allaitement ?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Cette étude abordera l'influence de la persuasion verbale effectuée par les personnes significatives de la mère sur le SMEA et ultimement, sur la PIL et la poursuite de l'allaitement. Le présent chapitre dressera tout d'abord le portrait de la situation actuelle de l'allaitement, à savoir les bienfaits conférés à la pratique de l'allaitement, les taux d'allaitement maternel exclusif au Canada et dans certains autres pays et les principales raisons de son abandon avant les six premiers mois de vie. La section suivante décrira la physiologie de la lactation et les types d'insuffisances lactées, pour ensuite aborder les écrits en lien avec la PIL. Ensuite, le cadre théorique du SMEA de Dennis (1999) sera présenté, lequel servira à introduire la relation entre la PIL et le SMEA. Enfin, la dernière section exposera les connaissances actuelles quant à l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement.

Stratégie de recherches documentaire

La recension des écrits a été effectuée à l'aide de la base de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) et ScienceDirect. Les études devaient être publiées entre 2006 et 2019, rédigées en anglais ou en français et s'intéresser aux mères ayant accouchées de nouveau-nés à terme et en santé. Au total, 27 études ont été retenues. Les mots-clés suivants ont été utilisés dans CINAHL : *early cessation* ou *reason* ou *early discontinuation*, *breastfeed* ou *breast-feed*, *perceived insufficient milk supply* ou *Milk supply concern*, ayant permis de repérer des articles sur la prévalence du phénomène de la PIL, agissant comme barrière à la durée et l'exclusivité de l'allaitement. D'autres articles ont été retenus puisqu'ils illustraient l'influence du SMEA dans l'incidence de la PIL. Les mots-clés appliqués dans CINAHL étaient : *perceived insufficient milk supply* ou *milk supply concern*, combinés aux indicateurs Mesh "Self-Efficacy" et "Breast Feeding". Dans l'optique de recenser des écrits ayant spécifiquement exploré l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement, la démarche documentaire précédente a été combinée avec différents mots-clés tels que : *encouragement* ou *verbal persuasion* ou *language* ou *support*, *midwife* ou *nurses* ou *health professionals* ou *fathers* ou *family members*. Les résultats ne se sont pas avérés concluants pour répondre au but de l'étude, supportant la

nécessité de générer des connaissances sur l'une des sources d'influence du SMEA, soit la persuasion verbale, afin de mieux comprendre le phénomène de la PIL. D'autres termes tels *women's experience* ou *maternal perceptions* ou *women's perceptions, breastfeeding* ou *breastfeeding support*, ont néanmoins permis de repérer des articles scientifiques pertinent au but de l'étude, soit des articles s'intéressant aux langages utilisés pour parler d'allaitement et à la notion de confiance maternelle. Puisque la collecte et l'analyse des données a eu lieu quatre années suivant la recension des écrits, une deuxième revue de la littérature a été effectuée avec la même équation de recherche dans le but d'explorer si de nouvelles études pertinentes au but de la recherche ont été publiées entre 2019 et 2023. Au terme de cette démarche, dix études supplémentaires ont été retenues. Notons que la recension des écrits a été bonifié par d'autres types de littérature notamment celle rapportant les bénéfices procurés par l'allaitement, et celle portant sur la physiologie de la lactation, laquelle comprend des écrits de références datant de plusieurs années.

Bienfaits de l'allaitement

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ainsi que plusieurs autres organisations internationales et nationales telles que la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement, recommandent un allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois de vie, ainsi que sa poursuite en complémentarité avec d'autres aliments jusqu'à l'âge d'au moins deux ans ou tant que la dyade mère-bébé le désire (Gouvernement du Canada, 2023; OMS, 2023). Ces recommandations émanent de nombreuses recherches qui mettent en évidence les bienfaits à long terme que procure l'allaitement maternel sur la santé des mères et de leurs enfants (Bartick, 2017; Meek et al., 2022; Stoodly et al., 2019; Ip et al., 2009; Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016).

En effet, l'allaitement offre de nombreux avantages pour l'enfant aux plans nutritionnel et immunologique. Le lait maternel se distingue des préparations commerciales pour nourrissons par ses propriétés nutritionnelles puisqu'il contient certaines composantes qui ne peuvent être reproduites en laboratoire et qui évoluent selon l'âge et les besoins spécifiques de l'enfant (Beaudry et al., 2006; Lawrence et Lawrence,

2021). En effet, le lait maternel contient les anticorps de la mère, des hormones, des facteurs de croissance et des cellules vivantes qui permettent de défendre le bébé contre les virus, les bactéries et les infections, en plus de stimuler sa croissance et le développement de son système digestif et immunitaire (Santerre et Fortin, 2011; Meek et al., 2022). Le lait maternel permet de diminuer l'incidence d'otites (Bowatte et al., 2015), de pneumonies (Quigley et al., 2016), d'infections du tractus gastro-intestinal (Ip et al., 2007; Ip et al., 2009; Duijts et al., 2010; Quigley et al., 2016) et confère une protection contre l'eczéma (Dogaru et al., 2014; Ip et al., 2007; Greer et al., 2008). Les bénéfices de l'allaitement s'obtiennent selon une relation de dose-réponse, où ses bienfaits sont proportionnels avec sa durée. Le tableau présenté à l'annexe A fait état de la réduction de l'incidence de certaines maladies chez l'enfant selon la durée de l'allaitement, d'après la revue systématique de Meek et al. (2022), réalisée en collaboration avec l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP).

Pour ce qui est des avantages maternels, l'allaitement engendre une perte de sang moins importante chez la mère en post-partum immédiat ainsi qu'une involution de l'utérus plus rapide (Victora et al., 2016). De plus, l'augmentation de la durée de l'allaitement mène à une plus grande période d'aménorrhée (Chowdhury et al., 2015), en plus de faciliter la perte de poids suite à la grossesse (Krause et al., 2010). Le risque de présenter une dépression post-partum est également plus élevé chez les femmes qui n'expérimentent pas l'allaitement ou qui cessent de façon précoce (Sha et al., 2019). On observe une relation inverse entre la durée de l'allaitement et le développement de certaines maladies maternelles, notamment le cancer du sein et des ovaires (Bartick, 2017; Ip et al., 2007; Ip et al., 2009; Stuebe et al., 2009; Victora et al., 2016). Par exemple, une durée d'allaitement de 12 mois est associée à 28% moins de risque de cancer du sein (Unar-Munguía et al., 2017). D'un point de vue psychoaffectif, l'allaitement favorise le lien d'attachement puisqu'il procure un effet de bien-être maternel lorsque l'ocytocine est sécrétée, provoquant la libération concomitante de dopamine (Douglas, 2010; Shahrokh et al., 2010; Strathearn, 2011).

D'autres avantages de l'allaitement sont à prendre en considération, notamment sur les plans économique et environnemental, un enjeu d'actualité. Effectivement, la pratique

de l'allaitement n'engendre aucun coût, permettant ainsi à la mère d'économiser. De plus, considérant l'utilisation excessive de plastique associée à l'alimentation artificielle, la pratique de l'allaitement minimise les dommages environnementaux, soutenant les efforts déployés pour lutter contre les changements climatiques (Smith, 2019). L'allaitement contribue donc au développement durable et à la sécurité alimentaire (Rollins et al., 2016).

Pour conclure, les résultats probants suggèrent que l'allaitement est la méthode d'alimentation la plus sûre et la plus saine pour nourrir un enfant en plus de contribuer à la santé des femmes (Meek et al., 2022). Puisque ces bienfaits s'obtiennent selon une relation de dose-réponse, il est essentiel de promouvoir un allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie et sa poursuite jusqu'à au moins deux ans, ou jusqu'à ce que la dyade mère-bébé le désire (OMS, 2023).

Taux d'allaitement maternel exclusif et raison de cessation

L'allaitement, promu comme une pratique bénéfique pour l'enfant, encourage et motive certainement la majorité des femmes à donner le sein (Burns et al. 2010). Toutefois, plusieurs mères semblent mettre fin à l'allaitement plus tôt que ce qu'elles avaient prévu en période prénatale (Li et al., 2008; Odom et al., 2013; Whipps et Demirci, 2021; Wagner et al., 2013). On constate une différence marquée entre les taux d'initiation de l'allaitement et ceux enregistrés lors du sixième mois de vie. À titre d'exemple, notons qu'aux États-Unis (Center for Chronic Disease and Prevention [CDC], 2020), au Royaume-Uni (McAndrew et al., 2012) et en Australie (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2012), selon les dernières données disponibles, les taux d'initiation étaient respectivement de 83,2 %, 81% et 96%, en comparaison aux taux d'allaitement maternel exclusif au sixième mois qui étaient respectivement de 24,9%, 1% et 15%. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017-2018 (Statistique Canada, 2021) 92% des femmes ont initié l'allaitement, diminuant à un taux de 40% d'allaitement maternel exclusif au sixième mois de vie (Statistique Canada, 2021). Avec un taux de 25%, le Québec fait partie des provinces canadiennes où les taux d'allaitement maternel exclusif à six mois sont les plus faibles (Statistique Canada, 2022). Un collectif mondial pour l'allaitement maternel, orchestré par l'OMS et l'UNICEF, a d'ailleurs été mis sur pied dans

le but d'élever ce taux à 50% d'ici 2025 (UNICEF, 2017). Pour réussir à rehausser les taux d'allaitement, il faut d'abord connaître les raisons motivant l'abandon de l'allaitement au cours des six premiers mois de vie.

C'est ce dont ont traité certaines études, dont les résultats se rejoignent quant aux raisons expliquant pourquoi de nombreuses mères amorcent l'allaitement, mais décident d'y mettre fin plus tôt que ce qu'elles avaient prévu (Feenstra et al., 2018; Hauck et al., 2011; Lewallen et al., 2006; Odom et al., 2012; Wagner et al. 2013). La difficulté à mettre l'enfant au sein et la douleur lors de la mise au sein (Feenstra et al., 2018; Lewallen et al., 2006; Wagner et al., 2013; Williamson et al. 2012) figurent parmi les principales raisons justifiant l'arrêt de l'allaitement chez les mères vivant aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et au Danemark, et ce, dès les premières semaines suivant son initiation. En effet, les femmes vivant avec des difficultés d'allaitement sont plus à risque d'introduire des préparations commerciales entre le 30^e et 60^e jour postpartum, ou encore de mettre fin à l'allaitement avant le 60^e jour (Wagner et al., 2013). Il en est de même au Canada, où la difficulté à appliquer les techniques d'allaitement représente la deuxième raison expliquant pourquoi les femmes ont délaissé l'allaitement au cours des six premiers mois entre 2017 et 2018 (Statistique Canada, 2021). Cependant, la perception d'insuffisance lactée (PIL) est la première raison évoquée par les femmes canadiennes, de même que celles provenant d'autres pays, pour avoir introduit des PCN ou cessé l'allaitement dans les premières semaines suivant son initiation (Statistique Canada, 2021; Hauck et al., 2011; Lewallen et al., 2006; Li et al., 2008; Peacock-Chambers et al., 2017; Perez-Escamilla et al., 2019 ; Rodrigo et al., 2019; Tang et al., 2015; Wagner et al., 2013).

La perception d'insuffisance lactée (PIL) survient lorsqu'une mère croit ne pas produire suffisamment de lait maternel pour satisfaire son enfant (Hill et Humenick, 1996; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001). Depuis plusieurs années, la PIL apparaît comme l'une des raisons expliquant l'arrêt de l'allaitement au cours des six premiers mois dans les pays développés (Brown et al., 2014; Camurdan et al., 2008; Chan et al., 2016; Flaherman, Beiler et al., 2016; Gatti, 2008; Gallegos et al., 2014; Huang et al., 2022; McQueen et al., 2011; Odom et al., 2012; Perera et al., 2012; Teich et al., 2014; Wu et al., 2014) de même

que ceux en développement (Abuidhail et al., 2014; Agbo et al., 2013; Arusei et al., 2011 ; Nabulsi, 2011; Ulak et al., 2012). Il semble que les femmes seraient plus susceptibles d'abandonner l'allaitement en raison d'une PIL au cours des six premières semaines suivant son initiation (Brown et al., 2014; Camurdan et al., 2008; Gatti, 2008; Galipeau et al., 2017; Hauck et al., 2011; Huang et al., 2022; Lewallen et al., 2006).

En résumé, les taux d'allaitement pour les six premiers mois au Canada, de même que dans certains autres pays, restent en dessous de ce qui est recommandé par l'OMS et l'UNICEF. La PIL pourrait être à l'origine de nombreux arrêts de l'allaitement à travers le monde, puisqu'il s'agit de la raison la plus fréquemment mentionnée par les femmes pour avoir mis fin à l'allaitement. À ce jour, la PIL reste un phénomène à clarifier, notamment à savoir s'il traduit une réelle insuffisance de la production lactée. Pour mieux comprendre la complexité du phénomène d'intérêt de l'étude qu'est la PIL, laquelle sera plus amplement discutée dans l'une des sections suivantes, la physiologie de la lactation et les types d'insuffisances lactées se doivent d'être abordés.

Physiologie de la lactation et types d'insuffisance lactée

Bien que de nombreuses mères à travers le monde aient la perception de ne pas produire suffisamment de lait, l'insuffisance de production lactée semble être un problème médical peu commun, généralement dû au tissu glandulaire mammaire inadéquat (Neifert, 2001; Neville et Morton, 2001). La PIL pourrait résulter entre autres d'un manque de connaissance à propos du processus normal de la production lactée (DaMota et al., 2012). À cet effet, il paraît légitime de décrire le déroulement des deux phases qui caractérisent la lactogénèse, soit la lactogénèse I et la lactogénèse II, le processus par lequel la lactation est maintenue tout au long de l'allaitement et les deux types d'insuffisances lactées, soit l'insuffisance de type primaire et celle de type secondaire.

Durant la grossesse, la glande mammaire se prépare à devenir mature pour être en mesure de sécréter du lait (Farah et al., 2021; Neville, 2001; Neville et Morton, 2001). Cette phase est appelée lactogénèse I. Après l'accouchement, une chute dans les taux de progestérone consécutive à la délivrance placentaire permet l'activation de la lactogénèse, aussi appelée lactogénèse II (Farah et al., 2021; Kuhn, 1977; Neifert et al., 1981). Ce stade,

qui est caractérisé par l'initiation d'une production lactée abondante, survient environ dans les premières 72 heures suivant la naissance (Neville et al., 2002; Neville, 1991; Nommsen-Rivers et al., 2010). Une production lactée abondante au 3^e jour après la naissance est d'ailleurs favorisée par l'initiation précoce de l'allaitement après l'accouchement, le contact peau-à-peau à la naissance (Galipeau et al., 2017) ainsi que la fréquence élevée de tétées par 24 heures (Galipeau et al., 2017; Hill et al., 2005; Yamauchi et Yamanouchi, 1990).

Une fois la montée laiteuse arrivée, deux mécanismes régularisent la lactation, soit un contrôle endocrine et l'autre, autocrine (Boss et al., 2018; Neville et al., 1999; Trucher et Honvo-Houéto, 2017). Le contrôle endocrine s'effectue à l'aide de deux hormones principales, soit la prolactine et l'ocytocine (Neville, 2001). La prolactine est l'hormone responsable de la production lactée (Neville et al., 1999) et l'ocytocine est responsable du réflexe d'éjection (Neville, 2001). Le contrôle autocrine se fait au moyen d'une glycoprotéine appelée FIL (*Feedback Inhibitor of Lactation*) qui ajuste la production lactée en fonction de la quantité résiduelle de lait dans le sein (Daly et Hartmann, 1995; Neville, 1999). C'est d'ailleurs grâce à ce mécanisme que l'on affirme que l'allaitement fonctionne selon le principe de l'offre et de la demande (Neville, 2001). La glande mammaire sécrètera du lait tant et aussi longtemps que du lait sera efficacement et fréquemment prélevé du sein (Boss et al., 2018; Truchet et Honvo-Houéto, 2017).

Bien que cela ne concerne qu'une faible proportion de femmes allaitantes, une insuffisance de production lactée est possible et se distingue en deux types, soit l'insuffisance primaire et l'insuffisance secondaire (Hurst, 2007). Précisons qu'il est aussi nommé dans la littérature d'insuffisance de type pré glandulaire, glandulaire, et post glandulaire (Farah et al., 2021), discutant des mêmes facteurs que ceux présentés ci-dessous.

Il a été estimé qu'environ 5% des femmes présenteraient une insuffisance lactée primaire (Marasco, 2014; Neifert, 2001). Ce type d'insuffisance survient en présence de certains facteurs liés aux variations anatomiques du sein ou à des conditions médicales particulières (Neifert, 2001). L'insuffisance primaire peut provenir d'une hypoplasie

mammaire (Kent et al., 2012), d'un tissu glandulaire inadéquat pouvant être le résultat d'une chirurgie mammaire, telle qu'une mastectomie ou une réduction mammaire, ou pourrait survenir suite à l'ablation d'un kyste (Neifert, 2001; Neville et Morton, 2001) ou par la présence d'un piercing au mamelon (Garbin et al., 2009). De plus, le syndrome de Sheehan (Neifert, 2001; Hurst, 2007; Willis et Livingstone, 1995), secondaire à une hémorragie du postpartum, de même que l'hypertension maternelle (Neifert, 2001) peuvent également mener à l'échec de la lactogénèse II. Notons que les femmes présentant une insuffisance primaire n'auront pas la capacité d'atteindre une production lactée suffisante même si elles améliorent leur technique d'allaitement ou augmentent la fréquence de la stimulation des seins (Neifert, 2001).

Contrairement à l'insuffisance primaire, l'insuffisance secondaire est plus fréquente et est causée par des facteurs qui interfèrent avec une stimulation ou un prélèvement efficace de lait du sein (Farah et al., 2021; Neifert, 2001, 2004), altérant le processus de la lactation décrit précédemment. Les causes possibles de ce type d'insuffisance incluent toutes les conditions médicales affectant l'habileté du nouveau-né à téter efficacement au sein (Hurst, 2007). Ces conditions comprennent la prématurité (Hurst, 2007), les maladies cardiaques congénitales, l'hypothyroïdie congénitale, la fissure palatine, un désordre neurologique (Lawrence et Lawrence, 2021) ou l'ankyloglossie (Forlenza et al., 2010), cette dernière étant caractérisée par un frein de langue court, risquant de limiter les mouvements de la langue (Rowan-Legg, 2015). Dans le même ordre d'idées, toutes conditions maternelles ayant limité la quantité de lait extrait du sein sont susceptibles de mener à une insuffisance lactée secondaire (Hurst, 2007; Neifert, 2001). L'introduction de PCN au moment de l'activation de la lactogénèse II, lorsque non indiquée médicalement, est une cause fréquente d'insuffisance secondaire puisque la glande mammaire s'en trouve moins stimulée (Neifert, 2001; Neifert et Bunik, 2013; Pérez-Escamilla et al., 2019; Whalen et Cramton, 2010). D'autres facteurs associés au retard de la montée laiteuse¹, tels que la primiparité et la délivrance par césarienne, sont susceptibles de mener à une insuffisance secondaire s'ils ne sont pas gérés efficacement.

¹ Un retard dans l'arrivée de la montée laiteuse est constaté en l'absence de perception maternelle de montée laiteuse 72 h ou plus après la naissance (Chapman et Perez-Escamilla, 1999 ; Dewey et al., 2003; Farah et al., 2021)

Le tableau présenté dans l'annexe B fait la distinction entre les facteurs liés au retard de la lactogénèse II et ceux associés à l'échec de la lactogénèse II ou à une faible production lactée. L'insuffisance secondaire est néanmoins réversible par des interventions visant à augmenter la stimulation de la glande mammaire et améliorer l'efficacité du prélèvement de lait du sein. À titre d'exemple, la correction de la position et de la prise du sein de l'enfant de même que des tétées plus fréquentes optimiseront la production lactée (Hurst, 2007; Kent et al., 2012; Neifert, 2001, 2004).

En bref, l'insuffisance de production lactée primaire est un problème médical rare. Pour ce qui est de l'insuffisance secondaire, tel que discuté précédemment, plusieurs facteurs peuvent en être responsables. C'est d'ailleurs ce qui rend la tâche complexe dans l'exercice de déterminer si la PIL est ressentie en dépit d'une production lactée adéquate ou si elle provient de pratiques d'allaitement sous optimales ayant menées à l'insuffisance secondaire.

Perception d'insuffisance lactée (PIL)

Une perception relève d'un processus cognitif, par lequel une personne obtient une compréhension d'un évènement à partir d'un stimulus présent dans son environnement (Larousse, 2020). La perception d'insuffisance lactée (PIL) survient lorsqu'une mère croit de ne pas produire suffisamment de lait maternel pour satisfaire son enfant (Hill et Humenick, 1996; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001). Alors que l'on connaît les contextes dans lesquels une insuffisance de la production lactée peut survenir, il importe de comprendre les éléments qui mènent à la PIL. La prochaine section servira tout d'abord à éclaircir le lien entre l'insuffisance de la production lactée et la perception d'insuffisance lactée et ensuite à présenter les facteurs associés à la PIL.

Étant donné la faible prévalence de l'insuffisance lactée, il est préoccupant de constater une proportion élevée de femmes ayant la perception de ne pas produire suffisamment de lait. D'ailleurs, trois études dévoilent que la PIL ne serait pas associée à une insuffisance de lait (Galipeau et al., 2017; Hillervik-Lindquist, 1991; Nurhayati et Fikawati, 2020). Dans l'étude de cohorte prospective de Hillervik-Lindquist (1991), la

production lactée de 51 mères ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé a été mesurée. Alors que plus de 50% d'entre elles ont eu l'impression de ne pas produire suffisamment de lait au cours de la première semaine suivant la naissance, les chercheurs ont conclu qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes par rapport à la quantité de lait reçue par l'enfant. Une étude plus récente a révélé des résultats similaires (Galipeau et al., 2017). Le but de l'étude longitudinale corrélationnelle prédictive de Galipeau et al. (2017) était d'explorer la relation entre la PIL et la réelle production lactée. Parmi un échantillon de 123 mères canadiennes primipares ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé, 18% à 48 h de vie et 7,5% à la deuxième semaine postnatale avaient la perception de ne pas produire suffisamment de lait. Après avoir mesuré le poids du nouveau-né à 48 h de vie et la production lactée via le test de production lactée de 24 h à la 2^e semaine postnatale, les chercheurs ont conclu qu'il n'y avait pas de corrélation entre la PIL et une insuffisance de production lactée, c'est-à-dire que les femmes ayant une PIL avaient en réalité une production lactée suffisante. Dans l'étude transversale de Nurhayati et Fikawati (2020), incluant 71 mères ayant cessé d'allaiter exclusivement avant le sixième mois en raison d'une PIL, il a été déterminé que 83% d'entre elles avaient une production lactée adéquate. Les chercheurs en sont arrivés à cette conclusion, du fait que le bébé avait un gain de poids de plus de 500 g par mois, et avait plus de 6 mictions par jour.

Autres que le test de production lactée de 24 h, différents paramètres peuvent être évalués afin de s'assurer d'une production lactée suffisante. Ceux-ci comprennent une prise de poids adéquate et un nombre suffisant de couches souillées par jour (INSPQ, 2023a). Les signes traduisant un apport suffisant de lait au bébé versus un apport insuffisant sont plus amplement détaillés dans l'annexe C. Les parents ne sont peut-être pas suffisamment informés quant aux indices d'une production lactée suffisante. C'est d'ailleurs ce qu'a révélé le sondage britannique *Infant Feeding Survey 2010* (McAndrew et al., 2012), où 50% de l'échantillon constitué de près de 16 000 mères affirmaient ne pas avoir reçu d'information leur permettant de reconnaître que le bébé boit suffisamment. Cela expliquerait en partie pourquoi d'autres critères sont pris en compte pour juger de la quantité de lait produit.

Les écrits mettent en évidence les facteurs influençant le plus une mère à percevoir une insuffisance lactée (Flaherman et al., 2012; Flaherman et al., 2016; Flaherman et al., 2014; Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Gatti, 2008; Huang et al., 2009; Huang et al., 2022; Otsuka et al., 2008; Segura-Pérez et al., 2022). Ceux-ci comprennent les capacités infantiles (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Huang et al., 2022), particulièrement les pleurs et l'irritabilité de l'enfant (Gatti, 2008; Huang et al., 2009; Peacock-Chambers et al., 2017; Segura-Pérez et al., 2022), la perte de poids du nouveau-né (Dykes et Williams, 1999; Flaherman et al., 2012; Flaherman et al., 2016), la quantité moindre de lait obtenu lors d'une séance d'expression au tire-lait (Flaherman et al., 2014) et un faible niveau du SMEA (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Huang et al., 2022; Otsuka et al., 2008; Sandhi et al., 2020; Segura-Pérez et al., 2022). Dans la revue systématique de Huang et al. (2022) ayant pour but de décrire les facteurs associés à la PIL, incluant les études de 2000 à 2021, le délai dans l'initiation de l'allaitement ainsi que les connaissances limitées sur l'allaitement maternel exclusif ont également été rapportés comme des facteurs contribuant à la PIL (Huang et al., 2022).

Gatti (2008) a réalisé une revue des études effectuées entre 1996 à 2007 ayant soulevé la PIL comme facteur interférant avec le succès de l'allaitement. Les résultats de cette revue (Gatti, 2008), ainsi que ceux d'autres chercheurs (Huang et al., 2009; Peacock-Chambers et al., 2017; Mohebbati et al., 2021), indiquent que les pleurs et l'irritabilité de l'enfant sont les premiers indicateurs sur lesquels se basent les mères pour percevoir une insuffisance lactée. Or, les pleurs constituent un signe tardif de faim (Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019), lorsque les autres signaux² n'ont pas été détectés (INSPQ, 2023b). De plus, de multiples significations peuvent être attribuées aux pleurs du nouveau-né³ (INSPQ, 2023c). D'autres chercheurs parlent plutôt des capacités infantiles comme facteur contribuant à la PIL (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Huang et al., 2022). Ces capacités sont définies comme étant les caractéristiques de l'enfant pour

² Le nouveau-né manifeste ses signaux de faim lorsqu'il change sa respiration, bouge les yeux sous les paupières, bouge les bras et les jambes, s'étire, porte ses mains à sa bouche, ou fait des mouvements de succion (INSPQ, 2023b)

³ Les pleurs de l'enfant peuvent indiquer qu'il est fatigué, qu'il a besoin de faire un rot, que sa couche est souillée, qu'il a chaud ou froid, qu'il a besoin d'affection ou qu'il veut l'attention de ses parents (INSPQ, 2023c).

s'alimenter, soit ses habiletés de téter, ses signaux de faim et de satiété et son tempérament (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017). Par exemple, les données de l'étude de Galipeau et al. (2017) révèlent que la PIL accusée par certaines mères 48 h après la naissance était associée, entre autres, à l'enfant qui présentait de l'irritabilité au sein ou une difficulté à bien prendre le sein. Rappelons que les femmes de cet échantillon avaient en réalité une production lactée adéquate. Il importe de préciser que l'allaitement étant une compétence qui s'apprend et la plupart des nouveau-nés expérimenteront une certaine difficulté à prendre le sein correctement dans les premières mise au sein. Néanmoins, si ces difficultés ne sont pas prises en charge adéquatement, la production lactée pourrait assurément s'en trouver diminuée. À la lumière des écrits discutés ci-dessus, la PIL pourrait résulter, entre autres, d'une mauvaise interprétation des comportements du nouveau-né.

La perte de poids de l'enfant semble également avoir une influence sur la PIL (Dykes et Williams, 1999; Flaherman et al., 2012; Flaherman et al., 2016; Kent et al., 2021; Whipps et Demirci, 2021). Précisons tout d'abord que la perte de poids de l'enfant relève d'un processus physiologique normal entre le 3^e et le 5^e jour de vie (Flaherman et al., 2015). Bien que les nouveau-nés puissent perdre jusqu'à 10% de leur poids de naissance (INSPQ, 2023d) la perte de poids moyenne d'un bébé exclusivement allaité correspond à 7% (Mulder et al., 2010). Même si la perte de poids du nouveau-né correspond aux valeurs attendues, il semble que la routine de la pesée en soi, effectuée lors du séjour hospitalier par les professionnels de la santé, accentuerait les doutes ressentis par les femmes sur leur production lactée (Dykes et Williams, 1999; Flaherman et al., 2012). Sinon, une perte de poids excessive, c'est-à-dire une perte représentant plus de 10% du poids de naissance, prédisposerait davantage une mère à avoir une PIL à la deuxième semaine post-partum. En effet, c'est ce que nous révèle l'analyse de cohorte de Flaherman et al. (2016), où une perte de poids excessive a expliqué 42% de la PIL et de l'anxiété maternelle des femmes incluses dans l'échantillon. Cependant, la perte de poids varie dépendamment de la quantité de liquide intraveineux administré à la mère en travail (Hirth et al., 2012; Humbert, 2021; Noel-Weiss, 2011; Watson et al., 2012) et du délai entre l'administration des liquides intraveineux et la naissance (Noel-Weiss, 2011). Par ailleurs, les bébés nés par césarienne perdent plus de poids que ceux nés vaginalement (Humbert, 2021). Ainsi, une diurèse

physiologique pourrait être à l'origine d'une perte de poids supérieur à 7% en postpartum immédiat (Mulder et al., 2010).

Certaines femmes peuvent présenter une PIL en raison de la quantité de lait exprimé à l'aide du tire-lait (Flaherman et al., 2014; De Roza et al., 2019). En effet, pour les femmes ayant une PIL, l'utilisation du tire-lait est une stratégie pour avoir plus de contrôle sur l'allaitement, en ayant des réserves de lait à donner au bébé, ou en permettant de stimuler davantage la production lactée (Flaherman et al., 2014). Cependant, si une quantité moindre de lait est obtenue, la PIL peut être exacerbée et entraîner la cessation de l'allaitement (Flaherman et al., 2014). De plus, plusieurs facteurs influent sur la quantité de lait obtenu lors d'une séance d'expression, notamment l'écart entre la dernière mise au sein ou la dernière séance d'expression (Mohrbacher et Stock, 2003). Par ailleurs, il semble que les mères sont portées à rallonger l'intervalle entre deux séances d'expression puisqu'elles sont encouragées par la plus grande quantité de lait prélevé (Kent et al., 2012). L'utilisation du tire-lait peut effectivement diminuer la quantité de lait prélevée si le réflexe d'éjection consécutive à la libération d'ocytocine est altéré par l'absence de l'enfant à proximité, le stress ou le niveau de détente de la mère (Kent et al., 2012). Il a par ailleurs été avancé que les mères allaitantes qui utilisent le tire-lait présentent de l'anxiété à propos de leur production lactée (Dykes et Williams, 1999 ; Jiang et al., 2015) et perçoivent son utilisation comme une tâche difficile, fatigante et demandant en termes de temps (Jiang et al., 2015). Un massage du sein effectué lors de la séance d'expression pourrait augmenter la quantité de lait prélevée du sein (Morton et al., 2009), alors que l'application de compresses chaudes sur les seins (Kent et al., 2011) et l'observation d'une photographie de l'enfant (Kent et al., 2012) pourraient rendre la mère plus détendue et ainsi améliorer l'efficacité de l'expression de lait. Les mères devraient être informées des pratiques décrites précédemment entourant l'utilisation du tire-lait, qui optimise la production lactée. Malgré l'obtention d'une quantité moindre de lait prélevée au tire-lait, un nouveau-né qui prend du poids de façon adéquate et qui fait au moins six mictions par jour devrait rassurer la mère quant à sa production lactée.

