

Université de Montréal

**La promotion de l'allaitement maternel en milieu
défavorisé dans le cadre de l'implantation de l'Initiative
des amis des bébés:
le cas des infirmières de santé communautaire**

par

Marie-Hélène Doucet

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en santé communautaire

Décembre 2011

© Marie-Hélène Doucet, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

La promotion de l'allaitement maternel en milieu défavorisé dans le cadre de l'implantation
de l'Initiative des amis des bébés:
le cas des infirmières de santé communautaire

Présenté par :
Marie-Hélène Doucet

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dre Marie Hatem, président-rapporteur
Dre Louise Séguin, directrice de recherche
Dre Christine Colin, membre du jury

Résumé

Contexte : Pour favoriser l'allaitement, la Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés (IAB) (OMS / UNICEF) vise à offrir une information complète aux femmes enceintes. Or, cette condition est implantée de façon variable dans les CLSC de Montréal car les intervenants de la santé ne semblent pas confortables à faire la promotion de l'allaitement en prénatal, surtout dans les milieux « québécois » et défavorisés.

Objectif : Explorer les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaire qui sont reliées à la promotion de l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé. Dans la présente étude, les informations moins souvent transmises, soit les risques du non-allaitement ainsi que la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà, ont été examinées.

Méthodologie : La collecte des données de cette recherche qualitative s'est effectuée auprès d'infirmières de huit CLSC montréalais offrant des services à une population importante de femmes défavorisées, francophones, nées au Canada et ce, sous forme d'entrevues individuelles (n=12 infirmières) et d'entrevues de groupe (n=36 infirmières).

Résultats : Les principaux facteurs favorables au niveau de confort des infirmières à faire la promotion de l'allaitement sont d'avoir suivi 20 heures ou plus de formation en allaitement dans les cinq dernières années, et d'avoir des croyances profondes positives quant à la valeur de l'allaitement comparativement aux préparations commerciales pour nourrissons (PCN). Craindre de susciter la culpabilité nuit à la promotion de l'allaitement. De plus, les infirmières exposées à la culture d'allaitement pendant l'enfance, ayant eu une expérience personnelle d'allaitement positive, qui perçoivent que leur rôle est d'encourager les mères à allaiter, ou qui recommandent rarement de donner des PCN en postnatal en cas de problèmes d'allaitement, sont plus confortables à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement.

Conclusion : Plusieurs infirmières semblent manquer de connaissances sur la qualité supérieure de l'allaitement par rapport à l'alimentation artificielle et sur les risques du non-allaitement. De plus, il semble que plusieurs infirmières n'aient pas les habiletés cliniques optimales pour soutenir les mères dans leur allaitement. Des formations appropriées aideraient les infirmières à avoir davantage confiance dans leur capacité à soutenir les mères en postnatal, ainsi qu'à promouvoir l'allaitement en prénatal. Finalement, les infirmières devraient prendre conscience de leurs biais personnels, afin d'en réduire les impacts négatifs sur leur pratique professionnelle.

Mots-clés : allaitement, prénatal, Initiative des amis des bébés, risques du non-allaitement, infirmières.

Abstract

Background: In order to increase breastfeeding rates, the third Step of the Baby Friendly Initiative (BFI) (WHO / UNICEF) aims to offer complete information on breastfeeding to pregnant women. However, this step's implementation varies among the Montreal's CLSCs as healthcare professionals seem uncomfortable to promote breastfeeding prenatally, especially in French speaking and underprivileged areas.

Objective: To explore the personal and professional experiences of community health nurses which are linked to the promotion of breastfeeding during the prenatal period in underprivileged areas. Information less often offered were examined in this study: the risks of not breastfeeding and the recommendation to continue breastfeeding up to 2 years or beyond.

Methodology: The data of this qualitative study were collected in 8 CLSCs of Montreal, offering services to an important population of underprivileged women, French speaking and born in Canada, through nurses' individual interviews (n=12 nurses) and group interviews (n=36 nurses).

Results: The most important factors for the level of comfort of nurses to promote breastfeeding are: to have followed 20 hours or more of training on breastfeeding within the 5 past years, and to have positive profound beliefs about the value of breastfeeding compared to artificial infant formula (AIF). Fear of causing guilt by promoting breastfeeding hinders breastfeeding promotion. Furthermore, nurses exposed to breastfeeding culture during their childhood, with a positive personal breastfeeding experience, who perceived that their role is to support women to breastfeed, or those who rarely recommended mothers to give AIF postnatally in case of breastfeeding problems, are more comfortable to inform pregnant women about the risks of not breastfeeding.

Conclusion: Many nurses seem to have a lack of knowledge about the superior quality of breastfeeding in comparison with artificial feeding and about the risks of not breastfeeding. Moreover, it seems that many nurses do not have the optimal clinical abilities to support mothers in their breastfeeding experience. Appropriate training could greatly help nurses to have greater confidence in their abilities to support mothers during the postnatal period, as well as to promote breastfeeding in the prenatal period. Finally, nurses should become aware of their personal bias, in order to reduce as much as possible negative impacts on their professional practices.

Keywords : breastfeeding, prenatal, Baby Friendly Initiative, risks of not breastfeeding, nurses.

Table des matières

Introduction.....	1
Le domaine de recherche : l’allaitement maternel.....	1
L’Initiative des amis des bébés.....	4
Le contexte de l’étude.....	6
Revue de la littérature.....	8
Les données retrouvées dans la littérature scientifique quant à la promotion de l’allaitement par les professionnels de la santé.....	8
Les connaissances, attitudes et croyances des professionnels de la santé à l’égard de l’allaitement et de la promotion de l’allaitement.....	9
Des facteurs reliés au rôle professionnel décrits dans la littérature pouvant expliquer la promotion non optimale de l’allaitement en prénatal.....	10
Des facteurs personnels abordés dans la littérature pouvant expliquer la promotion non optimale de l’allaitement en prénatal.....	11
Des données montréalaises : l’implantation non optimale de la Condition 3 de l’Initiative des amis des bébés.....	13
La présente étude.....	15
Méthodologie.....	17
Questions de recherche.....	17
Le choix de l’approche qualitative et plus précisément de l’étude de cas.....	18
Le déroulement de la recherche dans son ensemble.....	19
L’opérationnalisation de l’étude.....	20
Analyse des données.....	28
Stratégies d’interprétation des données.....	29
Critères de qualité de l’étude (rigueur).....	32
Résultats.....	43
Contexte de travail des infirmières Enfance-Famille.....	43
Participation à l’étude.....	43
Description des participantes.....	43

Description des facteurs reliés à la promotion de l'allaitement en milieu défavorisé	53
Interprétation et Discussion.....	64
La culture d'origine.....	64
L'expérience personnelle d'allaitement.....	66
Les connaissances sur l'importance de l'allaitement exclusif et prolongé, ainsi que du rationnel des exigences de la Condition 3 de l'IAB, et les croyances et attitudes profondes quant à l'importance de l'allaitement.....	66
Les habiletés cliniques pour soutenir adéquatement les mères dans l'initiation et la poursuite de leur allaitement vs l'utilisation fréquente des PCN en postnatal immédiat en cas de problèmes d'allaitement.....	68
La crainte de susciter de la culpabilité.....	68
Les habiletés cliniques à communiquer les messages de santé publique.....	69
La perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement.....	70
Les limites de l'étude.....	71
Implications.....	73
Conclusion.....	75
Annexes.....	77
Références bibliographiques.....	I

Liste des tableaux

Tableau I	Degré d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les CLSC de Montréal (2007)
Tableau II	Caractéristiques sociodémographiques et expérience professionnelle en périnatalité des participantes
Tableau III	Expérience personnelle des participantes en lien avec l'allaitement
Tableau IV	Attitude profonde des participantes quant à l'importance de l'allaitement vs les PCN
Tableau V	Facteurs liés au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement
Tableau VI	Facteurs liés au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà
Tableau A-I	Composition du lait maternel vs des préparations commerciales pour nourrissons
Tableau A-II	Résumé de la recension des écrits et cadre théorique sur la promotion de l'allaitement maternel
Tableau A-III	Classification des pays en fonction de la prévalence de l'allaitement
Tableau A-IV	Grille pour les entrevues individuelles (thèmes à couvrir)
Tableau A-V	Questions d'entrevue pour les groupes <i>focus</i>

Liste des figures

- Figure 1 Diagramme des *patterns* de relations favorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement
- Figure 2 Diagramme des *patterns* de relations défavorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement
- Figure 3 Diagramme des *patterns* de relations favorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà
- Figure 4 Diagramme des *patterns* de relations défavorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà
-
- Figure A-1 Prévalence (%) de l'allaitement au Québec (2005)
- Figure A-2 Prévalence (%) du non-allaitement au Québec (2005)
- Figure A-3 Répartition de la proportion de la population de 15 ans et plus sans diplôme par rapport à la population totale de 15 ans et plus selon les CLSC
- Figure A-4 Répartition de la proportion de la population dans les familles économiques sous le seuil de faible revenu par rapport à la population totale dans les familles économiques selon les CLSC
- Figure A-5 Répartition de la proportion de la population née dans la province de résidence par rapport au total de la population selon les CLSC
- Figure A-6 Répartition de la proportion de la population dont la langue maternelle est le français par rapport au total de la population selon les CLSC
- Figure A-7 Répartition de la proportion des enfants de moins de 6 ans à la maison par rapport au nombre total d'enfants à la maison selon les CLSC
- Figure A-8 Répartition de la proportion des familles monoparentales par rapport au total des familles avec enfants selon les CLSC

Liste des sigles et acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
IAB	Initiative des amis des bébés
IBCLC	Consultante en lactation diplômée de l'IBLCE (International Board Certified Lactation Consultant)
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCN	Préparations commerciales pour nourrissons
RNA	Risques du non-allaitement
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

*« À ma fille Érika, qui m'a vue travailler
pour réaliser un de mes rêves. Je te souhaite
à toi aussi de mettre tout ton cœur dans la
réalisation des tiens. Je t'aime. »*

Remerciements

Je voudrais d'abord exprimer mon infinie gratitude à ma directrice de recherche, Docteure Louise Séguin, pour m'avoir permis de concevoir cette recherche, portant sur un sujet qui nous passionne toutes les deux : l'allaitement maternel. Dre Séguin, je suis reconnaissante que vous m'ayez permis de « maîtriser » les outils de la recherche en travaillant sur ce projet stimulant dont les résultats me seront utiles dans mon travail d'Agente de planification, de programmation et de recherche en santé publique. J'aimerais de plus rendre un hommage posthume au Docteur Jean-Marc Brodeur, qui m'a accompagnée dans l'élaboration de mon protocole de recherche. Dr Brodeur, votre capacité à vous mettre au niveau de vos étudiants et vos précieux conseils m'ont permis de me sentir valorisée lors de mes premiers pas en tant que chercheuse. Un énorme merci aussi à Docteure Roseline Garon, qui a été immensément généreuse de son temps et de ses conseils quant à la méthodologie qualitative. J'aimerais enfin remercier tous les professeurs de l'Université de Montréal que j'ai côtoyés, qui ont su susciter mon intérêt tout au long de mon parcours académique de deuxième cycle.

Ce projet de recherche n'aurait pas pu avoir lieu tel quel sans le soutien de mon milieu de travail, soit notamment des gestionnaires du secteur Tout-petits - Jeunes, Francine Trickey et Yolande Marchand, et des conseillères en éthique, principalement Isabelle Mondou. J'aimerais de plus souligner le soutien indéfectible de « mon » équipe Allaitement maternel, et en particulier remercier chaleureusement Linda Langlais. Très chère Linda, tu as en tout temps été disponible pour m'écouter lorsque j'avais besoin de faire cheminer ma pensée, d'avoir ton point de vue (toujours pertinent), de valider mon interprétation... mille mercis! En outre, sans l'accueil enthousiaste des gestionnaires et la généreuse participation des infirmières des CSSS, cette étude n'aurait jamais pu être déployée sur le terrain; je vous en remercie du fond du cœur. J'aimerais par ailleurs souligner la contribution dans ce projet de Mélissa Bourgoin (entrevues individuelles), de Janie Babin (transcription des verbatim) et de Corinne Boulianne (contre-codage). Merci à vous trois pour votre travail de qualité. Enfin, j'aimerais sincèrement remercier Nathalie Lauzon, infirmière en CLSC (milieu défavorisé), pour sa généreuse contribution dans la validation des résultats de cette étude, en terme de temps mais surtout pour le partage de son expertise, sa grande compréhension de la problématique et la justesse de ses réflexions.

Finalement, je ne pourrais passer sous silence l'amour inconditionnel et le soutien inestimable de ma famille, ainsi que les encouragements de mes précieux amis dans la réalisation de ce rêve.

Introduction

Le domaine de recherche : l'allaitement maternel

Bref survol de l'allaitement et du contexte historique du non-allaitement

L'allaitement maternel est la continuité physiologique de la grossesse. De plus, le lait des mammifères est spécifique à l'espèce. Jusqu'aux dernières décennies, l'allaitement était la norme « invisible » d'alimentation infantile.¹ En effet, les substituts du lait maternel commerciaux ne sont apparus que récemment dans l'histoire de l'humanité, soit dans les années 1880, lorsque le marchand Henri Nestlé en a fait la mise en marché, en s'appuyant sur des arguments promotionnels convaincants mais d'aucune valeur scientifique.¹ Conséquemment, la prévalence de l'allaitement a peu à peu décliné, pour atteindre le niveau le plus bas en Amérique du Nord dans les années 1960-70 avec une initiation avoisinant les 20%.^{2, 3} Plusieurs générations ont ainsi été exposées à la normalisation de l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons (PCN) et à la culture du biberon.⁴⁻⁶ Les femmes en sont donc venues à croire que des « choix » s'offraient à elles, et à se questionner si elles allaiteraient ou non, comparativement aux femmes vivant dans une culture où l'allaitement est la norme et où ce dilemme ne se pose pas.⁷ Depuis, grâce à des stratégies à l'échelle mondiale ayant pour but de faire renverser la situation, nous assistons à une remontée progressive de la prévalence et de la durée de l'allaitement. Cependant les femmes défavorisées des pays industrialisés demeurent moins susceptibles d'allaiter leur nouveau-né et des progrès restent encore à accomplir en particulier pour ce groupe de nouvelles mères.^{8, 9}

Le non-allaitement total et le non-allaitement exclusif : des problématiques de santé publique

Le non-allaitement et la faible durée de l'allaitement maternel (total et exclusif) sont des préoccupations majeures de santé publique.^{10, 11} En effet, dans les pays industrialisés, ils contribuent à l'augmentation du fardeau de morbidité évitable chez les enfants (otites, gastro-entérites et infections graves du système respiratoire inférieur, etc.).¹² Ces conséquences sont entre autres attribuables au fait que les PCN sont dépourvues des anticorps et autres agents anti-infectieux présents dans le lait maternel, puisqu'il est impossible de les reproduire en laboratoire¹³ (Annexe 1). De plus, des cas de contamination de PCN sont régulièrement rapportés, et ont causé des infections graves et même la mort chez certains bébés.^{13, 14} Le risque de maladies chroniques dans l'adolescence et la vie adulte (obésité, diabète de types 1 et 2, etc.) est possiblement augmenté chez les personnes n'ayant pas été allaitées.^{12, 15} Il est à noter qu'en plus d'être hautement efficace pour favoriser et protéger la santé des enfants, l'allaitement n'a virtuellement aucun effet de santé

négligé.⁶ Pour leur part, les mères qui n'allaitent pas ou peu ont elles-mêmes un risque plus élevé de développer le diabète de type 2, le cancer des ovaires et le cancer du sein¹² en plus de ne pas bénéficier de l'effet protecteur de l'allaitement quant au stress relié aux demandes et responsabilités accrues chez les multipares.¹⁶ L'utilisation des PCN ajoute de plus au fardeau environnemental alors que l'allaitement ne génère aucun déchet.¹³ Enfin, toutes les conséquences du non-allaitement ont inévitablement comme répercussion une augmentation des coûts en soins de santé pour la société.¹³ Tous ces faits justifient la raison pour laquelle les décisions quant à l'alimentation infantile ont des répercussions importantes sur la santé publique.

Le non-allaitement et l'initiation de l'allaitement en contexte de pauvreté

Les effets du non-allaitement sur la santé sont notables tant chez les enfants issus de familles favorisées que défavorisées. Cependant, les enfants issus de familles plus pauvres ont généralement plus de problèmes de santé que les enfants de familles plus riches.⁹ Nous savons aussi qu'il existe une association positive entre la durée de l'allaitement et la santé des enfants, notamment lorsque l'on mesure la présence de maladies chroniques et l'hospitalisation pour au moins une nuit depuis la naissance et ce, indépendamment du niveau de défavorisation des familles.⁹ Ainsi, étant donné que les mères ayant un revenu plus faible allaitent généralement moins ou moins longtemps que les mères ayant un revenu élevé,⁸ leurs enfants pourraient bénéficier de l'allaitement d'une façon encore plus marquante que les enfants vivant au sein de familles plus riches.⁹ De plus, une étude portant sur les Montréalaises défavorisées,¹⁷ rapporte que les facteurs associés de façon significative à leur initiation de l'allaitement sont, entre autres : croire que « le lait maternel protège le nouveau-né contre certaines infections », croire que l'allaitement favorise une meilleure relation entre la mère et le bébé et avoir un conjoint dont l'attitude est favorable à l'allaitement.

La plus faible prévalence de l'allaitement chez les femmes défavorisées peut être expliquée par certains éléments reliés à leur niveau de scolarité ainsi qu'au contexte dans lequel elles vivent. Par exemple, il n'est pas rare que celles-ci manquent de connaissances sur l'importance de l'allaitement : il semble qu'elles savent que « l'allaitement est meilleur », mais elles ne connaissent pas les bienfaits spécifiques de l'allaitement.¹⁸ De plus, l'insécurité et le stress reliés au fait de vivre dans un environnement social de pauvreté,¹⁹ la perception élevée de stress (en général)²⁰ ou de stress financier,²¹ ou le faible niveau d'éducation²⁰ sont des facteurs qui contribuent souvent à ce que les femmes défavorisées aient un sentiment d'efficacité personnelle plus faible par rapport à l'allaitement. Ceci peut réduire leur intention d'allaiter,²² ou affecter la réussite et la durée de leur allaitement lorsqu'elles tentent d'allaiter leur nouveau-né.^{20, 23} Par ailleurs, leur réseau de soutien

social est souvent insuffisant, notamment en ce qui a trait à l'aide émotive et à l'aide instrumentale.¹⁷ Ainsi, ces femmes risquent de ne pas trouver réponse à tous leurs besoins, et cela peut nuire à leur pratique de l'allaitement. De plus, la famille et les amis des femmes qui vivent dans ces conditions influencent souvent négativement leur décision d'allaiter;¹⁷ par exemple, les membres de l'entourage ayant eu une expérience négative d'allaitement tentent parfois de convaincre celles-ci de ne pas allaiter. En outre, ces mères manquent souvent de modèles de rôle par rapport à l'allaitement. Enfin, les femmes défavorisées disent très souvent ressentir de l'embarras à allaiter en public ou encore à voir des femmes allaiter en public.²⁴

Durée de l'allaitement : recommandations mondiales

Les effets de l'allaitement chez l'enfant sont en lien avec la « dose » reçue, c'est-à-dire que plus celui-ci est allaité, plus il bénéficie des effets du lait maternel et de l'action de téter au sein.^{25, 26} Sur la base de ces constats, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ainsi que plusieurs autres organismes de santé de haut niveau, ont établi que les recommandations, pour tous les enfants du monde (sauf exceptions^a), sont l'allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que le bébé ait six mois de vie, puis la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà, et ce, avec l'ajout d'aliments complémentaires.²⁷⁻²⁹ L'allaitement exclusif « signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux; le lait exprimé est également accepté) ». ¹³

L'allaitement au Québec : prévalence, exclusivité et durée sous optimales

Au Québec, bien que la situation se soit grandement améliorée et où 85 % des mères initient l'allaitement (2005), la majorité des femmes n'atteignent pas la durée d'allaitement recommandée.⁸ En effet, la prévalence diminue de façon constante selon l'âge des enfants⁸ (Annexe 2) : à six mois de vie, 46,7 % des bébés reçoivent encore du lait maternel et seulement 3,0 % des bébés sont allaités *exclusivement*. En outre, plus de la moitié (59 %) des mères du Québec (1994) n'atteignaient pas leur propre objectif de durée d'allaitement.³⁰

L'observation de la prévalence de l'allaitement stratifiée pour les facteurs sociodémographiques de la mère permet de constater des écarts au sein de la population vivant au Québec. En effet, d'après

^a par exemple, mère porteuse du VIH vivant dans un pays industrialisé (réf. : Comité canadien pour l'allaitement. *L'Initiative des amis des bébés dans les services de santé communautaire: Guide canadien de mise en œuvre*, 2003)

les données de l'enquête effectuée par l'Institut de la statistique du Québec (2005-2006),⁸ les taux d'initiation de l'allaitement varient de près de 20% entre les mères détenant moins d'un diplôme d'études secondaires (71,3%) et les mères ayant un diplôme universitaire (91,0%). De plus, les femmes qui ont un revenu familial de 20 000\$ à moins de 30 000\$ initient l'allaitement à 79,0%, comparativement à 90,3% chez celles dont le revenu familial est de 80 000\$ et plus (écart de 11,3%). Enfin, parmi les mères québécoises, 83,7% des mères nées au Canada démarrent l'allaitement versus 91,2% des mères nées à l'extérieur de Canada (écart de 7,5%).

L'Initiative des amis des bébés

Des stratégies pour contrecarrer la faible prévalence de l'allaitement

Dans les années 1970, l'OMS et l'UNICEF ont pris conscience des conséquences de la faible prévalence de l'allaitement à travers le monde.¹ Afin de contrecarrer les effets des pratiques de commercialisation des compagnies mettant en marché les substituts du lait maternel (PCN, biberons et sucres d'amusement), l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé en 1981 le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.³¹ En 1991 est née l'Initiative des amis des bébés (IAB) (OMS / UNICEF),³² qui est le standard de qualité reconnu à travers le monde pour l'amélioration des pratiques des professionnels de la santé en allaitement maternel. Ce programme a pour effets de favoriser l'augmentation de l'initiation, de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement, et conséquemment de favoriser l'amélioration de la santé des enfants et des mères.³³ Au niveau international, plusieurs organismes réputés ont pris position en faveur de la promotion et du soutien de l'allaitement.^{11, 29} Il en est ainsi au Québec, où l'allaitement et l'implantation de l'Initiative des amis des bébés sont des priorités de niveaux provincial,^{10, 13} régional³⁴ et local.³⁵ Par surcroît, la Convention relative aux droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (1989),³⁶ signée et ratifiée par le Canada, stipule que les enfants ont droit à la santé (article 24-1) et que leurs parents doivent être informés des avantages de l'allaitement (article 24-2e), ce qui est interprété par plusieurs comme étant le droit des enfants à être allaités.³⁷

La Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés (IAB)

La troisième condition de l'Initiative des amis des bébés porte le libellé « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ».³⁸ Ainsi, la première portion de cet énoncé vise à informer les mères pour qu'elles puissent prendre une décision éclairée concernant l'alimentation de leur enfant à naître, et la deuxième portion vise à leur enseigner les conditions qui favorisent le succès de l'allaitement, c'est-à-dire qui leur permettront d'initier et de

poursuivre leur allaitement. La présente étude se concentre sur le premier segment de cette condition.

Plus précisément, les critères de l'IAB pour favoriser la décision éclairée sont d'encourager *toutes* les femmes enceintes à allaiter, en les informant de l'importance de l'allaitement (ou des « avantages », des « bienfaits » de l'allaitement), des risques du non-allaitement (RNA) (ou de l'utilisation des substituts du lait maternel), ainsi que des recommandations mondiales de durée de l'allaitement, soit l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà (ou de l'importance de poursuivre l'allaitement après six mois).³⁸ Pour ce faire, l'OMS / UNICEF⁷ recommandent d'éduquer les femmes enceintes le plus tôt possible, en tenant compte de leur situation individuelle, et en explorant leur intention d'allaiter en leur posant une question exploratoire ouverte du type : « Que connaissez-vous de l'allaitement? », afin d'amorcer la discussion.

La décision éclairée d'allaiter

La directive de l'OMS / UNICEF d'informer les mères sur l'importance de l'allaitement est appuyée par l'évidence scientifique. Tout d'abord, selon la Théorie de l'efficacité personnelle de Bandura,³⁹ la conviction que l'allaitement favorise la santé est un élément essentiel à l'adoption de ce comportement. Ainsi, la connaissance de l'importance ou des bienfaits de l'allaitement est un préalable à cette croyance. Effectivement, les femmes qui choisissent d'allaiter disent le faire principalement pour favoriser la santé de leur enfant, et ce, autant parmi les femmes défavorisées québécoises.^{2, 17, 40} De plus, la connaissance des bienfaits de l'allaitement et la croyance face aux résultats positifs de l'allaitement sur la santé sont corrélés à l'intention d'allaiter, même chez les femmes défavorisées.^{4, 13, 22, 41-43} Par ailleurs, nous savons que l'intention est corrélée à l'action d'initier l'allaitement.²² Plusieurs études informent que l'éducation prénatale et le conseil d'allaiter favorisent une augmentation de l'intention et des taux d'allaitement.^{3, 44-50} Ainsi, la connaissance des bienfaits de l'allaitement est nécessaire pour prendre une décision éclairée en matière d'alimentation infantile.⁷

Cependant, elle n'est pas suffisante pour motiver les femmes défavorisées à allaiter.^{4, 51-54} En fait, jusqu'ici, les messages véhiculés ont plutôt eu trait aux « bienfaits » de l'allaitement. Or, cette approche n'a pas permis de situer l'allaitement comme étant la norme d'alimentation infantile. Cela a plutôt eu comme effet que l'allaitement soit perçu comme un « bonus » pour le bébé, en ce sens que les enfants allaités sont davantage en santé que les enfants « normaux », comme l'athlète est en

meilleure forme physique que le citoyen moyen.⁵ Mais la réalité est toute autre,¹² et les familles doivent être informées autant des bienfaits que procure l'allaitement que des risques reliés au non-allaitement, afin d'être en mesure de pouvoir prendre une décision vraiment éclairée.^{7,43}

Par ailleurs, connaître la durée recommandée de l'allaitement par les organismes de renom, permet aux parents, non seulement d'être orientés par rapport aux soins optimaux à donner à leurs enfants, mais aussi de prendre davantage conscience de l'importance de l'allaitement. Favoriser la prise de décision éclairée est particulièrement importante, selon l'OMS / UNICEF,⁷ dans un contexte où les substituts du lait maternel sont publicisés abondamment et où les parents ont l'impression qu'ils ont un choix à faire, une décision à prendre.

Le contexte de l'étude

L'accompagnement des centres de santé communautaires (CLSC) de Montréal dans l'implantation de l'Initiative des amis des bébés

En tant qu'agente de planification, de programmation et de recherche dans les secteurs Tout-petits - Jeunes de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, l'étudiante chercheuse a mandat de soutenir les CLSC dans les étapes d'implantation de l'IAB. Le présent projet de recherche est issu d'une préoccupation qui a émergé dans le cadre de ce contexte, où celle-ci constate que, malgré les prises de positions officielles des organismes de renom en santé (OMS, UNICEF, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ),⁵⁵ etc.), les formations en allaitement offertes à tous les intervenants travaillant en périnatalité à Montréal (par l'ASSS-Montréal – DSP), et malgré que le rôle des professionnels de la santé est de promouvoir la santé et donc de promouvoir l'allaitement, dans la pratique, les intervenants de la santé ne semblent pas tous faire la promotion de l'allaitement en période prénatale.

De plus, les observations de l'étudiante chercheuse semblent indiquer que les intervenants ne sont pas confortables à encourager l'allaitement auprès des femmes enceintes, surtout dans les milieux « québécois » et défavorisés de Montréal. En effet, certains lui ont déjà exprimé : *« Si je dis à la mère que c'est mieux d'allaiter et qu'elle n'allait pas, c'est comme si je lui avais dit qu'elle est une mauvaise mère »*; *« J'ai l'odieux d'annoncer la mauvaise nouvelle aux parents [que leur enfant sera plus à risque d'être malade s'il n'est pas allaité] »*; *« Lorsque la mère dit qu'elle ne veut pas allaiter, si je l'encourage à allaiter, j'ai peur que cela nuise à notre relation de confiance et qu'elle ne veuille plus me voir. »* Certaines équipes lui ont aussi confié avoir sciemment choisi d'appliquer

partiellement la Condition 3 de l'IAB, en ne parlant que des bienfaits de l'allaitement et en occultant les RNA, afin de ne pas induire de la culpabilité chez les mères, disaient-elles.

Cette situation de malaise à l'égard des concepts reliés à la promotion de l'allaitement risque d'entraîner une implantation partielle de la Condition 3 de l'IAB, ce qui aurait pour conséquence de priver les mères de leur droit de prendre une décision éclairée. Ceci risquerait ultérieurement d'engendrer un impact sur l'initiation, l'exclusivité et la durée de l'allaitement par ces mères, et ultimement sur la santé de la population.