Bref, en dépit d'une production lactée suffisante pour répondre aux besoins du nouveau-né, différents facteurs entraînent une PIL, laquelle mènerait généralement à

l'abandon de l'allaitement. Alors que les capacités infantiles, la perte de poids de l'enfant et la quantité de lait obtenue au tire-lait ont été expliqués, le SMEA comme facteur associé à la PIL mérite une attention particulière. Un faible niveau du SMEA, traduisant le manque de confiance maternelle envers ses capacités d'allaiter, est également reconnu pour augmenter l'incidence de la PIL (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Gatti, 2008; Otsuka et al., 2008). Le SMEA se rattache à un cadre théorique, développé par Dennis (1999), lequel sera présenté avant d'approfondir le rôle que l'on attribue au SMEA dans l'incidence de la PIL.

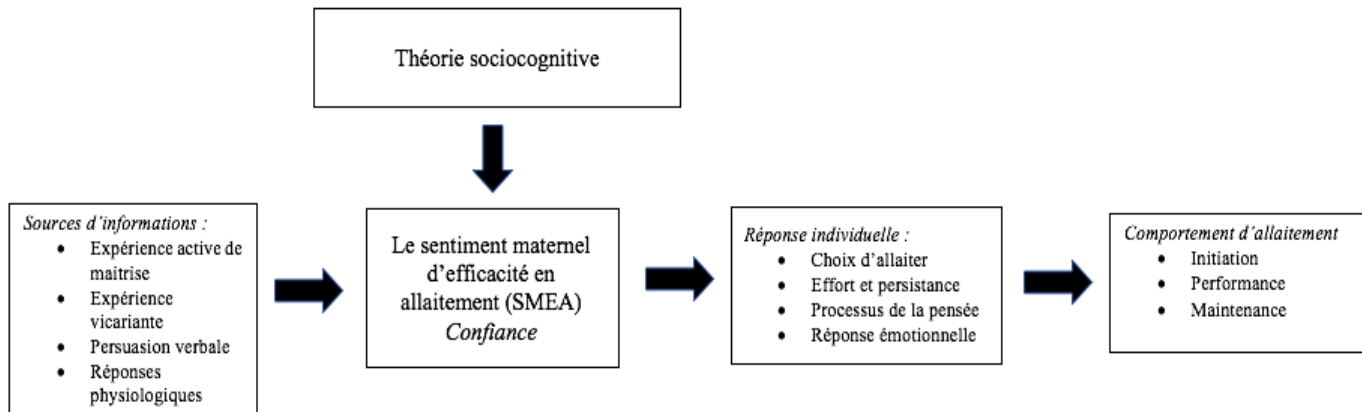
Cadre théorique du sentiment maternel d'efficacité en allaitement et perception de l'insuffisance lactée

La section suivante débutera par une présentation du cadre théorique du SMEA de Dennis (1999), pour ensuite approfondir le lien entre le SMEA et la PIL, notamment de la relation entre les différentes sources d'influences du SMEA la PIL.

Faisant référence au concept d'auto-efficacité de la théorie sociocognitive de Bandura (1977), Dennis (1999) a développé le cadre théorique du SMEA, lequel est présenté ci-dessous (Figure 1). Le sentiment d'efficacité personnelle ou l'auto-efficacité est un processus cognitif où un individu évalue sa capacité à exécuter un certain comportement (Bandura, 1977). Le niveau d'auto-efficacité d'une personne traduit sa confiance perçue en son aptitude à réguler sa motivation, le processus de sa pensée, l'état émotionnel et l'environnement social lors de l'exécution d'un comportement spécifique. L'investissement de l'individu dans la poursuite des buts qu'il s'est fixés, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles est également déterminé par le niveau d'auto-efficacité (Bandura, 1986). En cohérence avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1977), le sentiment maternel d'efficacité en allaitement détermine si la femme choisira d'allaiter ou non, comment elle s'investira dans la poursuite de ce comportement, le type de pensées qu'elle aura à propos de ce comportement - soit des pensées négatives ou positives - et comment elle répondra si des difficultés se présentent (Dennis, 1999; Dennis et Faux, 1999). Ainsi, une mère avec un fort sentiment maternel d'efficacité en allaitement sera plus susceptible d'initier la pratique

de l'allaitement et de la maintenir, malgré les obstacles rencontrés (Dennis, 1999). Quatre sources d'influences sont reconnues pour agir sur le SMEA (Dennis, 1999), lesquelles seront présentées ultérieurement dans cette section.

Figure 1. Schématisation du cadre théorique du SMEA de Dennis (1999)



À ce jour, l'implication du SMEA dans le phénomène de la PIL est bien connue. Les résultats de différentes études permettent d'en rendre compte (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Gökçeoğlu et Küçükoğlu, 2016; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001; Otsuka et al., 2008; Sandhi et al., 2020). L'étude transversale de Otsuka et al. (2008), réalisée auprès de 262 mères japonaises, montre que le SMEA est négativement corrélé à la PIL ($r = -0,45$, $p < 0,001$). Les femmes qui rapportent des scores plus faibles de SMEA seraient donc plus susceptibles d'avoir une PIL. En corollaire, d'après l'étude descriptive de Gökçeoğlu et Küçükoğlu (2016) menée auprès de 200 mères turques, les femmes avec des scores plus élevés de SMEA auraient une meilleure perception de leur production lactée. Grâce au développement et à la validation d'un instrument appelé *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES; Dennis et Faux, 1999; Dennis, 2003), il a également été possible de prédire l'incidence de la PIL d'après le niveau du SMEA. Dans l'étude de Galipeau et al. (2017), un niveau moins élevé du SMEA 48h après la naissance a été associé à la PIL à la 2^e semaine postnatale. De son côté, l'étude de Otsuka et al. (2008) rapporte

que les mères détenant des scores plus élevés de SMEA avant leur congé de l'hôpital affichaient aussi des scores moindres de PIL à la 4^e semaine.

À la lumière des faits présentés ci-dessus, l'incidence de la PIL semble dépendre du niveau du SMEA. D'après le cadre théorique de Dennis (1999), le niveau du SMEA est influencé par quatre sources d'informations. Ces sources sont l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, les réactions physiologiques qui accompagnent la performance du comportement et la persuasion verbale et (Bandura, 1977; Dennis, 1999). En mettant en relation les sources d'influences du SMEA avec la PIL, il est possible de mieux comprendre les éléments qui génèrent ou pallie la PIL de même que les conséquences de cette perception sur le maintien de l'allaitement maternel.

L'expérience active de maîtrise du comportement d'allaiter est souvent la source d'influence la plus immédiate et la plus puissante apportant un sentiment d'efficacité chez une personne puisqu'il permet à un individu d'adopter un comportement particulier et d'en observer les conséquences (Bandura, 1986; Dennis, 1999). L'expérience antérieure d'allaitement, soit le fait d'avoir allaité avec succès son premier enfant, contribue à rehausser le SMEA et permet aux femmes de se sentir plus en confiance dans leur capacité à allaiter un deuxième enfant (Huang et al., 2019). Cela dit, la PIL serait moins susceptible de survenir lors d'une deuxième expérience d'allaitement (McCarter-Spaulding et Dennis, 2010; Otsuka et al., 2008). « En l'absence d'expérience antérieure, l'évaluation maternelle des capacités de la dyade mère-enfant contribue à la perception de maîtrise du comportement d'allaiter, laquelle sera déterminante de la poursuite de l'allaitement et des actions requises pour son succès » [Traduction libre] (Galipeau et al., 2017, p.215). Les capacités infantiles représentent un aspect déterminant de l'expérience active de maîtrise. Palmér et al. (2015) l'expliquent du fait que la perception maternelle de la satisfaction de l'enfant au sein procure un sentiment de sécurité, permettant à la mère de se sentir plus en confiance envers ses capacités d'allaiter, alors que des capacités infantiles moindres font plutôt l'effet inverse (DaMota et al., 2012; Gatti, 2008; Peacock-Chambers et al., 2017). Les résultats de l'étude prédictive confirmative longitudinale de Galipeau (2011)⁴,

⁴ Voir annexe D

effectuée auprès de 252 mères primipares ayant accouchée de nouveau-né à terme et en santé, démontrent que des capacités infantiles moindres peuvent à la fois augmenter l'incidence de la PIL et diminuer le niveau du SMEA, lequel augmente à son tour le risque d'une PIL. Le but visé par cette thèse doctorale, soit la modélisation des facteurs associés à une PIL, permet de découvrir que le SMEA agirait comme médiateur entre la PIL et les capacités infantiles. Une schématisation de cette relation est présentée dans l'Annexe D. En somme, cette modélisation traduit le SMEA comme un facteur modifiable, sur lequel il serait possible d'agir pour prévenir ou atténuer une PIL subséquente aux capacités infantiles. Par ailleurs, notons qu'à la suite de l'intervention éducative de Wood et al. (2017), visant à prévenir une PIL en améliorant le SMEA et les compétences maternelles dans l'interprétation des comportements de l'enfant, les mères associaient moins les pleurs à la PIL.

L'expérience vicariante représente l'apprentissage par l'observation (Dennis, 1999). Par exemple, le fait d'avoir vu ses amies, sa mère ou d'autres personnes allaiter avec succès pourrait avoir un impact positif sur la perception d'auto-efficacité (Dennis, 1999), et pour certaines, contribuer à une perception positive de la production lactée (Flaherman et al., 2012). En corollaire, des participantes de l'étude qualitative prospective de Peacock-Chambers et al. (2017) affirment avoir anticipé une PIL même avant l'arrivée du nouveau-né, suite à la constatation de difficultés vécues par certains membres de leur famille par rapport à leur production lactée.

Les réponses physiologiques, telles que la douleur, la fatigue, le stress ou l'anxiété, ont aussi une incidence sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement (Dennis, 1999). Certains chercheurs ont d'ailleurs traduit la PIL comme une réaction physiologique de stress (Flaherman et al., 2012; Hillervik-lindquist, 1991; Peacock-Chambers et al., 2017; Perera et al., 2012). C'est donc sous l'influence de ce stimulus stressant que le SMEA serait diminué (Dennis, 1999; Otsuka et al., 2008) et qu'une femme serait plus susceptible de modifier ses pratiques d'allaitement (Dennis, 1999). Il est par ailleurs bien démontré que les femmes répondent généralement à la PIL par l'introduction de PCN (Chantry et al., 2014; Flaherman et al., 2016; Peacock-Chambers et al., 2017; Perez-Escamilla et al., 2019;

Tang et al., 2015; Wagner et al., 2013), altérant le processus physiologique normal de la production lactée (Neifert, 2001). De plus, le stress physiologique engendré par la PIL pourrait affecter la libération d'ocytocine, hormone responsable du réflexe d'éjection (Dewey, 2001). Une quantité restreinte de lait prélevé du sein, consécutive à l'absence du réflexe d'éjection, pourrait provoquer une insuffisance secondaire de la production lactée si le stress maternel n'est pas résolu (Dewey, 2001). Considérer la PIL comme réaction physiologique de stress permettrait également d'expliquer, en partie, pourquoi la PIL survient dans les premières semaines suivant la naissance (Peacock-Chambers et al., 2017). Selon l'analyse issue de l'étude de Peacock-Chambers et al. (2017), peu de temps après la naissance, les mères exprimeraient un plus haut niveau de détresse par rapport à leur production lactée et ressentiraient davantage le besoin d'avoir le contrôle sur les pleurs de l'enfant. Après le premier mois ou à la fin de la période de l'établissement de l'allaitement, les mères répondraient aux comportements de l'enfant avec moins de stress et considèreraient que le manque de contrôle sur la production lactée fait partie du processus d'allaitement (Peacocks-Chambers et al., 2017).

La dernière source d'influence, celle qui sera davantage explorée dans le cadre de ce projet de recherche, est la persuasion verbale. Elle représente l'encouragement, ou tous les propos qui sont verbalisés à la mère par rapport au comportement d'allaitement. Plus la femme accorde de l'importance à la personne qui effectue la persuasion verbale, plus les encouragements de cette personne sont susceptibles d'affecter la perception d'efficacité personnelle de la mère (Dennis, 1999). C'est ainsi que tous les propos provenant du père, des professionnels de la santé ou des membres de la famille de la mère peuvent influencer son SMEA. Ce faisant, des discours positifs tenus sur les aspects réussis d'une séance d'allaitement, par exemple, peuvent avoir un impact positif sur le SMEA, et à l'inverse, des propos plus dissuasifs envers l'allaitement peuvent diminuer celui-ci (Dennis, 1999). Néanmoins, la persuasion verbale est une des sources d'influence du SMEA du cadre théorique de Dennis (1999) qui demeure peu explorée jusqu'à présent quant à sa relation avec la PIL.

En bref, la mise en relation des différentes sources d'influence du SMEA avec la PIL offre une meilleure compréhension de l'expérience d'allaitement vécue par les femmes ayant eu une PIL. Ainsi, dans l'optique de formuler une compréhension plus riche du cas, chacune des sources d'influences seront prise en compte dans la collecte de données. Cependant, puisqu'il s'agit d'un aspect peu documenté dans la littérature, l'intérêt de la présente recherche portera davantage sur l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives, afin d'accroître les connaissances à ce propos.

Influence de la persuasion verbale des personnes significatives

Tel que soutenu par la théorie du SMEA de Dennis (1999), une persuasion verbale provenant des personnes significatives aux yeux de la mère est susceptible d'influencer son SMEA, lequel est intimement lié à l'incidence de la PIL de même qu'au maintien de l'allaitement maternel. La prochaine section visera donc à détailler ce que l'on sait actuellement de l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives de la mère sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. Les écrits seront d'abord présentés au regard des membres de la famille de la mère. En premier lieu, les études en lien avec la contribution positive du conjoint seront discutées, suivies d'une étude révélant comment l'expérience d'allaitement pourrait être favorisée par la grand-mère. Ensuite, il sera question d'adresser les études ayant rapporté une influence plutôt négative des membres de la famille, notamment du conjoint. Pour finir, une étude permettant de soutenir l'intérêt à poursuivre les recherches sur l'identité des personnes significatives sera présentée.

Influence des membres de la famille

Une étude expérimentale effectuée auprès de femmes vivant avec une PIL souligne la contribution positive du conjoint dans la réduction de l'incidence de la PIL, de même que dans l'arrêt de l'allaitement en raison de la PIL (Pisacane et al., 2005). Bien que cette étude ait été réalisée il y a plus de 15 ans, il s'avérait pertinent d'en discuter puisqu'il s'agit de la seule à avoir rapporté des résultats sur l'influence du conjoint dans la diminution de l'incidence de la PIL. Les interventions éducatives, destinées à enseigner aux conjoints de mères allaitantes comment prévenir et gérer les principales difficultés d'allaitement, seraient à l'origine de ces résultats. La PIL (8,6% vs 27%), de même que l'arrêt de

l'allaitement en raison d'une PIL (4% vs 18%), étaient significativement moins fréquente parmi les mères dont le conjoint faisait partie du groupe intervention (n=140), comparativement au groupe contrôle (n=140). Alors que ces résultats témoignent de l'impact favorable des conjoints auprès de femmes vivant avec une PIL, cette étude ne met pas l'accent sur la contribution spécifique de la persuasion verbale. Nous ne pouvons déterminer si l'intervention offerte aux pères a permis à celui-ci d'encourager et de rassurer suffisamment sa conjointe de manière à favoriser son SMEA, et ultimement diminuer la PIL et favoriser la poursuite de l'allaitement. Deux études discutent de l'effet de la persuasion verbale du conjoint (Mannion et al., 2013; Ogbo et al., 2020). Dans la revue systématique de Ogbo et al. (2020), quatre études sur sept rapportaient que c'est sous la forme d'une persuasion verbale prodiguée par le conjoint que la durée et l'exclusivité de l'allaitement étaient favorisées. Par ailleurs, il semble que le SMEA peut être rehaussé par le biais d'une persuasion verbale offerte par le conjoint (Mannion et al., 2013). Dans l'étude transversale et descriptive de Mannion et al. (2013), les 38 femmes affirmant avoir reçu un soutien actif et positif de leur conjoint, notamment par le biais d'encouragements verbaux, avaient significativement de meilleurs scores du SMEA comparativement au groupe composé de 32 femmes ayant qualifié le soutien de leur conjoint d'ambivalent ou de négatif. Alors qu'il était attendu par les chercheurs que l'amélioration du SMEA viendrait de pair avec une perception plus positive de la production lactée, mesurée grâce à l'échelle *Hill and Humenick Lactation Scale* (HHLS; Hill et Humenick, 1996), ce n'est pas ce qui a été démontré. En effet, malgré qu'une composante du HHLS mesure la confiance maternelle, aucune différence significative n'a été observée en ce qui a trait au score du HHLS, c'est-à-dire que les femmes avaient des perceptions similaires envers leur production lactée, indépendamment du type de soutien reçu. Certains aspects de la méthodologie de l'étude limitent toutefois la possibilité de généralisation des résultats, notamment la petite taille de l'échantillon et la stratégie d'échantillonnage de convenance. Par ailleurs, notons que les chercheurs ne s'intéressaient pas aux femmes ayant une PIL.

Bien qu'aucune étude n'ait été répertoriée quant à l'influence de la grand-mère sur le SMEA de mères ayant une PIL, l'étude de Grassley et Eschiti (2008) discute de la persuasion verbale offerte par celles-ci. Par le biais de groupes de discussion, 30 mères

ayant allaité au cours des trois dernières années aux États-Unis ont pris part à l'étude, laquelle visait à explorer les perceptions maternelles du soutien reçu des grands-mères, et de leurs connaissances envers l'allaitement. Au terme de l'analyse de contenu, ce qui est le plus ressorti de l'étude, c'est le désir que la grand-mère emprunte le rôle d'*advocacy*, soit qu'elle s'implique, défende et respecte ses intentions d'allaitement. La valorisation de l'allaitement par la grand-mère était un élément apprécié des participantes, et certaines l'associaient à l'expérience d'allaitement de celle-ci. Les mères de l'étude n'exigeaient pas que la grand-mère soit experte en allaitement, mais soulignaient plutôt le besoin d'être encouragée par celle-ci lorsque des difficultés étaient rencontrées. Les conseils reçus allant à l'encontre de l'allaitement, que les mères expliquaient par leur manque de connaissances, généraient de la frustration maternelle, mais n'avaient toutefois pas d'impact sur la poursuite de l'allaitement.

Néanmoins, certaines études permettent de révéler l'impact des propos plus dissuasifs des membres de la famille sur la PIL et sur la poursuite de l'allaitement (Burns et al., 2010; McInnes et al., 2013; Rodrigo et al., 2019). L'étude descriptive transversale de Rodrigo et al. (2019), incluant 249 mères sri lankaises, s'intéressait à la prévalence de la PIL, ses facteurs d'influences, et cherchait à déterminer l'association entre la PIL et la détresse psychologique maternelle. Les données récoltées au cours de la première semaine postnatale démontraient que 53 mères avaient une PIL, et que le commentaire reçu d'un membre de la famille ou de l'équipe médicale disant que la production lactée était insuffisante en était la cause. Une détresse psychologique a été notée auprès de 26% d'entre elles. Il aurait été intéressant de comprendre l'impact de ces commentaires négatifs sur le SMEA et sur la poursuite de l'allaitement. Par ailleurs, il semble que les commentaires négatifs reçus de la part du partenaire ou de membres de la famille peuvent mener à l'abandon de l'allaitement (Burns et al., 2010; McInnes et al., 2013). Parmi les 17 études qualitatives incluses dans la méta-synthèse ethnographique de Burns et al. (2010), réunissant un peu plus de 600 femmes allaitantes, cinq études révélaient de la pression ressentie de la part du partenaire ou de membres de la famille de cesser l'allaitement ou d'introduire des PCN lorsque des difficultés se sont présentées, telles que des douleurs aux mamelons, une PIL ou encore la difficulté à appliquer les techniques d'allaitement. Les

participantes témoignent de l'influence inévitable de ces propos sur leur décision de mettre fin à l'allaitement. Il en est de même dans l'étude qualitative de McInnes et al. (2013), réalisée au Royaume-Uni auprès de 36 femmes et de 37 personnes significatives désignées, où la cessation de l'allaitement a été influencée par les commentaires de la famille, en l'occurrence le partenaire, la sœur ou la grand-mère. Bien que cette étude n'ait pas été menée auprès de femmes ayant une PIL, les chercheurs ont pu apprécier une influence moindre des propos reçus des personnes significatives auprès de mères ayant exprimé davantage de confiance envers leur capacité d'allaiter, ou détenant des expériences antérieures d'allaitement.

Les écrits présentés ci-dessus démontrent comment les propos offerts par les membres de l'entourage ont la possibilité d'influencer soit positivement ou négativement le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. Dans l'étude descriptive rétrospective transversale de Li et al. (2019), visant entre autres à identifier les facteurs sociodémographiques associés au SMEA, l'on apprend que l'attitude envers l'allaitement de la personne de soutien est plus fortement corrélée au SMEA que ne l'est l'attitude de la mère. Néanmoins, l'identité de cette personne n'était pas révélée. Ainsi, à la lumière de l'impact que peut avoir la personne de soutien sur le SMEA, il importe d'explorer qui sont ces personnes, pouvant contribuer favorablement au SMEA.

En bref, il semble que les femmes ayant un sentiment de confiance plus élevé envers leur capacité d'allaitement soient plus susceptibles de poursuivre l'allaitement en dépit de commentaires plus dissuasifs de la part des proches. Les conjoints peuvent par ailleurs contribuer à rehausser le SMEA par la persuasion verbale. L'influence spécifique de leur persuasion verbale auprès de femmes vivant avec une PIL demeure tout de même inconnue. De plus, la persuasion verbale d'autres personnes proches de la mère, telles que la grand-mère de l'enfant, les membres de la famille et les amis, mérite d'être explorée par rapport à son influence sur le SMEA, la PIL et à la poursuite de l'allaitement de mères ayant une PIL.

Influence des professionnels de la santé

Outre les pairs, il importe de s'intéresser à l'impact des propos tenus par les professionnels de la santé tels que les infirmières, les consultantes en lactation, les sages-femmes et les médecins, sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. Même si on ne rapporte aucune mesure du SMEA à l'appui, la section suivante débute par la présentation de différentes études qui révèlent l'influence du type de discours, qui parfois ébranle, parfois favorise la confiance des femmes envers leur capacité d'allaiter. Deux études mettent en évidence l'effet positif d'une persuasion verbale reçue par les mères ayant une PIL, soit sur la perception plus favorable de la production lactée ou sur la poursuite de l'allaitement.

Tout d'abord, les femmes dénoncent les discours véhiculés par les institutions publiques et les professionnels de la santé, qui présentent l'allaitement comme un geste facile et naturel, alors qu'elles estiment que l'allaitement nécessite de la détermination et de la persévérance afin de développer cette nouvelle compétence (Burns et al., 2010; Williamson et al., 2012). Ce type de discours créerait un décalage entre l'idéal attendu des mères de l'allaitement et leur réalité (Burns et al., 2010; Guyer et al., 2012; Dietrich Leurer et Misskey, 2015; Williamson et al., 2012). Les difficultés d'allaitement rencontrées lors des premières semaines entraînent un effet de *désempowerment* (Williamson et al., 2012) et une perte de confiance envers leurs habiletés à allaiter (Larsen et al., 2008). Dans la méta-synthèse de Schmied et al. (2011) incluant 31 études, dont le but était d'explorer les perceptions maternelles quant aux éléments du soutien offert par les pairs et les professionnels de la santé évalués comme aidant, il est souligné leur besoin de se faire encourager et rassurer pour répondre à leur manque de confiance envers leur capacité à allaiter.

Par ailleurs, des études apportent des précisions quant aux aspects de l'allaitement pour lesquels les femmes bénéficieraient d'une réassurance et d'encouragements afin d'optimiser leur confiance envers leurs capacités d'allaiter (Burns et al., 2013, 2016) et pour favoriser la poursuite de l'allaitement de mères vivant avec une PIL (Flaherman et al.,

2012). Tout d'abord, l'étude qualitative de Burns et al. (2013) visait à décrire le langage utilisé par les sages-femmes pour soutenir les femmes dans l'établissement de l'allaitement, alors que celle de Burns et al. (2016) avait comme objectif d'analyser le langage employé par les sages-femmes et les mères pour décrire les comportements de l'enfant au sein. Ces études ont été effectuées à partir des mêmes données, où la collecte s'est échelonnée sur une période de huit mois, ayant permis d'enregistrer plus de 80 heures de données d'observations audio. Les données ont été recueillies par le biais de différentes méthodes, notamment par l'observation d'interactions entre les sages-femmes et les femmes lors du séjour à l'hôpital, par l'entremise d'entretiens individuels effectués auprès de femmes dans les 4 à 6 premières semaines post-partum ou lors de groupe de discussion réalisé avec des sages-femmes. L'approche ayant favorisé la confiance des mères participantes est celle où les sages-femmes renforçaient la connexion entre la mère et son bébé. Il était possible d'apprécier, à travers les divers échanges, le renforcement des compétences par la sage-femme sur la capacité individuelle de la mère et du bébé d'allaiter. Les sages-femmes encourageaient les mères à observer les signaux de l'enfant, notamment les signaux de faim. Elles recadraient les commentaires négatifs employés par les mères à propos des capacités infantiles du nouveau-né, en soulignant le comportement normal du nouveau-né. Cette approche, qui aidait les femmes à interpréter les comportements du nouveau-né de manière plus positive, semble avoir favorisé la confiance des femmes envers leur capacité d'allaiter. Alors que les capacités infantiles constituent un élément indicatif de l'incidence de la PIL, il aurait été pertinent d'explorer l'influence de cette approche sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant une PIL.

Toutefois, deux études révèlent que la perception plus favorable de la production lactée et la poursuite de l'allaitement de mères ayant une PIL a été influencé par une persuasion verbale offerte par les professionnels de la santé (Flaherman et al., 2012; Kent et al., 2021). Une étude transversale réalisée auprès de 423 mères australiennes visait entre autres à comprendre les facteurs à l'origine de la PIL et à déterminer si des conseils offerts par une conseillère en allaitement pouvaient modifier la perception maternelle envers sa production lactée (Kent et al., 2021). Tout d'abord, les résultats révèlent que 44% d'entre elles accusaient une PIL au cours des trois premières semaines postnatales. Au cours de

cette même période, la plupart des mères ayant une PIL ont assisté à une première consultation en allaitement, dans laquelle la conseillère en allaitement donnait des conseils à propos de la prise du sein, encourageait l'allaitement à la demande de 8 à 12 fois par jour, conseillait d'offrir les deux seins à chaque tétée et proposait d'effectuer une compression du sein pendant la tétée. Une réassurance était offerte lorsque les mères présentaient de l'anxiété malgré le bon déroulement de l'allaitement. Parmi les 57 mères ayant une PIL et ayant assisté à la deuxième consultation en allaitement, 2 à 4 semaines suivant la première, 26 d'entre elles percevaient leur production lactée comme étant adéquate. De son côté, l'étude qualitative avec groupes de discussion, effectuée auprès de 56 mères ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé, visait à décrire les expériences maternelles d'interactions avec les professionnels de la santé en lien avec leur production lactée (Flaherman et al., 2012). On y rapporte que la persuasion verbale de divers professionnels de la santé tels les pédiatres, les obstétriciens, les infirmières et les conseillères en lactation, serait à l'origine de la poursuite de l'allaitement de femmes vivant avec une PIL (Flaherman et al., 2012). En effet, parmi les 21 femmes ayant poursuivi l'allaitement maternel de façon exclusive et les 19 femmes ayant poursuivi l'allaitement de type mixte, davantage d'interactions positives avec les professionnels de la santé en regard de leur production lactée ont été rapportées. Elles affirment avoir été encouragées sur le fait qu'il fallait persévérer lors de l'établissement de l'allaitement et ne pas s'inquiéter sur la quantité de lait produit. Celles ayant poursuivi l'allaitement maternel exclusif ont apprécié la réassurance offerte par les professionnels de la santé quant au processus normal de la perte de poids du nouveau-né, autre facteur impliqué dans l'incidence de la PIL. Les 16 femmes ayant cessé d'allaiter ont pour leur part exprimé des expériences d'interactions ayant généré ou renforcé leur PIL. Les professionnels semblaient être plus autoritaires en leur disant quoi faire et quoi ne pas faire. Les chercheurs précisent l'intérêt plus marqué des femmes de leur échantillon par rapport aux interactions avec les infirmières et les conseillères en lactation. Suscitant de vives émotions chez les participantes, telles que de la culpabilité et de l'anxiété, la mesure du poids du bébé pouvait entraîner l'introduction de PCN ou encore la cessation de l'allaitement. Ainsi, les auteurs suggéraient d'offrir des conseils adéquats lors de la routine de la pesée afin de ne pas compromettre la poursuite de l'allaitement.

Pareillement, d'autres auteurs suggèrent d'améliorer les conseils offerts lors de la routine de la pesée (Flaherman et al., 2014; Sachs, 2005; Sachs et al., 2006). Dans son étude ethnographique effectuée en Angleterre, Sachs (2005) expose le peu de discussion de la part des professionnels de la santé lors de la routine de la pesée. Celui-ci soulève la nécessité d'améliorer la qualité des interventions entourant la pesée, laquelle offre l'opportunité de questionner s'il y a des préoccupations parentales, de discuter des facteurs associés à la fluctuation du poids, et d'enseigner les bonnes pratiques d'alimentation.

Pour conclure, il semble que les femmes soient conscientes que la période de l'établissement de l'allaitement nécessite de la persévérance et de la détermination. Elles prônent d'ailleurs le besoin d'être rassurées et encouragées par les professionnels de la santé afin de se sentir plus en confiance face à leur aptitude à allaiter. Il est intéressant de constater qu'une persuasion verbale a été prodiguée par les professionnels de la santé en regard des facteurs associés à une PIL. Par exemple, une réassurance à propos des capacités infantiles moindres de l'enfant lors de l'établissement de l'allaitement semble avoir amélioré la confiance des femmes envers leurs capacités d'allaiter. Bien qu'une réassurance quant au processus normal de la perte de poids de l'enfant après la naissance semble avoir contribué à la poursuite de l'allaitement de certaines mères vivant avec une PIL, des inquiétudes envers la production lactée demeurent chez certaines à la suite de la pesée. Ainsi, il est essentiel d'offrir un counseling adéquat aux mères lors de la prise du poids du bébé afin de ne pas compromettre la poursuite de l'allaitement. Par exemple, une perception plus positive de la production lactée peut être influencée par des conseils à propos des pratiques favorables à l'allaitement.

Les données présentées concernant les proches et les professionnels de la santé témoignent de la pertinence de poursuivre l'exploration de l'influence de la persuasion verbale comme source d'influence du SMEA, en relation avec la PIL. Néanmoins, parmi les écrits recensés, aucun n'analyse l'influence d'une persuasion verbale à la fois sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant eu une PIL. Par ailleurs,

puisque nous avons peu d'information à ce sujet, il serait pertinent d'explorer davantage qui sont ces personnes significatives aux yeux des mères allaitantes ayant eu une PIL.

Chapitre 3 : Méthodologie

Le chapitre suivant décrit la méthodologie qui a été privilégiée pour atteindre le but de la recherche. Tout d'abord, il sera question de présenter le devis de recherche, soit une étude de cas multiples, et de présenter le milieu où s'est déroulée l'étude. Ensuite, des précisions quant au déroulement de l'étude seront fournies, soit la méthode employée pour bâtir l'échantillon, les critères d'inclusion retenus, et le processus utilisé pour le recrutement des participantes. En outre, le chapitre décrira le processus de collecte de données et la méthode sous-jacente à l'analyse des données. Il abordera également les critères de qualité retenus pour garantir la rigueur de l'analyse des données. Enfin, une section sera consacrée aux considérations éthiques de l'étude.

Devis de recherche

Étude de cas multiples

Pour atteindre le but de l'étude, la réalisation d'une étude de cas multiples s'avérait judicieuse. Effectivement, ce type de devis offre la possibilité d'approfondir la compréhension de phénomènes récurrents (Stake, 1994), en examinant comment ceux-ci se manifestent dans différents contextes. Tel que mentionné dans le chapitre précédent, la PIL est un phénomène vécu par les femmes à travers le monde, soient par des femmes issues de cultures différentes, et vivantes dans des situations très différentes les unes des autres. Ainsi, comparée aux études exploratoires, qui ont pour objectif d'explorer les caractéristiques d'un phénomène, l'étude de cas multiple met l'accent sur la situation particulière de chaque cas, son contexte spécifique. De plus, comme la PIL est associée au niveau du SMEA, le cadre théorique du SMEA de Dennis (1999) est apparu comme un cadre conceptuel pertinent pour soutenir le projet de recherche. L'emploi de ce devis de recherche a permis d'une part à mieux comprendre le phénomène de la PIL en plus de contribuer d'autre part à enrichir la théorie du SMEA de Dennis (1999). Pour ce faire, il importe d'étudier quelques cas afin de mettre en évidence leurs similitudes, leurs différences, et leurs tendances communes (Stake, 2006). La présente étude s'est intéressée au phénomène de la PIL en regard de l'influence de la persuasion verbale, une source d'influence du SMEA peu explorée jusqu'à présent.

Définition du cas à l'étude

Le cas est considéré comme une entité spécifique, un système où l'on cherche à mieux comprendre les dynamiques influençant son fonctionnement (Stake, 1994, 2006). Tel que le décrit Stake (2006) à propos des études de cas multiples, le cas individuel appartient à une certaine collection de cas. Il partage ainsi des caractéristiques communes, inspiré par la *quintain*, soit le phénomène d'intérêt de l'étude. Ainsi, en cohérence avec le phénomène de la PIL, le cas devait avoir les caractéristiques suivantes :

- Une mère ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé
- Une mère expérimentant l'allaitement pour la première fois, depuis au moins six semaines
- Une mère qui, au cours de son expérience d'allaitement, a déjà eu la perception d'une insuffisance de sa production lactée.

Milieu du déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la région métropolitaine. Le CLSC choisi pour la réalisation du projet offre des services postnataux, par exemple, par le suivi à domicile d'une infirmière aux femmes ayant accouché. Notons qu'une centaine de femmes reçoivent mensuellement ces services. De plus ce CLSC offre des haltes-allaitement, constituant une ressource offerte aux mères qui désirent recevoir du soutien en allaitement ou qui veulent discuter avec d'autres mères. Une infirmière du département famille-enfance-jeunesse (FEJ) détenant la formation de consultante en lactation anime la rencontre. Celle-ci offre également la possibilité aux femmes de s'entretenir individuellement avec elle, au besoin. En raison des mesures sanitaires déployées durant cette période pour diminuer la propagation du Covid-19, les haltes-allaitement étaient offertes virtuellement. En cohérence avec le but visé par l'étude, soit l'exploration de l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives de la mère sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement, la halte-allaitement constituait un moyen adéquat pour le recrutement des mères.

Déroulement de l'étude

Stratégie d'échantillonnage

Le chercheur qui effectue une étude qualitative détermine de façon intentionnelle son processus d'échantillonnage afin d'approcher des participants pouvant potentiellement atteindre le but de l'étude (Savoie-Zajc, 2007). Stake (1994) précise qu'il importe de miser sur l'adéquation entre le cas choisi et l'objet de recherche et d'ainsi inclure les cas offrant la possibilité d'en apprendre plus sur la *quintain*. Ainsi, la stratégie d'échantillonnage qui a été privilégiée est un échantillon de convenance, afin d'approcher des participantes pouvant potentiellement atteindre le but de l'étude (Savoie-Zajc, 2007). L'étudiante-chercheuse a ainsi recruté des femmes allaitantes ayant déjà eu une PIL, afin d'explorer l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. L'évaluation de la PIL s'est faite au moyen d'une question posée à la participante potentielle, à savoir si oui ou non, celle-ci avait déjà perçu sa production lactée comme étant insuffisante. Comme le suggèrent Miles et Huberman (2003), le processus a également pris en compte le cadre conceptuel afin de circonscrire la collecte de données en fonction de l'objet étudié.

Ainsi, en cohérence avec le phénomène à l'étude, soit la PIL, et le cadre théorique du SMEA, différents critères d'inclusion ont été définis :

- a. Une mère en santé ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé
- b. Femme ayant eu une PIL au cours des six premières semaines suivant l'initiation de l'allaitement
- c. Femme âgée d'au moins 18 ans
- d. Femme expérimentant l'allaitement pour une première fois
- e. Comprendre le français oral et écrit
- f. Femme n'ayant pas de facteurs de risques associés à une insuffisance lactée de type primaire
- g. Femme ayant accès à un ordinateur et à internet

- a) Mères ayant accouché d'un nouveau-né à terme et en santé :** Tel que discuté dans les écrits, une condition particulière dans l'état de santé du nouveau-né pourrait engendrer des difficultés supplémentaires dans l'atteinte d'une production lactée suffisante. Différentes conditions reliées au nouveau-né telles que la prématurité (Hurst, 2007), les maladies cardiaques congénitales, l'hypothyroïdie congénitale, la fissure palatine ou un désordre neurologique (Lawrence et Lawrence, 2021), pourraient affecter son habileté à téter adéquatement au sein. Cette situation rend la mère plus à risque de présenter une réelle insuffisance secondaire de la production lactée (Farah et al., 2021). Ainsi, l'inclusion de mères ayant accouché de nouveau-nés en bonne santé diminuait les risques de s'entretenir avec des participantes ayant fait face à des défis supplémentaires pour atteindre une production lactée adéquate.
- b) Femme ayant présenté une PIL au cours des six premières semaines suivant l'initiation de l'allaitement et ayant poursuivi l'allaitement malgré une PIL :** Les études tendent à démontrer que les six premières semaines suivant l'initiation de l'allaitement, période de l'établissement de l'allaitement (Brault, 1995; Ligue de la Leche, s.d.), constituent un moment où les femmes sont plus susceptibles de mettre fin à l'allaitement en raison d'une PIL (Brown et al., 2014 ; Camurdan et al., 2008 ; Gatti, 2008; Galipeau et al., 2017; Hauck et al., 2011; Huang et al., 2022; Lewallen et al., 2006). L'incidence de la PIL étant intimement lié avec le SMEA, il est intéressant de noter que les premières semaines suivant l'initiation de l'allaitement représentent également la période où se construit le SMEA (Blyth et al., 2002, 2004; Kronborg et Vaeth, 2004; Scott et al., 2006; Semenic et al., 2008). S'entretenir avec les femmes à la suite de cette période a permis de recueillir de riches informations sur l'influence de la persuasion verbale sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. Les femmes incluses dans l'étude devaient avoir poursuivi l'allaitement à la suite de la PIL afin de comprendre d'abord si la persuasion verbale a eu une influence dans la poursuite de l'allaitement malgré une PIL. De plus, cela a permis de faire ressortir d'autres éléments méconnus à ce jour sur le cas, notamment les éléments facilitant la poursuite de l'allaitement malgré une PIL.

- c) **Femme âgée d'au moins 18 ans** : Les adolescentes enceintes sont considérées comme une population plus vulnérable (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2008), faisant face à des difficultés différentes (Dyson et al., 2010), ne requérant pas le même soutien. Ainsi seulement des femmes âgées d'au moins 18 ans ont été approchées pour faire partie de l'étude.
- d) **Première expérience d'allaitement** : Certaines études indiquent qu'une mère ayant des expériences antérieures d'allaitement détient un niveau plus élevé du SMEA (Otsuka et al., 2008; Aluş Tokat et al., 2010; McCarter-Spaulding et Dennis, 2010), la rendant ainsi moins susceptible de présenter une PIL (Galipeau, 2011). La présente étude a donc privilégié les mères n'ayant pas d'expérience antérieure d'allaitement.
- e) **Comprendre le français** : Le choix de s'entretenir avec des participantes qui s'expriment et comprennent le français à l'oral et à l'écrit a été motivé par différentes raisons. Tout d'abord, il s'agit de la langue première de l'étudiante-chercheuse. De plus, ce projet de recherche n'est pas financé et l'usage de l'anglais nécessiterait, pas souci de rigueur, les services d'un traducteur. Le choix de s'entretenir avec des participantes qui communique en français a également été influencé par le contexte académique du projet, imposant un délai précis à respecter, et par le fait que la maîtrise s'effectue à temps partiel. L'étudiante-chercheuse tient à préciser qu'elle serait ravie d'inclure des participantes qui s'expriment dans les deux langues si elle entreprend dans le futur d'autres projets de recherche.
- f) **Femme n'ayant pas de facteurs de risques associés à une insuffisance lactée de type primaire** : Comme discuté précédemment, certaines conditions maternelles peuvent affecter la possibilité d'atteindre une production lactée suffisante. Ainsi, les femmes ayant subi dans le passé une chirurgie mammaire telle qu'une mastectomie, une réduction mammaire, ou l'ablation d'un kyste (Neifert, 2001; Neville et Morton, 2001) n'ont pas fait partie de l'étude puisqu'elles sont à risque de présenter une insuffisance lactée de type primaire. Pour cette même raison, les femmes ayant un piercing au mamelon (Garbin et al., 2009), ayant eu le syndrome

de Sheehan (Willis et Livingstone, 1995) secondaire à une hémorragie du postpartum ou faisant de l'hypertension (Neifert, 2001) n'ont pas été incluses.

- g) **Femme ayant accès à un ordinateur et à internet :** Puisque l'entretien se déroulait par visioconférence via la plateforme de communication virtuelle TEAMS, les participantes devaient avoir accès à un ordinateur ainsi qu'à internet.

Recrutement et processus d'obtention du consentement

Le recrutement des participantes a sollicité l'appui de personnes travaillant dans le milieu. Le chef de programme a été approché, afin d'évaluer la possibilité que l'étude se déroule dans ce milieu (Annexe E). Une fois le projet accepté, le recrutement des participantes a eu lieu en collaboration avec l'infirmière attitrée aux haltes-allaitement, laquelle s'était portée volontaire pour collaborer à cette étape du projet. Son rôle était de présenter brièvement le projet de recherche lors des rencontres virtuelles et d'inviter les clientes à consulter la lettre d'invitation à participer à un projet de recherche (Annexe F), écrite par l'étudiante-chercheuse. La lettre était déposée dans la section clavardage de la rencontre virtuelle. L'infirmière qui animait les haltes-allaitement présentait, de façon neutre, le projet de recherche aux clientes se présentant aux haltes-allaitement, sans les inciter à prendre part au projet de recherche. Les clientes intéressées à en apprendre davantage sur le projet de recherche devaient donner leur approbation à ce que l'infirmière transmette leurs informations à l'étudiante-chercheuse afin que cette dernière puisse entrer en contact avec elles pour discuter plus amplement du projet. Pour préserver l'anonymat des participantes, c'est l'étudiante-chercheuse qui est entrée en contact avec les participantes potentielles afin que l'infirmière qui anime les haltes-allaitement ne soit pas informée des clientes ayant accepté de prendre part à l'étude. En effet, comme stipulé dans le formulaire d'information et de consentement, la participation d'une mère au projet de recherche devait demeurer confidentielle.

En raison des mesures sanitaires déployées pour diminuer la propagation du Covid-19, des lignes directrices concernant le consentement éclairé obtenu verbalement en recherche avec les participants humains ont été élaborées, lesquelles ont été respectées par l'étudiante-chercheuse lors du processus d'obtention du consentement. Les participantes

potentielles ayant manifesté leur intérêt à prendre part à l'étude ont reçu par courriel une copie du formulaire d'information et de consentement (Annexe G). Une rencontre virtuelle a été planifiée, via la plateforme de communication TEAMS, et le lien de la réunion, ainsi que le mot de passe, la date et l'heure ont été envoyés par courriel. L'étudiante-chercheuse s'est assurée que les participantes ayant démontré leur intérêt comprenaient bien le but visé par l'étude, la nature de leur implication et qu'elles n'aient aucune question en suspens avant de donner leur consentement verbal. Les participantes ont également été informées qu'elles pouvaient à tout moment se retirer de l'étude et demander par le fait même le retrait de leurs données. Les participantes étaient rassurées que leur participation à l'étude demeurerait totalement confidentielle et ne nuiraient en aucun cas aux soins et services leur étant offerts. Alors que de vives émotions pouvaient être vécues par les mères lorsque certaines questions étaient posées sur les premières semaines d'allaitement, les participantes ont été assurées qu'elles pouvaient, à tout moment, refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Un temps de réflexion était offert, mais notons qu'aucune participante n'en a manifesté le besoin. Les femmes qui ont accepté de participer au projet ont pu donner leur consentement verbal lors de la réunion, laquelle a été enregistrée de façon audio uniquement. Lors de l'enregistrement audio, la déclaration de consentement, laquelle se trouve à la dernière page du formulaire d'information et de consentement, a été lu par l'étudiante-chercheuse. Celle-ci s'est assurée que la participante indique clairement son nom au complet, la date, et son consentement à participer au projet de recherche. Une deuxième réunion était prévue pour la réalisation de l'entretien, selon la convenance des participantes. Tous les entretiens se sont déroulés dans les trois jours suivants l'obtention du consentement.

La taille de l'échantillon a été suggérée par Stake (2006), affirmant que les bénéfices de l'étude de cas multiples sont limités si l'on inclut moins de quatre ou plus de dix cas à l'étude. Miles et al. (2014) abondent dans le même sens en affirmant que, puisque les chercheurs d'une étude de cas multiples examinent minutieusement le contexte de chacun des cas, l'inclusion de plus de dix cas pourrait complexifier l'analyse des données, par la quantité de données à prendre en compte. Ces derniers (Miles et al., 2014; Stake, 2006) suggèrent plutôt de brosser un portrait holistique d'au moins cinq cas. Entre

décembre 2021 et février 2022, quatre participantes ont été recrutées. Par souci d'avancement, et puisqu'un échantillon de quatre cas était adéquat, l'analyse des données a été débutée en mars 2022. En septembre 2022, bien que le processus de recrutement fût terminé, l'histoire de l'une des mères présente à la halte-allaitement a attiré l'attention de l'infirmière attirée à ces rencontres. Ayant été informée du projet de recherche en cours, cette mère s'est dit intéressée à ce que l'étudiante-chercheuse entre en contact avec elle. Ainsi, cinq femmes (n=5) ont participé à l'étude.

Collecte de données

S'intéressant à la situation unique de chaque cas, les études de cas multiples tentent d'explorer les similitudes et les différences à travers les cas étudiés pour ensuite considérer ce qu'ils nous apprennent sur la *quintain* (Stake, 2006). Pour ce faire, Stake (2006) affirme qu'il faut d'abord connaître l'activité de chacun des cas telle qu'elle se présente dans son contexte, dans sa situation particulière. En effet, chaque cas étudié est influencé par son contexte historique, économique ou social qui lui est propre (Stake, 2006). L'entretien permet de rendre compte de cette expérience vécue (Sifer-Rivière, 2016).

C'est pourquoi l'étudiante-chercheuse s'est entretenue avec chacune des participantes, pendant environ 60 minutes, via la plateforme de communication virtuelle TEAMS. L'entretien semi-dirigé contenait des questions en lien avec l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA de femmes ayant eu une PIL. Le guide d'entretien (Annexe H) s'est inspiré du cadre théorique du SMEA de Dennis (1999) et des connaissances actuelles sur les éléments associés à la PIL. Dans l'optique de brosser un portrait du contexte dans lequel vit la participante, l'entretien débutait par un questionnaire sociodémographique. Les questions de l'entretien étaient redéfinies en cours de route, car l'analyse des premiers entretiens révélait des faits ou des hypothèses inattendues, pouvant alors être explorée dans les entretiens subséquents. Cette méthode de collecte de données offrait la possibilité aux participantes de raconter leur histoire, permettant de mieux comprendre comment l'expérience unique vécue par chacune d'entre elles influençait la PIL. De plus, il était possible de mieux comprendre l'influence que la participante associait à la persuasion verbale reçue des personnes significatives sur son SMEA et sur la poursuite de son allaitement.

Selon les recommandations de Balard et al. (2016), chaque entretien a été retranscrit en intégralité en prenant soin de respecter la forme du discours, c'est-à-dire chaque mot prononcé par l'informateur et l'étudiante-chercheuse. Tel que proposé par Miller et Glassner (2004), pour assurer une analyse rigoureuse des données obtenues via l'entretien, un journal de bord a été tenu, ayant servi à consigner des informations supplémentaires, notamment sur le langage non verbal des participantes, telles que les hésitations, les pleurs et les rires. Comme le propose Stake (2010), les réflexions de l'étudiante-chercheuse étaient inscrites au journal de bord dans le but de soutenir l'analyse des données.

Analyse des données

Bien que l'intérêt de l'étude fût orienté sur la persuasion verbale, les participantes ont tout de même rapporté des éléments se rapportant aux autres sources d'information du SMEA. En effet, celui-ci est influencé par chacune des quatre sources d'informations. Dans l'exercice d'exposer l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, il apparaissait évident de prendre en considération les autres éléments de l'expérience d'allaitement ayant influencé le SMEA. Ainsi, le cadre théorique du SMEA de Dennis (1999) a soutenu une partie de l'analyse des données, soit celles relatant l'expérience d'allaitement. Toutefois, pour les données en lien avec la persuasion verbale, le cadre conceptuel choisi ne permettait pas d'appuyer cette portion de l'analyse des données. L'étudiante-chercheuse a donc procédé à une analyse de contenu pour atteindre le but de l'étude. En accord avec cette méthode d'analyse décrite par Bardin (1977), les données ont été manipulées selon trois étapes distinctes, soit la préanalyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats.

Dans l'étape que constitue la préanalyse, les verbatims obtenus grâce à la retranscription des entretiens ont été lu à plusieurs reprises par l'étudiante-chercheuse. Selon certains auteurs (Balard et al., 2016; Savoie-Zajc, 2009; Van der Maren, 1996), ce processus, par lequel une attention est portée aux notes consignées dans le journal de bord, permet d'obtenir une première impression du message véhiculé dans chaque entretien, en reflétant le contexte particulier de chacun d'entre eux, permettant ensuite d'en dégager les idées principales sous la forme d'un texte synthèse.

Dans un deuxième temps, les données étaient manipulées dans le but d'approfondir la compréhension des propos des participantes. Les éléments du corpus de données ont été triés selon leurs caractéristiques communes. Un codage de type mixte a été privilégié. Une relecture du cadre conceptuel et des questions de recherche a soutenu l'élaboration des rubriques. Une première liste de codes était proposée. La relecture de la transcription d'un premier entretien permettait à l'étudiante-chercheuse d'en surligner les passages significatifs et de procéder à une première extension du lexique de code. Ensuite, les passages significatifs qui parlent de la même chose ont été regroupés sous une même rubrique. Les unités de sens incluses dans chacune des rubriques ont été relues pour ensuite être réduites à une plus simple expression, entraînant une nouvelle extension du lexique de code. L'étudiante-chercheuse s'est inspirée des étapes décrites par Van Der Marren (1996) pour procéder au codage mixte de l'ensemble du matériel.

Différentes méthodes ont été employées pour rehausser la validité du codage. Comme le suggère Balard et al. (2016), l'étudiante-chercheuse a procédé à l'exercice d'intra-codage, consistant à revenir à une copie vierge d'un des premiers matériaux segmentés et codés pour y appliquer la dernière liste de codes. Le codage inversé, soit la relecture des verbatims associés au code, est également une méthode qui a été employée par l'étudiante-chercheuse, et soutenue par les directrices de recherche.

Le traitement et l'inférence des données étaient la troisième étape poursuivie par l'étudiante-chercheuse, en cohérence avec l'analyse de contenu (Bardin, 1977). Les 13 tactiques d'interprétation des données présentées par Miles et Huberman (2003) ont servi de guide lors de cette étape d'analyse, qui sous-tend un exercice de regroupement et de condensation des données (Van Der Marren, 1996). De façon plus concrète, il était question, à partir du matériel codé, de faire ressortir les ressemblances que partageaient les données, en se questionnant à savoir si ces éléments appartenaient à une classe conceptuelle plus large. La prochaine étape d'analyse consistait à la recherche de relations entre ces catégories, dans l'optique de formuler une hypothèse à la question de recherche. L'étudiante-chercheuse a ainsi identifié les caractéristiques qui distinguaient ou encore permettaient de relier les catégories entre elles.

Critères de qualité

Dans la mesure où Stake (1994) ne suggère pas de critères de scientificité spécifique pour analyser les études de cas multiples, les critères de qualité généraux aux approches qualitatives ont été retenus pour la présente étude. Décrits par Lincoln et Guba (1985), ceux-ci concernent la crédibilité, la fiabilité, l'imputabilité procédurale et la transférabilité.

Tel que proposé par certains auteurs (Denzin, 1989; Savoie-Zajc, 2009; Stake, 2010), la crédibilité a été assurée par la triangulation de diverses méthodes de collectes de données. Selon Miles et Huberman (2003), cette approche consiste à recueillir des informations à partir de diverses sources de données, ce qui peut inclure des personnes différentes, des moments et des endroits variés, et par le biais de méthodes distinctes, soit par la prise de notes et l'enregistrement des entretiens. Tout d'abord, l'étudiante-chercheuse a eu l'occasion, au cours de sa pratique en CLSC en FEJ, de discuter avec des femmes vivant avec une PIL. Ces entretiens non formels lui ont permis de noter la similarité entre les facteurs mentionnés par les femmes pour avoir une PIL et ceux mis en évidence dans les études. De plus, elle a été à même de constater dans sa pratique l'intérêt élevé qu'ont les professionnels de la santé envers le poids du bébé et la fréquence élevée à laquelle l'utilisation du tire-lait est proposée. Détenant une expérience riche auprès de femmes allaitantes, le soutien des directrices de recherche à l'analyse des données constituait également un élément ajoutant à la crédibilité des données. Enfin, la tenue d'un journal de bord servant à consigner les réflexions de l'étudiante-chercheuse tout au long du processus de collecte de donnée, ainsi que les divers entretiens effectués avec les participantes, reflète la variété des méthodes de collecte de données, qui selon Stake (2006), favorise la crédibilité des données.

La fiabilité des connaissances issues de l'analyse des données, soit par le biais de procédures conformes aux standards scientifiques (Guba et Lincoln, 1994), a été assurée par la vérification de l'analyse et de l'interprétation des données par les directrices de recherche (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007).

La vérification de l'analyse et de l'interprétation des données par les directrices de recherche, soutenant l'imputabilité procédurale, permet de rendre compte, selon certains

auteurs (Guba et Lincoln, 1994; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007), de la fiabilité des connaissances issues de l'analyse des données.

Pour permettre la transférabilité des résultats, c'est-à-dire la possibilité que les conclusions puissent être vérifiées auprès d'autres contextes, l'étudiante-chercheuse s'est assurée d'offrir une description riche et détaillée du contexte des cas étudiés. Selon Guba et Lincoln (1994), cette « *thick description* » expose suffisamment d'éléments pour juger de la possibilité de transférer les résultats à d'autres milieux.

Considérations éthiques

Le comité éthique de la recherche du CIUSSS affilié au CLSC choisi a approuvé la réalisation du projet d'étude dans leur établissement, ainsi que tous les documents qui ont été utilisés. Un certificat d'approbation éthique a été obtenu (Annexe I). Pour sa part, le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a signé des ententes avec les établissements du réseau qui lui sont affiliés et reconnaissait leurs approbations éthiques si les ressources de l'Université de Montréal n'étaient pas utilisées. En accord avec l'Énoncé de politique des trois conseils (Gouvernement du Canada, 2018), l'étudiante-chercheuse s'est engagée à poursuivre son projet de recherche en respectant les principes de respect des personnes, de préoccupations du bien-être et de justice. Le respect des personnes a été assuré par l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part des participantes. Chaque consentement verbal a été enregistré au format audio à l'aide d'un code. L'enregistrement des entretiens a été nommé à l'aide d'un code également. Notons que les enregistrements des consentements verbaux ont été conservés dans un fichier distinct de celui correspondant aux entretiens.

Concernant la conservation des données, lors de la collecte et de l'analyse des données, toutes les données électroniques de recherches ont été stockées au sein de l'établissement de santé affilié, à partir de l'adresse courriel institutionnelle de l'étudiante-chercheuse. Les enregistrements audio des consentements verbaux ont été sauvegardés dans l'application STREAM du portail Office 365. Pour leur part, les fichiers correspondants aux transcriptions et le fichier Excel comprenant le registre des

participantes ont été préservés dans le OneDrive du portail Office 365. L'accès au portail Office 365 (TEAMS, OneDrive, STREAM) de l'étudiante-chercheuse était protégé par un mot de passe. Les données de recherche ont été partagées à l'équipe de recherche, soit la directrice de recherche Marjolaine Héon, la co-directrice de recherche Chantal Caux. Une fois la thèse de recherche terminée, toutes les données électroniques de recherche, soit la thèse de recherche, la transcription des entretiens, l'enregistrement des consentements verbaux et le fichier Excel comprenant le registre des participantes, sont transférées dans le réseau sécurisé de l'Université de Montréal. Les données sont conservées de façon électronique seulement, sur l'ordinateur de Marjolaine Héon, lequel est sécurisé par un mot de passe, situé à son bureau à la Faculté des sciences infirmières (local 2082-1). Marjolaine Héon est responsable de la supervision des données, et de leurs destructions 7 ans après la fin du projet. Les données, une fois transférées à l'Université de Montréal, sont supprimées du portail Office 365 du CIUSSS.

Ce projet de recherche n'a reçu aucun financement, et il n'y avait pas de compensation financière liée à la participation à l'étude. Ce projet de recherche comportait peu d'inconvénients puisque la participation s'effectuait de façon virtuelle, ne nécessitant aucun déplacement. Les participantes ont été informées qu'elles pourraient être orientées vers des ressources de soutien en allaitement, telles que l'Association Québécoise des consultantes en lactation diplômées (IBCLC), Nourri-Source, ou la Ligue de la Leche, si elles éprouvaient des difficultés d'allaitement au cours de leur participation à la recherche. Aucune d'entre elles n'en a fait la demande. Enfin, les participantes ont également été informées qu'elles pouvaient à tout moment se retirer de l'étude et demander par le fait même le retrait de leurs données. Notons qu'aucune participante n'a demandé à mettre fin à sa participation à l'étude.

Chapitre 4 : Résultats

Présentation des participantes

Avant de dévoiler les résultats de l'étude, il importe de décrire plus en profondeur la situation particulière de chacun des cas, puisque ce dernier est influencé par son contexte historique, économique ou social qui lui est propre (Stake, 2006). Afin de dresser un portrait plus complet du contexte de vie des participantes (n=5), les données sociodémographiques seront présentées, suivies d'une courte description de chacune des participantes.

Les mères sont âgées, en moyenne, de 33,4 ans; la plus jeune a 24 ans et la plus âgée, 39 ans. Trois femmes sont mariées, une femme est en union de fait et l'autre est célibataire. Trois participantes sont nées au Canada, une est née en Chine et l'autre en Suisse. Quatre d'entre elles détiennent un diplôme universitaire et un revenu annuel supérieur à 75 000\$. La majorité des bébés étaient âgés de 3 mois au moment de l'entretien, le plus jeune avait 2 mois, et le plus vieux 5 mois. La section suivante décrit plus en profondeur le contexte particulier de chacun des cas. Des noms fictifs ont été attribués aux participantes.

Participante 1 : Alexa

Alexa est une femme de 33 ans, née en Chine, résidant au Canada depuis 7 ans, mariée avec un homme. Les pleurs du bébé suivant le congé de l'hôpital l'ont menée à consulter à l'urgence le 4^e jour de vie. Elle a introduit des PCN jusqu'à la sixième semaine postnatale. Elle a mis beaucoup d'efforts pour optimiser sa production de lait : elle consulte l'IBCLC du CLSC, se procure des biscuits au fenugrec, lit sur le sujet et utilise le tire-lait. Alexa rapporte que son conjoint est d'un bon soutien, entre autres, en donnant le lait maternel exprimé lorsqu'elle se repose. Elle a été ébranlée par l'expérience d'allaitement de sa mère, laquelle a cessé l'allaitement en raison d'une PIL. Elle déplore les conseils reçus de sa mère, allant à l'encontre des pratiques favorables à l'allaitement. Elle utilise beaucoup les ressources du CLSC : Elle s'y rend chaque semaine pour peser bébé et poser

ses questions aux infirmières, consulte l'IBCLC du CLSC, échange avec les mères présentes aux haltes-allaitement virtuelles. Elle obtient beaucoup de réassurance de leur part. La constatation que bébé grandit bien lui permet aujourd'hui d'avoir confiance en sa production lactée. Elle allaite maintenant exclusivement son premier bébé de 3 mois.

Participante 2 : Béatrice

Béatrice est une infirmière monoparentale, âgée de 37 ans, d'origine canadienne. Elle a accouché par césarienne. Elle a été particulièrement ébranlée par les pleurs lors de la deuxième nuit postnatale. Elle dénonce le manque de soutien reçu de l'équipe médicale lors de son hospitalisation, qu'elle attribue à son titre d'infirmière. À la constatation de la perte de poids au deuxième jour, elle a cessé l'allaitement pendant 24 heures et débuté les PCN. L'utilisation des PCN s'est poursuivie durant les deux premiers mois. Elle utilise beaucoup le tire-lait. La visite à domicile de l'infirmière du CLSC l'a aidée à rebâtir sa confiance en ses capacités d'allaitement. Étant monoparentale, car elle a décidé de recourir à un don de sperme et d'élever seule son enfant, elle trouve particulièrement prenante la fréquence élevée des tétées qui lui occasionne beaucoup de fatigue. Elle reçoit l'aide sa mère à la maison les premières semaines, mais reçoit beaucoup de commentaires décourageants de sa part, celle-ci n'ayant pas allaité. Elle affirme avoir été en mesure de rebâtir sa confiance lorsqu'elle s'est retrouvée seule avec le bébé et lorsque celui-ci dormait davantage. Au moment de l'entretien, elle allaite exclusivement son bébé de 3 mois.

Participante 3 : Christine

Christine est âgée de 24 ans, d'origine suisse et mariée avec un homme. Ayant accouché en Suisse, où la durée du séjour hospitalier étant plus élevée, elle reste six jours à l'hôpital, et considère adéquat le soutien reçu des infirmières et des IBCLC pour la mise en place de l'allaitement. À son congé, elle souligne le gain de poids adéquat. Elle s'est retrouvée seule quelques jours après l'accouchement, puisque son conjoint a dû déménager avant elle au Canada. Pour sa part, Christine a déménagé au Canada un mois après l'accouchement. Elle affirme s'être souvenue de la suggestion du pédiatre d'allaiter aux trois heures, et ne dérogeait pas de cet horaire strict. Elle est allée rejoindre sa mère en France à la troisième semaine postnatale, où le bébé a eu son premier suivi. La constatation

du faible gain de poids à ce moment a initié sa PIL. Sa mère l'a alors amenée voir une IBCLC qui l'avait aidée avec son allaitement. Elle a commencé à utiliser le tire-lait, et l'utilise encore à l'occasion, lorsque la PIL refait surface certaines journées où le bébé demande moins le sein que d'habitude. Elle souligne les propos de sa mère l'ayant permis de diminuer le stress envers la PIL, cette dernière l'ayant accompagnée au Canada. Elle allaite toujours exclusivement son bébé de 3 mois lors de l'entretien.

Participante 4 : Dorothée

Dorothée est âgée de 32 ans, est mariée avec un homme et est d'origine canadienne. La PIL est survenue une première fois lors de la perte de poids de son bébé constaté à 48 heures de vie. Elle s'était résorbée à la suite de la visite à domicile de l'infirmière du CLSC, laquelle l'avait réassurée sur sa production lactée et sur le gain de poids. Une PIL est survenue de nouveau au 4^e mois, lorsque l'infirmière qui vaccinait son enfant était inquiète sur le gain de poids. L'opinion du pédiatre l'avait réassurée sur le gain de poids normal. L'allaitement est perçu comme la norme dans son entourage et elle a reçu beaucoup d'encouragement de celui-ci. Elle affirme que son conjoint l'a aidée diminuer son stress à propos de sa production lactée. Elle utilise le tire-lait une fois par jour pour s'assurer d'une bonne production lactée. Au moment de l'entretien, elle allaite toujours exclusivement son bébé de 5 mois.