Revue de la littérature

La présente section vise à présenter les éléments retrouvés dans les écrits scientifiques relativement aux pratiques de promotion de l'allaitement par les professionnels de la santé. D'abord, des aspects de la promotion de l'allaitement en général seront exposés, soit le fait que l'allaitement n'est pas encouragé de façon optimale, et que les risques du non-allaitement et la durée totale d'allaitement recommandée sont rarement abordés. Puis, les connaissances, les attitudes et les croyances des professionnels qui pourraient expliquer les pratiques de promotion de l'allaitement seront relatées. Par la suite, des facteurs reliés au rôle professionnel ainsi que des éléments de l'expérience personnelle des professionnels pouvant être reliés à la promotion non optimale de l'allaitement, seront discutés. Enfin, un portrait du niveau d'implantation de la Condition 3 de l'IAB (volet « favoriser la décision éclairée ») dans les CLSC de Montréal sera présenté.

Les données retrouvées dans la littérature scientifique quant à la promotion de l'allaitement par les professionnels de la santé

La faible promotion de l'allaitement en prénatal

Tel que vu précédemment, l'OMS / UNICEF recommande que *toutes* les femmes enceintes puissent avoir les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée en matière d'alimentation infantile.³⁸ Cependant, très peu de médecins et peu d'infirmières font la promotion de l'allaitement lors des consultations prénatales.⁵⁶ De plus, le niveau de confort de ceux-ci à promouvoir l'allaitement ainsi que la qualité de leurs recommandations sur l'allaitement sont variables.⁵⁷ Plusieurs professionnels sont réticents à discuter de l'allaitement avec leur clientèle.⁵⁸ De plus, les médecins s'attendent à ce que les mères posent des questions ou parlent de leurs préoccupations, alors que celles-ci s'attendent à ce que ce soit le médecin qui leur pose les questions appropriées à propos de leur allaitement.⁵⁹ Il est à noter qu'aucune étude scientifique n'a été répertoriée dans Medline ni Embase (4 février 2011) sur les pratiques des professionnels de la santé concernant la promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes défavorisées (niveau de confort, défis particuliers, etc.), d'où la pertinence d'effectuer le présent projet de recherche.

L'information partielle : l'occultation des risques du non-allaitement (RNA)

Lorsque les professionnels de la santé tentent de promouvoir l'allaitement, ils le font souvent de façon incomplète. En effet, les auteurs d'une recherche qualitative effectuée dans le sud-est des

États-Unis rapportent qu'aucun professionnel de la santé ayant participé à leur étude ne discute des désavantages ou dangers liés à l'utilisation des PCN.⁶⁰ Par ailleurs, plusieurs intervenants ne donnent pas beaucoup d'informations aux futurs parents, car il semble qu'ils prennent pour acquis que les clients ont assez de connaissances sur l'allaitement, ce qui n'est pas forcément le cas; alors, d'un côté, les professionnels perçoivent qu'ils respectent la décision des mères, mais de l'autre côté, ces dernières interprètent que l'allaitement n'est pas réellement important.⁶⁰

Les connaissances, attitudes et croyances des professionnels de la santé à l'égard de l'allaitement et de la promotion de l'allaitement

Étant donné que le bagage de connaissances, ainsi que les attitudes et croyances des intervenants sont des facteurs pouvant avoir un lien avec les pratiques professionnelles, ces aspects ont été recherchés dans la littérature scientifique.

L'influence du niveau des connaissances en allaitement sur la promotion de l'allaitement

En effet, des résultats de recherches nous informent que chez les professionnels de la santé, le fait d'avoir des connaissances en allaitement favorise l'encouragement à allaiter⁶¹ ainsi que le soutien aux mères qui allaitent;⁶² inversement, le manque de connaissances à jour sur l'allaitement peut entraver la promotion de l'allaitement^{61, 63} et laisser croire aux parents que l'allaitement n'est pas important pour la santé des enfants.⁶³ Plusieurs infirmières et autres professionnels (obstétriciens, pédiatres, ...) manquent de connaissances ou ont des connaissances non à jour sur l'allaitement,^{58, 61, 62, 64-67} sur l'importance et les bienfaits de l'allaitement^{63, 68, 69} et sur les risques de l'alimentation artificielle.^{70, 71} Enfin, une étude expose un lien entre une expérience clinique de plus de 5 ans et des scores plus élevés au niveau des connaissances.⁷²

L'influence des croyances et de l'attitude^b (favorable ou défavorable) face à l'allaitement sur la promotion de l'allaitement

Par ailleurs, avoir une attitude positive face à l'allaitement facilite le soutien aux mères qui allaitent⁶² et donc facilite la promotion de l'allaitement. De plus, les résultats d'études mettent en évidence une hétérogénéité, chez les professionnels de la santé, en ce qui a trait aux attitudes face à l'allaitement ainsi qu'aux croyances quant à la valeur de l'allaitement. Tout d'abord, plusieurs intervenants reconnaissent les avantages de l'allaitement et croient que c'est la méthode d'alimentation optimale^{56, 60, 70, 73} qui favorise une meilleure santé pour les enfants.^{60, 74} Par contre, d'autres professionnels (et étudiants) ont la croyance que les PCN sont équivalentes au lait maternel,^{64, 70, 71, 73, 75} et que l'allaitement exclusif jusqu'à six mois ne favorise pas une meilleure

^b voir Annexe 3 pour la définition des termes

santé chez les nourrissons comparativement à ceux exclusivement nourris aux PCN.^{71, 74} Enfin, certains professionnels de la santé sont ambivalents par rapport aux bienfaits de l'allaitement sur la santé des enfants.⁷⁶ Ainsi, plusieurs professionnels et notamment des infirmières ont une attitude positive face à l'allaitement.^{56, 64} Cependant, étant donné que plusieurs professionnels ne semblent pas comprendre clairement quelles sont les différences entre l'allaitement et l'alimentation artificielle, il semble que leur attitude apparente face à l'allaitement soit positive, mais que leur attitude plus profonde (ou implicite) ne soit pas aussi positive.⁷⁰ À l'autre extrême, certaines infirmières ont carrément des attitudes négatives envers l'allaitement.⁶⁵

Pour ce qui est de la décision des parents relativement à l'alimentation infantile, l'étude de Brodrribb et al. (2010)⁷⁰ a fait ressortir trois types de points de vue de la part de jeunes médecins: les mères devraient allaiter; l'alimentation infantile est une question de libre choix et les médecins ne devraient pas tenter d'influencer les mères; et finalement, la décision n'est pas importante puisque les deux choix sont équivalents. Ainsi, les deux dernières approches sous-tendent que les médecins ne font pas de recommandation à ce sujet. La question du « choix personnel » est aussi rapportée dans d'autres études,⁷³ dont celle de Nelson où toutes les infirmières interviewées croient que la décision d'allaiter ou de donner des PCN est un choix personnel.⁷⁷ Enfin, plusieurs pédiatres ne croient pas que la majorité des mères peuvent allaiter avec succès.⁷¹ Or, l'OMS estime que seulement « moins de 3% des mères sont incapables d'allaiter ». ⁷³ Certaines infirmières croient que les mères adolescentes ont la capacité d'allaiter, alors que d'autres sont sceptiques à cet égard.⁶⁴

La littérature nous informe de plus que plusieurs mères disent ne pas recevoir de message positif d'allaiter de la part de leur professionnel de la santé et perçoivent que celui-ci a une attitude neutre face à l'allaitement, ce qui est similaire pour elles à une attitude négative, et ceci est relié à la cessation précoce de l'allaitement.⁷⁸ De plus, une étude récente menée aux États-Unis met en lumière que malgré une meilleure formation et l'augmentation des connaissances, les attitudes des médecins face à l'allaitement ont régressé entre 1995 et 2004.⁷¹ Finalement, plus les infirmières ont un haut niveau de scolarité, plus leurs attitudes sont positives face à l'allaitement.^{61, 64}

Des facteurs reliés au rôle professionnel décrits dans la littérature pouvant expliquer la promotion non optimale de l'allaitement en prénatal

Les événements vécus par les intervenants lors de leurs interactions avec leur clientèle sont souvent rapportés par ceux-ci comme ayant un impact sur leur pratique. Certaines recherches génèrent effectivement des connaissances à ce sujet. Ainsi, la notion de la peur des professionnels d'induire

de la culpabilité a été rapportée dans les écrits scientifiques. En effet, certains professionnels ne font pas la promotion de l'allaitement pour ne pas faire sentir les mères coupables si elles ne réussissent pas leur allaitement⁷⁹ ou si elles décident de ne pas allaiter.⁷⁰ Souvent, lorsqu'une mère affirme qu'elle a l'intention de donner le biberon, les professionnels de la santé s'abstiennent de lui parler de l'allaitement en se défendant qu'ils ne veulent pas la faire sentir coupable.^{37, 80, 81} Certaines infirmières perçoivent que leur rôle est d'encourager autant que possible l'allaitement auprès de toutes les mères, d'autres considèrent qu'elles ne doivent pas promouvoir (« pousser ») l'allaitement, tandis que certaines sont plutôt neutres et n'encouragent que les mères qui expriment un intérêt d'allaiter.⁷⁷

En outre, avoir la perception de pouvoir contrôler les barrières reliées à l'allaitement augmente l'intention des professionnels de recommander l'allaitement.⁸² De plus, plusieurs médecins croient qu'ils peuvent influencer la décision des mères en faveur de l'allaitement.⁷⁰ Plusieurs professionnels disent recommander l'allaitement auprès des mères qui n'ont pas encore décidé du type d'alimentation infantile, mais peu d'entre eux prônent l'allaitement aux mères qui ont décidé de donner le biberon.^{80, 83}

Des facteurs personnels abordés dans la littérature pouvant expliquer la promotion non optimale de l'allaitement en prénatal

Enfin, il n'est pas rare d'entendre un intervenant parler de son vécu personnel d'allaitement, lorsque celui-ci est dans son contexte de travail. Les écrits scientifiques exposent effectivement des résultats d'études mettant en lumière des liens entre les expériences personnelles et professionnelles des intervenants oeuvrant dans la domaine de l'allaitement.

En effet, les professionnels ayant des enfants ont des attitudes significativement plus positives face à l'allaitement et des connaissances significativement plus grandes que ceux qui n'en ont pas.⁸⁴ Une étude met en lumière qu'il existe une corrélation positive entre l'expérience personnelle d'allaitement et l'encouragement actif à allaiter.⁶¹ Dans le même ordre d'idée, selon une étude qualitative menée aux États-Unis, une expérience personnelle d'allaitement, positive ou négative, influence souvent les infirmières dans leurs interventions auprès de la clientèle, et ce, surtout en ce qui a trait à leur engagement à encourager ou non l'allaitement.⁷⁷

Avoir allaité (ou que l'épouse ait allaité) influence grandement les attitudes et les comportements des professionnels et engendre chez eux une plus grande confiance dans leurs habiletés à

promouvoir et à soutenir l'allaitement.^{61, 63, 68, 71, 75, 85} Une expérience personnelle d'allaitement est associée à des croyances positives sur l'allaitement⁷⁴ ainsi qu'à un plus haut niveau de connaissances en allaitement.^{63, 72, 85} En outre, l'expérience personnelle est nommée par plusieurs comme étant la plus importante source d'information / connaissances,^{56, 79, 86} or cette expérience risque de limiter les stratégies d'intervention des professionnels de la santé.⁸⁶ En effet, des professionnels utilisent leurs propres expériences d'allaitement pour remplacer les connaissances basées sur l'évidence scientifique et les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie, et les avis ainsi donnés tendent à nuire au succès de l'allaitement.^{56, 58} Enfin, des auteurs rapportent qu'en l'absence de formation appropriée, les infirmières, médecins et nutritionnistes se fient sur leur propre expérience d'allaitement comme source de connaissances.^{63, 79}

Les médecins ayant une expérience prolongée d'allaitement (c.-à-d. au-delà de 26 semaines) ont de meilleurs résultats au niveau de l'attitude et des connaissances sur l'allaitement par rapport à celles qui ont allaité moins longtemps ou qui n'ont pas allaité.⁶⁷ Cela pourrait laisser présager que ces médecins qui ont allaité plus longtemps ont pu, si tel était le cas, surmonter leurs défis reliés à l'allaitement, ce qui aurait donc contribué à rendre cette expérience globalement positive. Par contre, les médecins ayant eu une expérience négative d'allaitement ont des attitudes moins positives que celles et ceux qui ont eu une expérience positive d'allaitement.⁶⁷ En effet, une expérience courte ou négative d'allaitement peut affecter négativement les attitudes des professionnels face à l'allaitement; ceux-ci peuvent ainsi donner des conseils inadéquats ou dépassés aux mères, basés sur leurs propres expériences.⁸⁵ De plus, les pédiatres sans expérience personnelle d'allaitement (c.-à-d. dont les enfants n'ont pas été allaités ou n'ayant pas d'enfant) ont davantage tendance à ne pas recommander l'allaitement si la mère a des problèmes.⁷⁵ D'autre part, plusieurs infirmières ayant alimenté artificiellement leurs enfants disent facilement soutenir la décision des mères d'alimenter leur enfant aux PCN, affirmant que cela ne cause aucun tort.⁷⁷ Par surcroît, une expérience personnelle d'avoir donné le biberon à son enfant peut engendrer une perception chez le professionnel que la promotion de l'allaitement est menaçante.⁷⁴ Ainsi, les biais personnels des infirmières peuvent entraver la promotion de l'allaitement.⁶¹

Enfin l'exposition à des mères dans l'entourage qui ont allaité avec succès, ou avoir vécu dans une culture où l'allaitement est la norme (*modeling* positif) influence positivement les attitudes et croyances des futurs professionnels.⁷³ Inversement, l'exposition à des mères dans l'entourage qui ont allaité avec difficulté ou qui n'ont pas allaité, ou avoir vécu dans une culture où les PCN sont la

norme (*modeling* négatif) influence négativement les attitudes et croyances des futurs professionnels.⁷³

Des données montréalaises : l'implantation non optimale de la Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés

Étant donné que la présente étude porte sur les pratiques de promotion de l'allaitement dans la région montréalaise, que sait-on de la situation de mise en œuvre de la Condition 3 de l'IAB dans les CLSC de Montréal? Les résultats de la Mesure du niveau d'implantation de l'IAB (2007)⁸⁷ nous informent que cette condition n'est pas implantée de façon optimale. En effet, cette enquête nous révèle que seulement 36% des mères montréalaises rapportent avoir eu un contact prénatal avec leur CLSC. Cette donnée est cohérente avec les observations de l'étudiante chercheuse dans le cadre de l'accompagnement à l'implantation de l'IAB, où les gestionnaires estiment qu'environ le tiers des femmes qui accouchent sur leur territoire reçoivent des services prénataux (rencontres de groupes ou individuelles). Par ailleurs, les chiffres de la Mesure indiquent que 69% des femmes enceintes ayant eu un contact avec leur CLSC ont participé aux rencontres prénatales offertes par celui-ci. Les données recueillies ne permettent cependant pas de savoir combien de mères ont eu de l'information prénatale sur l'allaitement (lors de rencontres individuelles ou autres). Mais il est aisé d'inférer que ce ne sont indubitablement pas *toutes* les femmes enceintes de Montréal qui reçoivent l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée quant à l'alimentation de leur enfant, du moins pas de la part de leur CLSC.

De plus, le contenu des informations sur l'allaitement n'est pas transmis aux femmes enceintes selon les attentes du programme IAB. En effet, les résultats de la Mesure auprès des mères démontrent que le degré d'implantation est très faible et ce, particulièrement pour l'enseignement sur les conséquences du non-allaitement ainsi que sur la durée optimale de l'allaitement (2 ans et au-delà) (voir Tableau I).

TABEAU I Degré d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les CLSC de Montréal (2007)⁸⁷

Éléments de la Condition 3 du programme IAB	Degré d'implantation selon les réponses des mères* pour l'ensemble des 29 CLSC de Montréal	Degré d'implantation selon les réponses des intervenants pour l'ensemble des 29 CLSC de Montréal
Informar les femmes enceintes des avantages d'allaiter exclusivement au cours des six premiers mois de vie	46%	99%
Informar les femmes enceintes des conséquences du non-allaitement	9%	70%
Informar les femmes enceintes de la durée optimale de l'allaitement exclusif, c.-à-d. d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie	45%	96%
Informar les femmes enceintes de la durée optimale de l'allaitement, c.-à-d. que le bébé poursuit l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus tout en recevant d'autres solides ou liquides	10%	37%

* Les pourcentages portent sur l'ensemble des mères interrogées, et non seulement sur celles qui ont eu des services prénataux ou de l'information sur l'allaitement. Elles peuvent avoir reçu cette information pendant la période prénatale ou postnatale.

En ce qui concerne les intervenants de CLSC, ceux-ci rapportent des éléments qui portent à croire à une implantation élevée pour certains aspects, tel qu'illustré dans le tableau ci-dessus. Cela reflète un niveau passablement élevé des connaissances de base sur les éléments visés par la Mesure du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés, ce qui s'explique fort probablement par le fait que la majorité des intervenants de Montréal ont reçu la formation de base en allaitement.[°] Cependant, les questions posées aux intervenants étaient relativement superficielles et ne permettent pas d'apprécier plus en profondeur leur niveau de connaissances, notamment quant à la valeur de l'allaitement comparativement à l'alimentation artificielle. En outre, malgré que les intervenants ont les connaissances de base, les raisons pour lesquelles les informations ne sont pas transmises de façon optimale aux mères ne sont pas mises en lumière par cette enquête. Ainsi, nous pourrions nous poser les questions suivantes : l'ensemble des informations est-il transmis à toutes les femmes enceintes qui consultent le CLSC? S'assure-t-on que celles-ci ont compris l'enseignement reçu?

[°] Selon la Mesure, 83% des professionnels ont reçu de la formation en allaitement au cours des 5 années précédant l'enquête.

Etc. Beaucoup de travail reste donc à faire pour augmenter l'accessibilité aux services prénataux et pour améliorer la transmission des informations afin que *toutes* les femmes enceintes puissent prendre une décision éclairée en matière d'alimentation infantile.

Il est à noter que les données de la Mesure incluent les résultats agrégés pour tous les types d'intervenants offrant des services prénataux dans les CLSC : infirmières, nutritionnistes, médecins, etc. Cependant, les résultats reflètent davantage des réponses des infirmières puisque ce sont elles qui sont les plus représentées dans la Mesure (51% de l'ensemble des professionnels). D'autre part, ce sont les infirmières qui sont les plus nombreuses à faire l'enseignement prénatal dans les CLSC et conséquemment, ce sont probablement leurs interventions qui influencent le plus les réponses données par les mères.

La présente étude

L'objectif de la recherche

En substance, selon l'observation terrain et la recension des écrits (voir Annexe 4), les professionnels de la santé n'abordent pas toujours le sujet de l'allaitement auprès des femmes enceintes ou le font de façon partielle, ce qui se traduit par une implantation variable de la Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés (IAB), soit « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ». Aussi, certaines infirmières de santé communautaire ont témoigné d'un inconfort à faire la promotion de l'allaitement en prénatal, surtout dans les milieux « québécois » et défavorisés de Montréal. De plus, des études ont révélé que les expériences professionnelles de même que les expériences personnelles entourant l'allaitement engendrent une facilité ou des réticences à aborder ce sujet auprès de la clientèle. Enfin, il semble que les professionnels ont des croyances variables sur l'importance (ou la valeur) de l'allaitement pour la santé du bébé et de la mère, et que certains d'entre eux doutent de leur capacité à favoriser le changement de comportement chez les femmes en regard de l'allaitement maternel.

Bien qu'il aurait été intéressant d'explorer le point de vue de tous les professionnels de la santé en contact avec les femmes enceintes (médecins, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.), la présente étude est limitée au cas des infirmières de CLSC étant donné qu'elles jouent un rôle majeur dans la promotion de l'allaitement maternel en prénatal. De plus, la constitution d'un échantillon homogène permet d'atteindre plus rapidement la saturation des données. Enfin, étant donné que les taux d'allaitement sont plus faibles chez les femmes issues de milieux défavorisés et que c'est dans ces

mêmes milieux que les infirmières ont le plus témoigné de malaises face à la promotion de l'allaitement, l'étude est centrée sur les secteurs à plus forte densité de familles défavorisées. Ainsi, l'objectif de cette recherche qualitative est d'explorer les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaire quant à la promotion de l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé.

Utilité des résultats

La compréhension des malaises des infirmières de santé communautaire à faire la promotion de l'allaitement en prénatal dans les quartiers défavorisés permettra à l'étudiante chercheuse, en tant qu'agente de planification en santé publique, de mieux guider le soutien à l'implantation de la Condition 3 de l'IAB. Une stratégie de changement de comportement pourra ainsi être envisagée, telle le Marketing social :⁸⁸ les résultats de cette étude permettront une meilleure analyse du public cible (Annexe 5), soit les infirmières de CLSC dans le cas présent. Ceci favorisera ultérieurement une augmentation de la prévalence de l'allaitement et ultimement une amélioration de la santé de la population régionale.

Méthodologie

Tel qu'énoncé dans le chapitre précédent, la présente recherche vise à comprendre pourquoi les infirmières expriment un malaise et par conséquent ne font pas la promotion de l'allaitement de façon optimale auprès de la clientèle défavorisée. Cette interrogation a entraîné le développement des questions de recherche suivantes.

Questions de recherche

Question de recherche générale

Cette étude vise à répondre à la question suivante : Pourquoi des infirmières de santé communautaire éprouvent-elles un malaise à promouvoir l'allaitement en prénatal, particulièrement en milieu défavorisé?

Questions de recherche spécifiques

Deux dimensions ont été considérées pour comprendre ce phénomène : les expériences professionnelles et les expériences personnelles. En effet, l'observation des pratiques cliniques dans le cadre du travail de l'étudiante chercheuse ainsi que la recension des écrits qui a mené au cadre théorique présupposent que ces éléments ont une influence sur les interventions de promotion de l'allaitement. Ainsi, la question de recherche générale englobe les questions spécifiques suivantes.

1. Quelles sont les expériences *personnelles* des infirmières en santé communautaires qui influencent la promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes et leur famille issues de milieux défavorisés?
2. Quelles sont les expériences *professionnelles* des infirmières en santé communautaires qui influencent la promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes et leur famille issues de milieux défavorisés?

Plus précisément, il s'agit de mettre en lien les facteurs des expériences personnelles et professionnelles avec le niveau de confort des infirmières (plus ou moins élevé) à faire la promotion de l'allaitement. De plus, les éléments suivants ont été explorés quant aux expériences personnelles des infirmières. Le fait d'avoir été allaitée ou non influence-t-il les pratiques de promotion de l'allaitement par les infirmières? Le fait d'avoir allaité ses propres enfants avec plus ou moins de succès ou de plaisir a-t-il un effet sur les pratiques prénatales? Et qu'en est-il du fait d'avoir été

exposée dans l'entourage à des mères qui ont allaité avec plus ou moins de succès ou de plaisir ? En ce qui a trait aux expériences professionnelles, certaines questions ont été abordées, dont les suivantes. Peut-il y avoir un lien entre un antécédent de mauvaise relation suite à la discussion de la promotion de l'allaitement et le malaise de certaines infirmières à encourager les femmes enceintes à allaiter? Les infirmières ont-elles la perception que les femmes défavorisées ont une capacité plus ou moins faible à allaiter, ce qui influencerait leurs pratiques de promotion de l'allaitement auprès de celles-ci ?

Il est de mise de rappeler que la notion de « promotion de l'allaitement », selon les critères de l'IAB, réfère à informer les femmes enceintes sur l'importance de l'allaitement, les RNA ainsi que les recommandations mondiales de durée de l'allaitement (exclusif jusqu'à six mois et total jusqu'à deux ans ou au-delà).³⁸ La prévalence de l'allaitement exclusif est encore largement en deçà des objectifs ministériels dans l'ensemble du Québec ainsi qu'à Montréal en conséquence de différents facteurs organisationnels et professionnels concernant les périodes prénatales, péripartum et postnatales. Cependant, les infirmières semblent maintenant relativement confortables à faire la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Il en va de même avec les « avantages » de l'allaitement. Par contre, selon la Mesure du niveau d'implantation de l'IAB,⁸⁷ l'enseignement des concepts de RNA et de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus est implanté nettement plus faiblement.⁸⁷ C'est pourquoi ce sont ces deux paramètres qui sont davantage explorés dans cette étude. Ainsi, la question de recherche générale pourrait être explicitée ainsi : « Pourquoi des infirmières de santé communautaire expriment-elles un malaise à informer les femmes enceintes des RNA et de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà, particulièrement en milieu défavorisé? »

Le choix de l'approche qualitative et plus précisément de l'étude de cas

La présente question de recherche, « Pourquoi des infirmières de santé communautaire expriment-elles un malaise à promouvoir l'allaitement en prénatal, particulièrement en milieu défavorisé? », vise à comprendre un phénomène naturel, à explorer et comprendre le vécu réel ainsi que le point de vue d'un groupe de personnes, soit les infirmières de santé communautaire, dans leur contexte de travail et de vie personnelle. Ainsi, selon Green et Thorogood⁸⁹ ainsi que Yin,⁹⁰ l'approche qualitative est appropriée pour répondre à une telle question.

Les questions du genre « pourquoi » sont davantage explicatives, tout comme les questions de type « comment », à la différence des questions qui cherchent à savoir « combien » visant à connaître

notamment l'incidence ou la prévalence d'un phénomène, ou les questions « qui », « quoi » et « où » qui sont davantage des questions exploratoires permettant de décrire les caractéristiques de la population touchée par le phénomène. L'étude de cas est une méthodologie adéquate et même habituellement privilégiée pour répondre à une question du type « pourquoi », lorsque le chercheur n'a à proprement parler aucun contrôle sur les événements, que le phénomène a lieu dans l'ère actuelle (vs dans le passé) et ce, dans un contexte authentique (vs artificiel).⁹⁰ Mes interrogations de recherche correspondent précisément à ces critères.

Le déroulement de la recherche dans son ensemble

La stratégie générale choisie pour effectuer l'analyse des données a été celle qui repose sur les propositions théoriques. En effet, cette stratégie est privilégiée dans les études de cas.⁹⁰ De plus, elle est particulièrement intéressante pour les études explicatives, c'est-à-dire cherchant à trouver des réponses aux questions de type « pourquoi ».⁹⁰ Ce sont les propositions du cadre théorique qui ont guidé la recension des écrits, le développement des questions de recherche, ainsi que la collecte et l'analyse des données.⁹⁰ Conséquemment, l'approche de la présente recherche est déductive.⁹¹

L'étude a donc comporté les phases suivantes. La recension des écrits a constitué la première étape. Puis un cadre théorique a été créé, impliquant implicitement un **diagramme des *patterns* de relations** préliminaire. En troisième lieu, le cadre théorique a été opérationnalisé à l'aide de questions de recherches, de grilles pour les entrevues individuelles et de groupe, et de codes de départ en vue de tester les propositions théoriques sur le terrain. Puis, pendant et subséquemment à la collecte des données, la confrontation des propositions théoriques avec les données empiriques a permis de prendre connaissance des codes émergents, d'améliorer ou d'épurer le cadre théorique et d'arriver au diagramme final des *patterns* de relations et ce, dans le but de répondre aux questions de recherche.⁹¹

L'opérationnalisation de l'étude

Méthodes de collecte de données

Les études de cas impliquent typiquement plusieurs sources de collectes de données, permettant de constater la convergence des résultats (triangulation).⁹⁰ Ainsi, différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées pour cette étude : des entrevues individuelles et des entrevues de groupe (groupes *focus*). En effet, l'utilisation de plus d'une méthode d'entrevue peut permettre de recueillir un éventail plus vaste d'informations.⁹² Il est à noter que les entrevues de groupe visaient d'abord à valider les informations recueillies lors des entrevues individuelles. En outre, l'observation des interventions prénatales des infirmières aurait pu être une source supplémentaire d'évidence. En effet, cela aurait permis de constater que les infirmières n'abordent peu ou pas les thèmes des RNA et de la recommandation de poursuite d'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Cependant, nous disposons déjà de ces informations à travers l'enquête récente de la MNI (et des observations de l'étudiante chercheuse dans le cadre informel de l'accompagnement à l'implantation de l'IAB sur le terrain). Par ailleurs, une telle observation n'aurait probablement pas contribué à répondre à la question de recherche à savoir « pourquoi » elles ne le font pas. Ainsi, les paragraphes qui suivront présenteront l'opérationnalisation des entrevues individuelle et des entrevues de groupe et ce, l'une à la suite de l'autre.