Participante 5 : Évelyne

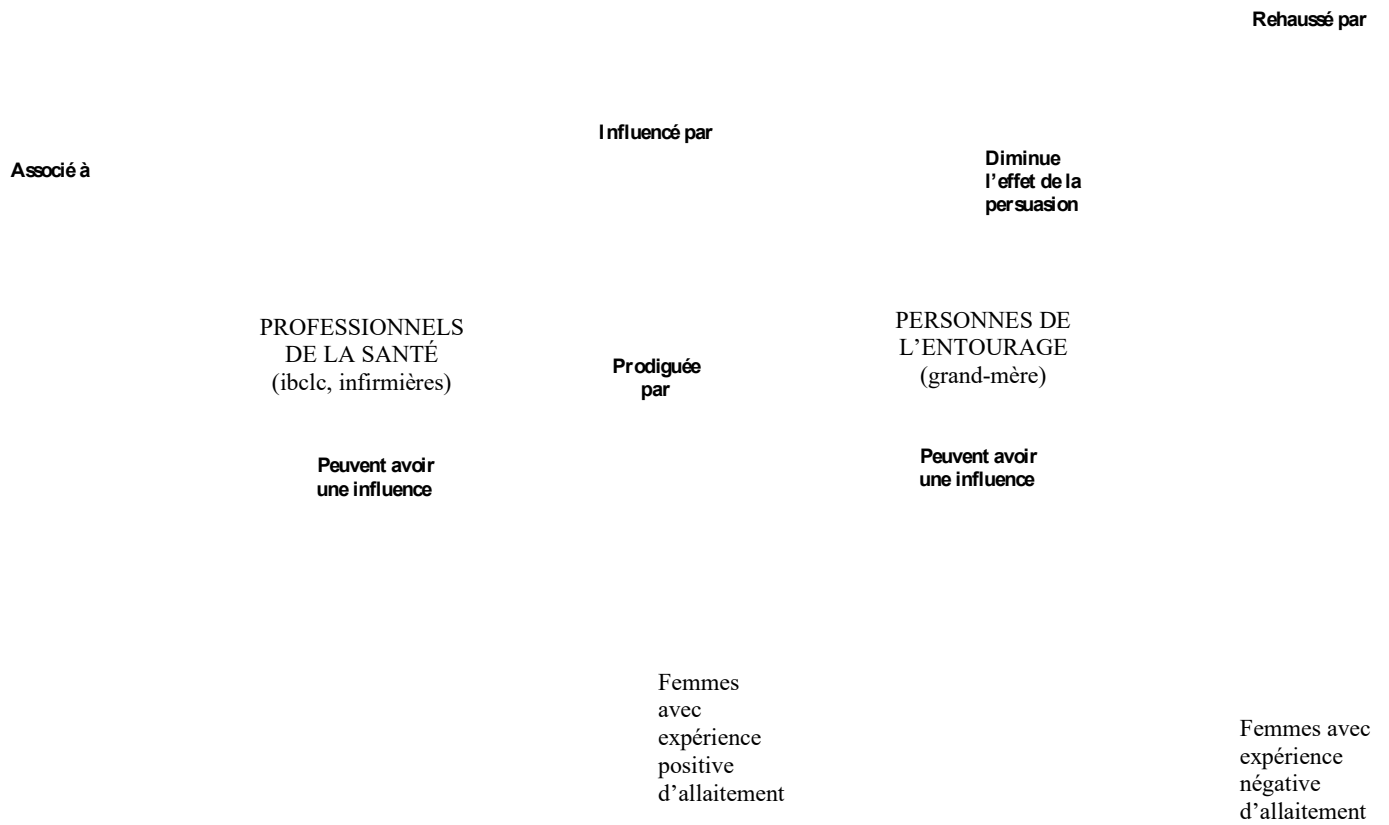
Évelyne, âgée de 39 ans, a accouché en maison de naissance avec une sage-femme. Les premiers jours ont été particulièrement difficiles car le bébé ne s'accrochait pas au sein. Elle a consulté une IBCLC dès le 2^e jour postnatal. Elle affirme avoir vécu un dilemme entre suivre les recommandations de ses amis, qui prônaient le moins d'intervention possible quitte à laisser jeûner le bébé, et ceux des professionnels de la santé (sage-femme et IBCLC) qui lui suggéraient de stimuler avec le tire-lait et de supplémenter avec les PCN après chaque tétée. Elle affirme avoir fait confiance aux professionnels de la santé, mais avoir trouvé les exigences très prenantes. Elle oscillait entre poursuivre les recommandations ou suivre son instinct et tenter un allaitement maternel exclusif. Son conjoint était sur la même longueur d'onde qu'elle et la soutenait dans ses choix. Puisqu'il

a dû recommencer à travailler quelques jours après l'accouchement, elle a apprécié l'arrivée de sa mère à la maison pour l'aider avec la routine. Celle-ci avait d'ailleurs allaité ses trois enfants, à l'époque où l'allaitement n'était pas encouragé, selon les propos de sa mère. Une discussion avec son ostéopathe et sa tante infirmière spécialisée en allaitement, laquelle sera présentée en tant que Lise, semble avoir contribué au SMEA et favoriser l'exclusivité de l'allaitement. Au moment de l'entretien, elle allaite exclusivement depuis deux semaines son bébé de 2 mois, qui prend maintenant 30g par jour.

Résultats de l'étude

Bien que le but de l'étude visait l'exploration de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement, l'analyse de contenu a permis de révéler de riches informations sur l'expérience d'allaitement de mères ayant vécu une PIL. Ainsi, trois catégories principales se sont dégagées des données analysées : l'évolution de l'expérience de l'allaitement maternel dans un contexte de PIL, les proches de la mère et leur influence sur le SMEA, et les professionnels de la santé et leur influence sur le SMEA. Une schématisation des résultats est présentée ci-dessous (Figure 2)**Erreur ! Source du renvoi introuvable..**

Figure 2. Schématisation des résultats



L'évolution de l'expérience de l'allaitement maternel dans un contexte de PIL

La première catégorie se décline en deux sous-sections, soit les inquiétudes associées à la PIL en début d'expérience d'allaitement, et le SMEA rehaussé au fil de l'expérience.

Les inquiétudes associées à la PIL en début d'expérience d'allaitement. Il semble que la période suivant l'initiation de l'allaitement soit un moment de vulnérabilité pour les nouvelles mères allaitantes. Des sentiments d'incertitude et d'inquiétude étaient vécus par toutes les femmes et la signification des comportements infantiles, le poids de l'enfant et la quantité de lait objectif étaient en grande partie responsables de la PIL. Pour deux participantes, cette impression de ne pas avoir suffisamment de lait a occasionné l'introduction de PCN.

Tout d'abord, toutes les participantes ont associé certains comportements du nouveau-né à un manque de lait maternel. Ces comportements comprenaient les pleurs, l'agitation du bébé au sein et sa demande élevée pour le sein. À ce sujet, une mère mentionne :

Puis quand je lui donnais le sein, il [bébé] avait l'air comme fâché (rires), t'sais, il me cognait, il pleurait beaucoup, il avait l'air de ne pas en avoir assez, pis à part de ça, il s'endormait, puis il criait peu de temps après s'être endormi, donc je pensais, bon ben je n'ai pas assez [de lait], c'est pour ça (Alexa, A8).

Pour trois participantes, la fréquence élevée des tétées laissait croire à un manque de lait (Béatrice, Christine, Évelyne). L'une d'elles disait : « j'avais tout le temps l'impression qu'elle était en poussée de croissance ou comme c'était les tétées groupées, fait que je me disais, c'est sûr que je n'ai pas assez de lait » (Béatrice, B1). Pour cette même participante, un manque de lait a été perçu dès la deuxième nuit à l'hôpital, en raison des pleurs : « j'avais l'impression qu'elle n'était jamais satisfaite parce qu'elle pleurait souvent » (Béatrice, B15). Elle évoque « le mystère de la deuxième nuit », phénomène communément observé, se traduisant par une agitation du nouveau-né avec des pleurs intenses lors de la deuxième nuit. D'ailleurs, les pleurs du nouveau-né durant la nuit étaient

particulièrement une source de stress pour les participantes (Alexa, Béatrice). L'une d'elles mentionne avoir été consulter à l'urgence, deux jours suivant son congé de l'hôpital : « il criait comme toute la nuit, puis on [la participante et conjoint] n'était pas sûr de ce qu'il se passait » (Alexa, A2).

Malgré la conviction que les pleurs du nouveau-né, son agitation au sein et sa demande élevée pour téter traduisaient son insatisfaction envers la production lactée, un sentiment d'incertitude demeurait quant à la signification des comportements observés, contribuant au stress de quatre participantes (Alexa, Béatrice, Dorothée, Évelyne). Des questionnements à l'égard des signaux de faim et de satiété étaient soulevés. Par exemple, lorsque son bébé pleurait le soir, l'une se demandait : « est-ce que c'est parce qu'il avait faim ou non ? » (Dorothée, D9). Une autre s'interrogeait plutôt sur les signes de satiété : « Là, est-il détendu là après (le boire) ? [...] est-il satisfait ? On ne le sait pas dans le fond (rires) » (Évelyne, E53). Cette dernière ajoute qu'elle était « hyper attentive » (Évelyne, E53) quant aux comportements de son nouveau-né. En effet, les résultats de l'étude montrent à quel point les comportements infantiles sont analysés par les nouvelles mères allaitantes.

Les insécurités vécues provenaient également du fait de s'occuper d'un bébé pour la première fois. À ce propos, cette nouvelle mère l'explique ainsi : « Je pense que c'était plus du stress, parce qu'on (participante et conjoint) ne savait vraiment pas rien faire avec un bébé » (Alexa, A11). Une autre participante déclare : « le bébé comme tel est plein de mystère » (Évelyne, E54). Par ailleurs, les incertitudes de certaines participantes s'expliquaient par la méconnaissance de la personnalité de leur bébé. Par exemple, s'inquiétant quant à la somnolence de son bébé, une mère se demandait : « si c'est parce que c'est un bébé de même ou bien qu'il était vraiment trop amorphe parce qu'il ne mangeait pas » (Évelyne, E46).

Le poids du nouveau-né a également été un sujet d'inquiétude pour toutes les participantes. La perte de poids dans les premiers jours suivant la naissance ou le faible gain de poids dans les premières semaines postnatales ont été interprétés par toutes les participantes comme d'un manque de lait. Deux d'entre elles soulignent l'impact d'une perte de poids de 8% à 48 heures postnatales sur la PIL et la poursuite de l'allaitement

(Béatrice, Dorothée). Pour Dorothée, c'est à ce moment que la PIL a été vécu pour la première fois : « c'est sûr au début on était stressé parce qu'à l'hôpital, t'sais à cause qu'il [bébé] avait perdu tellement de poids, (elle se demande) est-ce que j'avais assez de lait ? » (Dorothée, D8). L'autre a cessé l'allaitement pendant 24 heures et débuté les PCN suite à cette pesée :

Quand ils [les infirmiers et les infirmières du département post-partum] m'ont dit : « Ah, elle a perdu 8% de son poids, elle fait peut-être une petite jaunisse » eille là là, ouais j'aurais passé au biberon. Mais c'est quasiment ce que j'ai fait » (Béatrice, B18).

Pour certaines participantes (Alexa, Béatrice), il semble que les inquiétudes envers le poids du bébé demeurent, et ce, même plusieurs semaines après l'accouchement. En raison de l'intérêt marqué d'une participante pour la surveillance du gain de poids, l'infirmière du CLSC lui avait suggéré de venir peser le bébé chaque semaine. À ce propos, elle mentionne : « je l'amenais (bébé) chaque semaine au CLSC pour le peser » (Alexa, A24). Celle-ci ajoute : « un moment donné, j'étais comme anxieuse parce qu'il (bébé) prenait beaucoup de poids (sourire)(rires), puis je me demandais, est-ce que c'est normal ? Est-ce que c'est correct? » (Alexa, A24). En effet, les inquiétudes envers le poids du bébé sont ressenties malgré un gain de poids considéré comme adéquat, soit plus de 25g par jour, après le 5^e jour de vie. Par exemple, une autre participante qui discutait du gain poids de son bébé affirmait : « c'était comme tout le temps limite, 26g par jour. Je me disais Ok (elle semble être déçue) mais t'sais, je me disais, tant qu'elle engraisse » (Béatrice, B46).

L'autre élément ayant généré une PIL concernait le manque d'objectivation du lait ou la quantité moindre observée dans les premiers jours : « je ne le voyais pas [le lait], pis ça a pris quelques jours pour que le lait il vienne, pis même le colostrum, je n'en avais pas beaucoup t'sais, c'était goutte par goutte » (Alexa, A31). Pour cette participante, l'angoisse est ressentie par le manque d'anticipation, du fait de ne pas connaître la trajectoire des volumes de lait :

J'avais trop d'anxiété que je n'avais pas assez de lait pis je ne savais pas à quoi m'attendre, t'sais, c'est combien au début, ça va venir quand, donc, je n'avais vraiment pas comme, le sens de prédiction, qu'est-ce qui va se passer donc, j'avais vraiment peur de ne pas avoir assez de lait dès le début (Alexa, A13).

De plus, l'engorgement vécu par cette participante pourrait avoir perturbé l'écoulement du lait, contribuant au maintien de la PIL. L'interaction avec l'IBCLC semble l'avoir rassurée sur sa production :

Pis ce qui m'a beaucoup aidée, maintenant que j'y pense (sourire), c'est quand que j'suis allée voir [la consultante en allaitement], [...] elle m'a dit « ben là non, t'as les seins super engorgés, tu ne vois pas toutes les veines que t'as ? Ça va bien là, ça veut dire que t'as beaucoup de lait, que t'en produis beaucoup » (Alexa, A32).

Cette mère avait par ailleurs souligné le caractère rassurant que de s'être fait dire par la conseillère en allaitement que les seins n'étaient jamais vides. Pour une autre participante à qui ses amies et sa sœur lui avaient dit que le lait allait s'écouler spontanément de ses seins, elle ajoute : « moi je n'ai jamais ressenti ce feeling donc au début, je pensais que je n'avais pas assez de lait » (Dorothée, D14).

Pour Béatrice et Évelyne, c'est en constatant que du lait s'écoulait de la bouche du bébé qu'elles ont pu être rassurées quant à la présence de lait : « j'avais tout le temps l'impression que je n'avais pas de lait, puis je l'ai cru, comme quand j'ai vu du lait sortir de sa bouche, c'est con mais bon » (rires ; Béatrice). Pour Évelyne, inquiète face à l'agitation de son bébé au sein, le fait de voir une régurgitation a éliminé l'option d'un manque de lait (Évelyne, E52). Dans le même sens, voir le lait s'écouler des seins lors d'une séance d'expression au tire-lait permet d'offrir cette objectivation du lait et deux participantes témoignent de l'apaisement que cela procure : « quand je vois qu'il y a du lait qui sort à chaque fois que je tire, ça me rassure aussi (Christine, C63) », « J'ai toujours du lait qui sort, donc ça, pour moi, c'est positif » (Dorothée, D22).

Il semble que ce soit le fait de ne pas apercevoir la trajectoire du lait hors des seins jusqu'au bébé, lors de la pratique de l'allaitement directement au sein, qui sous-tend ce besoin d'objectivation. À ce propos, une mère affirme : « c'est insécurisant au complet, nos seins, on ne les voit pas, la quantité de lait qui sort on [ne] la voit pas, la quantité de lait qui rentre, le lait qu'il consomme, on [ne] le voit pas » (Évelyne, E54). L'angoisse est ressentie par une autre mère, laquelle déclare : « je trouve que c'est difficile d'allaiter et de ne pas savoir si tu donnes assez de lait » (Dorothée, D38). Ainsi, l'objectivation du volume de lait consommé par l'enfant semble être le seul moyen pour déterminer qu'il en reçoit suffisamment. Il semble donc rassurant pour Béatrice et Christine d'avoir des réserves de

lait maternel « au cas où » (Christine, C34). Le tire-lait apparaît comme une stratégie pour améliorer les apports en lait au bébé, alors que cette dernière ajoute : « on ne contrôle rien en fait avec l'allaitement, c'est ça qui est stressant » (Christine, C36). À ce propos, l'une d'entre elles affirme : « le soir, je me réservais tout le temps comme une bouteille de mon lait de 80-100ml pour lui donner » (Béatrice, B63). Notons que la majorité des participantes ont rapporté avoir souvent eu recours au tire-lait dans les premières semaines suivant l'accouchement. La fréquence de son utilisation sera davantage discutée dans la section présentant les résultats en lien avec la persuasion verbale des professionnels de la santé.

Bien que l'usage du tire-lait permette de rassurer les mères quant à la présence de lait, pour certaines, il peut devenir un facteur contribuant à la PIL. C'est non seulement par l'objection du lait, mais par sa quantification, possible grâce à l'expression au tire-lait, que les mères évaluent leur production lactée. D'une part, une quantité jugée moindre est interprétée comme une faible production lactée : « quand je tirais j'avais seulement 10 ml et c'est vraiment là que ça m'inquiétait » (Christine, C64). Par ailleurs, le découragement est ressenti par une mère à la suite de la comparaison effectuée entre sa propre quantité de lait exprimée et celle présumée d'une autre mère sur les forums de mamans sur Facebook :

Elle disait qu'en cinq minutes, elle tirait huit onces. Je me disais, mon dieu ! Fait que là, je me sentais comme vraiment pas confortable avec mon petit 30 ml le matin (Béatrice, B26).

Pour Alexa, l'introduction de PCN semble avoir été directement influencé par la quantité de lait objectivé suite à l'usage du tire-lait : « J'ai commencé [à utiliser le tire-lait], je n'avais pas assez de lait, [donc] on lui a donné de la formule » (Alexa, A2). À l'inverse, une évaluation plus positive de la production lactée est influencée par l'expression d'une quantité de lait jugée plus adéquate. Alors qu'une mère avait réussi à extraire plus de 60 ml, elle se disait à elle-même : « tu t'es convaincue que finalement t'en avais assez, pis tu le vois maintenant » (Alexa, A28).

Enfin, dès la naissance, le poids du bébé ainsi que la quantité de lait obtenue via l'utilisation du tire-lait étaient des éléments ayant généré une PIL chez les participantes.

Dans la catégorie consacrée aux résultats concernant les personnes significatives et leur persuasion verbale, nous examinerons comment certaines interactions avec les professionnels de la santé liées au poids et à l'utilisation du tire-lait ont pu influencer le SMEA et la PIL. Alors que les comportements infantiles jouent également un rôle dans la PIL, la section suivante exposera comment leur influence évolue au fil de l'expérience d'allaitement.

Le SMEA rehaussé a fil de l'expérience. Comparés au début de l'expérience d'allaitement, des sentiments nettement plus positifs habitent aujourd'hui les participantes. Les questionnements qui étaient exprimés au départ au sujet de l'interprétation des comportements infantiles laissent place à plus de certitude quant à leurs significations. En outre, une certaine évolution comportementale et développementale du bébé rassure les nouvelles mères.

D'entrée de jeu, il est à noter qu'au moment de l'entretien, quatre participantes allaitent depuis maintenant trois mois, et une autre depuis cinq mois. La totalité d'entre elles allaite maintenant de façon exclusive leur bébé. Elles affirment de façon unanime avoir davantage confiance envers leurs capacités à allaiter. Dorothée mentionne : « J'ai beaucoup plus de confiance que j'ai du lait » (Dorothée, D34). Deux autres participantes quantifient leur niveau de confiance. Évelyne affirme : « je suis dans le 8 sur 10, là je dirais » (rires; Évelyne, E41) », tandis qu'Alexa témoigne d'un « 90% de confiance » (Alexa, A39). Dorothée et Christine font le parallèle entre l'amélioration de leur confiance et le temps écoulé : « maintenant que ça fait si longtemps que j'allaiter » (Dorothée, D34) ; « c'est venu avec le temps » (Christine, C74).

En effet, à force de passer du temps avec le bébé, les participantes s'autoproclament plus habiles à déceler les besoins exprimés par celui-ci. À cet effet, Évelyne mentionne : « J'arrive mieux à détecter c'est quand qu'il a envie de caca, ou bien ah ça, ça a plus l'air d'être un pipi qui le dérange dans sa couche » (Évelyne, E55). En parlant des pleurs du bébé peu de temps après un boire, Christine déclare : « je sais que voilà, qu'il a besoin de faire un rot ou de faire une selle » (Christine, C41). Comprenant que les pleurs peuvent

exprimer d'autres besoins, tels que la fatigue ou des inconforts physiques, elles reliaient moins les pleurs à la PIL. À ce propos, une participante affirme :

Durant ce temps-là [faisant référence aux premières semaines], oui, j'étais convaincue qu'il n'en avait pas assez [de lait], que c'est pour ça qu'il criait. Mais, en y repensant là maintenant, c'était peut-être parce que, eh ben, il ne dormait pas beaucoup, donc ça se peut qu'il était juste vraiment fatigué, parce que maintenant, on le sait là quand il est fatigué, il crie, on sait ce cri-là, pis c'est tellement le même cri (Alexa, A30).

Une autre précise que le sentiment de confiance plus élevé vient de pair avec l'adaptation au nouveau rôle de mère et à la connaissance de « comment est ton bébé » (Dorothée, D34). La reconnaissance du réconfort comblé par l'allaitement est un autre besoin ayant été compris par les mères, lequel semble avoir favorisé le SMEA. En effet, en discutant de l'amélioration de sa confiance aujourd'hui, Béatrice avance que : « Au début je pense, c'est ça, c'était le réconfort et tout ça comme à démêler » (Béatrice, B68). Elle clarifie comment ce besoin a été reconnu :

Des fois, il y avait juste ça [l'allaitement au sein] qui la calmait. Même si je lui donnais, mettons une bouteille de mon lait, on dirait qu'elle [bébé] ne dormait pas parce qu'elle [ne] se calmait pas tant qu'elle n'avait pas eu la tétée (Béatrice, B56)

Le constat que le bébé demande le sein pour se réconforter pourrait également avoir diminué l'incidence de la PIL. En effet, Évelyne associe l'irritabilité du bébé par le fait « qu'il boit trop de lait parce qu'il veut le sein juste pour le réconfort » (Évelyne, E52), plutôt qu'à la possibilité qu'il manque de lait. Par ailleurs, Christine discutait de la croyance qu'elle avait au début qu'un « trop plein » de lait puisse rendre inconfortable le bébé. Se rappelant avoir reçu cette recommandation de la part du pédiatre, elle appliquait un horaire rigide des boires, soit aux trois heures. Pour elle, la prise de conscience que téter répond au besoin de réassurance semble avoir eu des répercussions sur ses pratiques d'allaitement, soit offrir le sein sans restriction :

Parfois, même quand il [bébé] pleure la nuit et qu'il vient de manger, je le remets [au sein] parce que s'il lui manque un tout petit peu, il le prend, et si c'est juste pour se rassurer et qu'en fait il ne lui manquait pas, eh bien c'est pas grave (Christine, C40).

Elle fait d'ailleurs référence au type de succion, lui permettant de reconnaître s'il s'agit d'une tétée de réconfort :

En fait, quand il n'a pas faim et qu'il est au sein, je me rends compte qu'il tète un peu comme une suce, c'est-à-dire qu'il ne va pas chercher à avoir du lait, juste à se rassurer (Christine, C40).

Dorothee précise à quel moment, pour elle, cette habileté à différencier les suctions nutritives des suctions de réconfort a été acquise : « à peu près dans ses 2 mois [âge du bébé] » (Dorothee, D33).

Le deuxième mois postnatal constitue également un moment où les participantes constatent une évolution à l'égard de certains aspects comportementaux du bébé, pouvant avoir contribué à rehausser le SMEA. L'une d'entre elles mentionne : « ça m'a comme donné confiance, qu'elle dorme plus » (Béatrice, B70). Évelyne discute également du meilleur sommeil de son bébé aujourd'hui, et que selon sa belle-mère, vivant en Syrie, il s'agirait d'un développement normal du bébé à cet âge. Cette grand-mère avait mentionné : « au 40e jour, le bébé il se place un peu là tu sais » (Évelyne, E49). À ces propos, la participante ajoute :

Effectivement, c'est une observation que l'on [elle et son conjoint] venait de faire là, il commençait à faire des nuits meilleures, à se réveiller 2-3 fois pendant la nuit. Puis moi, j'étais étonnée là, même un moment donné, d'un coup sec, je le mettais au sein la nuit puis après ça « bang », c'était facile de le recoucher (Évelyne, E49).

Béatrice témoigne aussi de la capacité de son bébé à dormir plus longtemps, et de son habileté à téter de façon plus efficace autour du deuxième mois postnatal :

Ça lui prenait 5 minutes, elle avalait puis elle était partie (elle se rendormait). Fait que là j'étais comme, bon bah c'est ça. Mais avant le deuxième ou le troisième mois, ce n'était vraiment pas comme ça (Béatrice, B49).

Le lien entre la qualité du sommeil et la perception de la production lactée est également mis en relief par ces deux participantes (Béatrice, Évelyne). Béatrice, étant mère monoparentale, rapporte avoir été éprouvée par la fréquence élevée des tétées lors des premières semaines postnatales, lesquelles affectaient la qualité de son sommeil. Elle explique qu'une perception plus favorable de sa production lactée est venue lorsqu'elle était en mesure de mieux dormir :

Ben quand tu dors bien, c'est sûr que, moralement, puis mentalement, t'es comme moins anxieuse, puis on dirait que ça va mieux fait que là peut-être aussi que ça va

mieux puisqu'elle (bébé) dort mieux, fait que, j'arrête de penser. Puis j'ai comme plus d'énergie aussi pour l'allaiter (Béatrice, B53).

Pour sa part, Évelyne affirme : « Ben t'sais le matin des fois, quand je n'ai pas dormi de la nuit [en raison des tétées groupées et des pleurs] ça me donnait l'impression en plus que je manque de lait pis je me dis, ah mon dieu c'est parce que j'suis fatiguée aussi » (Évelyne, E61). Ainsi, il apparaît que la capacité du bébé à dormir plus longtemps, et à téter de façon plus efficace la nuit, puisse favoriser le repos des participantes, et par le fait même diminué l'incidence de la PIL.

Alexa fait aussi référence à l'efficacité du bébé au sein. En effet, elle discute du meilleur tempérament de son bébé pendant les tétées : « maintenant, il (bébé) ne se frustre pas quand je lui donne à manger [quand elle l'allaitte], donc c'est ça aussi [qui rassure sur sa production lactée] » (Alexa, A27). Évelyne avait elle aussi expérimenté des difficultés à mettre le bébé au sein au début de l'expérience d'allaitement. Elle expose l'adaptation requise autant pour la mère que pour le bébé : « Puis en même temps, je réalise à quel point, effectivement c'est un apprentissage pour les deux (la mère et le bébé), là allaiter là tu sais » (Évelyne, E43).

Trois participantes (Alexa, Christine, Dorothée) soulignent la réassurance offerte par la constatation, au fil du temps, que le bébé grandissait bien, « qu'il changeait de taille de vêtements, qu'il bouge bien » (Christine, C74). Pour Alexa, la perception de bien-être de son enfant contribue à une vision favorable de sa production lactée, et le besoin d'objectiver le lait devient ainsi moins présent :

Là maintenant, je dirais que je ne suis jamais certaine de combien [de lait] que j'ai (qu'elle produit), mais, je sais qu'il prend du poids, qu'il va bien, pis je n'ai pas l'impression que je n'en ai pas assez [de lait] (Alexa, A27).

Pour conclure, il semble que le deuxième mois postnatal soit un moment charnière où la mère se sent plus en confiance, et perçoit plus favorablement sa production lactée. La capacité des participantes à mieux comprendre les signes du bébé, et l'adaptation de celui-ci à l'allaitement semble y avoir grandement contribué. Néanmoins, d'autres éléments sont venus influencer le SMEA, la PIL, et la poursuite de l'allaitement. Les deux prochaines

catégories détailleront l'implication des personnes significatives et de leur persuasion verbale dans cette expérience. Dans un premier temps, l'influence des proches de la mère sur le SMEA sera exposée. Ensuite, il sera question de présenter celle des professionnels de la santé sur le SMEA.

Les proches de la mère et leur influence sur le SMEA

À travers les entretiens, les mères ont discuté de certaines personnes de leur entourage, à savoir la grand-mère, les autres femmes de leur entourage telles que leurs amis et collègues, ainsi que leur conjoint. Les résultats en lien avec ces discussions seront présentés dans les trois sous-sections suivantes : L'expérience d'allaitement, l'implication au domicile et la persuasion verbale de la grand-mère, l'expérience d'allaitement et la persuasion verbale des autres femmes de l'entourage, ainsi que la persuasion verbale du conjoint et son implication au domicile.

L'expérience d'allaitement, l'implication au domicile et la persuasion verbale de la grand-mère. Toutes les participantes ont abordé l'expérience d'allaitement de leur propre mère. Pour trois participantes, il semble que les intentions d'allaitement aient été motivées par cette vision positive de l'allaitement, offerte par leur mère, laquelle voyait l'allaitement comme la norme. L'une des participantes décrit cette représentation de l'allaitement offerte par sa mère : « Pour elle, un bébé, c'est comme un miracle qui grandit en nous, donc c'est sûr que notre corps peut produire quelque chose pour lui donner à manger, pour son bien-être, c'est quelque chose de fantastique (l'allaitement) » (Dorothee, D27). Lorsque questionnée sur les raisons l'ayant motivée à allaiter, une autre mentionne que sa mère a allaité tous ses enfants. Elle ajoute à ce propos : « j'imagine que ça fait partie de l'évidence pour moi d'allaiter [...], j'imagine à cause de ma culture familiale » (Évelyne, E36). Alors que pour une autre participante, sa mère a seulement réussi à allaiter à son cinquième enfant, elle déclare : « même si ça n'a pas tout le temps fonctionné l'allaitement [pour sa mère], elle [sa mère] était très convaincue que c'était la meilleure chose et comme, moi je voulais le faire aussi » (Christine, C49).

Pour deux participantes (Christine, Évelyne), l'arrivée de la mère au domicile autour de la troisième semaine postnatale semble avoir procuré la détermination nécessaire pour faire ce qu'il faut pour atteindre leur but, soit de poursuivre l'allaitement. Notons qu'il s'agissait de deux grands-mères ayant eu une expérience positive d'allaitement. En cette période de fatigue, occasionnée par l'arrivée du bébé et l'apprentissage de l'allaitement, cette aide précieuse permet de composer avec la nouvelle routine. Pour Évelyne, avant l'arrivée de sa mère, elle explique comment il a été difficile de mettre en place les recommandations demandées par son IBCLC, soit d'exprimer son lait après chaque tétée, pour ensuite l'offrir en supplément au bébé après chaque boire : « avec la fatigue puis la fatigue émotionnelle aussi, c'était dur de mettre mes idées en place, puis de savoir par où commencer puis comment j'étais ma routine et tout ça » (Évelyne, E34). Elle ajoute que lorsque sa mère est venue habiter avec elle, elle s'est dit : « bon, ben là, je vais vraiment essayer de démarrer ma routine, là j'ai quelqu'un qui est ici à temps plein pour m'aider. Je vais essayer d'y aller vraiment bien là t'sais téter, supplémenter, extraire, téter, supplémenter, extraire » (Évelyne, E34). L'une d'entre elles souligne le manque de motivation engendré par la fatigue, qui lui aurait valu la cessation de l'allaitement, sans le soutien de sa mère pour aller chercher les ressources d'aide en allaitement

moi comme j'étais fatiguée [...] je n'avais pas la force. Et donc elle, comme voilà elle avait cette énergie d'aller chercher un peu partout de l'aide pour moi, parce que moi, c'est vrai que j'aurais arrêté [l'allaitement] (Christine, C66).