Entrevues individuelles

Les entrevues individuelles ont été la source la plus substantielle d'informations, ce qui est d'ailleurs courant au sein des études de cas.⁹⁰ En effet, ces « conversations guidées » visent à investiguer notamment les opinions, connaissances et émotions des sujets de l'étude en vue de répondre à la question de recherche.⁹³ Elles invitent à la sagacité et permettent d'induire des perceptions d'inférences quant aux liens possibles.⁹⁰ Par ailleurs, ce mode de collecte de données peut s'avérer intéressant, et même davantage utile que les groupes *focus*, pour évoquer des expériences et perspectives personnelles, et ce, particulièrement sur des sujets sensibles,⁹² ce qui peut être le cas lorsque l'on traite du vécu par rapport à l'allaitement. Enfin, les entrevues permettent de concentrer les énergies directement sur le thème à l'étude, contrairement à d'autres méthodes de collecte de données comme l'observation, qui peut nécessiter beaucoup de temps.⁹⁰

Population à l'étude - critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible du projet de recherche a été définie par les **critères d'inclusion** suivants : les infirmières devaient travailler auprès des femmes enceintes et donc avoir comme rôle de faire la promotion de l'allaitement auprès de cette clientèle; elles devaient avoir reçu une formation de base en allaitement et devaient travailler depuis au moins trois à six mois dans le programme Enfance-Famille de leur CLSC et ce, afin de leur permettre de s'être approprié leur rôle au minimum. L'étude n'a comporté aucun critère d'exclusion.

Stratégie d'échantillonnage

D'entrée de jeu, il est de mise de spécifier que la validité et la richesse des résultats qui se dégagent d'une étude qualitative dépendent davantage de la qualité des cas et de la façon de les sélectionner que de la grandeur de l'échantillon.⁹³ Selon la typologie telle que présentée par Pires,⁹⁴ la **stratégie d'échantillonnage par cas multiples** a été utilisée, avec comme type l'**échantillon par homogénéisation**. En effet, le but de l'étude est d'étudier « un groupe relativement homogène », soit les infirmières de santé communautaire travaillant auprès de la clientèle périnatale défavorisée. Cette façon de procéder permet d'atteindre plus rapidement la **saturation des données**,^{93, 94} c'est-à-dire qu'après plusieurs entrevues, aucune nouvelle information n'est générée.⁹⁴

Généralement, le processus de saturation requiert que l'on tente d'assurer une **diversification** optimale dans le groupe à l'étude.⁹⁴ Le principe de diversification permet d'obtenir une variété la plus exhaustive possible de points de vue quant aux éléments explorés.^{94, 95} Ainsi, étant donné que selon les écrits, l'expérience personnelle d'allaitement semble influencer les pratiques de promotion de l'allaitement, il aurait été idéal de tenir compte des différentes possibilités d'expérience personnelle d'allaitement comme critère de diversification, soit d'avoir allaité avec succès, d'avoir allaité avec difficulté, de ne pas avoir allaité ou de ne pas avoir d'enfant. Un deuxième critère de diversification aurait aussi été intéressant, soit d'avoir des participantes provenant d'un pays où la culture de biberon était prédominante pendant leur enfance, leur adolescence et le début de leur vie adulte, ainsi que des participantes provenant d'une culture d'allaitement (voir l'Annexe 3 pour la définition de l'expression « culture d'allaitement » et l'Annexe 6 pour la classification des pays en fonction de la prévalence de l'allaitement).

Quant au **nombre de sujets**, il était souhaité que l'échantillon soit constitué de deux infirmières pour les entrevues pilotes et de seize infirmières pour les entrevues formelles, c'est-à-dire deux à

trois infirmières par CLSC. Une invitation à participer à l'étude a été transmise aux infirmières des CLSC visés, par l'entremise de leur gestionnaire (voir la lettre d'invitation à l'Annexe 7).

Territoires ciblés

L'étude visait les infirmières travaillant dans des secteurs de Montréal comportant une plus grande proportion de clientèle défavorisée. En effet, tel que mentionné, étant donné que la prévalence de l'allaitement est plus faible chez les femmes nées au Canada⁸ et plus particulièrement chez les canadiennes francophones (comparativement aux anglophones)⁹⁶ et défavorisées (faible niveau de scolarité et faible revenu),⁸ ces critères ont été pris en compte pour déterminer où faire le recrutement des infirmières afin de réaliser cette recherche. La consultation de « l'Atlas Santé Montréal » du site web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Annexe 8) a permis de cibler les CLSC suivants : le CLSC Verdun / Côte-St-Paul, le CLSC St-Henri et la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), le CLSC des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance), le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, le CLSC de Rosemont et le CLSC Olivier-Guimond (CSSS Lucille-Teasdale), ainsi que le CLSC Mercier-Est – Anjou et le CLSC Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est (CSSS de la Pointe de l'Île).

Description de l'échantillon final

Parmi les neuf CLSC sollicités, huit ont accepté de participer à l'étude, l'exception étant la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles. En effet, malgré un intérêt à participer au projet, les facteurs suivants ont contribué à cet état de chose : cette équipe est d'une part très petite (trois infirmières) et d'autre part, lors de cette période, une infirmière était en congé de maladie et une autre venait de changer de programme.

La recherche n'a cependant pas pu se dérouler exactement de la façon voulue. En effet, compte tenu des limites de disponibilité des infirmières pour réaliser cette étude, l'exigence supplémentaire quant à la recherche de profils diversifiés d'infirmières aurait été irréaliste. Ainsi, étant donné cet aspect ainsi que l'importance du consentement libre et éclairé des infirmières à participer à l'étude (voir ci-bas), l'échantillon s'est avéré en être un de convenance, c'est-à-dire qu'il a été constitué des douze infirmières qui ont finalement accepté de prendre part au projet.⁹³ Il est à noter que les analyses tiennent tout de même compte des critères souhaités de diversification, dans l'expectative que la comparaison des caractéristiques des infirmières interviewées démontrera un éventail complet des profils de celles-ci. Cependant, lors de l'examen préliminaire des caractéristiques des infirmières, l'échantillon ne semblait pas comporter de participante ayant des enfants mais ne les

ayant pas allaité. Une relance a donc été faite auprès des gestionnaires pour solliciter la participation d’infirmières supplémentaires correspondant à ce profil ; aucune réponse n’a été reçue. Les infirmières s’étant portées volontaires pour participer aux entrevues individuelles proviennent des CLSC suivants : CLSC Verdun / Côte-St-Paul (1), CLSC des Faubourgs (1), CLSC Hochelaga-Maisonneuve (2), CLSC de Rosemont (1), CLSC Olivier-Guimond (1), CLSC Mercier-Est – Anjou (3) et CLSC Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est (3).

Thèmes explorés – grille d’entrevue

Les entrevues ont été semi dirigées, afin que les participantes puissent s’exprimer en « mode conversationnel » et expliciter leur vécu « réel », tout en permettant que les sujets prévus soient explorés.⁹³ La séquence des thèmes à explorer a été choisie en fonction du degré de menace et de sensibilité que peuvent engendrer certains sujets auprès des participantes.^{93, 97} Ainsi, la grille d’entrevue prévoyait que la discussion débute par des thèmes moins menaçants et plus factuels, reliés au cadre du travail, pour évoluer vers des sujets plus sensibles tels que l’expérience personnelle et les croyances, et enfin se terminer par des questions démographiques.⁹³ L’intervieweuse disposait d’une liste de sous-thèmes à aborder en prévision de l’éventualité où certaines infirmières n’élaboreraient pas beaucoup sur les principaux thèmes.

Cinq grands thèmes ont été retenus pour les entrevues individuelles (voir grille d’entrevue – Annexe 9), basés sur le cadre théorique vu au chapitre précédent (Annexe 4). Tout d’abord, les entrevues ont débuté par l’exploration de l’expérience professionnelle, soit la description du travail de promotion de l’allaitement auprès des femmes enceintes défavorisées et le niveau de confort à faire ce travail. Ensuite, les thèmes ont évolué vers l’exploration de l’expérience personnelle, soit l’exposition à l’allaitement depuis l’enfance, ainsi que le fait d’avoir des enfants (ou non) et de les avoir allaité ou non. Puis l’entrevue a visé à faire élaborer les infirmières sur leurs croyances par rapport à l’allaitement maternel ainsi qu’aux préparations commerciales pour nourrissons. Enfin, l’intervieweuse a tenté de susciter la réflexion des participantes sur les facteurs qui influencent leur niveau de confort (qu’il soit plutôt positif ou négatif) pour faire la promotion de l’allaitement en prénatal auprès de la clientèle défavorisée. Les entrevues se sont terminées par des questions sociodémographiques afin de compléter le profil des intervenantes.

La grille d’entrevue a été testée lors d’une étude pilote comportant deux entrevues individuelles, afin de favoriser l’émergence de nouveaux thèmes et la finalisation de l’instrument. Puisque la grille

d'entrevue n'a pas été modifiée et que ces deux entrevues se sont avérées comparables aux suivantes, elles ont été incluses dans l'analyse des données.

Processus de collecte de données

Les entrevues individuelles se sont faites en face à face, et une seule entrevue d'une durée d'environ une heure a été conduite par participante. Elles ont été enregistrées sur bande audio et les verbatim ont été retranscrits. Des notes ont été prises par l'intervieweuse suite aux entrevues, afin de décrire l'atmosphère pendant l'entrevue, l'attitude et le comportement des participantes ainsi que tout autre commentaire pertinent. Les entrevues ont eu lieu entre août et octobre 2010.

Les entrevues n'ont pas été menées par l'étudiante mais par une intervieweuse externe au processus d'accompagnement à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) dans les CLSC de Montréal et ce, afin que les participantes se sentent à l'aise de s'exprimer sans se censurer. Cette personne n'a pas été impliquée dans la planification de l'étude et a été engagée et rémunérée à même le budget de fonctionnement du secteur Tout-Petits – Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Des mesures ont été prises afin de préparer adéquatement les entrevues.⁹³ Tout d'abord, en ce qui a trait aux considérations d'ordre professionnel, il va sans dire qu'il a été difficile de trouver un intervieweur avec expérience ; l'intervieweuse qui a été engagée a été trouvée par référence, avait un peu d'expérience, mais jeune et dynamique elle semblait avoir le potentiel pour mener à bien les entrevues. Au niveau conceptuel, l'intervieweuse a lu le protocole de recherche et a été rencontrée par l'étudiante chercheure dans le but de lui expliquer les thèmes à l'étude, les objectifs de la recherche, la grille d'entrevue, etc. Ensuite, en ce qui concerne les considérations d'ordre relationnel, l'intervieweuse semblait avoir les qualités recherchées, soit d'être respectueuse, professionnelle et organisée. De même, elle semblait comprendre adéquatement les approches privilégiées pour conduire des entrevues : avoir le souci de mettre l'interviewée en confiance dans un climat de non jugement, respecter la pensée de la participante en utilisant des techniques telles que le reflet, la reformulation et le résumé, etc.⁹³ Enfin, en ce qui a trait au matériel, il a été convenu avec les gestionnaires des CLSC qu'un local fermé sur le lieu de travail des infirmières soit mis à la disposition de l'intervieweuse pour les entrevues. De plus, un enregistreur numérique a été fourni par l'étudiante chercheure.

Groupes focus

Les entrevues de groupe peuvent être intéressantes notamment pour saisir des éléments reliés à la culture.⁹² Ainsi, des groupes *focus* ont été organisés, afin de valider les résultats des entrevues individuelles et d'éventuellement enrichir la collecte de données.^{89, 91, 92, 98} Ces discussions ont effectivement été une source non négligeable d'informations.

Population à l'étude - critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible pour les groupes *focus* a été la même que celle pour les entrevues individuelles. À l'instar des entrevues individuelles, les entrevues de groupe ont aussi été effectuées auprès d'un échantillon homogène, soit toujours les infirmières de santé communautaire intervenant auprès de la clientèle prénatale défavorisée. Et tout comme pour les entrevues individuelles, ceci contribue à favoriser l'atteinte de la saturation des données.

Stratégie d'échantillonnage

Il aurait été intéressant de pouvoir former des groupes distincts selon les critères de diversification souhaités, soit par rapport au profil personnel d'expérience d'allaitement ou au profil de culture d'origine quant à la norme d'alimentation infantile, tels qu'explicités dans la section sur les entrevues individuelles. Ceci aurait permis de mieux faire le lien entre les différents profils et le niveau de confort à faire la promotion de l'allaitement auprès de la clientèle prénatale défavorisée lors de l'analyse. Toutefois, cette contrainte additionnelle aurait demandé une gestion plus complexe. Ainsi, il aurait été plutôt improbable qu'un nombre intéressant d'infirmières ait participé aux groupes étant donné que cela aurait impliqué un déplacement pour ces dernières. De plus, selon ce qui a été observé quant aux caractéristiques des infirmières recrutées pour les entrevues individuelles (voir section sur les Résultats), il semble qu'il n'aurait pas été possible d'avoir un nombre suffisant d'infirmières pour chaque profil, principalement dans la catégorie des infirmières ayant des enfants mais n'ayant pas allaité. En conséquence, il a été décidé de se limiter à tenir des groupes *focus* dans les équipes d'infirmières de CLSC acceptant de participer à cette phase de la recherche.

Quant à la taille des groupes *focus*, un nombre de cinq à huit participants est privilégié selon Krueger.⁹⁹ Et un maximum de dix personnes serait tolérable.⁹⁹ En effet, parmi les justifications à regrouper relativement peu de personnes, notons qu'un grand groupe peut avoir un effet inhibiteur chez certaines personnes. Cela peut aussi limiter les opportunités de chacun à s'exprimer. Enfin, un groupe composé de plusieurs individus peut être davantage difficile à contrôler.⁹⁹ Ainsi, il était

souhaité que les groupes ne dépassent pas dix infirmières. Finalement, il était espéré qu'au moins un groupe *focus* puisse avoir lieu.

Territoires ciblés

Compte tenu de l'objectif de validation des données individuelles, il va de soi que le volet des entretiens de groupe visait les mêmes CLSC que les entrevues individuelles. Les gestionnaires de cinq CLSC (totalisant deux CSSS) ont été sollicités pour que leurs équipes d'infirmières puissent prendre part aux groupes *focus*, puisqu'ils présentaient un bassin intéressant d'infirmières et que la collaboration avec ceux-ci semblait favorable.

Description de l'échantillon final

Les gestionnaires des CLSC à qui une collaboration a été demandée ont tous accepté de participer. Malgré la préférence à ne former que des groupes n'excédant pas dix personnes, la participation d'aucune infirmière n'a été refusée. Ainsi, un premier groupe a été constitué de 9 infirmières provenant des CLSC Rosemont et Olivier-Guimond. Un deuxième groupe a été composé de 15 infirmières travaillant aux CLSC Mercier-Est – Anjou et Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est. Finalement, un troisième groupe a été formé par 12 infirmières issues du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

Thèmes explorés – questions d'entrevue

L'analyse des entrevues individuelles étant passablement avancée, cela a permis de préparer la grille d'entrevue pour ces entrevues de groupe.

À la différence de ce qui a été prévu pour les entrevues individuelles et tel que proposé par Krueger et Casey,⁹⁹ des questions ont été réfléchies au préalable afin d'aborder le mieux possible les thèmes et de favoriser de façon optimale l'ouverture des infirmières et la discussion. Cette stratégie, comparativement à la grille thématique d'entrevue, est encouragée par ces auteurs car cela permet d'assurer une constance d'une entrevue à l'autre; ceci facilite les analyses par la suite. Cette façon de faire donne en outre la possibilité de réfléchir sur les meilleures techniques d'entrevues, comme l'évitement de questions du type « pourquoi » (ce qui peut engendrer un malaise du fait que les individus peuvent se sentir confrontés et sur la défensive lorsqu'ils sont interrogés de cette manière), de questions fermées, de questions équivoques, etc. Aussi, sachant que les humains prennent fréquemment des décisions basées sur des motifs émotionnels plutôt que rationnels,

comme cela pourrait être le cas pour la promotion de ce sujet souvent sensible qu'est l'allaitement, poser des questions qui explorent « le cœur » en plus de l'intellect peut permettre d'approfondir les résultats de la recherche.

La séquence des thèmes à explorer a été similaire à celle des entrevues individuelles, soit selon le degré de menace et de sensibilité que peuvent susciter certains propos auprès des infirmières.^{93, 97} De plus, l'ordre des questions a été considéré afin que leur enchaînement semble naturel et logique. Les premières questions ont été d'ordre général, ayant comme objectif principal d'initier la conversation, de « briser la glace » tout en permettant aux participantes de réfléchir et d'élaborer sur les thèmes de la recherche. Au fil de l'entretien, les questions sont devenues davantage spécifiques (« focussées »), afin de pouvoir répondre aux questions de recherche.⁹⁹ La discussion a donc débuté par des thèmes moins menaçants et plus factuels, reliés au cadre du travail, pour évoluer vers des sujets plus sensibles tels que l'expérience personnelle. Cette dernière thématique étant délicate à aborder en « public » et notamment devant des collègues de travail étant donné son caractère privé, il a été décidé de l'aborder seulement si l'attitude et les propos des infirmières ainsi que l'atmosphère semblaient propices. En rétrospective, il a été possible d'aborder ce sujet dans les trois groupes.

Neuf questions ont été développées afin de permettre d'approfondir davantage certains sujets abordés par les infirmières lors des entrevues individuelles (voir questions d'entrevue – Annexe 10). Ces questions ont couvert les thèmes suivants : la description du travail (travail principal auprès de la clientèle défavorisée ou régulière? Proportion du temps de travail consacré aux interventions prénatales?); la promotion de l'allaitement auprès de la clientèle défavorisée; la promotion de l'allaitement selon le stade où les mères sont rendues dans leur prise de décision d'après le modèle de Prochaska; les RNA; la culpabilité et la relation de confiance; la perception du rôle professionnel dans la promotion de l'allaitement en prénatal; l'expérience personnelle d'allaitement; les recommandations mondiales de durée d'allaitement (exclusif jusqu'à six mois et total jusqu'à deux ans ou au-delà). Il est à noter qu'en définitive, bien que des questions ont été pensées à l'avance, les entrevues de groupe ont aussi été parfois semi dirigées et ce, pour les mêmes raisons qu'évoquées plus haut. Enfin, il a été demandé aux infirmières de compléter un bref questionnaire écrit, dans le but de pouvoir dresser un portrait du profil des participantes (pays de naissance, type d'expérience personnelle d'allaitement, etc.; voir Annexe 11).

Processus de collecte de données

Chacun des trois groupes *focus* a eu lieu dans une salle de réunion du CSSS, et a duré environ deux heures. Les discussions ont été enregistrées sur bande audio numérique. Par contre, étant donné la lourdeur de la tâche, celles-ci n'ont pas été retranscrites littéralement; une transcription abrégée a été effectuée par l'étudiante chercheuse, qui connaît évidemment très bien le sujet à l'étude et les questions d'analyse.⁹⁹ Des notes ont été prises par l'intervieweuse suite aux rencontres, afin de décrire l'atmosphère pendant l'entrevue, l'attitude et le comportement des participantes ainsi que tout autre commentaire pertinent. Les entretiens ont eu lieu en février et mars 2011.

Les entrevues ont été animées par l'étudiante chercheuse et ce, principalement pour s'assurer que cette collecte de données supplémentaire soit centrée sur les questions de recherche (voir la section traitant des Limites des entrevues individuelles) et permette d'approfondir les concepts repérés lors de l'analyse des entrevues individuelles. Le Guide de Krueger et Casey a été utilisé afin de favoriser la préparation de l'intervieweuse selon les principes de base pour la conduite d'entrevues de groupe.⁹⁹ Enfin, une attention particulière a été portée au respect des participantes et à l'attitude non verbale de l'intervieweuse afin que les infirmières se sentent à l'aise d'exprimer librement leurs opinions, sans se sentir jugées.

Analyse des données

Les étapes analytiques suivantes ont été réalisées afin d'extraire les données des entrevues individuelles et de groupes. Ceci a permis d'en dégager des facteurs explicatifs quant aux malaises des infirmières à faire la promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes défavorisées.

Dans un premier temps, la lecture des discours individuels des infirmières et l'écoute des bandes audio des discussions de groupe ont permis un début de familiarisation avec les données.⁸⁹ Tout d'abord, des codes (unités d'analyse) ont été déterminés à partir du cadre théorique. En outre, de nouveaux codes ont été créés selon les thèmes émergeant des entrevues. Chaque code a été défini afin d'assurer une uniformité dans leur application.

Le processus d'analyse des données s'est poursuivi avec le codage (thématisation, indexation) des témoignages individuels retranscrits des infirmières. Cette opération s'est effectuée à l'aide du logiciel QDA-Miner version 3.2.3 ; ce logiciel a été choisi en raison de ses capacités de codification textuelle et d'extraction conviviale de citations codifiées, et de ses outils permettant des analyses qualitatives et quantitatives. L'écoute des discours audio et l'examen des transcriptions abrégées des

entrevues de groupe ont aussi permis l'extraction des thèmes pertinents pour répondre aux questions de recherche.

Par ailleurs, il était prévu que le processus soit **itératif**, en ce sens que lorsque des données seraient collectées, elles seraient dès lors analysées, ce qui permettrait non seulement de comparer les données empiriques avec les propositions théoriques et de donner une direction pour poursuivre la collecte de données, mais aussi de constater lorsque l'on arriverait à l'atteinte de la saturation.⁹² Étant donné des difficultés techniques qui ont engendré des délais de transmission des données audio, les entrevues individuelles n'ont pu être analysées au fur et à mesure. Ainsi, en ce qui concerne les entrevues individuelles, il n'a pas été possible de réorienter la collecte de données, ni de vérifier si la saturation était atteinte avant que toutes les entrevues aient eu lieu. Par contre, la tenue des groupes *focus* a été très avantageuse, puisque cela a non seulement permis d'enrichir la collecte des données sur les thèmes à l'étude, mais aussi de finalement constater la saturation des données.

Stratégies d'interprétation des données

L'examen des données empiriques s'est donc déroulé de façon progressive et s'est enrichi avec l'ajout de nouvelles informations recueillies lors des rencontres de groupe. Trois types de stratégies ont contribué à l'analyse et à l'interprétation des données, soit des stratégies permettant la détection des relations entre les données, la compréhension des « phénomènes et [de] leurs relations sur un plan plus abstrait », et enfin l'aboutissement à une interprétation holiste cohérente des données.⁹¹

Stratégies permettant de détecter les relations entre les données

Plusieurs étapes ont contribué à la détection des relations entre les données afin de pouvoir ultimement répondre à la question de recherche. Tout d'abord, un « **Cadre d'analyse** », ⁸⁹ aussi appelé « **Matrice** », ⁹¹ a été élaboré dans le but de faciliter l'analyse. Cette méthode a permis d'examiner le contenu des entrevues en résumant et classant les données dans un cadre thématique.⁸⁹ Ainsi, les données ont été réarrangées afin de former un portrait synthétique du contenu des entrevues pour chaque cas (infirmière), selon les thèmes du cadre théorique et les thèmes émergents. Le modèle de matrice privilégié a été celui de la « Matrice sites / attributs », telle que décrit par Huberman et Miles.⁹¹ Différentes versions de cette matrice ont été créées, afin de **regrouper les infirmières selon des caractéristiques similaires**, telles que la culture d'origine et le type d'expérience personnelle d'allaitement. Cette façon de procéder a facilité **le repérage et**

l'identification de *patterns*, c'est-à-dire de récurrences, de thèmes répétitifs, de configurations, ceci dans le but ultérieur de les comprendre.⁹¹

Les *patterns* ont ensuite été étudiés afin de **vérifier s'ils étaient plausibles**.⁹¹ En effet, certains liens entre les données ont une logique intuitive et apparaissent donc comme étant vraisemblables. Par exemple, un lien a été trouvé entre le fait d'avoir des attitudes profondes faibles quant aux différences entre l'allaitement et l'alimentation à l'aide de PCN, et le fait de ne pas informer les futures mères des risques associés au non-allaitement. La logique veut que si une infirmière ne croit pas que les PCN génèrent des risques pour la santé des nourrissons, elle ne « vendra » pas ce concept à la clientèle. Comme a dit une infirmière : « Il faut croire pour promouvoir ». La quête de plausibilité n'étant cependant pas une fin en soi, les conclusions de l'étude ont par conséquent également été corroborées à l'aide des autres moyens exposés dans ce chapitre.

En dernier lieu, afin d'appréhender l'état de fait, un **comptage des thèmes ou des *patterns***⁹¹ a permis de constater la fréquence à laquelle ceux-ci se sont révélés, de mettre en lumière quels points de vue particuliers ont été répandus et lesquels ont été anecdotiques.⁸⁹ Ainsi, des opinions analogues évoquées par plusieurs infirmières ont reflété des thèmes ou des *patterns* davantage importants ou significatifs.

Stratégies permettant de comprendre les phénomènes et leurs relations sur un plan plus abstrait

Deux tactiques ont été utilisées afin de faire progresser les analyses à un niveau plus avancé, soit en repérant les relations entre les variables et en trouvant les variables intervenantes. En fait, la recherche de réponses à une question de type « pourquoi », soit la recherche de causalité, implique de façon incontournable différents types de **variables**.⁹⁰ Les divers codes thématiques ont donc été transformés en variables.⁹¹ Ainsi, la **variable dépendante** dans la présente étude, soit la variable que l'on tente de comprendre, est le niveau de confort à faire la promotion de l'allaitement en prénatal. Afin d'être plus précis et ce, pour les raisons exposées plus haut, cette variable devrait en fait être subdivisée en deux variables,⁹¹ soit le niveau de confort à informer les femmes enceintes au sujet des risques du non-allaitement, et le niveau de confort à informer ces dernières sur la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Les **variables indépendantes**, soit les facteurs explicatifs, sont l'expérience personnelle et l'expérience professionnelle des infirmières relativement à l'allaitement. Ces deux types de variables se détaillent aussi à leur tour, selon les différents thèmes qui ont émergé des données empiriques. Puis,

étant donné que par définition, une variable présente différentes variations, ces dernières ont été explicitées. Par exemple, pour la variable « niveau de confort à informer les femmes enceintes au sujet des RNA », le niveau de confort peut être positif (c.-à-d. l'infirmière est confortable), négatif (c.-à-d. l'infirmière est inconfortable) ou variable (c.-à-d. l'infirmière est plus ou moins confortable, selon les circonstances). Les variables ont par conséquent été estimées quant à leur **intensité**.⁹¹

L'étape suivante a consisté en un exercice de **repérage des relations entre les différentes variables**, c'est-à-dire dans le but de connaître comment les variables sont reliées entre elles, si relations il y a, ainsi que la nature de ces relations.⁹¹ Concrètement, l'examen des données contenues dans les matrices a permis de déduire si les différentes variables indépendantes étaient reliées aux variables dépendantes au plan empirique. Des tactiques permettant de vérifier les inférences découlant de cette opération seront discutées dans la section traitant de la validité.

Il peut arriver que d'après les propositions théoriques, il soit attendu que deux variables soient reliées mais que les données empiriques ne confirment pas ce lien. Inversement, l'analyse du comportement entre deux variables peut mettre en lumière une relation inattendue entre celles-ci, sans que l'on en comprenne la raison de prime abord.⁹¹ Une ou plusieurs autres variables intermédiaires peuvent expliquer ces liens. Il est à noter qu'il est beaucoup plus aisé d'explicitier des variables intervenantes quand l'étude comporte l'examen de plusieurs cas. Effectivement, l'examen de plusieurs exemples de la relation entre deux variables permet de comparer et de contraster ceux-ci.⁹¹ Ainsi l'analyse a été poursuivie avec cet exercice de **réflexion quant à la possibilité qu'une ou des variables intervenantes** puissent être impliquées dans la relation entre deux variables. L'analyse des données a permis de trouver certaines de ces variables intervenantes. Par exemple, selon la littérature, il est attendu que les infirmières provenant d'une culture de biberon aient des attitudes profondes négatives par rapport à l'allaitement. Cependant, lorsque ces dernières ont reçu plusieurs formations sur l'allaitement, leurs attitudes profondes deviennent favorables. La formation en allaitement (de peu à beaucoup) est donc une variable qui module l'influence entre les deux variables décrites. Malencontreusement, les données ne permettent pas d'élucider la relation suivante : une infirmière provenant d'une culture d'allaitement a des attitudes profondes négatives au détriment de l'allaitement. Étant donné que le protocole de recherche ne prévoyait pas retourner auprès des infirmières pour éclaircir certains éléments manquants dans les entrevues individuelles et que ce *pattern* a été observé uniquement chez cette personne, seules des hypothèses pourraient être émises pour expliquer ce phénomène. Par exemple, l'acculturation pourrait avoir contribué à cet état de chose. Ou encore, le haut niveau d'allaitement dans son pays pourrait être le fait de l'obligation

d'allaiter plutôt que d'une décision motivée par la conviction que l'allaitement est l'alimentation optimale pour les nourrissons.