Christine souligne d'ailleurs les actions entreprises par sa mère pour l'amener voir les personnes qui l'avait elle-même aidée à finalement réussir sa cinquième expérience d'allaitement. Celle-ci pouvait entre autres lui rappeler les conseils qu'on lui avait donnés. L'effet de sa persuasion verbale est représenté par le changement dans le processus de la pensée de sa fille. Celle-ci discute du stress ressenti par rapport à sa production de lait lorsque certains jours, le bébé demandait davantage le sein ou était plus agitée. Elle explique s'être rendu compte qu'il fallait lâcher prise et qu'il ne « faut pas se stresser » (Christine, C38). Elle affirme que ce changement de cette façon de penser est très récent « il (bébé) avait déjà 2 mois et quelques » (Christine, C38). À ces propos elle ajoute :

C'est aussi ma mère à chaque fois [qu'elle était inquiète en raison des « baisses » de lait ressenties] qui disait « Écoute, il faut se détendre parce que plus tu stresses, moins tu vas avoir de lait » (Christine, C38).

Lorsque la culture familiale est moins favorable à l'allaitement, il est possible de constater une influence plutôt négative sur le SMEA et la PIL. Par exemple, la mère d'Alexa a cessé l'allaitement de façon précoce en raison d'une PIL. Questionnée à savoir si elle a été influencée par l'expérience d'allaitement de sa mère, Alexa répond :

Ouais parce que j'me disais, c'est tu génétique ? C'est tu quelque chose genre c'est arrivé à ma mère, donc ça va arriver à moi pis mon bébé ? Donc, ça se peut que l'on n'ait juste pas assez de lait (Alexa, A22).

De plus, on note que des propos allant à l'encontre des pratiques favorables à l'allaitement sont prodigués par cette grand-mère, ainsi que par la mère de Béatrice, n'ayant pas allaité. Par exemple, celles-ci suggéraient d'introduire des PCN. À ce propos, Alexa rapporte : « Puis à cause que ma mère, elle, stressait beaucoup que je n'en avais pas assez [de lait], elle me demandait tout le temps : On lui donnes-tu le supplément maintenant ? » (Alexa, A37). Béatrice, lorsqu'interrogée à savoir si sa mère l'a allaité, répond :

Non, puis ça là, honnêtement là, elle (sa mère), tout de suite au début [dès lors de l'initiation de l'allaitement] elle me disait genre « mais là, donne-lui un biberon, tu vois bien qu'elle a faim ». Eille, puis il fallait quasiment que je me chicane avec ma mère (Béatrice, B27).

Les données portent à croire que les grands-mères n'ayant pas allaité ou n'ayant pas eu une expérience positive d'allaitement ont tendance à être elles-mêmes plus inquiètes concernant la production lactée de leur fille. Elles partageaient les mêmes angoisses que les mères ayant une PIL. Par exemple, l'une des grands-mères soulignait la fréquence élevée des tétées : « ah mais non j'pense que ce n'est pas assez (que le bébé ne reçoit pas assez de lait) parce qu'il s'endort puis il se réveille en [après] 1 h, une demi-heure puis il cri » (Alexa, A37). De plus, elles étaient préoccupées par la quantité de lait prélevé au tire-lait. À ce propos, Alexa déclare :

C'était stressant parce qu'elle (sa mère) me demandait tout le temps : « est-ce que t'as assez de lait? est-ce que t'as assez de lait? » (sourir, yeux au ciel), donc, c'était elle pis ma belle-mère, ben c'était elle qui a donné l'idée à ma belle-mère « ben peut être qu'elle n'a pas assez de lait », pis là tout d'un coup j'ai comme deux maman qui sont à côté de moi tout le temps pis « ah t'as-tu assez de lait, t'as pompé combien ? » (Alexa, A22).

Le langage non verbal des participantes (soupir, yeux au ciel) et aussi les termes qu'elles utilisent rendent compte du mécontentement vécu face à cette surveillance. Par exemple, une grand-mère qui se voulait particulièrement insistante pour offrir des PCN au bébé se faisait répondre par sa fille : « eille, je ne briserai pas tout ça, oui, ça peut être un complément, mais je veux vraiment principalement l'allaiter quand même, tu comprends » (Béatrice, B29). Par ailleurs, il était présumé par cette grand-mère que la PCN favoriserait un meilleur sommeil du bébé : « Ma mère m'a dit que son esthéticienne, quand qu'elle a donné une bouteille [de PCN] à son bébé, il a dormi 8h, j'étais comme non, non arrête ! » (Béatrice, B38). En plus du stress vécu à l'égard de cette surveillance constante, ces deux participantes dénoncent la charge mentale associée au fait de devoir réitérer leurs intentions d'allaitement.

Toutefois, il a été possible de constater un recadrage effectué par ces deux participantes face aux propos reçus des grands-mères. D'une part, envers la signification des comportements infantiles, comme quoi « c'est normal, c'est correct » (Alexa, A37) que le bébé se réveille fréquemment pour boire et « non, elle est fatiguée du voyage » (Béatrice, B28) que c'est pour cela que bébé pleurait et non parce qu'elle avait faim. D'autre part, concernant le fonctionnement de la production lactée. Alors que l'une des deux grands-mères disait à sa fille : « je t'ai fait du poisson, on m'a dit que le poisson, ça va faire plus de lait » (Alexa, A22), elle lui répondait : « non, ça ne fonctionne pas comme ça » (Alexa, A22). Cela dénote une certaine confiance envers leur production lactée et d'une certaine compréhension des comportements infantiles. Notons que le recadrage effectué par l'une d'entre elles a été fait à la suite de la sixième semaine postnatale (Béatrice), coïncidant avec la période où les mères partageaient avoir un meilleur sentiment de confiance, notamment car elles se sentaient plus habiles à reconnaître les signaux du bébé.

Pour Béatrice, dont l'entourage présente pour la soutenir après l'accouchement était majoritairement composé de personnes n'ayant pas allaité ou ayant cessé à la suite de difficultés, c'est lorsqu'elle s'est retrouvée seule avec bébé pour une longue période que sa confiance a été établie (Béatrice, B57). L'évolution des croyances, de plus en plus favorables envers l'allaitement, a été remarquée auprès de cette grand-mère qui n'avait pas

allaité et qui constate aujourd'hui les bienfaits reliés à l'allaitement, notamment du réconfort que cela procure au bébé :

Tu sais, cette semaine, elle m'a appelée en FaceTime et elle me disait : « ah, regarde comme elle est bien, tu fais bien d'allaiter ». Elle était comme plus encourageante, ouais, ç'a m'a fait du bien aussi. Puis, elle m'a dit, c'est ça, qu'ils n'étaient pas informés dans ce temps-là (des bienfaits de l'allaitement) (Béatrice, B58).

En résumé, la grand-mère apparaît comme une personne significative, en particulier lorsqu'elle possède une expérience positive d'allaitement. Dans ce cas, elle semble favoriser l'initiation de l'allaitement, et ses paroles ont tendance à apaiser le stress de la mère en regard de sa production lactée. De plus, la poursuite de l'allaitement semble avoir été favorisé par sa présence au domicile. En revanche, lorsqu'une grand-mère n'a pas expérimenté l'allaitement, ou vécu une expérience plus négative, des propos plus négatifs sont prodigués. Cependant, il est important de noter que l'effet de la persuasion verbale négative semble être modulée par l'expérience acquise de la mère.

L'expérience d'allaitement et la persuasion verbale des femmes de l'entourage.

L'expérience d'allaitement des autres femmes de l'entourage a également été évoquée par plusieurs participantes. L'une d'entre elles discutait de celle vécue par des amies et des collègues et mentionne : « ça m'a encouragée de savoir que c'était difficile des fois d'allaiter, mais que c'est possible de le faire à long terme, au moins jusqu'à un an » (Alexa, A42). Le fait de discuter avec des femmes ayant vécu des difficultés d'allaitement permet de se sentir comprise, puisqu'elles « comprennent les challenges » (Dorothée, D37). À ce propos, alors que la fréquence élevée des tétées laissait croire à un manque de lait, une mère a reçu ce commentaire d'une amie, qui avait elle aussi trouvé exigeant la fréquence élevée des tétées : « t'es bonne, je le sais que ce n'est pas évident, les tétées groupées » (Béatrice, B34). La majorité des participantes qualifient le soutien reçu de ces personnes comme positif. Elles deviennent un bon modèle d'allaitement et le fait d'échanger entre elles sur leur expérience d'allaitement « donnait juste un réconfort que ça allait bien » (Béatrice, D39). Une autre qui recevait le soutien de sa mère qui n'avait pas allaité parlait du soulagement que de pouvoir parler de l'expérience d'allaitement avec quelqu'un « qui connaît ça » (Béatrice, B61). De plus, la réassurance offerte par ses personnes sur

l'adéquation de la production lactée pourrait avoir été particulièrement bénéfique sur la PIL. Une participante en témoigne : « Je suis très chanceuse d'avoir des personnes autour de moi qui étaient aussi positives (lorsqu'elles parlaient d'allaitement) [...] elles disaient toujours : *don't worry, the milk is there, c'était bien* » (Dorothée, D39).

Pour Alexa, qui avait moins de modèles d'allaitement dans son entourage, les haltes-allaitement était une façon d'aller chercher cette réassurance. Bien que la PIL vécue par sa mère ait ébranlé sa confiance envers sa propre production lactée, elle affirme qu'elle n'était pas convaincue de cette inadéquation de sa production lactée puisqu'il y avait tellement de monde – en faisant référence aux paires présentes dans les haltes-allaitement et les infirmières du CLSC – qui lui disaient :

Ce n'est pas possible de ne pas avoir assez de lait; c'est pas qu'il y'a une switch, c'est pas comme le robinet, ça ne va pas arrêter, pis le bébé, il est intelligent, il est capable de produire [d'aller chercher en tétant] le lait (Alexa, A23).

Bien que les données ne permettent pas de préciser par qui ces propos ont été dits, il semble en avoir résulté d'un changement dans le processus de la pensée de cette participante, alors qu'elle stipule :

de savoir ça [que c'est rare de ne pas produire assez de lait], je me suis dit, bon ben, je vais relaxer, je vais m'occuper bien de moi, je vais bien dormir, je vais bien manger, pis ça va revenir ». Étudiante-chercheuse : « t'as eu cette réflexion quand, dans ce processus? Participante : « je pense que c'était [...] à peu près à deux mois » (Alexa, A23).

Pour une autre mère, la réassurance offerte quant à la « rareté » d'une insuffisance lactée n'a pas eu la même influence bénéfique sur sa PIL :

Tout le monde m'a dit : « Tu sais, c'est très rare les femmes qui ne produisent pas assez de lait ». Tout le monde me disait ça. Sauf que bon... ça rassure un peu mais pas complètement là. L'inquiétude [PIL] était là. Puis j'avais plein d'indices [qui lui faisait croire qu'elle n'avait pas assez de lait] auxquels je n'avais pas de réponse (Évelyne, E24).

Elle explique par la suite que la faible quantité de lait exprimé au tire-lait, le faible gain de poids du bébé et la fréquence élevée des tétées ont eu plus de poids sur la PIL. Notons toutefois que la réassurance a plutôt été engendrée par le simple fait de savoir que la PIL était commune auprès de femmes allaitantes :

Quand j'ai su que t'avais fait une étude là-dessus, ça m'a bien informée que c'était extrêmement fréquent. Dans le fond, c'était quelque chose de classique là, tu sais l'impression des mères de manquer de lait fait que là ça, ça m'a comme fait ahhh okay... c'est vraiment répandu, je ne suis pas la seule, tu sais, fait que là ça, ça m'a vraiment rassurée (Évelyne, E25).

Discutant de ses inquiétudes par rapport à sa production de lait avec sa cousine, Béatrice s'était fait dire : « Peut-être que ton lait n'est pas assez riche [...] moi, après 3 mois, j'ai arrêté (d'allaiter) parce que mon lait n'était pas assez riche » (Béatrice, B38). À cela, elle s'exclame : « voyons donc » (Béatrice, B38). Même si au départ, cette participante ne semble pas croire en la véracité de ces propos, ultimement, elle a été ébranlée par cette déclaration. En effet, alors qu'elle s'inquiétait de la fréquence élevée des tétées, elle dénonce avoir pensé à ce que sa cousine lui avait dit « peut-être que mon lait n'est pas assez riche ? » (Béatrice, B38). À ceci elle ajoute : « Là je m'étais mise à croire ce que tout le monde me disait (rires) » (Béatrice, B38).

En bref, les autres femmes de l'entourage ayant vécu une expérience négative d'allaitement sont elles aussi plus enclines à émettre des propos ayant une influence négative sur la PIL. Toutefois, le fait d'être en relation avec des femmes ayant poursuivi l'allaitement en dépit des difficultés semble favoriser la poursuite de l'allaitement de mères vivant avec une PIL. Ayant réussi à allaiter, leur propos semblent être davantage considérés, lesquelles permettent de diminuer les inquiétudes des participantes en regard de leur production lactée.

La persuasion verbale du conjoint, et son implication au domicile. Premièrement, rappelons que l'une des participantes a pris la décision d'élever seule son enfant. Ainsi, l'influence de la persuasion verbale du conjoint a été explorée auprès des quatre autres participantes. Il a été possible de constater auprès de deux d'entre elles (Alexa, Dorothée), une persuasion verbale reçue du conjoint, laquelle avait contribué à diminuer l'anxiété vécue. Dorothée affirme : « c'est sûr j'ai un conjoint qui est très euh, qui me reconforte beaucoup, qui est comme vraiment pas stressé, qui dit toujours des choses pour que je me calme un petit peu » (Dorothée, D23). Celui-ci lui disait entre autres de faire confiance à son corps. Dans le même sens, le conjoint d'Alexa lui disait : « Ne

t'inquiète pas, ça va bien aller, [...] ça ne vaut pas la peine de te stresser, pis d'avoir moins de lait à cause de ça » (Alexa, A26) ». Elle semble avoir apprécié le fait qu'il dédramatisait l'utilisation des PCN : « Il (conjoint) était super, il me disait : « au moins on a la formule si tu ne produis pas assez (de lait), ce n'est pas la fin du monde, t'en a pris de la formule toi, t'es correcte (rires) » (Alexa, A26).

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'influence d'une persuasion verbale, Alexa discute de la contribution du conjoint à son repos, ayant ultimement mené à une perception plus favorable de la production lactée. Celui-ci pouvait donner du lait exprimé à la bouteille au bébé, afin qu'elle puisse dormir plus longtemps : « C'était comme notre routine. Ça m'aidait beaucoup parce que je pouvais avoir comme une heure de plus de sommeil [...] Je me rends compte que quand je dormais plus, ben j'avais plus de lait et je me disais, ah ben ça a du sens » (Alexa, A17). Rappelons qu'Évelyne et Béatrice, cette dernière étant mère monoparentale, avaient également fait un parallèle entre la fatigue et la PIL.

Notons que pour Christine et Évelyne, le conjoint avait repris le travail peu de temps après l'accouchement. Christine, ayant accouché en France, s'était même retrouvée seule avec le bébé quelques jours après l'accouchement, puisque son conjoint devait déménager avant elle au Canada pour le travail. Pour celles-ci, tel que discuté dans une section précédente, c'est l'arrivée de la mère au domicile qui semble avoir favorisé le repos, et par le fait même une motivation à persévérer dans la pratique de l'allaitement. Bien que ces deux participantes n'aient pas fait mention d'une persuasion verbale reçue de la part de leur conjoint, elles discutent de l'attitude de celui-ci envers l'allaitement. Questionnée à ce sujet, Christine nomme d'abord l'expérience d'allaitement de la mère de son conjoint :

Eh bien, c'est sûr que sa mère ne l'a pas allaité, mais bon il [conjoint] sait que l'allaitement c'est le mieux, mais après il disait « ça dépens de toi aussi ». Parfois il [bébé] pleure et je lui dis [Elle demande au conjoint] « prend le j'arrive » et là il [conjoint] est un peu frustré, ou plutôt impatient je crois, parce que quand je le prends [quand elle met bébé au sein], c'est plus facile, il arrête de pleurer au sein.

Faisant référence au sentiment d'impuissance pouvant être vécu par le conjoint vis-à-vis le réconfort procuré par le sein, elle ajoute : « j'suis pas sûr qu'un bébé alimenté au biberon on peut lui donner un biberon à chaque fois qu'il pleure tu vois » (rires; Christine).

Pour le conjoint d'Évelyne, originaire d'un pays en voie de développement, où l'allaitement est bien ancré dans la culture, celui-ci s'interrogeait sur les interventions recommandées par les professionnels de la santé (l'utilisation du tire-lait, la supplémentation avec les PCN). À ce propos, il lui disait : « Ben voyons, tu sais, c'est quelque chose de naturel (l'allaitement) puis là ça devient très compliqué, puis ça devient très technique tout ça » (Évelyne). Étant elle-même sceptique face aux interventions suggérées par les professionnels de la santé, elle affirme :

On était grosso modo sur la même longueur d'onde [...] Il m'a toujours soutenu dans peu importe les choix, puis les quelques fois où j'ai dit « non, là là, je le nourris au sein » [et non avec les PCN] là il était comme « okay. Ouais, ben oui c'est bon ! » (Évelyne).

Pour conclure, auprès des participantes de cette étude, le conjoint est moins ressorti en tant que personnes significatives. Une des participantes était toutefois monoparentale. Bien que le conjoint puisse offrir une persuasion verbale positive, il semble être moins propice à le faire. De plus, son implication à la nouvelle routine semble favoriser le repos de la mère, toutefois, lorsque celui-ci n'est pas physiquement présent au domicile, c'est la grand-mère qui joue le rôle de soutien.

Les professionnels de la santé et leur influence sur la SMEA

La prochaine section vise à détailler l'effet de la persuasion verbale des professionnels de la santé sur le SMEA, la PIL, et la poursuite de l'allaitement. Rappelons que l'expérience d'allaitement des participantes avait été teintée par des inquiétudes à l'égard du poids du bébé, soit la perte de poids initial du nouveau-né, de même que son gain de poids dans les semaines suivantes. De plus, les mères étaient parfois découragées à la constatation d'une quantité moindre de lait obtenu suite à l'utilisation du tire-lait. Considérant ces éléments, il a été possible de mieux comprendre l'influence de la persuasion verbale des professionnels de la santé. Ceux ayant été nommés concernaient les infirmières, les IBCLC, une sage-femme, un pédiatre et une ostéopathe. Dans une première section, il sera question de présenter la persuasion verbale à l'égard du poids et des PCN, et ensuite, la persuasion verbale en lien avec l'utilisation du tire-lait.

La persuasion verbale à l'égard du poids et des préparations commerciales pour nourrissons (PCN). Un parallèle entre le poids et l'utilisation des PCN, suggérée par les professionnels de la santé, a été noté chez deux participantes (Christine, Évelyne). Lorsqu'une perte de poids a été constatée, celle ayant accouché en Suisse déclare s'être souvenu des suggestions reçues en prénatal, soit de se procurer des PCN « au cas où » (Christine, C32). Elle précise de qui provenaient ces suggestions :

le pédiatre que j'ai vu, (réflexion), la sage-femme qui venait à la maison avant l'accouchement, les infirmières à l'hôpital, les conseillères en allaitement aussi avaient dit « il faut en avoir (des PCN), parce que si vous en avez besoin et que toutes les pharmacies sont fermées, c'est dommage » (Christine, C32).

Malgré la PIL vécue à l'annonce de cette perte de poids, la décision de poursuivre un allaitement exclusif, chez cette mère, a été motivée par le désir de maintenir une constante pour le bébé, lequel devait subir deux déménagements. Le risque que le bébé soit dérangé au niveau gastrique, advenant le cas où le même type de PCN ne soit pas disponible au Canada, faisait également partie des raisons évoquées.

Pour l'autre participante, ayant décidé de cesser subitement les PCN pour tenter un allaitement maternel exclusif, alors que bébé était en mesure de bien téter au sein, elle explique avoir dû « recommencer à supplémenter à fond la caisse » (Évelyne, E3), soit réintroduire les PCN, car la perte de poids suivant la cessation des suppléments avait « fait paniquer tout le monde » (Évelyne, E3), en parlant de sa sage-femme et de l'IBCLC qui la suivaient. Celles-ci mentionnaient : « il faut vraiment qu'il reprenne sa courbe » (Évelyne, E3). La participante expose le cercle vicieux qui peut s'installer lors de l'introduction des PCN :

Mais c'est clair qu'il ne tétait pas autant au sein quand je lui donnais des suppléments, parce qu'une fois qu'il avait bu toute sa quantité de suppléments là lui il n'avait plus envie de téter (Évelyne, E7).

Cette même participante, qui au moment de l'entretien, allaitait exclusivement son bébé, expose la différence dans la fréquence des boires d'un bébé exclusivement allaité : « notre routine, elle n'est pas la même depuis qu'il est juste au sein comparé à quand il buvait la formule, tu sais. Je veux dire qu'il tète beaucoup plus fréquemment au sein » (Évelyne, E23). Ainsi, l'attention accordée à la valeur du poids sur la courbe de croissance et les

recommandations en lien avec les PCN semblent avoir mis à risque la poursuite de l'allaitement d'Évelyne.

La verbalisation des préoccupations vécues par les professionnels de la santé en regard du poids est illustrée par les propos de deux autres participantes (Alexa, Dorothée). Alexa, ayant été consultée à l'urgence quatre jours après la naissance affirme : « les infirmières quand ils l'ont pesé, disaient : « ah ben là, ça nous inquiète un peu » (Alexa, A38). Ayant reçu des propos similaires, Dorothée dénonce leur influence négative sur sa PIL :

Chaque fois que j'pense que je n'ai pas assez de lait, c'est parce que quelqu'un [infirmière] pèse mon enfant pis me dit « ah, il n'a pas gagné assez de poids » avec ça là je me stresse (Dorothée, D16).

Celle-ci fait référence à la PIL vécue à la suite de l'annonce de la perte de poids en postpartum immédiat, et celle éprouvée à nouveau lors du rendez-vous de vaccin à l'âge de quatre mois « parce que l'infirmière m'a dit qu'il (bébé) n'avait pas gagné assez de poids » (Dorothée, D17). Notons que l'opinion du pédiatre semble avoir été considérée davantage, alors qu'elle ajoute : « mais j'suis allée voir le pédiatre et il m'a dit que le poids était correct alors » (Dorothée, D17), révélant par le fait même la différence dans l'interprétation de la croissance d'un professionnel à l'autre.

Certains propos reçus semblent toutefois avoir été bénéfiques face aux inquiétudes vécues sur le poids du bébé. Par exemple, Dorothée, pour qui la PIL avait été initiée par la perte de poids en postpartum immédiat, admet avoir été rassurée par l'infirmière du CLSC, du fait que les deux pesées effectuées au domicile durant la semaine suivant son congé de l'hôpital montraient un gain de poids suffisant. Pour sa part, Alexa, qui s'était fait proposer par une infirmière de venir peser son bébé chaque semaine si elle le voulait, était inquiète lorsque le poids quotidien que son bébé avait gagné durant l'une de ces semaines était supérieur au 25g par jour attendu. Toutefois, elle avait été soulagée par ces propos reçus d'une infirmière du CLSC : « c'est correct, il prend du poids, il est correct, ne t'inquiète pas » (Alexa, A24).

Outre les bénéfices procurés par une réassurance sur le poids du bébé, il semble y avoir des avantages à moins focaliser sur celui-ci. Précisons d'abord que suite à la constatation d'Évelyne que les suppléments de PCN diminuaient l'intérêt de son bébé pour le sein, celle-ci avait tenté une deuxième tentative de sevrage des suppléments, cette fois-ci, effectuée plus graduellement. Néanmoins, elle avait été découragée de réaliser que son bébé n'avait gagné que 60g depuis les six derniers jours d'allaitement exclusif, représentant un gain de poids quotidien de 10g par jour. Dans un échange téléphonique avec sa tante Lise, infirmière et travaillant depuis plusieurs années avec les mères allaitantes, celle-ci lui avait dit :

bien t'sais regarde là, il fait des pipis et des selles suffisamment, il est actif, enjoué, il dort bien entre les tétés, relaxe là, continue de l'allaiter à sa demande et retourne juste le faire peser dans 2 semaines voir (Évelyne, E32).

Ayant écouté les suggestions de Lise, deux semaines plus tard lors de la pesée subséquente, Évelyne s'exclamait « Youpi ! Victoire ! » à la constatation que bébé avait un gain de poids quotidien de 30g par jour.

En résumé, démontrant un intérêt élevé envers le poids du bébé, les professionnels de la santé semblent exacerber la PIL, notamment en manifestant leurs préoccupations à leurs égards. En contrepartie, la persuasion verbale a un effet plutôt positif lorsque l'attention est dirigée sur d'autres paramètres que le poids.

La persuasion verbale en lien avec l'utilisation du tire-lait. Il a été noté que les participantes utilisaient fréquemment le tire-lait dans les premières semaines postnatales, comparativement à aujourd'hui. La totalité des participantes ont rapporté avoir reçu des suggestions des professionnels de la santé en lien avec son utilisation. Notons que pour deux d'entre elles, ce sont aussi les amis qui suggéraient d'en faire usage.

Pour Évelyne, la suggestion en soi émise par sa conseillère en allaitement lors de la 2^e journée postnatale d'utiliser le tire-lait a contribué à sa PIL : « l'inquiétude, dans le fond, de ne pas produire assez de lait, elle a été là dès le départ, quand on a manifesté le souci de stimuler mes seins pour m'assurer d'avoir une bonne production » (Évelyne, E14). À cela, elle ajoute : « ça générerait beaucoup d'angoisse de devoir le faire, mais beaucoup d'angoisse

de ne pas le faire aussi, de ne pas être capable de le faire » (Évelyne, E35), du fait que cela demandait « une rigueur terrible » (Évelyne, E14). Discutant de la difficulté à prendre soin de son enfant lorsqu'elle se prêtait à la routine du tire-lait, elle évoque le sentiment de culpabilité du fait de ne pas être capable de répondre aux exigences de l'IBCLC. À cela s'ajoutait le sentiment de découragement ressenti par la moindre quantité de lait exprimée, exacerbant la PIL. À cet effet, les propos tenus par sa conseillère en allaitement renforcent l'idée selon laquelle la quantité de lait exprimée au tire-lait détermine de la suffisance de la production lactée : « Ben, quand tu pourras nourrir ton bébé avec le lait que tu tires, ça veut dire que t'as assez de lait » (Évelyne, E6). Cette participante témoigne de l'insécurité vécue quant à sa production lactée, du fait qu'elle n'arrivait pas à exprimer autant de lait maternel, comparativement à la quantité de PCN que le bébé pouvait boire à la bouteille.

Pour Christine, la PIL était survenue lors de la troisième semaine postnatale en raison du faible gain de poids. C'est à ce moment que la conseillère en allaitement lui avait dit de « surtout utiliser le tire-lait » (Christine, C9). Elle affirme plus tard dans l'entretien : « pour éviter cette sensation-là [PIL], je tire mon lait, c'est-à-dire que je tire beaucoup mon lait, toujours en fait » (Christine, C63).

N'ayant pas mentionné explicitement avoir été incité à utiliser le tire-lait, Dorothée a rapporté l'interaction avec l'infirmière du CLSC, laquelle lui avait dit qu'il était très rare de ne pas avoir assez de lait, mais « qu'il fallait juste stimuler beaucoup » (Dorothée, D10). Elle révélera plus tard dans l'entretien qu'elle continue d'utiliser le tire-lait dans sa routine quotidienne d'allaitement, pour faire croire à son corps qu'il a besoin de cette stimulation additionnelle pour avoir une production lactée qui réponde aux besoins de son bébé (Dorothée, D21).

Deux participantes décrivent l'utilisation du tire-lait en parallèle avec les suggestions émises par des amies. Alexa s'était fait conseiller par une amie de commencer à stimuler les seins avant l'accouchement « pour avoir la stimulation pour tes seins, pour le lait » (Alexa, A1). Elle mentionnera plus tard dans l'entretien qu'elle « essayait beaucoup de faire le tire-lait » (Alexa, A18). Béatrice, qui trouvait difficile la fréquence élevée des tétées, mentionne que son amie lui a dit : « moi, ce qui m'a sauvée, c'est vraiment mon tire-lait, parce que je ne fournissais pas, j'avais l'impression de tout le temps l'avoir aussi au

sein » (Béatrice, B62). Elle poursuit en disant : « écoute, je pompais quasiment aux heures pis aux deux heures pour faire du *power pumping* parce que j'avais peur de manquer de lait » (Béatrice, B63). Précisons que le « *power pumping* » est une pratique se traduisant par l'expression fréquente du lait de façon à imiter les tétées groupées du bébé, c'est-à-dire lorsque celui-ci demande le sein fréquemment sur une petite période.

À l'inverse, recommander de cesser l'utilisation du tire-lait pourrait avoir favorisé le SMEA et la PIL. Alexia mentionne s'être fait dire par une infirmière du CLSC : « ne prends pas toujours le tire-lait si ça te stresse » (Alexa, A24). Questionnée à savoir si elle l'utilise encore aujourd'hui, celle-ci répond : « Non, je veux bien en faire mais, en ce moment, le sommeil [du bébé] il est vraiment difficile donc je me suis dit bon ben je ne vais pas me stresser » (Alexa, A25). À la suite d'une discussion téléphonique avec sa tante Lise, experte en allaitement, Évelyne affirme avoir cessé cette routine de tirer son lait après les tétées : « c'est elle qui a vraiment lancé le bal [...] Elle était très chaleureuse, très rassurante et tout puis elle m'a dit : Moi j'ai hâte là, qu'il [bébé] soit juste au sein » (Évelyne, E27). Témoignant des bénéfices procurés par l'allaitement directement au sein, elle ajoute : « j'avais besoin que mon bébé prenne le sein, puis tête pour développer mon attachement, pour mon sentiment d'être mère » (Évelyne, E37). Une autre participante soulève un avantage de mettre le bébé au sein : « quand tu pompes [utilise le tire-lait], je me dis que ça ne doit pas être aussi efficace que quand bébé tire [tête au sein] » (Béatrice, B25). Pour sa part, Béatrice avoue avoir diminué l'utilisation du tire-lait depuis qu'elle perçoit plus favorablement sa production lactée, et ce, depuis que la fréquence des tétées ont diminué.

En conclusion, puisque son utilisation permet d'objectiver le lait, la tendance élevée des professionnels de la santé à proposer le tire-lait pourrait exacerber la PIL. À l'inverse, les participantes ont rapporté des bénéfices sur le SMEA suivant l'arrêt de son utilisation.

Chapitre 5 : Discussion

Discussion sur les résultats

Le but de cette étude était d'explorer l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le SMEA et ultimement la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant eu une PIL. Plus précisément, la présente étude tentait de comprendre qui sont les personnes significatives et comment leur persuasion verbale influence le SMEA, la PIL, et la poursuite de l'allaitement. Néanmoins, l'expérience d'allaitement a été explorée puisqu'il s'agit d'un aspect largement discuté par les participantes. Ceci témoigne de leur besoin de s'exprimer sur l'expérience vécue. Comme intervenant de la santé, il serait pertinent de leur offrir davantage cet espace de parole. Avant de discuter plus en profondeur des personnes significatives et de l'effet soit positive ou négative qu'ils ont eue sur le SMEA, il sera question de revenir sur les résultats en lien avec l'expérience d'allaitement, lesquelles ont permis d'approfondir notre compréhension de la relation entre une autre source d'influence du SMEA de Dennis (1999), soit l'expérience active de maîtrise, et la PIL.

Tout d'abord, il a été possible de constater l'évolution du SMEA et de la PIL au fil de l'expérience d'allaitement. Au départ, il semble que les mères détenaient un niveau plus faible du SMEA, du fait qu'elles rapportaient une PIL. Tel que rapporté par d'autres études, la PIL était associée aux comportements infantiles (Galipeau et al., 2017 ; Mohebati et al., 2021), au poids du bébé (Flaherman et al., 2012; Flaherman et al., 2016; Kent et al., 2021; Whipps et Demirci, 2021), ainsi qu'à la moindre quantité de lait objectivée au tire-lait (De Roza et al., 2019; Flaherman et al., 2014). Autour du deuxième mois après la naissance, les mères affirmaient avoir une plus grande confiance envers leur capacité à allaiter, et percevaient plus favorablement leur production lactée. Les résultats amènent l'idée que les deux premiers mois seraient donc le temps requis pour le développement d'un meilleur SMEA auprès de mères ayant une PIL. Cela pourrait expliquer pourquoi les femmes seraient plus susceptibles d'abandonner l'allaitement en raison d'une PIL au cours des six premières semaines suivant son initiation (Brown et al., 2014; Camurdan et al., 2008; Gatti, 2008; Galipeau et al., 2017; Hauck et al., 2011; Lewallen et al., 2006). Ce rehaussement du SMEA pourrait être expliqué par l'expérience active de maîtrise, laquelle s'acquiert par

l'évaluation maternelle de ses capacités ainsi que ceux de son enfant (Galipeau et al., 2017). D'une part, les participantes témoignaient de leurs habiletés à comprendre les comportements infantiles, ce qui leur permettait de se sentir plus en contrôle dans leur expérience d'allaitement. Supportant les résultats d'autres études (Galipeau, 2011; Wood et al., 2017), une diminution de l'association entre les capacités infantiles et la PIL allait de pair avec l'amélioration des compétences maternelles dans l'interprétation des comportements de l'enfant. D'autres parts, elles percevaient, autour du deuxième mois une amélioration des capacités infantiles, notamment par un meilleur tempérament de celui-ci au sein, et par sa capacité à dormir plus longtemps. Ainsi, la confiance des mères pourrait avoir été améliorée par l'atteinte des stades développementaux normaux attendus d'un bébé de deux mois. Par exemple, l'établissement du rythme circadien, survenant autour du deuxième mois (McGraw et al., 1999), expliquerait la capacité du bébé à dormir plus longtemps. De plus, les pleurs sont reconnus pour être une perturbation développementale normale, faisant un pic à six semaines et se résorbant spontanément par la suite (Douglas et Hiscock, 2010). De plus, l'expérience acquise des bébés, les rendant plus habiletés à téter au sein, pourrait expliquer pourquoi les mères constataient d'un meilleur tempérament et de celui-ci au sein, et pourquoi la durée des tétées était écourtée. À la lumière de ces résultats, l'impact des capacités infantiles moindres sur le SMEA et la PIL pourrait provenir d'un manque de connaissance sur la signification et la normalité des comportements infantiles observés selon son âge. Ainsi, si on enseigne aux mères dès le début de l'expérience d'allaitement à reconnaître les comportements infantiles, qu'on les rassure sur la normalité de ceux-ci, et que l'on souligne son besoin d'apprentissage à téter au sein, il pourrait en résulter un rehaussement plus rapide du SMEA. Par conséquent, si la mère a plus confiance en elle et son bébé, elle aura peut-être moins tendance à être influencée par la persuasion verbale négative.

En effet, l'analyse des données a permis de mettre en lumière l'influence positive ou négative d'une persuasion verbale offerte par les personnes significatives. Les personnes ayant été nommées parmi l'entourage de la mère concernaient particulièrement la grand-mère maternelle, ou encore les amies, une sœur et les paires rencontrées lors des haltes-allaitement. Les conjoints ont également été discutés comme une source de persuasion verbale. Parmi les professionnels de la santé, notons que les IBCLC et les

infirmières ont spécialement été abordés, ainsi que les pédiatres. Une sage-femme et une ostéopathe ont également été citées par l'une des participantes. Précisons qu'un des membres de la famille d'Évelyne, étant infirmière et experte en allaitement, a été incluse en tant que professionnels de la santé.

En premier lieu, il sera question de discuter de comment la persuasion verbale des personnes de l'entourage a influencé le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement. La persuasion verbale positive provenait de femmes ayant eu des expériences positives d'allaitement. Celles-ci offraient une réassurance sur la production lactée, encourageaient la mère à se détendre, et normalisaient l'expérience en partageant avoir vécu des épreuves similaires. Les femmes de l'entourage n'ayant soit pas allaité, ou ayant vécu une expérience d'allaitement plus négative, étaient davantage portées à émettre des commentaires plus dissuasifs, en offrant par exemple des conseils allant à l'encontre des pratiques favorables à l'allaitement. Dans la présente étude, les propos des femmes ayant vécu une expérience positive d'allaitement ont davantage été écoutés par les mères et pourraient avoir rehaussé le SMEA, en dépit des commentaires plus négatifs reçus. Comme le suggère Dennis (1999), si la personne qui prodigue la persuasion verbale est jugée crédible, ces propos ont plus d'impact sur le SMEA. La crédibilité prêtée aux femmes ayant une expérience positive d'allaitement pourrait être expliquée par le modèle de rôle vicariant qu'elles occupent. En effet, Dennis (1999) affirme que les modèles vicariants les plus efficaces sont ceux ayant démontré une compétence par rapport au comportement à acquérir. En ayant eu du succès à allaiter, elles deviennent des modèles vicariants influents. Ainsi, les participantes pourraient avoir considérés davantage leurs propos puisqu'ils sont perçus comme étant plus valides que ceux provenant de femmes n'ayant soit pas allaité ou ayant vécu une expérience d'allaitement plus négative. La moindre influence de la persuasion verbale négative reçue de ces dernières pourrait également avoir été modulée par l'expérience acquise des participantes. En effet, nous savons que pour l'une d'entre elles, des propos plus négatifs concernant les comportements infantiles ont été émis lors de la sixième semaine postnatale, moment où les mères étaient en mesure de mieux comprendre les comportements infantiles, ayant contribué à rehausser le SMEA par l'expérience active de maîtrise des participantes, la source d'information la plus puissante apportant un sentiment d'efficacité chez une personne (Bandura, 1986; Dennis, 1999). Notons que McInness et al. (2013) avaient aussi

démontré que des propos plus négatifs avaient moins d'influence lorsque les mères exprimaient davantage de confiance envers leur capacité à allaiter.

En ce qui concerne la persuasion verbale du conjoint, bien qu'elle ait été questionnée durant l'entretien, seulement deux participantes ont témoigné de l'effet positif de ses encouragements sur le SMEA et la PIL, alors que celui-ci avait des propos visant à atténuer le stress vécu à l'égard de la production lactée. Rappelons néanmoins que l'une des participantes était célibataire, et avait décidé de recourir à un don de sperme et d'élever seule son enfant. La faible représentation du conjoint dans les résultats pourrait être liée à des facteurs contextuels, alors que le conjoint de deux participantes devait retourner de façon précoce au travail. Pour l'un d'eux, cela impliquait de devoir déménager au Canada avant sa conjointe pour le travail. L'autre, étant travailleur autonome dans le domaine de l'agriculture, ne pouvait déroger de ses responsabilités. Le congé de paternité avait d'ailleurs été souligné par Mithani et al. (2015) comme un facteur lié au soutien des pères envers l'allaitement, puisqu'il offre l'occasion à ceux-ci d'encourager et de supporter leur conjointe allaitante. Bien que les participantes dont les conjoints devaient retourner rapidement au travail n'ont pas rapporté d'exemple de persuasion verbale reçue, elles discutent de comment ceux-ci respectaient et soutenaient leurs décisions, lorsque des difficultés étaient rencontrées. Il se peut que ceux-ci n'étaient pas confortables à prendre part à la décision. En effet, certaines études (Ngoenthong et al., 2020; Sihota et al., 2019) révèlent que, étant soucieux de l'impact des difficultés d'allaitement sur leur conjointe, les pères considèrent que la décision finale d'allaitement revient à la mère. Ces mêmes écrits mettent en évidence le besoin réclamé par les pères à recevoir des informations sur la résolution des problèmes d'allaitement (Ngoenthong et al., 2020; Sihota et al., 2019). Il est possible qu'en informant davantage les pères, ceux-ci soient portés à s'impliquer davantage et à encourager les mères lorsque des difficultés sont rencontrées. Rappelons que dans l'étude de Pisacane et al., (2005), les pères avaient eu une influence favorable sur la perception de la production lactée, suite à l'enseignement reçu sur les façons de gérer et de prévenir les principales difficultés. La présence plus marquée de la grand-mère ayant une expérience positive d'allaitement pourrait par ailleurs être reliée au fait que cette dernière, ayant déjà traversé cette expérience, sait comment relever les défis rencontrés. S'étant

intéressée aux perceptions des grands-mères quant à leur rôle de soutien, l'étude de Reid et al. (2010) en fait mention. En effet, il est décrit que la motivation de la grand-mère à être présente dans l'expérience du nouveau rôle de parent provient de sa compréhension du besoin de soutien, puisqu'elle se rappelle des difficultés vécues. De plus, alors que le rôle d'*advocacy* joué par la grand-mère avait été souligné comme un type de soutien désiré par les mères allaitantes (Grassley et Eschiti, 2008), les résultats de la présente étude précisent que ce rôle demeure important auprès de mères ayant une PIL. En effet, ce rôle semble avoir été intimement lié à la poursuite de l'allaitement de certaines d'entre elles, notamment lorsque la grand-mère maternelle ayant eu des expériences positives d'allaitement constituait la personne principale de soutien à la maison.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, la persuasion verbale pouvait avoir un effet positif ou négatif, dépendamment des interactions à l'égard du poids et de l'utilisation du tire-lait. Tout d'abord, à propos du poids, la persuasion verbale avait une influence positive lorsque les professionnels de la santé focalisent sur autre chose que celui-ci. En effet, certaines mères ont été rassurées par le fait d'avoir été questionnées sur des sujets autres tels que : « est-ce qu'il urine suffisamment, est-ce qu'il apparaît satisfait après les boires ? », de s'être fait encourager à poursuivre l'allaitement maternel exclusif et à retarder le délai avant la prochaine pesée. La persuasion verbale était négative lorsque les professionnels de la santé transmettaient aux mères leurs préoccupations à l'égard du poids de l'enfant. En effet, ceux-ci verbalisaient leurs inquiétudes au sujet de la perte de poids initial, de même que lorsque la mesure du poids sur la courbe de croissance ne correspondait pas à la valeur attendue, et certaines participantes témoignent de l'anxiété vécue et de comment la PIL en a négativement été affectée. Pour Béatrice, ayant accouché par césarienne, dont le bébé avait perdu 8%, il s'en est soldé par une pause de l'allaitement, pour introduire des PCN au détriment de la poursuite de l'allaitement. Comme l'affirme Dennis (1999), les réponses physiologiques, telles que le stress ou l'anxiété, ont aussi une incidence sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement, rendant ainsi une mère plus susceptible de modifier ses pratiques d'allaitement. Ces résultats amènent à remettre en question non seulement les habiletés des professionnels de la santé à transmettre les informations relativement au poids, mais aussi la rigidité à l'égard de cette seule mesure.

À cet effet, une autre participante rapporte comment l'ajout des PCN, recommandé par son IBCLC pour atteindre le poids espéré sur la courbe de croissance, ait compromis l'intérêt du bébé envers le sein. Par conséquent, il importe de s'interroger, d'un côté, sur la façon dont les professionnels de la santé soutiennent l'allaitement dans un contexte d'un gain de poids insuffisant, mais de surcroît, sur la manière dont ils interprètent le poids. Par exemple, une participante rapporte que le poids du bébé avait été jugé différemment d'un professionnel de la santé à l'autre. En effet, une infirmière considérait que le poids mesuré lors de la consultation pour la vaccination de 4 mois était insuffisant, tandis qu'un pédiatre, peu de temps après, estimait que la croissance était adéquate. Bien qu'elle ait été réalisée il y a plus de 15 ans, des résultats similaires avaient été rapportés par la revue de littérature de Sachs et al. (2006) portant sur la pesée des bébés en Angleterre. Plus précisément, les auteurs ont trouvé que peu d'attention était portée à expliquer l'évolution du poids au parent, que l'introduction des PCN était souvent la première intervention des mères et des professionnels de la santé vis-à-vis un gain de poids inadéquat, et que les professionnels de la santé manquaient de formation pour interpréter adéquatement le poids. Ayant eux aussi illustré comment les pratiques des professionnels de la santé entourant la pesée pouvaient compromettre la poursuite et l'exclusivité de l'allaitement, Sachs et al. (2006) proposent certaines recommandations dans l'optique de favoriser le succès de l'allaitement. Celles-ci seront décrites dans la section discutant des recommandations. Notons cependant une similitude entre l'une d'entre elles et les éléments de la persuasion verbale ayant influencé positivement les participantes de la présente étude : soit que l'on s'attarde à d'autres paramètres que le poids, que l'on recommande un délai approprié entre les pesées, et que l'on fasse la promotion de bonnes pratiques d'allaitement. D'autres auteurs (Humbert, 2021; Noel-Weiss, 2011), ainsi que des organisations nationales et internationales tels que la Société canadienne de pédiatrie (SCP, 2018), l'*American Academy of Pediatrics* (AAP, 2023) et l'*Academy of Breastfeeding Medicine* (ABM, 2017) ont également apporté des précisions sur la façon dont les professionnels de la santé pourraient mieux soutenir l'allaitement maternel après la naissance. Ceux-ci seront également discutés dans la section sur les recommandations.

L'analyse des résultats a permis de dévoiler la fréquence élevée avec laquelle le tire-lait était conseillé par les professionnels de la santé. Il s'agit d'un nouvel élément, qui à notre connaissance, n'avait pas été abordé dans les études. La persuasion verbale pouvait avoir une influence négative quand le tire-lait était proposé, d'une part, puisque son utilisation permet l'objectivation du lait, et tel que présenté dans les résultats, la PIL de certaines mères était exacerbée par la moindre quantité prélevée. D'autres parts, la suggestion en soi pouvait amener une prise de conscience que l'insuffisance lactée était une possibilité. De plus, pour celle dont l'IBCLC recommandait l'usage du tire-lait après chaque tétée, des sentiments de culpabilité face à l'incapacité de répondre à ces exigences s'ajoutaient à la fatigue maternelle vécue, ayant pu compromettre le SMEA, sous l'influence des réactions physiologiques (Dennis, 1999). Notons que la persuasion verbale reçue était positive quand l'on encourageait l'allaitement au sein plutôt que l'utilisation du tire-lait. En effet, l'une d'entre elle témoigne du sentiment d'attachement rehaussé par l'allaitement directement au sein. Stimuler davantage la production lactée semble avoir été la raison ayant incité les professionnels de la santé à proposer le tire-lait. Cette raison fait également partie de ceux cités par d'autres études (Flaherman et al., 2014; Jiang et al., 2015), expliquant pourquoi les mères de nouveau-nés à terme et en santé décident d'y avoir recours. Notons que parmi les 222 mères incluses dans l'étude de Jiang et al. (2015), plus de la moitié d'entre elles affirment s'en être servi au cours des six premières semaines postnatales. Nourrir un bébé prématuré ou ayant une condition médicale particulière affectant son habileté à téter (Hurst, 2007) constitue l'une des principales raisons où le tire-lait est requis (Meier, 2001). En l'absence de ces contextes, et considérant l'impact que semblent avoir eu ces suggestions sur le SMEA et la PIL des participantes de la présente étude, il est pertinent de se questionner à savoir s'il relève d'une bonne pratique que les professionnels de la santé recommandent le tire-lait plutôt que l'allaitement au sein. Tout comme l'ont révélé les mères de la présente recherche, d'autres études (Flaherman et al., 2014; Jiang et al., 2015) ont soulevé comment les mères percevaient l'utilisation du tire-lait comme une tâche fatigante, stressante et demandant en termes de temps. Rappelons que le stress et le niveau de détente sont des facteurs pouvant altérer la libération d'ocytocine (Kent et al., 2012) et ultimement la production lactée peut s'en retrouver diminuée (Farah et al., 2021; Neifert, 2001). Pour stimuler la production lactée, il apparaît

davantage pertinent d'encourager la mère à allaiter directement au sein, et ce, pour plusieurs raisons. Ceux-ci seront présentés dans la section discutant des recommandations.

Forces et limites

L'étude présente des biais méthodologiques relativement à l'échantillon et à la collecte de données pouvant avoir influencé les résultats obtenus. Les participantes partageaient certaines caractéristiques qui se doivent d'être nommées dans l'évaluation de la transférabilité des résultats. En effet, Stake (2006) précise qu'il est essentiel d'identifier les similitudes dans la situation des cas étudiés, puisque les résultats pourraient davantage s'appliquer dans des contextes semblables. De ce fait, notons que toutes les participantes avaient une forte intention d'allaiter, en plus de détenir un niveau élevé d'éducation. D'un côté, l'intention d'allaitement sous-tend un plus haut niveau du SMEA, ce dernier favorisant la persévérance dans la poursuite de l'allaitement. De l'autre côté, les mères plus éduquées sont les plus susceptibles d'initier l'allaitement et d'allaiter pour une plus longue période (Grubestic et Durbin, 2019). Il est probable que les haltes-allaitement regroupent les mères étant les plus déterminées à allaiter. Il serait donc possible que l'effet de la persuasion verbale des personnes significatives ne soit pas la même auprès de mères détenant des caractéristiques sociodémographiques différentes, ou étant ambivalente à allaiter. En contexte pandémique, les entretiens ont été effectués virtuellement, et les participantes n'ont pas été questionnées à savoir si d'autres personnes étaient présentes à la maison au moment de l'entretien. Dans cette éventualité, les réponses des participantes pourraient en avoir été influencées.

En ce qui concerne les forces de l'étude, notons que la taille de l'échantillon respectait les recommandations de Stake (2006), suggérant que l'inclusion de cinq cas était préférable, puisque les bénéfices de l'étude de cas multiples peuvent être limités si l'on inclut moins de quatre ou plus de dix cas à l'étude. Par ailleurs, la diversité des contextes dans lesquels vivaient les participantes apparaît comme une force majeure puisqu'elle offrait un portrait hétérogène, permettant d'exposer comment la PIL s'est manifestée à travers ces diverses situations. En effet, dans une étude de cas multiple, il est question d'examiner les contextes spécifiques de plusieurs cas, afin de les comparer entre eux, soit

leurs similitudes, leurs différences, pour en dégager leurs tendances communes et ultimement en arriver à mieux comprendre le phénomène étudié (Stake, 2006). À cet effet, malgré les disparités en ce qui a trait à l'âge et à la culture des participantes, ces éléments ne semblent pas avoir influencé différemment l'expérience d'allaitement⁵. La diversité des données collectées a plutôt permis de rendre compte de l'importance pour une mère vivant avec une PIL d'avoir la présence et le soutien d'une personne ayant une expérience positive d'allaitement. Les autres forces de l'étude sont relatives à l'enrichissement du corpus de connaissances sur l'expérience vécue de mères ayant une PIL, et sur la théorie du SMEA en contexte de PIL. Il s'agit de la première étude, à notre connaissance, à avoir considéré simultanément la persuasion verbale, le SMEA, et la PIL. Ainsi, le développement de nouvelles connaissances représente une force de l'étude, en révélant comment le SMEA de mères ayant une PIL est rehaussé lors du deuxième mois postnatal, notamment grâce à une meilleure compréhension des comportements infantiles. Ceci souligne l'importance de bien informer les mères à ce sujet. En étant rapidement à l'aise à décoder les signaux de leur bébé, elles auront davantage confiance envers leur capacité à allaiter, et seront moins influencées par une persuasion verbale négative. Le moment où la collecte de données s'est déroulée constitue également une force. En effet, la constatation que les participantes allaitaient aujourd'hui de façon exclusive permet de révéler que la PIL vécue n'était pas associée à une réelle insuffisance lactée primaire. Ces résultats supportent ceux des trois seules études à notre connaissance (Galipeau et al., 2017; Hillervik-Lindquist, 1991; Nurhayati et Fikawati, 2020), ayant confirmé que la PIL était vécue en dépit d'une capacité maternelle à produire du lait de façon suffisante. Pour finir, l'étude se distingue par sa contribution à la pratique infirmière, à la formation et à la recherche, lesquels seront discutés dans la prochaine section.

⁵ Il a cependant été constaté que pour celle ayant accouché en Suisse, et ayant bénéficiée d'une durée plus longue d'hospitalisation, la PIL est apparue plus tard que les autres, soit lors de la troisième semaine postnatale. Toutefois, celle-ci affirme ne pas avoir eu de personnes pour lui rappeler les bonnes pratiques d'allaitement entre le 6^e et 21^e jour postnatal. Alors qu'elle se rappelle lors de l'entretien avoir aussi reçu le conseil d'allaiter à la demande, elle déclare s'être souvenue des propos du pédiatre, soit d'allaiter aux trois heures. Ainsi, le gain de poids inadéquat au 21^e jour, ayant initié la PIL, pourrait avoir été en lien avec l'horaire rigide des tétées. Cela soulève l'importance d'offrir un suivi étroit à la mère suivant le congé de l'hôpital, afin de renforcer les connaissances sur les bonnes pratiques d'allaitement.

Recommandations

Les résultats de cette étude, combinés aux connaissances déjà existantes, permettent de proposer des recommandations étant susceptibles de favoriser le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant une PIL. Certaines recommandations avaient été émises au terme d'autres études réalisées en contexte de mères allaitantes. Les résultats de la présente étude amènent l'idée que certaines d'entre elles pourraient s'appliquer aux mères ayant une PIL. En premier lieu, il sera question de présenter les recommandations en lien avec la pratique infirmière. Ensuite, celles en lien avec la formation et la recherche seront abordées.

Recommandations pour la pratique infirmière. Connaissant l'impact des interactions des professionnels de la santé vis-à-vis le poids du bébé, il importe de réfléchir aux renseignements qui seront transmis aux mères. Dans l'optique de protéger l'exclusivité de l'allaitement, certains éléments devraient être considérés par les infirmiers et infirmières, ainsi que par les autres professionnels de la santé qui travaillent auprès des dyades mères-bébés.

Tout d'abord, il est attendu que le bébé perde environ 10% de son poids de naissance au cours des premiers jours de vie (INSPQ, 2023d). Toutefois, une perte de poids dépassant 8-10% pourrait être observée malgré une initiation adéquate de l'allaitement (Kellams et al., 2017). Les professionnels de la santé devraient prendre en compte l'impact des liquides intraveineux reçus lors de l'accouchement sur la perte de poids, et surtout, en informer et rassurer les mères (Humbert, 2021; Tousignant, 2022 ; Watson et al., 2012). Par ailleurs, il est à noter que les bébés nés par césarienne perdent plus de poids que ceux nés par voie vaginale (Humbert, 2021). Il demeure qu'une perte de poids supérieure à 10% nécessite une évaluation de l'allaitement, ainsi qu'une éducation et un soutien supplémentaire avant, et suivant le congé de l'hôpital (ABM, 2017; SCP, 2018). L'évaluation de l'allaitement se traduit par l'observation de la position du bébé lors de la tétée, sa prise du sein, et ses déglutitions (SCP, 2018). Les professionnels de la santé devraient par ailleurs enseigner aux nouvelles mères comment s'assurer que le bébé a une

bonne prise du sein (Kronborg et al., 2015). Dans l'optique d'une évaluation favorable de l'allaitement et en présence d'éliminations adéquates du bébé, les professionnels de la santé devraient encourager l'allaitement à la demande et proscrire les suppléments de PCN (ABM, 2017).

En ce qui concerne les recommandations concernant la fréquence des pesées lors des six premiers mois, celles-ci devraient être réalisées entre une et deux semaines suivant la naissance, et ensuite, lorsque le bébé est âgé de deux, quatre et six mois (SCP, 2020). Lors de la routine de la pesée, des pistes de réflexion sont proposées afin d'optimiser la qualité des interactions avec les parents. Tout d'abord, les professionnels de la santé devraient prendre le temps de discuter des paramètres à évaluer, autres que le poids, pour déterminer de la croissance et du bon déroulement de l'allaitement. Sachs et al. (2006) proposaient entre autres que les professionnels de la santé interrogent les parents par rapport aux éliminations du bébé, à son comportement au sein, et promeuvent les bonnes pratiques d'allaitement. De plus, des explications devraient être offertes à propos de la variation du poids sur les courbes percentiles. Il est à noter qu'il est normal pour les enfants de changer d'une ou de deux courbes de percentiles du poids ou de la taille, soit vers le haut ou vers le bas, pendant leurs deux ou trois premières années (SCP, 2020). Aussi, une maladie temporaire pourrait avoir entraîné une diminution de l'appétit, et ainsi entraîné une diminution du poids sur la courbe de croissance. Une fois rétabli de la maladie, le bébé devrait reprendre adéquatement du poids (Sachs et al., 2006). Chez un bébé en bonne santé pour qui le poids nécessite plus d'attention, il est suggéré de ne pas le peser plus d'une fois par deux semaines, puisque des variations anormales peuvent être détectées si le poids est pris trop fréquemment (Hall et al., 2008). Surtout, si des inquiétudes sont vécues de la part des professionnels de la santé à l'égard du poids du bébé ou en regard à la production lactée, la verbalisation de celles-ci et l'encouragement à utiliser le tire-lait seraient à proscrire. Une PIL pourrait en résulter et les mères ayant le souhait d'allaiter exclusivement pourraient être portées à introduire des suppléments de PCN, et mettre à risque la poursuite de l'allaitement (Whalen et Cramton, 2010). Les professionnels de la santé devraient plutôt miser sur un suivi étroit et le soutien à l'allaitement (SCP, 2018).

De plus, le tire-lait devrait être encouragé seulement dans les contextes présentés précédemment, soit lorsqu'une condition médicale particulière du bébé ou sa prématurité

affecte son habileté à téter (Hurst, 2007). En effet, à la lumière des résultats de cette étude et ceux d'autres recherches (Bandura, 1986; Dennis, 1999; Light et al., 2000; Little et al., 2018; Raju, 2011; Wood et al., 2017), plusieurs raisons permettent de croire qu'encourager l'allaitement au sein pourrait favoriser le SMEA, diminuer l'incidence de la PIL, et être bénéfique pour la poursuite de l'allaitement. Premièrement, rappelons que l'expérience active de maîtrise du comportement d'allaiter s'acquiert par l'évaluation maternelle de ses capacités d'allaitement et de celles de son enfant, et que c'est la source d'influence la plus immédiate et la plus puissante apportant un sentiment d'efficacité chez une personne (Bandura, 1986; Dennis, 1999). Ainsi, encourager l'allaitement directement au sein pourrait favoriser le SMEA puisqu'il offre l'occasion à la mère et son bébé de pratiquer, et ainsi renforcer leurs compétences dans l'allaitement. Par ailleurs, comme vécu par une participante, Raju (2011) explique la relation d'échange entre la mère et le bébé, lorsque l'enfant qui tète directement au sein favorise l'attachement maternel. Aussi, l'allaitement au sein favorise la proximité entre la mère et son enfant, et par le fait même, la libération d'ocytocine (Light et al., 2000). D'après Little et al. (2018), la proximité physique entre la mère et son enfant permet à la mère de déceler plus rapidement les signaux précoces de faim de son bébé, et d'y répondre. Ainsi, il semble que le contact étroit de la dyade mère-bébé contribue d'une part, à l'allaitement à la demande, condition favorable à une production lactée adéquate (OMS, 2023), et d'autre part, améliore les compétences maternelles à comprendre les comportements du bébé, favorisant le SMEA, en plus de diminuer l'incidence de la PIL (Wood et al., 2017). En ce sens, les infirmiers et infirmières qui travaillent auprès des dyades mères-bébés devraient consacrer une période à l'enseignement aux parents sur les comportements infantiles, notamment en les aidant à déceler les signaux de faim (Kronborg et al., 2015) en postpartum immédiat et lors de la visite postnatale à domicile. De plus, il pourrait être bénéfique de prévoir des rencontres supplémentaires lors des deux premiers mois, par téléphone ou en personne, afin de renforcer les compétences des mères et de l'autre parent vis-à-vis l'interprétation des comportements du bébé. En effet, il s'agit d'une période où elles éprouvent plus de difficultés à reconnaître les comportements de leur bébé. De plus, ce suivi étroit permettrait de renforcer les connaissances sur les pratiques favorables à l'allaitement.

Enfin, les infirmiers et infirmières œuvrant auprès des dyades mères-bébés devraient encourager les mères à participer aux haltes-allaitement de leur communauté et promouvoir le soutien d'une marraine d'allaitement, particulièrement si l'entourage de celles-ci, par exemple la grand-mère, ne détient pas d'expérience positive d'allaitement. Chang et al. (2022) ont également souligné le bénéfice sur la confiance maternelle que procure le partage de l'expérience vécue et le soutien émotionnel des pairs. Par ailleurs, il serait bénéfique d'encourager le conjoint à accompagner la mère lors des haltes-allaitement puisqu'il s'agit d'une bonne opportunité de s'instruire sur les façons de gérer les principales difficultés vécues lors de l'allaitement. Il serait peut-être porté à offrir davantage d'encouragement à sa conjointe.

Recommandations pour la formation infirmière. Les résultats de la présente étude ainsi que ceux d'autres études (Flaherman et al., 2012; Sachs et al., 2006) soulignent le besoin d'améliorer les compétences communicationnelles des professionnels de la santé en lien avec la transmission de l'information à l'égard du poids du bébé. Toutefois, il semble que les professionnels de la santé ne reçoivent pas suffisamment de formation leur permettant de pouvoir transmettre des conseils de qualité aux parents (Sachs et al., 2006). Tous les professionnels de la santé œuvrant auprès de la dyade mère-bébé devraient pouvoir bénéficier d'une formation sur l'évaluation du poids, afin que celui-ci soit interprété adéquatement. Une alimentation sous optimale pour favoriser une croissance adéquate ou la présence d'une maladie chronique qui altère le processus normal de la croissance, peuvent également être à l'origine d'un poids inadéquat (SCP, 2020). De là l'importance pour les infirmiers et infirmières de connaître les repères pour déterminer la croissance adéquate des bébés. De plus, puisque le tire-lait semble être une pratique de plus en plus populaire auprès des mères allaitantes (Dietrich Leurer et al., 2020; Flaherman et al., 2014; Jiang et al., 2015), il serait approprié que les infirmiers et les infirmières bénéficient d'une formation sur l'utilisation du tire-lait, afin de mieux soutenir les mères qui désirent en faire usage (Dietrich Leurer et al., 2020).

Recommandations pour la recherche infirmière. L'exploration de l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA, la PIL, et la poursuite de

l'allaitement de mères ayant eu une PIL devrait être poursuivie auprès de mères ayant cessé l'allaitement en raison d'une PIL. En effectuant une recherche sous cet angle, il serait possible de comprendre davantage l'expérience d'allaitement de mères ayant vécu une PIL. De plus, d'autres éléments liés avec la persuasion verbale pourraient ressortir.

Alors que des facteurs contextuels pourraient avoir été en cause dans la faible représentation du conjoint dans les résultats, il semble pertinent de poursuivre les recherches sur l'influence de la persuasion verbale du conjoint sur le SMEA, la PIL et la poursuite de l'allaitement de mères ayant une PIL. Les résultats de la présente étude, ainsi que ceux d'autres études (Ngoenthong, et al., 2020 ; Sihota et al., 2019), permettent d'énoncer l'hypothèse que les conjoints pourraient être inconfortables à encourager la poursuite de l'allaitement de leur conjointe lorsqu'elles éprouvent des difficultés d'allaitement, notamment une PIL. Il pourrait être pertinent de s'intéresser au vécu des conjoints de mères vivant avec une PIL afin de confirmer cette hypothèse.