Stratégies pour atteindre une interprétation holiste cohérente des données

Les étapes précédentes ont donc mené à la production de divers fragments de relations. S'en est suivi la création d'un **diagramme des *patterns* de relations**, qui a consisté en l'assemblage de ces morceaux afin de former un tout cohérent.^{89, 91} Les données ont donc été condensées et classées au même endroit et en une seule forme.⁹¹ Cette schématisation a ainsi permis la visualisation des plus importantes variables indépendantes et dépendantes, de leurs interrelations et de l'orientation de leurs relations. Tel que le citent Huberman et Miles, « le travail se situe ici à un niveau plus élevé d'inférence interprétative ».⁹¹ Le diagramme des *patterns* de relations a, en définitive, une fonction autant descriptive qu'explicative.⁹¹ Il est à noter que cet exercice permet de synthétiser des dizaines voir des centaines de pages de données recueillies sur le terrain.

Concrètement, la construction d'un tel diagramme a consisté à relier d'un trait les paires de variables qui sont reliées ensemble, c'est-à-dire qui varient ensemble (ou covariant) de façon régulière dans les données empiriques. Puis la chronologie de l'influence entre les variables a été indiquée à l'aide d'une flèche. En effet et tel que décrit plus haut, l'intensité d'une variable entraîne à son tour une certaine variabilité d'intensité pour d'autres paramètres auxquelles elle est reliée.⁹¹

Enfin, dans la section portant sur les résultats de l'étude, un texte d'accompagnement décrit les informations contenues dans le diagramme. Cette narration permet d'explicitier davantage le schéma, d'en faciliter la compréhension, de clarifier certains aspects et d'expliquer certaines relations et leur source potentielle.⁹¹

Critères de qualité de l'étude (rigueur)

Plusieurs critères de contrôle de la qualité ont été utilisés afin de s'assurer de la validité des données et de la rigueur de l'étude dans son ensemble.

Stratégies permettant de vérifier les interprétations : la validité ou la crédibilité

La validité réfère à la notion de confiance que l'on peut avoir dans la « vérité » des résultats.¹⁰⁰ Plusieurs méthodes permettent de valider les résultats des études qualitatives. Les tactiques suivantes ont été utilisées dans la présente recherche. Premièrement, l'utilisation de la technique de **reformulation** lors des entrevues a permis de s'assurer de la compréhension de la pensée des

infirmières. De plus, la **validation de la transcription des verbatim par les infirmières** ayant participé aux entrevues individuelles est un moyen de s'assurer que les données ont fidèlement été retranscrites et que le texte reflète bien leurs points de vue.⁹³ Il est intéressant de souligner qu'un bénéfice collatéral de cette stratégie est que la lecture des infirmières quant à leurs propres réponses a contribué chez ces dernières à la poursuite de leur cheminement dans leur prise de conscience quant aux thèmes à l'étude. C'est du moins ce qu'a écrit une des infirmières lors de sa confirmation de validation.

La **triangulation**, soit le fait que les données recueillies auprès de différentes sources convergent, ou encore que les *patterns* convergent, permet en retour d'augmenter la confiance dans la qualité des données.^{90-92, 98} En d'autres mots, l'exercice de triangulation est un moyen d'assurer la validité interne de l'étude,^{98, 101} soit sa crédibilité ou la capacité d'avoir une assurance de la « vérité » des résultats.¹⁰⁰ En effet, cela permet de fournir de multiples preuves, de reproduire les résultats,⁹¹ afin de corroborer les interprétations.⁹⁸ Ainsi, la présente étude a utilisé différentes sources d'informations, soit plusieurs infirmières provenant de CLSC distincts, ainsi que différentes méthodes, soit les entrevues individuelles et les entrevues de groupe. L'analyse des données et des *patterns* a effectivement permis de constater que plusieurs parmi ceux-ci convergent. Il est cependant à noter qu'en recherche qualitative, l'existence de points de vue divergents n'annule aucunement la validité de chacun d'eux.¹⁰¹ De plus, la triangulation n'élimine pas nécessairement les biais. Cette stratégie pourrait donc être vue comme un moyen pour assurer la complétude de l'étude plutôt qu'un authentique contrôle de validité.⁹⁸

Une autre méthode a été utilisée pour contribuer à la qualité de l'étude : la **pondération des données**.⁹¹ À cet effet, un poids plus important a été attribué aux thèmes et *patterns* qui ont spontanément été abordés par les infirmières (ex. le lien entre le manque de confiance dans ses habiletés à soutenir l'allaitement en postnatal et la réticence à parler des RNA en période prénatale). Inversement, une attention moins soutenue a été accordée à certaines réponses suscitées par des questions de la grille d'entrevue posées par l'intervieweuse, et dont les réponses relativement peu enthousiastes des infirmières laissaient présager que ces items n'expliquaient pas de façon significative les malaises des infirmières à faire la promotion de l'allaitement auprès de la clientèle défavorisée.

De plus, afin de mettre à l'épreuve les interprétations des *patterns*, la méthode des **comparaisons et contrastes** a été utilisée.^{89, 91} Cette stratégie comparative peut être appliquée à trois niveaux : au

niveau « intra-cas », à l'échelle « inter-cas » ainsi qu'au niveau de la confrontation avec l'évidence scientifique^{89, 90} ou encore avec les théories sociales existantes.⁹² Ainsi, la comparaison des données à l'intérieur d'un même cas, soit pour la même participante, permet l'exploration de la signification contextuelle des récits.⁸⁹ Les données ont donc été examinées pour chacune des infirmières, à l'aide des matrices (analyse « verticale »), afin d'y explorer les thèmes et de voir comment ceux-ci se relient ensemble, en tenant compte de la globalité du discours. L'analyse « intra-cas » préserve par conséquent l'intégrité individuelle des infirmières. La comparaison « inter-cas », soit entre les douze infirmières ayant participé aux entrevues individuelles ainsi que les participantes des trois entrevues de groupe, a permis de comparer les réponses quant aux différents thèmes à l'étude (analyse transversale) afin d'y déceler des similarités, des dissemblances ou des exceptions,^{89, 90} et de constater la présence ou l'absence de régularités dans les *patterns*, dans les liens entre les différentes variables. Cette façon de regarder les données a permis de créer des sous-groupes d'infirmières partageant des caractéristiques ou points de vue similaires.⁹⁰ Enfin, la méthode du *Pattern matching* vise à comparer les *patterns* des données empiriques aux *patterns* prédits, soit ceux du cadre théorique.^{89, 90} Lorsque les *patterns* coïncident, la validité interne de l'étude s'en trouve renforcie. Cette façon de procéder est une des techniques les plus préconisées pour les analyses d'études de cas selon Yin. Ainsi, les *patterns* identifiés à partir des données collectées sur le terrain ont été examinés à la lumière des *patterns* implicitement contenus dans le cadre théorique, afin d'y déceler des cohérences.

L'analyse a tenu compte de l'ensemble des données pertinentes permettant de répondre à la question de recherche.⁹⁰ Ainsi, les **cas atypiques ou d'exception ont été examinés**. Cette stratégie vise à vérifier et à comprendre la signification des différences rencontrées chez ces derniers en comparaison aux autres cas qui semblent plus typiques.^{91, 98} Cette façon de faire permet de parfaire l'analyse afin que la majorité des situations à l'étude puissent être expliquées.

Une stratégie supplémentaire utilisée dans le but de valider les résultats a consisté à **solliciter les réactions des informateurs** (validation par les répondants, « contrôle par les membres » / *member checking*).^{89, 90, 92, 98, 100, 101} Il va sans dire, comme le stipulent Huberman et Miles, que « les personnes interviewées [...] constituent une des sources les plus logiques de corroboration ».⁹¹ Les infirmières ayant participé à l'étude peuvent donc agir comme une sorte de « jury » pour juger les résultats généraux, pour valider le modèle « final » de la recherche.^{89, 91, 92, 98} Cette démarche constitue par conséquent un des outils permettant d'assurer la « crédibilité » (validité interne) de l'étude.^{91, 100} Qui plus est, cette façon de faire comporte des bénéfices collatéraux. En effet, elle

permet de retourner les résultats de l'étude aux participantes^{89,91} ainsi qu'à leurs paires. De plus, les commentaires recueillis lors de cet exercice de validation sont une source supplémentaire de données, à considérer dans les analyses.^{89, 98} En dernier lieu, étant donné que l'étude s'est déroulée dans le contexte d'accompagnement à l'implantation de l'IAB, la confirmation des résultats par les participantes, tout comme la validation de la transcription des verbatim, est un concept particulièrement intéressant. Effectivement, cela pourrait faciliter, chez les infirmières qui y ont participé, les changements souhaités de comportement quant à la promotion de l'allaitement.¹⁰¹ Cependant, cette technique comporte des limites. Certes, il est utopique de penser d'une part qu'il n'y a qu'une seule façon de concevoir les choses, et d'autre part que les participants et les chercheurs considèrent forcément les résultats de la même manière.^{89, 98, 101} Il pourrait être préférable d'envisager la validation par les participants comme étant plutôt une méthode favorisant la réduction des erreurs.⁹⁸ Concrètement, un début de sollicitation des réactions des infirmières au sujet de l'interprétation des résultats a eu lieu lors de la tenue des groupes *focus*, ces derniers étant composés d'infirmières travaillant dans des CLSC ciblés par l'étude et répondant aux critères d'inclusion. Toutefois, la validation du diagramme des *patterns* de relations « final » a principalement été effectuée en consultant une infirmière d'un des CLSC participant à l'étude,⁹¹ ainsi qu'une infirmière de santé publique experte en allaitement maternel par la suite.

Enfin, une ultime stratégie utilisée pour démontrer aux lecteurs la crédibilité de l'analyse est l'incorporation, dans la section des Résultats, d'**exemples significatifs d'évidence extraits des données** pour les interprétations émises.⁸⁹

Le critère d'imputabilité procédurale (fidélité)

L'imputabilité procédurale, concept analogue à la fidélité (*reliability*), permet de porter un jugement sur les décisions méthodologiques. En effet, la description des procédures utilisées tout au long du projet de recherche permet de s'assurer que toute interprétation est crédible.^{89, 102} Ce concept vise à déterminer si les résultats de la recherche seraient les mêmes si on reprenait l'étude avec les mêmes sujets (ou avec des participants ayant des caractéristiques similaires) dans le même contexte (ou dans un contexte similaire).¹⁰⁰ Cette démarche présuppose de la transparence de la part du chercheur,⁸⁹ et permet de vérifier s'il y a cohérence et conformité entre les données recueillies sur le terrain et l'interprétation des résultats.⁹⁰⁻⁹²

Un premier moyen pour répondre à ce critère a été de **garder des traces** (« chemin d'audit » / *audit trail*)^{91, 100} des entrevues en format audio numérique, de l'arbre des codes, des entrevues

retranscrites codifiées, des matrices d'analyse, etc. Ces éléments référentiels ont été conservés en format électronique dans un répertoire sécurisé; il est possible de contacter l'étudiante chercheuse pour consulter les documents écrits qui ne sont pas soumis à des restrictions (voir section sur les considérations éthiques pour davantage de détails). De plus, ce mémoire de recherche rend compte de façon exhaustive des procédures utilisées dans cette étude (échantillonnage, thèmes de la grille d'entrevue, procédures de collecte de données, etc.) et permet ainsi de répondre au critère d'imputabilité procédurale.

Une deuxième mesure reliée à cette exigence de qualité a été réalisée via la stratégie du **codage multiple** (*inter-rater reliability*),^{91, 93, 101} où un deuxième « codeur » a participé de façon indépendante à l'indexation des entrevues individuelles retranscrites. En effet, une personne a été mandatée pour effectuer le contre-codage d'une partie du matériel. Cet exercice est en quelque sorte une technique de vérification du codage. Dans les faits, le « contre-codeur » s'est familiarisé avec le protocole de recherche. S'en est suivi un dialogue sur les objectifs de l'étude et la définition des codes provenant du cadre théorique. Puis, une « pratique » a été effectuée sur près de 20% de l'ensemble des entrevues individuelles. Enfin, un codage et contre-codage parallèles de 25% du matériel ont été effectués par l'étudiante chercheuse et le « contre-codeur »; un accord inter-juge de 80% a été obtenu, ce qui est une proportion acceptable.⁹³ Cet exercice a enrichi les réflexions d'interprétation des données. De plus, les discussions ont mis au défi les interprétations du discours des infirmières par l'étudiante chercheuse.^{89, 100, 101} Il est à noter qu'une attention à la **fiabilité intra-codeur**⁹³ a aussi été apportée quant à la thématisation de l'ensemble des données.

Le critère de confirmation (objectivité, neutralité)

Le potentiel confirmatif^{100, 102} de l'étude est un concept analogue à l'objectivité dans les études quantitatives. Il s'agit de l'assurance que les données proviennent réellement du terrain. Cet indice de qualité permet d'établir jusqu'à quel point les résultats de l'étude sont engendrés par les participants et non pas par le chercheur, c'est-à-dire par les « biais, motivations, intérêts ou perspectives » de celui-ci.¹⁰⁰ Le « **chemin d'audit** » explicité précédemment est un moyen privilégié pour atteindre cet objectif-ci aussi.¹⁰⁰

La transférabilité (applicabilité / validité externe)

Enfin, la transférabilité est un concept apparenté à la validité externe. La **description détaillée du contexte et des sujets** de l'étude dans le rapport de recherche permet au lecteur de juger s'il peut transférer les résultats à son propre contexte ou à d'autres intervenants.¹⁰⁰

Considérations éthiques

Avantages et bénéfiques de l'étude

La compréhension du niveau de confort des infirmières de santé communautaire à faire la promotion de l'allaitement en prénatal dans les quartiers défavorisés, ainsi que des raisons sous-jacentes, engendre des bénéfices à différents niveaux. Tout d'abord, des participantes ont affirmé avoir apprécié participer à l'étude car cela leur a permis de faire une réflexion sur leur vécu face à leur pratique. Cette réflexion pourra éventuellement faciliter les interventions de celles-ci quant à la promotion de l'allaitement en prénatal. Bien qu'elles n'aient pas contribué aux résultats de cette recherche, les autres infirmières de santé communautaire travaillant dans les milieux défavorisés « québécois » francophones pourront faire elles aussi une réflexion sur leurs pratiques. Ainsi, les résultats de cette étude permettront de mieux guider le soutien à l'implantation de la Condition 3 de l'IAB par les infirmières travaillant dans le programme Enfance-Famille dans les centres de santé communautaires de Montréal. Pour les autres professionnels de la santé et des services sociaux travaillant en périnatalité, cette étude pourra favoriser la réflexion quant à la promotion de l'allaitement en prénatal. Enfin, les retombées de cette recherche seront aussi positives pour la société, puisque cela pourra favoriser la décision éclairée des parents quant à l'alimentation infantile, ce qui pourra amener une augmentation de la prévalence de l'allaitement et ultimement une amélioration de la santé de la population régionale.