Conclusion

En conclusion, cette étude a porté sur le phénomène de la PIL, associé à l'introduction de PCN et à la cessation de l'allaitement peu de temps suivant son initiation. Alors que le SMEA est étroitement lié à la PIL, cette recherche avait pour objectif d'explorer l'influence de la persuasion verbale, l'une des sources d'information du SMEA peu étudié jusqu'à présent, auprès de mères ayant une PIL. L'étude a mis en lumière que le deuxième mois après l'accouchement représente une période importante dans le rehaussement du SMEA de mères ayant vécu une PIL. Plusieurs recommandations découlent de cette analyse, notamment la nécessité de soutenir les mères ayant une PIL dans la compréhension des comportements infantiles, de les encourager à allaiter directement au sein, et les réassurer concernant le poids de leur enfant.

Références

- Abuidhail, J., Al-Modallal, H., Yousif, R. et Almresi, N. (2014) Exclusive breast feeding (EBF) in Jordan: prevalence, duration, practices, and barriers. *Midwifery*, 30, 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.005>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2022). *Rapport d'avancement sur l'allaitement maternel au Canada 2022*. <https://sante-infobase.canada.ca/src/data/breastfeeding/ASPC%20-%20Rapport%20allaitement%20maternel%202022.pdf>
- Agbo, H. A., Envuladu, E. A., Adams, H. S., Inalegwu, E., Okoh, E., Agba, A. et Zoakah, Al. (2013). Barriers and facilitators to the practice of exclusive breast feeding among working class mothers: a study of female resident doctors in tertiary health institutions in Plateau State. *E3 Journal of Medical Research*, 2, 112–116. https://www.e3journals.org/cms/articles/1365364023_EJMR-13-012-GALLEY%20PROOF.pdf
- Aluş Tokat, M., Okumuş, H. et Dennis, C.-L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.002>
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2023, 1 mars). *Breastfeeding Practice Tools for Health Professionals: Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns*. https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Hospital_Breastfeeding_Policy.pdf
- Amitay, E. L., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 169(6), e151025. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1025>
- Arusei, R. J., Ettyang, G. A. et Esamai, F. (2011). Feeding patterns and growth of term infants in Eldoret, Kenya. *Food and Nutrition Bulletin*, 32, 307–314.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2012, juin). *Australia's Health 2012, summary*. <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2012/contents/summary>
- Balard, F., Kivits, J., Schrecker, C. et Volery, I. (2016). *L'analyse qualitative en santé*. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Bartick, M. C., Schwarz, E. B., Green, B. D., Jegier, B. J., Reinhold, A. G., Colaizy, T. T., ... Stuebe, A. M. (2017). Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Maternal & Child Nutrition*, *13*, e12366. <https://doi.org/10.1111/mcn.12366>
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C.-L., Moyle, W., Pratt, J. et DeVries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth*, *29*(4), 278-284. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00202.x
- Blyth, R. J., Creedy, D. K., Dennis, C.-L., Moyle, W., Pratt, J. et DeVries, S. M., Healy, G. N. (2004). Breastfeeding duration in a Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, *20*(1), 30-38. doi: 10.1177/0890334403261109
- Boss, M., Gardner, H., & Hartmann, P. (2018). Normal Human Lactation: closing the gap. *F1000Research*, *7*, F1000 Faculty Rev-801. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14452.1>
- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K. J., Tan, D. J., Lau, M., Dai, X., & Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(467), 85–95. <https://doi.org/10.1111/apa.13151>
- Brault, M. (1995). Les premières semaines. Ligue de la Leche. <http://4bffbhwxs3s3s38t3bxlim1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/les-premieres-semaines.pdf>
- Brown, C. R. L., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J. et Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, *105*(3), e179-85. <https://link.springer.com/content/pdf/10.17269%2Fcjph.105.4244.pdf>
- Burns, E., Schmied, V., Sheehan, A. et Fenwick, J. (2010) A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Maternal and Child Nutrition* *6*(3), 201–219.
- Burns, E., Fenwick, J., Sheehan A. et Schmied V. (2013) Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support. *Maternal and Child Nutrition* *9*(1), 57–73.

- Burns, E., Fenwick, J., Sheehan, A. et Schmied, V. (2016). “This little piranha”: a qualitative analysis of the language used by health professionals and mothers to describe infant behaviour during breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 12(1), 111–124. doi: org/10.1111/mcn.12179
- Camurdan, A. D., Ilhan, M. N., Beyazova, U., Sahin, F., Vatandas, N. et Eminoglu, S. (2008). How to achieve long-term breast-feeding: Factors associated with early discontinuation. *Public Health Nutrition*, 11, 1173-1179. doi:10.1017/s1368980008001742
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Breastfeeding Report Card*. https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *Signs Your Child is Hungry or Full*. <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/mealtime/signs-your-child-is-hungry-or-full.html>
- Chan, M. Y., Ip, W. Y. et Choi, K. C. (2016). The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery*, 36, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.003>
- Chang, Y.-S., Beake, S., Kam, J., Lok, K. Y.-W. et Bick, D. (2022). Views and experiences of women, peer supporters and healthcare professionals on breastfeeding peer support: A systematic review of qualitative studies. *Midwifery*, 108, 103299. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103299>
- Chantry, C. J., Dewey, K. G., Peerson, J. M., Wagner, E. A. et Nommsen-Rivers, L. A. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *Journal of Pediatrics*, 164, 1339-1345. doi:10.1016/j.peds.2013.12.035
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N. et Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*, 104, 96–113. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670483/pdf/apa0104-0096.pdf>
- Daly, S. E. J. et Hartmann, P. E. (1995). Infant demand and supply. Part 2: The short term control of milk synthesis in lactating women. *Journal of Human Lactation*, 11, 27-37.
- DaMota, K., Bañuelos, J., Goldbronn, J., Vera-Beccera, L. E. et Heinig, M. J. (2012). Maternal Request for In-hospital Supplementation of Healthy Breastfed Infants among Low-income Women. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 476–482. doi: org/10.1177/0890334412445299

- Dennis, C.-L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201. doi: 10.1177/089033449901500303
- Dennis, C-L. et Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399–409. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199910\)22:5<399::aid-nur6>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199910)22:5<399::aid-nur6>3.0.co;2-4)
- Denzin, N. K. (1989). *The research act* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- De Roza, J. G., Fong, M. K., Ang, B. L., Sadon, R. B., Koh, E. Y. L. et Teo, S. S. H. (2019). Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*, 79, 102532. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102532>
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and Fetal Stress are associated with Impaired Lactogenesis in Humans. *The Journal of Nutrition*, 131(11), 3012S-3015S. doi: 10.1093/jn/131.11.3012S
- Dewey, K. G., Nomsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J. et Cohen, R. J. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112, 607-619.
- Dietrich Leurer, M., et Misskey, E. (2015). "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *International breastfeeding journal*, 10, 10. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0036-7>
- Dietrich Leurer, M., McCabe, J., Bigalky, J., Mackey, A., Laczko, D., et Deobald, V. (2020). "We Just Kind of Had to Figure It Out": A Qualitative Exploration of the Information Needs of Mothers Who Express Human Milk. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 36(2), 273–282.
- Dogaru, C. M., Nyffenegger, D., Pescatore, A. M., Spycher, B. D., et Kuehni, C. E. (2014). Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 179(10), 1153–1167. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu072>
- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., et Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 126(1). <https://www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/1/e18>

- Douglas, A. J. (2010). Baby love? Oxytocin-dopamine interactions in mother-infant bonding. *Endocrinology*, *151*, 1978-1980.
- Douglas, P. S. et Hiscock, H. (2010). The unsettled baby: Crying out for an integrated, multidisciplinary primary care approach. *Medical Journal of Australia*, *193*(9), 533-536. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04039.x>
- Dykes, F. (2005). A critical ethnographic study of encounters between midwives and breastfeeding women in postnatal wards in England. *Midwifery*, *21*, 241-252. doi: 10.1016/j.midw.2004.12.006. [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(05\)00020-3/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(05)00020-3/pdf)
- Dykes, F. et Williams, C. (1999). Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery*, *15*, 232-246. doi: 10.1054/midw.1999.0185
- Dyson, L., Green, J., Renfrew, M., McMillan, B. et Woolridge, M. (2010). Factors influencing the infant feeding decision for socio-economically deprived pregnant teenagers: The moral dimension. *Birth*, *37*(2): 141–9.
- Eidelman, A. K. et Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, *129*(3), 598-601. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Farah, E., Barger, M. K., Klima, C., Rossman, B., et Hershberger, P. (2021). Impaired Lactation: Review of Delayed Lactogenesis and Insufficient Lactation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *66*(5), 631–640. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13274>
- Feenstra, M. M., Jorgine, Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjorg, D. B. et Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive HealthCare*, *16*, 167-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>
- Flaherman, V. J., Hicks, K. G., Cabana, M. D. et Lee, K. A. (2012). Maternal Experience of Interactions With Providers Among Mothers With Milk Supply Concern. *Clinical Pediatrics*, *51*(8), 778–784. doi: [org/10.1177/0009922812448954](https://doi.org/10.1177/0009922812448954)
- Flaherman, V., Hicks, K., Huynh, J., Cabana, M., et Lee, K. (2014). Positive and negative experiences of breast pumping during the first 6 months. *Maternal & Child Nutrition*, *12*(2), 291–298. doi:10.1111/mcn.12137
- Flaherman, V. J., Schaefer, E. W., Kuzniewicz, M. W., Li, S. X., Walsh, E. M., et Paul, I. M. (2015). Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*, *135*(1), e16-e23. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1532>

- Flaherman, V. J., Beiler, J. S., Cabana, M. D. et Paul, I. M. (2016). Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 463–472. doi : org/10.1111/mcn.12171
- Forlenza, G. P., Paradise Black, N. M., McNamara, E. G. et Sullivan, S. E. (2010). Ankyloglossia, Exclusive Breastfeeding, and Failure to Thrive. *Pediatrics*, 125(6), e1500 LP-e1504. doi : org/10.1542/peds.2009-2101
- Galipeau, R. (2011). *Modélisation des facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal). https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5304/Galipeau_Roseline_2011_these.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Galipeau, R., Dumas, L. et Lepage, M. (2017). Perception of not having enough milk and actual milk production of first-time breastfeeding mothers : Is there a difference ? *Breastfeeding Medicine*, 12(4), 210-2017.
- Garbin, C. P., Deacon, J. P., Rowan, M. K., Hartmann, P. E. et Geddes, D. T. (2009). Association of nipple piercing with abnormal milk production and breastfeeding. *Journal of the American Medical Association*, 301(24), 2550–2551.
- Gatti, L. (2008). Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355–363. doi: org/10.1111/j.1547-5069.2008.00234.x
- Gallegos, D., Russell-Bennett, R., Previte, J. et Parkinson, J. (2014). Can a text message a week improve breastfeeding? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 374. doi:10.1186/s12884-014-0374-2
- Gavine, A., Shinwell, S. C., Buchanan, P., Farre, A., Wade, A., Lynn, F., Marshall, J., Cumming, S. E., Dare, S., et McFadden, A. (2022). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub6>
- Global Breastfeeding Collective (GBC). (2022). Global Breastfeeding Scorecard 2022. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1921/file>
- Gökçeoğlu, E. et Küçüköğlü, S. (2016). The relationship between insufficient milk perception and breastfeeding self-efficacy among Turkish mothers. *Global Health Promotion*, 24(4), 53–61. doi : org/10.1177/1757975916635080
- Gouvernement du Canada. (2023, 12 juillet). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois, Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du*

Comité canadien pour l'allaitement. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson-terme-sante/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html>

Gouvernement du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils, Éthique de la recherche avec des êtres humains*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>

Grassley, J., et Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want?. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(4), 329–335. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00260.x>

Grubestic, T. H., et Durbin, K. M. (2019). A spatial analysis of breastfeeding and breastfeeding support in the united states : The leaders and laggards landscape. *Journal of Human Lactation*, 35(4), 790-800. <https://doi.org/10.1177/0890334419856615>

Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (1ère éd., pp. 105- 117). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guyer, J., J. Millward, L., et Berger, I. (2012). Mothers' breastfeeding experiences and implications for professionals. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 724-733. doi: 10.12968/bjom.2012.20.10.724

Hall, D., Cole, T., Elliman, D., Gibson, P., Logan, S., et Wales, J. (2008). Growth monitoring. *Archives of disease in childhood*, 93(8), 717–718.

Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., et Butt, J. (2011). A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal Child Health Journal*, 15, 260-268. doi:10.1007/s10995-009-0554-2

Hillervik-Lindquist, C. (1991). Studies on perceived breast milk insufficiency. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 80(3), 297-303.

Hill, P. D., et Humenick, S. S. (1996). Development of the H & H lactation scale. *Nursing Research*, 45(3):136–140.

Hill, P. D., Aldag, J. C., Chatterton, R. T., et Zinaman, M. (2005). Primary and secondary mediators' influence on milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 21(2), 138–150. <https://doi.org/10.1177/0890334405275403>

- Hirth, R., Weitkamp, T., et Dwivedi, A. (2012). Maternal intravenous fluids and infant weight. *Clinical Lactation*, 3(2), 59-63. <https://doi.org/10.1891/215805312807009360>
- Huang, Y.-Y., Lee, J.-T., Huang, C.-M., et Gau, M.-L. (2009). Factors related to maternal perception of milk supply while in the hospital. *Journal of Nursing Research*, 17(3), 179-187. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181b25558
- Huang, Y., Ouyang, Y. Q., et Redding, S. R. (2019). Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(4), 303–309. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.003>
- Huang, Y., Liu, Y., Yu, X. et Zeng, T. (2022). The rates and factors of perceived insufficient milk supply : A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 18(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13255>
- Humbert, G. (2021). Impact du mode d'accouchement sur la cinétique pondérale du nouveau-né allaité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 42(322), 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2021.07.012>
- Hurst, N. M. (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health*, 52(6), 588-594. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.05.005
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023a). *Bébé boit-il assez ?*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-notre-bebe/bebe-boit-il-assez>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023b). *Les signes de faim*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-notre-bebe/les-signes-de-faim>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023c). *Pleurs*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/bebe/facons-communiquer/pleurs>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023d). *Taille et poids*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/bebe/caracteristiques-du-nouveau-ne/taille-et-poids>

- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., et Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment*, (153), 1-186.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., et Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 4 Suppl 1, S17–S30. <https://doi.org/10.1089/bfm.2009.0050>
- Jiang, B., Hua, J., Wang, Y., Fu, Y., Zhuang, Z. et Zhu, L. (2015). Evaluation of the impact of breast milk expression in early postpartum period on breastfeeding duration : A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0698-6>
- Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C., et the Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). Abm clinical protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(4), 188-198. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>
- Kent, J. C., Geddes, D. T., Hepworth, A. R., et Hartmann, P. E. (2011). Effect of warm breastshields on breast milk pumping. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 27(4), 331–338. <https://doi.org/10.1177/0890334411418628>
- Kent, J. C., Prime, D. K., et Garbin, C. P. (2012). Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), 114–121. doi: org/10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rea, A., Murray, K. et Geddes, D. T. (2021). Causes of perception of insufficient milk supply in Western Australian mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13080>
- Krause, K. M., Lovelady, C. A., Peterson, B. L., Chowdhury, N., et Østbye, T. (2010). Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2019–2026. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001503>
- Kronborg, H., et Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health* 32 (3), 210–216.
- Kronborg, H., Harder, I., et Hall, E. O. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>

- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Perception – Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 14 mars 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>
- Lawrence, R. A., et Lawrence, R. M. (2021). *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 9th edition. Philadelphia, PA : Elsevier.
- Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., Wall, Y. G., Zula, M. P. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 166–172.
- Light, K. C., Smith, T. E., Johns, J. M., Brownley, K. A., Hofheimer, J. A., et Amico, J. A. (2000). Oxytocin responsivity in mothers of infants: a preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6), 560–567. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.560>
- Ligue la Leche. (s.d.). *Les premières semaines*. <http://4bffbhwxs33s38t3bxlim1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/les-premieres-semaines.pdf>
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., et Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122 Suppl 2, S69–S76. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315i>
- Li, T., Guo, N., Jiang, H. et Eldadah, M. (2019). Breastfeeding self-efficacy among parturient women in shanghai: A cross-sectional study. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 583-591. <https://doi.org/10.1177/0890334418812044>
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Little, E., Legare, C. et Carver, L. (2018). Mother–infant physical contact predicts responsive feeding among u. S. Breastfeeding mothers. *Nutrients*, 10(9), 1251. <https://doi.org/10.3390/nu10091251>
- Loiselle, C.G., et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. ERPI.
- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., et Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-4>
- Marasco, L. A. (2014). Unsolved Mysteries of the Human Mammary Gland: Defining and Redefining the Critical Questions from the Lactation Consultant's

- Perspective. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 19(3-4), 271–288. <https://doi.org/10.1007/s10911-015-9330-7>
- McAndrew, F., Thompson, J., Fellows, L., Large, A., Speed, M. et Mary J. Renfrew, M. J. (2012). *Infant Feeding Survey 2010*. https://sp.ukdataservice.ac.uk/doc/7281/mrdoc/pdf/7281_ifs-uk-2010_report.pdf
- McCarter-Spaulding, D. E., et Kearney, M. H. (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient milk supply. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(5), 515-522. doi: 10.1111/j.1552-6909.2001.tb01571.x
- McCarter-Spaulding, D., et Dennis, C. (2010). Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form in a sample of Black women in the United States. *Research in Nursing & Health* 33, 111–119.
- McGraw, K., Hoffmann, R., Harker, C. et Herman, J. H. (1999). The development of circadian rhythms in a human infant. *Sleep*, 22(3), 303-310. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.3.303>
- McInnes, R. J., Hoddinott, P., Britten, J., Darwent, K., et Craig, L. C. (2013). Significant others situations and infant feeding behavior change processes: a serial qualitative interview study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), 114. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-114>
- McQueen, K. A., Dennis, C. L., Stremler, R., & Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 40(1), 35–46. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x>
- Meek, J. Y., Noble, L., et Section on Breastfeeding (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Meier, P. P. (2001). Breastfeeding in the special care nursery. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), 425-442. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(08\)70035-X](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(08)70035-X)
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). De Boeck.
- Miles, M.B., Huberman, A.M., et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). SAGE Publications.
- Miller, J., et Glassner, B. (2004). "The "inside " and the "outside ": Finding realities in interviews". Dans Silvermand. D (dir.), *Qualitative Research, Theory, Method and Practice* (2^e éd.). SAGE Publications.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS]. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Mithani, Y., Premani, Z. S., Kurji, Z., et Rashid, S. (2015). Exploring fathers' role in breastfeeding practices in the urban and semiurban settings of karachi, pakistan. *The Journal of Perinatal Education*, 24(4), 249-260. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.4.249>
- Mohebati, L. M., Hilpert, P., Bath, S., Rayman, M. P., Raats, M. M., Martinez, H. et Caulfield, L. E. (2021). Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women : Is infant crying important? *Maternal & Child Nutrition*, 17(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13133>
- Mohrbacher, N. et Stock, J. (2003). *The Breastfeeding Answer Book* (Traduit par Bourassa, V; 3^e éd.). Ligue la Leche.
- Morton, J., Hall, J. Y., Wong, R. J., Thairu, L., Benitz, W. E., et Rhine, W. D. (2009). Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *Journal of Perinatology*, 29 (11), 757–764. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.87>
- Mulder, P. J., Johnson, T. S. et Baker, L. C. (2010). Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01085.x>
- Nabulsi, M. (2011) Why are breastfeeding rates low in Lebanon? a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 11, 75. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-75>
- Neifert, M., & Bunik, M. (2013). Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatric clinics of North America*, 60(1), 115–145. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.001>
- Neifert, M. R. (2001). Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 273–97. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(08\)70026-9](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(08)70026-9)
- Neifert, M. R., McDonough, S. L., & Neville, M. C. (1981). Failure of lactogenesis associated with placental retention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 140(4), 477–478. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(81\)90056-9](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90056-9)
- Neville, M. (1999). Physiology of human lactation. *Clinics in Perinatology*, 26, p. 251-279.

- Neville, M. C. (2001). Anatomy and Physiology of Lactation. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 13-34. https://ac.els-cdn.com/S0031395505702832/1-s2.0-S0031395505702832-main.pdf?_tid=be6046b9-e719-4c57-a65b-3bdf2a2fa07e&acdnat=1546989930_1c61251b45d0d8beb70b9841460df0e4
- Neville, M. C., et Morton, J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *Journal of Nutrition*, 131(11), 3005S-3008S.
- Neville, M. C., McFadden, T. B., & Forsyth, I. (2002). Hormonal regulation of mammary differentiation and milk secretion. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*, 7(1), 49–66. <https://doi.org/10.1023/a:1015770423167>
- Ngoenthong, P., Sansiriphun, N., Fongkaew, W., et Chaloumsuk, N. (2020). Integrative review of fathers' perspectives on breastfeeding support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(1), 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.09.005>
- Noel-Weiss, J., Woodend, A. K., Peterson, W. E., Gibb, W. et Groll, D. L. (2011). An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *International Breastfeeding Journal*, 6, 9. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-9>
- Nommsen-Rivers, L. A., Chantry, C. J., Peerson, J. M., Cohen, R. J., & Dewey, K. G. (2010). Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(574-584). doi: 10.3945/ajcn.2010.29192
- Nurhayati, E. et Fikawati, S. (2020). Counseling of exclusive breastfeeding during antenatal care (Anc) and perceptions of insufficient milk supply. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 7(2), 65. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2019.7\(2\).65-73](https://doi.org/10.21927/ijnd.2019.7(2).65-73)
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131, e726-e732. doi:10.1542/peds.2012-1295
- Ogbo, F., Akombi, B., Ahmed, K., Rwabilimbo, A., Ogbo, A., Uwaibi, N., Ezeh, O., Agho, K. et on behalf of the Global Maternal and Child Health Research Collaboration (GloMACH). (2020). Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 413. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020413>
- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2018). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2023). *Allaitement maternel*. https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Otsuka, K., Dennis, C.-L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(5), 546-555.
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2014). Existential vulnerability can be evoked by severe difficulties with initial breastfeeding: a lifeworld hermeneutical single case study for research on complex breastfeeding phenomena. *Breastfeeding review : professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 22(3), 21–32.
- Peacock-Chambers, E., Dicks, K., Sarathy, L., Brown, A. A., & Boynton-Jarrett, R. (2017). Perceived Maternal Behavioral Control, Infant Behavior, and Milk Supply: A Qualitative Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(6), 401–408. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=124198245&lang=fr&site=ehost-live>
- Perera, P. J., Ranathunga, N., Fernando, M. P., Sampath, W., & Samaranayake, G. B. (2012). Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International breastfeeding journal*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-21>
- Perrine, C. G., Scanlon, K. S., Li, R., Odom, E., & Grummer-Strawn, L. M. (2012). Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, 130(1), 54–60. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3633>
- Pisacane, A., Continisio, G. I., Aldinucci, M., D'Amora, S., Continisio, P. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*, 116(4), E494–E498. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/116/4/e494.full.pdf>
- Quigley, M. A., Carson, C., Sacker, A., & Kelly, Y. (2016). Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(12), 1420–1427. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.135>
- Reid, J., Schmied, V., et Beale, B. (2010). 'I only give advice if I am asked' : Examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers. *Women and Birth*, 23(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.12.001>
- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane*

- Rodrigo, R., Rodrigo, A., Liyanage, N., Hatahagoda, W. et Hewavitharana, U. (2019). Maternal perception of adequacy of mother's milk among mothers giving birth at a teaching hospital in sri lanka. *Journal of Human Lactation*, 35(1), 171-180. <https://doi.org/10.1177/0890334418773304>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Mertines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., et Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387, 491–504.
- Rowan-Legg, A. (2015). L'ankyloglossie et l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 214-218. <https://www.cps.ca/fr/documents/position/ankyloglossie-allaitement>
- Sachs, M. (2005) 'Following the Line': *An Ethnographic Study of the Influence of Routine Baby Weighing on Breastfeeding Women in a Town in the Northwest of England* [thèse de doctorat, Université de Central Lancashire]. Unpublished PhD Thesis. <https://clou.uclan.ac.uk/7756/1/Anna%20Magda%20Sachs%20Nov05%20Following%20the%20Line%20An%20ethnographic%20study%20of%20the%20influence%20of%20routine%20baby%20weighing%20on%20breastfeeding%20women%20in%20a%20town%20in%20the%20Northwest%20Degree.pdf>
- Sachs, M., Dykes, F. et Carter, B. (2006). Weight monitoring of breastfed babies in the United Kingdom--interpreting, explaining and intervening. *Maternal & Child Nutrition*, 2(1), 3–18. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2006.00019.x>
- Sandhi, A., Lee, G. T., Chipojola, R., Huda, M. H. et Kuo, S.-Y. (2020). The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum : A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00310-y>
- Santerre, M.-J., & Fortin, C. (2011). *Le portail d'information prénatale; l'allaitement*. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/allaitement.pdf>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Presses de l'Université du Québec.

- Scott, J., Binns, C., Oddy, W., & Graham, K. (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 117 (4), e646–655.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. et Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birht issues in perinatal care*, 38(1), 49-60. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x
- Segura-Pérez, S., Richter, L., Rhodes, E. C., Hromi-Fiedler, A., Vilar-Compte, M., Adnew, M., Nyhan, K. et Pérez-Escamilla, R. (2022). Risk factors for self-reported insufficient milk during the first 6 months of life : A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 18(S3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13353>
- Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in Nursing & Health*, 31(5), 428–441. doi: 10.1002/nur.20275
- Sha, T., Gao, X., Chen, C., Li, L., Cheng, G., Wu, X., Tian, Q., Yang, F., He, Q., et Yan, Y. (2019). A prospective study of maternal postnatal depressive symptoms with infant-feeding practices in a Chinese birth cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2559-1>
- Shahrokh, D. K., Zhang, T. Y., Diorio, J., Gratton, A., & Meaney, M. J. (2010). Oxytocin-dopamine interactions mediate variations in maternal behavior in the rat. *Endocrinology*, 151(5), 2276-86.
- Sihota, H., Oliffe, J., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Fathers' experiences and perspectives of breastfeeding : A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 155798831985161. <https://doi.org/10.1177/1557988319851616>
- Sifer-Rivière, L. (2016). Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 85-100). Malakoff, France: Armand Colin.
- Smith J. P. (2019). A commentary on the carbon footprint of milk formula: harms to planetary health and policy implications. *International Breastfeeding Journal*, 14, 49. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0243-8>
- Société canadienne de pédiatrie (SCP). (2020, 08 février). *L'utilisation des courbes de croissance de l'OMS pour surveiller la croissance des enfants*. <https://cps.ca/fr/media/courbes-de-croissance-oms>
- Société canadienne de pédiatrie (SCP). (2018, 19 novembre). *Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé*. <https://cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nouveau-ne-a-terme-et-en-sante>

- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236- 247). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R.E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY: The Guildford Press.
- Stake, R.E. (2010). *Qualitative research : studying of things work*. New York, NY : The Guilford Press.
- Statistique Canada. (2021, 8 juillet). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—Composante annuelle (Escc)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175
- Statistique Canada. (2021, 4 novembre). *Tableau de bord sur l'allaitement au Canada*. <https://sante-infobase.canada.ca/allaitement/>
- Statistique Canada. (2022). *La vaste majorité des femmes canadiennes comment à allaiter peu après l'accouchement et plus de la moitié d'entre elles arrêtent avant six mois*. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/1422-la-vaste-majorite-des-femmes-canadiennes-commencent-allaiter-peu-apres-laccouchement-et>
- Statistique Canada. (2023, 7 octobre). *Allaitement, au moins 6 mois, selon le groupe d'âge*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310009622>
- Stoody, E. E., Spahn, J. M., & Casavale, K. O. (2019). The Pregnancy and Birth to 24 Months Project: a series of systematic reviews on diet and health. *The American journal of Clinical Nutrition*, 109(Suppl_7), 685S–697S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy372>
- Strathearn L. (2011). Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1054-65.
- Stuebe, A. M., Willett, W. C., Xue, F., & Michels, K. B. (2009). Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Archives of internal medicine*, 169(15), 1364–1371. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.231>
- Tang, L., Binns, C. W., & Lee, A. H. (2015). Infant formula crisis in China: A cohort study in Sichuan province. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33, 117-122.
- Teich, A. S., Barnett, J., & Bonuck, K. (2014). Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeeding Medicine*, 9(1), 9–15. doi:10.1089/bfm.2013.0063
- Tousignant, Diane. (2022). *Impact des pratiques obstétricales sur le démarrage de l'allaitement maternel* [présentation orale et par affiche]. Journée des professionnelles en allaitement, Montréal, Qc, Canada.

- Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best practice & research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 367–384. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008>
- Ulak, M., Chandyo, R. K., Mellander, L., Shrestha, P. S. & Strand, T.A. (2012). Infant feeding practices in Bhaktapur, Nepal: a cross-sectional, health facility based survey. *International Breastfeeding Journal*, 7, 1–8.
- Unar-Munguía, M., Torres-Mejía, G., Colchero, M. A., et González de Cosío, T. (2017). Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 422–434. <https://doi.org/10.1177/0890334416683676>
- United Nations of International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2017). *Global Breastfeeding Collective: a call to action*. <https://www.unicef.org/nutrition/files/GBC-Call-to-action-flyer-21.pdf>
- United Nations of International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2023). *Breastfeeding*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>
- Van der Maren, J.-M. (1996). Méthodes de recherche pour l'éducation. (2^e éd., chapitre 19). PUM et de Boeck. <http://www.pum.umontreal.ca/catalogue/methodes-de-recherche-pour-leducation>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wagner, E. A., Chantry, C. J., Dewey, K. G., & Nommsen-Rivers, L. A. (2013). Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. *Pediatrics*. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/09/18/peds.2013-0724.abstract>
- Watson, J., Hodnett, E., Armson, B. A., Davies, B. et Watt-Watson, J. (2012). A randomized controlled trial of the effect of intrapartum intravenous fluid management on breastfed newborn weight loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 24-32. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01321.x>
- Whalen, B., & Cramton, R. (2010) Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. *Current Opinion in Pediatrics*, 22, 655–663.

- Whipps, M. D. et Demirci, J. R. (2021). The sleeper effect of perceived insufficient milk supply in US mothers. *Public Health Nutrition*, 24(5), 935–941. <https://doi.org/10.1017/S1368980020001482>
- Williamson, I., Leeming, D., Lyttle, S., & Johnson, S. (2012). 'It should be the most natural thing in the world': exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Maternal & child nutrition*, 8(4), 434–447. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00328.x>
- Willis, C. E., & Livingstone, V. (1995). Infant Insufficient Milk Syndrome Associated with Maternal Postpartum Hemorrhage. *Journal of Human Lactation*, 11(2), 123-126. <https://doi.org/10.1177/089033449501100218>
- Wood, N. K., Sanders, E. A., Lewis, F. M., Woods, N. F. et Blackburn, S. T. (2017). Pilot test of a home-based program to prevent perceived insufficient milk. *Women and Birth*, 30(6), 472-480. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.006>
- Wood, N. K., Odom-Maryon, T. et Smart, D. A. (2021). Factors associated with perceived insufficient milk in the first three months of breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(4), 223-229. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000723>
- Wu, D. S., Hu, J., McCoy, T. P., & Efid, J. T. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (8), 1867-1879. doi: 10.1111/jan.12349
- Yamauchi, Y., et Yamanouchi, I. (1990). Breast-feeding frequency during the first 24 h after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86, 171–175. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/86/2/171.full.pdf>
- Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., & Wang, P. P. (2014). The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 14, 1267. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1267>.
- Zimmerman, D. R., Kaplan, M., Shoob, H., Freisthler, M., Toledano, M., & Stein-Zamir, C. (2022). Breastfeeding challenges and support in a high initiation population. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00538-5>

Annexes

Annexe A : Tableau illustrant la réduction de l'incidence de certaines maladies chez l'enfant selon la durée d'allaitement

Tableau 1 : La réduction de l'incidence de certaines maladies chez l'enfant selon la durée d'allaitement, inspirée de l'étude de Meek et al. (2022)

Pathologie	% de réduction des risques	Durée d'allaitement	Particularités
Otites (Bowatte et al., 2015)	33	Toute durée d'allaitement	
Infections du tractus gastro-intestinal (Duijts et al., 2010; Quigley et al., 2016; Stoodly et al., 2019)	64	Toute durée d'allaitement	
Obésité (Ip et al., 2007; Owen, Martin, Whincup, Smith et Cook, 2005; Yan et al., 2014)	22	Toute durée d'allaitement	
Surpoids (Ip et al., 2009)	4	Chaque mois d'allaitement	
Diabète type 1 (Ip et al., 2007; Lund-Blix et al., 2017; Rosenbauer, Herzig et Giani, 2008)	30	> 3 mois	
Asthme, dermatite atopique et eczéma (Dogaru et al., 2014; Ip et al., 2007; Greer, Sicherer et Burks, 2008)	27	> 3-4 mois	Population à faible risque
Asthme, dermatite atopique et eczéma (Dogaru et al., 2014; Ip et al., 2007; Greer et al., 2008)	42	> 3-4 mois	Population avec des antécédents familiaux
Hospitalisation pour infection respiratoire dans la première année de vie (Ip et al., 2007 ; Ip et al., 2009; Eidelman et Schanler, 2012)	72	> 4 mois	
Grippes et infections oto-rhino laryngologique (Duijts et al., 2010)	63	> 6 mois	

Leucémie durant l'enfance (Amitay et Keinan-Boker, 2015)	11	Toute durée d'allaitement	
Leucémie durant l'enfance (Amitay et Keinan-Boker, 2015)	19	> 6 mois	

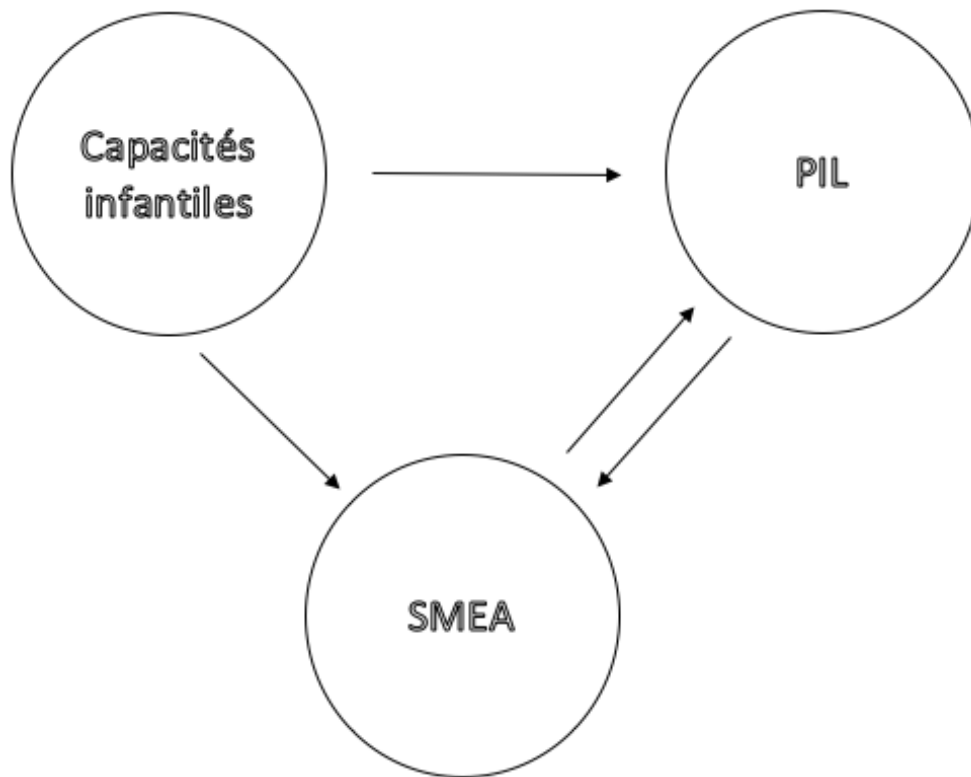
Annexe B : Distinction entre les facteurs associés au retard de la lactogénèse II et ceux associés à l'échec de la lactogénèse II ou d'une faible production lactée, traduit de l'étude de Hurst (2007)

Facteurs associés au retard de la lactogénèse II	Facteurs associés à l'échec de la lactogénèse II et/ou à une faible production lactée
<ul style="list-style-type: none"> • Primiparité • Le stress ou la douleur • L'obésité • Le diabète • L'hypertension • Un accouchement difficile • Une césarienne non planifiée • Une première mise au sein tardive • Des tétées non fréquentes • L'administration d'hormones contraceptives durant la première semaine post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures ou chirurgies mammaires • Rétention placentaire • Tabagisme • Hypothyroïdie • Hypopituitarisme • Syndrome poly kystiques, • Insuffisance des tissus de la glande mammaire • Hémorragie en post-partum avec le syndrome de Sheehan

Annexe C : Les signes d'un apport suffisant de lait au bébé par rapport à ceux traduisant un apport insuffisant de lait au bébé, tiré du livre Mieux Vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans de l'INSPQ (2023a)

Signes que bébé boit assez	Signes que bébé ne boit pas assez
Il s'éveille seul quand il a faim	Il est très somnolent, très difficile à réveiller pour boire
Il boit bien et souvent (8 fois ou plus par 24 heures)	Ses urines sont jaune foncé ou peu abondantes
Il semble satisfait après les boires	Présence de cristaux d'urate dans les urines après les deux premiers jours
Ses urines et ses selles sont en quantités suffisante	Ses selles contiennent encore du méconium après le 5 ^e jour de vie
Il prend du poids	Il fait moins d'une selle par 24 heures entre les âges de 5 jours et 4 semaines

Annexe D : Influences entre les capacités infantiles, la PIL et le SMEA, schéma tiré de l'étude de Galipeau (2011)



D'après la modélisation de la PIL de Galipeau (2011), des capacités infantiles moindres peuvent à la fois augmenter l'incidence de la PIL et diminuer le niveau du SMEA. Un niveau plus faible du SMEA favorise la PIL alors que la PIL influence négativement le SMEA. En corollaire, plus le SMEA d'une mère est élevée, moins elle perçoit une insuffisance lactée. Puisque le SMEA est une variable modifiable, les résultats de l'étude de Galipeau (2011) exposent la possibilité d'intervenir sur le SMEA afin de modifier la PIL, laquelle peut être influencée par les capacités infantiles.

Annexe E : Lettre à l'intention des personnes-ressources pour l'accès au milieu

Montréal, le 8 Juillet 2020

Sarah-Emmanuelle Boulet, inf, M. Sc. (candidate)
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Objet : Lettre de demande d'appui au projet d'étude intitulé : **Exploration de l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement (SMEA) de mères vivant avec une perception d'insuffisance lactée (PIL)**

██████████,

Je sollicite votre collaboration dans l'élaboration de mon projet d'étude dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières, option expertise-conseil. Il s'agit d'une recherche visant à développer des connaissances sur l'un des obstacles à la poursuite de l'allaitement, soit la perception d'insuffisance lactée (PIL).

La PIL est l'une des premières raisons expliquant pourquoi les femmes mettent fin à l'allaitement dans les premières semaines suivant son initiation. Les recherches indiquent que l'insuffisance lactée est un problème médical peu commun, et qu'il est fort possible que cette perception ne représente pas une réelle insuffisance de production lactée. En bref, il est reconnu que le sentiment maternel d'efficacité en allaitement (SMEA), traduisant la confiance maternelle envers ses capacités d'allaiter, influence l'incidence de la PIL. En effet, des chercheurs suggèrent qu'une mère avec un faible niveau de SMEA est plus prédisposée à douter de sa capacité à produire suffisamment de lait (Galipeau, 2011; Galipeau et al., 2017; Gatti, 2008; Gökçeoğlu et Küçükoğlu, 2016; Otsuka et al., 2008). Par ailleurs, les mères détenant un haut niveau de SMEA ont moins tendance à percevoir leur production de lait comme étant insuffisantes pour répondre aux besoins de leur enfant.

Le niveau du SMEA du cadre théorique de Dennis (1999) se construit à l'aide de quatre sources d'informations, notamment la persuasion verbale. La persuasion verbale représente les encouragements reçus des personnes significatives de la mère, notamment de son partenaire de vie, des membres de sa famille ou de ses amis, et des professionnels de la santé. Cette source d'information demeure peu explorée jusqu'à maintenant quant à son influence sur le SMEA de mères vivant avec une PIL. C'est pourquoi je sollicite votre collaboration aujourd'hui.

J'aimerais réaliser une étude de cas multiples, incluant cinq participantes, avec qui j'effectuerai un entretien afin de recueillir des informations quant à l'influence de la persuasion verbale des personnes significatives de la mère sur le SMEA et ultimement sur la PIL et la poursuite de l'allaitement. Les haltes allaitement, maintenant offertes de façon

virtuel, semble être un bon moment pour recruter les participantes. Avec votre approbation, l'infirmière qui anime les haltes allaitement virtuel pourrait présenter brièvement mon projet de recherche lors des rencontres virtuelles. Notons que l'infirmière généralement présente lors des haltes allaitement s'est montrée ouverte à cette collaboration. Les femmes allaitantes ayant démontré de l'intérêt à participer à l'étude seront invitées à entrer en contact avec moi par courriel ou par téléphone afin de recevoir de plus amples informations. Celles qui accepteront de participer à l'étude, suite à un consentement libre et éclairé, s'entreprendront avec moi via Skype, à un moment que nous aurons convenu. L'entretien est estimé à environ 60 minutes.

Notons que les femmes ayant donné leur consentement pour participer à l'étude se verront informées comme quoi elles peuvent à tout moment changer d'idée concernant leur participation à l'étude. Elles seront également rassurées sur le fait que leur participation n'influencera en aucun cas les soins et services qui leur est offert au CLSC, et que leur donnée et identité seront protégées. Il ne sera pas possible d'associer les données de l'étude à leur identité et l'équipe du CLSC en enfance-famille-jeunesse ne pourront savoir qui des clientes ont accepté de participer à l'étude.

Sarah-Emmanuelle Boulet, inf, M. Sc. (candidate), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Annexe F : Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche

Montréal, le [DATE]

Objet : Exploration de l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement et la poursuite de l'allaitement de mères ayant eu une perception d'insuffisance lactée

Madame,

Depuis quelques semaines, vous expérimentez l'allaitement pour la première fois.

Avez-vous déjà pensé ne pas produire assez de lait pour nourrir votre bébé ?

Si c'est le cas, et que vous avez décidé de continuer à allaiter, vous êtes invitée à participer à ce projet de recherche.

La participation implique une entrevue pendant environ 1 heure, de façon virtuelle, par rapport à votre expérience d'allaitement.

Le projet a été créé dans le but d'en apprendre davantage sur le vécu des femmes qui, tout comme vous, lors de leur première expérience d'allaitement, ont déjà eu l'impression de ne pas avoir assez de lait. Ce projet de recherche s'intéresse également au soutien que vous avez reçu de la part des personnes qui ont été significatives lors de cette expérience. *Il s'agit d'un projet réalisé dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières.*

Pour être éligible à l'étude, vous devez :

- Être âgée de 18 ans et plus;
- Avoir accouché d'un nouveau-né à terme et en santé;
- Avoir allaité pour la première fois;
- Comprendre le français à l'oral et à l'écrit;
- Avoir accès à un ordinateur et internet;
- Avoir déjà penser ne pas avoir assez de lait pour nourrir votre bébé;
- Ne pas avoir de particularité de santé ayant pu avoir un impact sur votre production de lait

Il n'y a aucune compensation financière ou autre associée à la participation à cette étude.

Cette étude présente peu de risque pour vous. Il est possible cependant que certaines questions vous amènent à revivre les premières semaines d'allaitement.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter :

- Sarah-Emmanuelle Boulet, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

[REDACTED]

- Nancy Feeley, personne responsable de la recherche, professeure à l'Université McGill et chercheuse au [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Veillez agréer, Madame, mes sentiments les meilleurs.

[REDACTED]

Annexe G : Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche

Exploration du soutien de votre entourage lorsque vous avez eu l'impression de «
manquer de lait »

Établissement:



Chercheur-étudiant :

Sarah-Emmanuelle Boulet, inf, B.Sc., étudiante à la
maîtrise en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières, Université de
Montréal.

Directeur de recherche :

Marjolaine Héon, inf, Ph.D., professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières, Université de
Montréal.

Co-Directeur de recherche :

Chantal Caux, Ph. D., professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire attentivement ce document présentant les conditions de participation au projet et de réfléchir aux informations qui vous sont présentées. Ce formulaire peut contenir des mots ou des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous encourageons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir au membre de l'équipe de recherche qui vous présente ces informations. Demandez à cette personne de vous expliquer tous les mots et informations qui ne sont pas clairs. Cette personne a l'obligation de répondre de manière à ce que vous puissiez comprendre toutes les informations qui vous sont présentées. Si vous choisissez de participer à ce projet, nous vous demanderons de donner votre consentement verbal qui sera enregistré au format audio. Par la suite, un message de confirmation de votre consentement à participer à la recherche vous sera envoyé par courriel par l'étudiante-chercheuse.

1. Objectifs de la recherche

L'allaitement maternel procure de nombreux bienfaits pour la santé du bébé et de la mère. C'est pourquoi l'allaitement est reconnu comme le meilleur choix d'alimentation du nourrisson.

Cependant, beaucoup de mères abandonnent l'allaitement peu de temps après la naissance de l'enfant, car elles ont l'impression de ne pas produire suffisamment de lait. D'après plusieurs études réalisées à travers le monde, il est fréquent que les mères ressentent une insuffisance de leur production lactée. De plus, très peu d'écrits nous informent sur l'influence des encouragements provenant des professionnels de la santé ou de la famille et des amis de la mère allaitante.

Ainsi, une meilleure compréhension du vécu des femmes allaitantes ayant déjà eu l'impression de ne pas produire assez de lait pourrait aider le développement de futures interventions visant à mieux soutenir les femmes allaitantes. C'est pourquoi nous vous invitons à participer à ce projet de recherche.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 5 clientes du CLSC [REDACTED], âgées de 18 ans et plus, qui s'expriment en français et qui ont accès à un ordinateur et à internet à la maison. Celles-ci doivent avoir accouché d'un nouveau-né à terme et en santé, avoir déjà eu la perception de ne pas avoir assez de lait et avoir poursuivi l'allaitement malgré cette perception. De plus, elles ne doivent pas avoir de facteurs de risques associés à une insuffisance lactée primaire (chirurgies mammaires, piercing au mamelon, syndrome de Sheehan secondaire à une hémorragie du postpartum, hypertension).

2. Participation à la recherche

Si vous êtes intéressée à participer à ce projet d'étude, vous vous entretenez avec l'étudiante-chercheuse. Cet entretien durera entre 60 et 90 minutes, et se déroulera par visioconférence, via la plateforme de communication virtuelle Microsoft TEAMS.

Des questions vous seront posées par rapport à votre profil socio-démographique, et à comment vous avez vécu l'expérience d'allaitement jusqu'à présent, notamment à la perception que vous avez eu de ne pas produire assez de lait et aux personnes qui ont été significatives pour vous lors de cette expérience.

Au cours de l'entretien, l'étudiante-chercheuse prendra des notes qui serviront également à mieux analyser les données recueillies lors de la rencontre.

3. Enregistrement audio

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée au format audio?

Oui Non

L'entretien sera effectué et enregistré via l'application de rencontre virtuelle TEAMS. Dans le cas où vous ouvrez votre caméra pour le début de la réunion, vous pourrez la fermer, à votre convenance, avant que l'enregistrement ne soit débuté.

4. Risques et inconvénients

Cette étude présente peu de risque pour vous. Il est possible cependant que certaines questions vous amènent à revivre les premières semaines d'allaitement. L'arrivée d'un bébé ainsi qu'une première expérience d'allaitement sont des expériences marquantes et parfois éprouvantes. Cela dit, dépendamment de comment ces moments se sont déroulés, il se peut que la participation à cette étude soulève de vives émotions. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Advenant le cas que vous éprouvez des difficultés d'allaitement au cours de votre participation à cette recherche, sachez que nous pourrions vous orienter vers des ressources de soutien en allaitement si vous en ressentez le besoin. Notez que la participation à cette recherche ne remplacera en aucun cas à une consultation avec une consultante en allaitement.

5. Avantages et bénéfices

La participation à l'étude ne vous apportera pas nécessairement d'avantages. Cependant, vous pourriez retirer de la satisfaction à partager votre expérience d'allaitement. De plus, vous contribueriez au développement des connaissances et potentiellement à l'amélioration des soins infirmiers offerts aux femmes allaitantes.

6. Confidentialité des renseignements recueillis

Vous avez rencontré l’infirmière qui anime les haltes-allaitement. Celle-ci vous a demandé la permission de transmettre vos informations à l’étudiante-chercheuse afin que celle-ci entre en contact avec vous. Sachez que l’infirmière qui anime les haltes-allaitement, ainsi que tous les autres intervenants impliqués dans votre dossier au CLSC [REDACTED], ne pourront en aucun cas savoir que vous participiez à l’étude.

Toutes les informations recueillies sur vous via l’enregistrement audionumérique de l’entretien demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Advenant le cas où l’étudiante-chercheuse fait appel à un transcripteur pour colliger l’enregistrement audionumérique en texte, ce dernier devra signer un accord de confidentialité. Le fichier audio et le fichier correspondant à la transcription de votre entretien en texte seront nommés à l’aide d’un code auquel seules l’étudiante-chercheuse et l’équipe de recherche sauront à quelle participante ils font référence.

Dites à l’étudiante-chercheuse si vous ne voulez pas qu’elle inclut certaines informations que vous lui avez données et elle les éliminera. Vous pourrez l’en aviser après l’entretien ou jusqu’à 24 heures suivant l’entretien, par téléphone ou par courriel. Les informations de contact se retrouvent au bas de ce document.

Lorsque la thèse de recherche sera publiée, votre nom n’y sera jamais indiqué et il n’y aura pas de détails spécifiques sur vous qui pourrait permettre de révéler votre identité. Ainsi, votre identité ne pourra être associée à aucune donnée.

Les données électroniques recueillies sur vous seront conservées dans le portail Office 365 de l’étudiante-chercheuse, au sein du [REDACTED]. L’accès au portail est protégé par un mot de passe. Ces documents pourront être consultés par l’équipe de recherche seulement. Lorsque la thèse de recherche sera terminée, toutes les données électroniques de recherche seront transférées dans le réseau sécurité de l’Université de Montréal. La directrice de recherche, Mme Marjolaine Héon, sera responsable de la supervision des données, et de leurs destruction 7 ans après la fin du projet. Les données, une fois transférées à l’Université de Montréal, seront supprimées du portail Office 365 du [REDACTED].

Les données analysées suite à l’entretien seront publiées et pourront faire l’objet de discussion scientifique. Notez qu’il sera impossible de faire un lien entre la publication de ces données et votre identité.

Dans certaines situations, les chercheurs ne pourront préserver la confidentialité des informations à cause d’obligations légales. Il s’agirait par exemple du dévoilement de maladies à déclarations obligatoires ou de situations où il y aurait eu maltraitements envers les enfants ou les personnes âgées. Considérant la nature des données qui seront recueillies, il est peu probable que les informations que vous divulgerez à propos de votre expérience d’allaitement soit sujettes à déclarations obligatoires.

À des fins de surveillance, de contrôle et de protection votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] ou par des représentants du comité d'éthique de l'Université de Montréal. Ces personnes sont également soumises à une politique de confidentialité.

7. Compensation

Il n'y a pas de compensation financière liée à votre participation à l'étude

8. Participation volontaire et Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, et sans subir de conséquences présentes ou futures. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec les personnes-ressources par téléphone ou courriel indiqués ci-dessous.

Votre décision de participer ou non, ou de vous retirer du projet à n'importe quel moment n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec vos intervenants (médecin, infirmières, travailleur social, etc.).

Si vous vous retirez en cours de recherche, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet de recherche sera conservée, à moins que vous nous demandiez de la détruire. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent, incluant l'enregistrement audio pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

9. Utilisation secondaire des données

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles prévues dans le cadre de ce projet de recherche.

10. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

11. Diffusion des résultats

Aucun renseignement concernant les résultats de la recherche ne vous sera communiqué. Néanmoins, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse si vous êtes intéressées à lire le mémoire de recherche lorsqu'il sera terminé. Noter qu'en plus de la thèse de recherche, les résultats de recherche pourraient être présentés dans une revue scientifique.

Souhaitez-vous recevoir une copie du mémoire de recherche lorsqu'il sera terminé?

Oui Non

12. Personnes ressources

Si vous avez des questions sur le projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter :

- Dre Nancy Feeley, RN, PhD, professeure à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill et chercheuse au [REDACTED] [REDACTED], par téléphone au [REDACTED] ou par courriel [REDACTED]
- Sarah-Emmanuelle Boulet, inf, B.Sc., [REDACTED]
[REDACTED]

Si vous avez une plainte ou une critique à formuler concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec :

[REDACTED] Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] [REDACTED], au [REDACTED] ou remplir un formulaire de plainte via ce site internet : [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

- L'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone [REDACTED], de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : cerses@umontreal.ca

Téléphone : [REDACTED]

Site Web:

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.



DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

« Exploration de l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement de mères ayant eu une perception d'insuffisance lactée »

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date :

Nom : _____

Prénom :

Déclaration du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____

Prénom :

Signature du chercheur : _____

Date : _____

Annexe H : Questionnaire sociodémographique et guide d'entretien

Questionnaire sociodémographique

1. Quel est votre âge ? _____

2. Quelles sont vos origines ethniques ou culturelles ? _____

3. Quel est votre état civil ?
 - Mariée
 - Union de fait
 - Célibataire
 - Divorcée

4. Quel est votre niveau de scolarité complété ?
 - Primaire
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire

5. Quels sont vos revenus annuels ?
 - < 35 000\$
 - 35 000 – 54 999\$
 - 55 000 – 74 999\$
 - >75 000\$
 - Je préfère ne pas répondre

6. a) Avec quel professionnel avez-vous accouché ?
 - Avec un médecin
 - Avec une sage-femme

b) Dans quel milieu avez-vous accouché ?

- À l'hôpital
- Dans une maison de naissance
- À domicile

7. Quand avez-vous pris la décision d'allaiter ?

- Avant la grossesse
- Pendant la grossesse
- Après l'accouchement

8. Avez-vous accouché :

- Vaginal
- Césarienne

Ébauche du guide d'entretien

Intervention d'introduction

Remerciement de la participation à l'étude

Rappel du consentement

Explication de l'utilisation des données

Discussion de thèmes explorés dans le cadre de l'entretien

Question d'ouverture pour introduire le sujet

- Pouvez-vous me décrire comment vous vivez l'expérience de l'allaitement maternel jusqu'à présent ?
- Pouvez-vous me parler des premiers jours avec votre bébé à l'hôpital ? (*Explorer les comportements du nouveau-né*)
- Pouvez-vous me parler de la première fois que vous avez mis votre bébé au sein ? (*Expérience active de maîtrise*)
- Qu'est-ce que vous avez ressenti les premiers jours lorsque vous mettiez votre bébé au sein ? (*Réponses physiologiques*)

Continuer d'explorer les faits de façon chronologique

- Comment s'est passé le retour à la maison ?
- Avez-vous rencontré des difficultés lors de la pratique de l'allaitement ?
- Qu'est-ce qui vous a aidé le plus à traverser les difficultés ?
- Qu'est-ce qui vous a le moins aidée ?

Explorer les croyances des personnes significatives en regard de l'allaitement maternel

- Parlez-moi de comment les personnes autour de vous voient l'allaitement maternel
- S'ils étaient ici, qu'est-ce que diraient les personnes autour de vous qui vous ont vu allaiter ? votre famille, vos parents, vos amis, les professionnels de la santé que vous avez côtoyés ?
- Avez-vous des personnes autour de vous qui ont allaité ? (expérience vicariante, à évaluer plus tôt ?)

Évaluer l'influence de la persuasion verbale sur la PIL

- Pouvez-vous me parler de la perception que vous avez eue de ne pas produire suffisamment de lait ?
- Qu'est-ce qui vous a entraînée à avoir cette perception ?
- Qu'est-ce que vous avez fait après avoir pensé que vous ne produisiez pas assez de lait ?
- Y-a-t-il quelque chose qui vous a aidée à composer avec cette perception ?
- Quelles sont les personnes qui ont été significatives pour vous lors de cette expérience d'allaitement ?
- Que retenez-vous des encouragements reçus des personnes significatives durant cette période ?

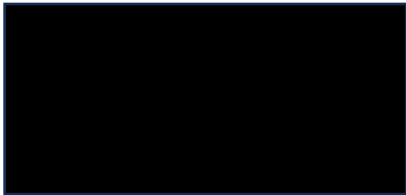
Évaluer le rôle de la persuasion verbale des personnes significatives sur le SMEA et la poursuite d'allaitement

- Par rapport au début de votre expérience d'allaitement, comment décrieriez-vous aujourd'hui la confiance que vous avez envers vos capacités à allaiter ?
- Que pensez-vous du rôle des encouragements reçus de la part des personnes significatives dans la poursuite de l'allaitement ?

Conclusion de l'entretien

Remerciements d'avoir participé à l'étude

Annexe I : Certificat éthique



2021-11-19

Dr. Nancy Feeley

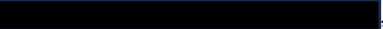
c/o: Sarah-Emmanuelle Boulet

email: 

Objet : Projet 2022-2883 - Approbation finale du projet par le Comité d'éthique de la recherche à la suite de l'approbation conditionnelle

Exploration de l'influence de la persuasion verbale de personnes significatives sur le sentiment maternel d'efficacité en allaitement et la poursuite de l'allaitement de mères ayant eu une perception d'insuffisance lactée

Chère Dr. Nancy Feeley,

Le Comité d'éthique de la recherche psychosociale (CER) du Comité d'éthique de la recherche (CER) du , a le plaisir de vous informer que l'étude susmentionnée a reçu l'approbation de l'éthique.

Une évaluation en mode délégué du projet de recherche ci-haut mentionné a été réalisée par un ou plusieurs membres du CER psychosocial. Les réponses et révisions soumises via un formulaire F20 ont été examinées et approuvées par le président le 2021-11-19.

Les documents suivants ont été approuvés ou reconnus par le comité d'éthique de la recherche psychosocial:

- Formulaire de soumission initiale (F11P-22502)
- Conditions du CER & Réponses du chercheur principal Formulaire(s) (F20-23901)
- - FIC approuvé(s) par le CÉR (Formulaire d'information et de consentement - Sarah-Emmanuelle Boulet_V3_final.docx)
 - Document(s) approuvé(s) par le CÉR (Protocole de recherche - Sarah-Emmanuelle Boulet_V3_final.docx)
 - Document(s) approuvé(s) par le CÉR (Lettre de sollicitation des participants - Sarah-Emmanuelle Boulet_V3_final.docx)
 - Document(s) approuvé(s) par le CÉR (Outil de collecte de données - Sarah-Emmanuelle Boulet V3 final.docx)
 - Document(s) approuvé(s) par le CÉR (Formulaire de confidentialité_final.docx)

Les réponses et révisions seront rapportées au CER psychosocial et seront inscrites dans le procès-verbal de la prochaine réunion qui se tiendra le 2021-12-17.

Le CER psychosocial du CER du [REDACTED] du [REDACTED] reconnaît la revue par les pairs faite par le *comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal* comme approbation scientifique.

L'approbation du projet de recherche est valable jusqu'au 2022-11-19.

*COVID-19

La pandémie de COVID-19 et l'état d'urgence déclaré dans la Province de Québec créent des circonstances exceptionnelles, ayant des impacts sur les activités de recherche, notamment leur évaluation et leur conduite. Dans ce contexte, la conduite de cette étude doit être alignée sur les lignes directrices spécifiques en vigueur au [REDACTED] du [REDACTED] et dans chaque établissement participant respectif, le cas échéant. Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] [REDACTED] (numéro d'assurance fédéral: [REDACTED]) est désigné par la province (MSSS) et suit les lignes directrices publiées dans l'Énoncé de politique des trois conseils, Éthique de la recherche avec des êtres humains (l'EPTC2, 2018), en conformité avec le "Cadre de référence ministériel pour la recherche avec des participants humains" (MSSS, 2020) et les exigences d'adhésion au comité d'éthique de la recherche du Règlement sur les aliments et drogues; et agit en conformité avec les normes énoncées dans le Code of Federal Regulations des États-Unis régissant la recherche sur les sujets humains, et fonctionne d'une manière compatible avec les principes internationalement reconnus de bonne pratique clinique.

Responsabilités du chercheur

L'approbation éthique pourrait être retirée si les conditions suivantes ne sont pas remplies:

Obtenir l'autorisation écrite de notre CER de toute modification substantielle à la recherche, incluant tout changement dans le déroulement de l'étude, les arrangements financiers et/ou l'utilisation de ressources avant d'effectuer les changements; à moins qu'une action immédiate et urgente est nécessaire pour éliminer tout danger pouvant compromettant le bien-être d'un participant;

Maintenir confidentiellement à jour le registres des participants pendant tout le temps requis par les lois et règlements et les politiques institutionnelles; Vous conformer à toutes les lois, politiques et règlements qui gouvernent la recherche impliquant des êtres humains ainsi que les exigences du CER;

Vous conformer à toutes les demandes du CER notamment la nécessité de notifier le CER de toute réaction indésirable graves (RIG) inattendues ou pattern alarmant dans les RIG envisageables selon les politiques et procédures de chaque institution où la recherche s'est déroulée; Aviser le CER ainsi que tous les participants à la recherche de nouvelles données émergentes significatives;

Vous conformer aux exigences de l'assurance de la qualité comme défini dans chaque institution; Maintenir les dossiers et les données de la recherche selon les lois et règlements applicables.

Échéance et renouvellement – Toute recherche impliquant des sujets humains nécessite une révision à intervalles réguliers. Pour se conformer à la réglementation quant à un examen continu

au moins une fois par année, il est de la responsabilité du chercheur de soumettre un formulaire de renouvellement (F9H) au CER avant l'expiration de son approbation. **Le formulaire de renouvellement annuel**, qui sera mis à votre disposition environ 60 jours avant la date d'échéance de la présente approbation, **devrait être**

rempli et soumis 30 jours avant l'échéance. Veuillez noter que si l'approbation du protocole expire avant que son renouvellement ne soit accordé, l'approbation éthique sera suspendue et les données collectées après la date d'expiration pourront ne pas être considérées comme valides.

Par ailleurs, si la recherche se termine pour une raison quelconque avant l'expiration de l'approbation, vous devez soumettre un rapport d'achèvement (F10H) au CER une fois l'analyse des données terminée, pour rendre compte des résultats de l'étude et des publications lui étant associées.

De plus, si une révision ou autre développement du projet devait survenir avant le prochain examen continu, vous devez en aviser le CER sans tarder. Le règlement ne permet pas de modifier une étude proposée avant son approbation par le CER.

Soyez avisé que le *Programme d'assurance de la qualité en éthique de la recherche* du [REDACTED] du [REDACTED] est au service de la communauté de recherche. Ce programme vise à accompagner 10% de la recherche active dans notre établissement. Une visite de site du laboratoire de recherche pourrait ainsi vous être proposée afin que nous puissions vous assister au niveau des meilleures pratiques en éthique de la recherche.

En terminant, veuillez noter que vous ne pouvez débiter votre projet qu'après avoir obtenu toutes les approbations requises : scientifique, éthique et de faisabilité, ainsi que la lettre d'autorisation à réaliser la recherche au sein du [REDACTED] du [REDACTED], signée par la personne mandatée par l'établissement.

Veuillez agréer, Dr. Feeley, l'expression de nos sentiments les plus distingués,

Me Alain Klotz, LL.B., LL.M.

Chair, Psychosocial Research Ethics Committee FWA 00000796