Risques et inconvénients

Aucun risque majeur n'est survenu aux infirmières quant à leur participation à cette étude. Cependant, l'exploration des expériences personnelles liées à l'allaitement ou au non-allaitement pourrait être un sujet sensible pour certaines personnes. Si une infirmière avait été incommodée suite à l'entrevue, il lui aurait été suggéré de communiquer avec le Programme d'aide aux employés de son établissement afin d'obtenir du soutien psychologique.

Soumission du projet aux comités d'éthique de la recherche

Le présent projet de recherche a été soumis aux évaluations éthiques requises. En effet, il a été présenté de façon concomitante au Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la

Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal ainsi qu'aux comités d'éthique de la recherche (CÉR) des établissements visés par l'étude. Étant donné que le projet a eu lieu dans plusieurs établissements de santé, le « mécanisme multicentrique » (MSSS, 2008)⁴ a été choisi afin de simplifier les démarches. Ainsi, le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a agi à titre de comité d'éthique principal au sein du mécanisme multicentrique, et les comités d'éthique des CSSS visés ont été considérés comme étant les comités locaux. Le projet a été approuvé par le CERFM en date du 15 juin 2010 et porte le numéro de référence CERFM 2010-11#405. Il a aussi été approuvé par le CÉR de l'ASSS-Montréal en date du 5 juillet 2010 et a comme numéro de référence le MP-ASSS-MTL-10004.

Évaluation de convenance

Le projet a aussi été présenté aux directions générales des CSSS ciblés pour l'étape d'évaluation de convenance.

Consentement libre et éclairé

Suite à l'approbation du projet dans les CLSC, le consentement éclairé et libre des infirmières à participer aux entrevues individuelles et de groupes a été assuré. Pour les entrevues individuelles, les gestionnaires ont remis une lettre présentant la recherche à toutes les infirmières pouvant être incluses dans l'étude (Annexe 7), ainsi que le formulaire de consentement (Annexe 12). Un délai de dix jours ouvrables a été offert à celles-ci pour en prendre connaissance, contacter l'étudiante chercheuse pour toute question, y réfléchir, prendre leur décision et manifester à l'intervieweuse leur intérêt à participer à l'étude. C'est cette dernière qui a donc planifié le moment des entrevues avec les infirmières volontaires. Avant de débiter chacune des entrevues, l'intervieweuse a recueilli le formulaire de consentement signé. Elle leur a de plus rappelé qu'elles pouvaient se retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal, sans que cela n'affecte leur travail ni ne nuise à leurs relations avec la Direction de santé publique de Montréal (DSP) dans le processus d'accompagnement à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés. En ce qui concerne les groupes *focus*, le formulaire de consentement (Annexe 13) a été transmis aux infirmières des équipes visées, via leur gestionnaire. Quelques minutes ont été prises avec les infirmières avant le début des rencontres afin de répondre à leurs questions et de procéder à la signature des formulaires de consentement. L'intervieweuse a verbalement rappelé aux infirmières qu'elles étaient libres de

⁴ http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_mecanismemulticentrique.phtml

participer à cette phase de la recherche. Les deux versions du formulaire de consentement ont été approuvées par les CÉR.

Minimisation du biais de désirabilité sociale, anonymat et confidentialité

Dans le but d'éviter un biais de désirabilité sociale, les mesures suivantes ont été prises afin d'assurer la confidentialité des discours, c'est-à-dire que ni les chercheurs ni aucun membre de la DSP ne puissent lier les propos à une infirmière lors des entrevues individuelles. Dans un premier temps, les entrevues se sont déroulées dans un lieu privé (ex. bureau à porte fermée) sur le lieu du CLSC. Ensuite, une intervieweuse n'étant pas impliquée dans le processus d'accompagnement de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les CLSC de Montréal a été engagée. De plus, les enregistrements de discours ont été dénominalisés (relativement au nom de l'infirmière et de son lieu de travail) et codifiés. La transcription des verbatims a été faite par un transcripteur externe; aucune bande audio n'a été écoutée par les chercheurs ni aucun membre de la DSP afin que ceux-ci ne puissent identifier les voix des participantes. Seuls les discours dénominalisés et retranscrits ont été lus par l'étudiante chercheuse afin d'en faire l'analyse. Dans le formulaire de consentement, les participantes ont été informées des deux aspects suivants. Si en cours d'entrevue, elles ont mentionné des noms de personnes, ceux-ci ont été remplacés par des noms fictifs lors de la transcription. De plus, dans l'éventualité où elles auraient réalisé que lors de l'entrevue, elles auraient donné des détails permettant de les identifier, elles auraient pu faire la demande que ceux-ci ne soient pas retranscrits. Enfin, l'intervieweuse et la transcripteur ont signé un engagement à la confidentialité.

Quant aux groupes *focus*, des mesures ont aussi été prises afin d'assurer la confidentialité des discours et de minimiser le biais de désirabilité sociale. Tout d'abord, les rencontres ont eu lieu dans un local fermé, en l'absence des chefs de programme. Dans le formulaire de consentement, les infirmières ont été informées de la confidentialité des données recueillies lors des entretiens. De plus, il leur a été demandé de s'engager à la plus grande discrétion quant aux propos entendus ainsi qu'à la non divulgation de l'identité des autres participantes. Contrairement aux entrevues individuelles, l'étudiante chercheuse a décidé d'animer elle-même les discussions, afin de s'assurer que celles-ci restent centrées sur les thèmes de l'étude dans le but de pouvoir répondre aux questions de recherche; elle est consciente qu'étant donné son rôle à la DSP, cela peut affecter l'ouverture des infirmières à dévoiler leurs points de vue et expériences. Cependant, une attitude de non jugement et de respect a fort probablement permis de minimiser ce biais. Ensuite, les

infirmières ont été libres de se nommer ou non sur les enregistrements. Enfin, les bandes audio n'ont été écoutées et résumées que par l'étudiante chercheuse.

Collecte des données : déroulement des entrevues et transport sécuritaire des données

Les entrevues se sont déroulées sur le lieu et pendant les heures de travail des infirmières, étant donné que l'objet et l'utilité de cette étude sont liés à leur travail. Cependant, pour les entrevues individuelles, une infirmière aurait pu décider de rencontrer l'intervieweuse à un autre endroit et à un autre moment.

Lors des entrevues individuelles, l'intervieweuse a enregistré les entrevues sur bande audio en format mp3. Une deuxième enregistreuse a été utilisée au cas où surviendrait un problème technique. Tel que mentionné plus haut, ni le nom de l'infirmière ni celui de son CLSC d'appartenance n'ont été enregistrés, mais un code a été attribué par l'intervieweuse à la bande audio, et connu que par elle. Le premier chiffre du code est un numéro pour identifier le CLSC (1 à 9), le deuxième chiffre est un numéro attribué à l'infirmière de chaque CLSC (1 à 3) et le troisième caractère est une lettre pour distinguer le type d'entrevue (« P » pour « pilote » et « C » pour « collecte de données »). À la fin de l'entrevue, l'intervieweuse a vérifié l'adresse courriel de l'infirmière et lui a rappelé qu'elle lui enverrait son verbatim retranscrit pour validation. Après l'entrevue, l'intervieweuse a enregistré ses impressions quant à l'atmosphère pendant l'entrevue, l'attitude et le comportement de l'infirmière, ainsi que d'autres notes pertinentes.

Il était prévu que l'intervieweuse envoie les bandes audio en format mp3 à la transcriptrice au fur et à mesure, de façon sécurisée par courriel « win zip » avec mot de passe. Cependant, des problèmes techniques n'ont pas permis cela; les entrevues ont donc été gravées sur un disque compact protégé par un mot de passe, et ont été acheminées à la transcriptrice par la poste. Ceci a engendré des délais et l'étudiante chercheuse n'a pas pu lire les entrevues au fur et à mesure tel que planifié, afin de réajuster la grille d'entrevue au besoin, de recadrer l'intervieweuse et d'analyser itérativement les données. Dès la retranscription complétée, la transcriptrice a envoyé le verbatim en format *Word* par courriel à l'intervieweuse, pour que celle-ci le réachemine à chacune des infirmières pour la lecture de validation. Les infirmières ont été invitées à retourner les documents validés ou commentés à l'intervieweuse, pour que celle-ci les fasse suivre à l'étudiante chercheuse pour analyse.

Lors des groupes *focus*, les entrevues ont aussi été enregistrées sur bande audio en format mp3. Les infirmières étaient libres de se prénommer ou non lors de l'enregistrement. Les discours audio n'ont été écoutés que par l'étudiante chercheuse.

Analyse des données : codage, contre-codage et synthèse des données

Les travaux d'analyse des données individuelles ont été faits à l'aide du logiciel QDA-Miner sur le poste informatique de l'étudiante chercheuse à la Direction de santé publique de Montréal sur le répertoire sécurisé « Q : / RECHERCHE_ALLAITEMENT », et auquel elle est la seule à avoir accès. Lorsque celle-ci a utilisé son ordinateur personnel pour traiter les données, son compte d'utilisateur était protégé par un mot de passe.

Conservation et destruction des données

Enfin, toutes les données (informatiques et en format papier) sont conservées à la Direction de santé publique de Montréal et ce, jusqu'à sept ans après la fin du projet. Les données informatisées audio (mp3) et retranscrites sont conservées sur le répertoire sécurisé « Q : / RECHERCHE_ALLAITEMENT ». À l'échéance prévue, les données seront effacées par l'administrateur-réseau du service informatique, et tous les accès seront abolis. Les enregistrements audio ont été conservés dans l'appareil jusqu'à ce que les bandes soient sauvegardées sur le répertoire Q :, puis les appareils ont été formatés. Toute documentation en format papier est conservée dans la filière sous clé dans le bureau E-245-B, sous la responsabilité de l'étudiante chercheuse dans un premier temps, puis aux archives, après quoi elles seront détruites à la déchiqueteuse.

Ainsi, uniquement les individus et organismes suivants ont accès aux données : l'étudiante chercheuse (verbatim individuels dénominalisés et enregistrements audio de groupe), la directrice de recherche, l'intervieweuse, la transcripteur, chaque infirmière par rapport à sa propre entrevue, la « contre-codeur », le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les Comités d'éthique de la recherche des CSSS participants.

Source de la subvention

La présente étude fait partie de la planification opérationnelle des secteurs Tout-petits - Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ainsi,

outre le temps de l'étudiante chercheuse libérée pour la mise en œuvre de cette recherche, un budget est alloué spécifiquement pour cette étude afin d'engager un intervieweur, un transcritteur et un contre-codeur. Les infirmières ont fait les entrevues sur leurs heures de travail.

Résultats

Contexte de travail des infirmières Enfance-Famille

Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) offrent une gamme de services dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population locale.¹⁰³ Au sein de leur mission CLSC, les infirmières qui travaillent dans le programme Enfance-Famille dispensent des services prénataux et postnataux aux familles de leur territoire. Les services prénataux visent notamment la promotion de l'allaitement; des rencontres individuelles et de groupe sont généralement offertes. Parmi les services postnataux dispensés, les parents se font offrir du soutien pour le démarrage et la poursuite de l'allaitement.¹⁰⁴

Participation à l'étude

Douze infirmières de CLSC ont participé aux entrevues individuelles. De plus, trente-six infirmières ont assisté aux entrevues de groupe. Il est probable que des infirmières ayant participé aux entrevues individuelles aient aussi pris part aux entrevues de groupe. De plus, étant donné des limites de collecte de données, les informations propres à chacune des infirmières qui ont été interviewées en groupe ne sont disponibles que pour vingt-quatre d'entre elles. Afin d'éviter les redites, les résultats des deux types d'entrevues ont été généralement regroupés puisqu'ils concordaient notablement. La provenance des données sera spécifiée à mesure que les résultats seront présentés.

Description des participantes

Les caractéristiques sociodémographiques et l'expérience professionnelle en périnatalité des infirmières

Le Tableau II présente des caractéristiques sociodémographiques des participantes et leur expérience professionnelle.

TABLEAU II **Caractéristiques sociodémographiques et expérience professionnelle en périnatalité des participantes**

Caractéristiques socio-démographiques et expérience professionnelle	Description	Proportion n (%)			
		Entrevues individuelles n = 12	Groupe focus 1 n = 9	Groupe focus 2 n = 12*	Groupe focus 3 n = 12
Sexe	Féminin	12 (100 %)	9 (100 %)	12 (100 %)	12 (100 %)
	Masculin	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Âge	20-29 ans	1 (8 %)	N/D	2 (17 %)	1 (8 %)
	30-39 ans	4 (33 %)		2 (17 %)	2 (17 %)
	40-49 ans	2 (17 %)		3 (25 %)	0 (0 %)
	50-59 ans	5 (42 %)		5 (42 %)	6 (50 %)
	60 ans et plus	0 (0 %)		0 (0 %)	2 (17 %)
	Non disponible				1 (8 %)
Nombre d'années d'expérience en périnatalité	Moins de 1 an	0 (0 %)	N/D	0 (0 %)	0 (0 %)
	1-4 ans	0 (0 %)		6 (50 %)	2 (17 %)
	5-9 ans	2 (17 %)		2 (17 %)	2 (17 %)
	10-19 ans	4 (33 %)		3 (25 %)	4 (33 %)
	20-29 ans	2 (17 %)		0 (0 %)	1 (8 %)
	30-39 ans	1 (8 %)		1 (8 %)	3 (25 %)
	N/D	3 (25 %)			
Nombre d'heures de formation au cours des 5 dernières années	Moins de 20 heures	3 (25 %)	N/D	N/D	N/D
	20 heures ou plus / IBCLC	6 (50 %)			
	N/D	3 (25 %)			
Consultantes en lactation (IBCLC)	Oui	3 (25 %)	N/D	N/D	N/D
	Non	6 (50 %)			
	N/D	3 (25 %)			

* Les données sont disponibles pour 12 des 15 infirmières qui ont participé à cette entrevue de groupe.

D'abord, les infirmières qui ont pris part à la recherche sont toutes des femmes. De plus, l'échantillon compte des représentantes de tous les groupes d'âge. Le plus grand nombre de participantes fait partie de la catégorie des 50 à 59 ans. Par ailleurs, les infirmières ont un nombre variable d'années d'expérience en périnatalité. Plusieurs d'entre elles comptent entre 10 et 19 années d'expérience. Toutes les participantes devaient avoir reçu une formation de base en allaitement depuis le début de leur carrière et le nombre d'heures de formation suivi au cours des cinq années précédant l'entrevue a été utilisé comme proxy pour estimer les connaissances des infirmières sur l'allaitement. L'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF recommandent un nombre minimal de vingt heures de formation afin de pouvoir acquérir des connaissances de base en allaitement, tel qu'énoncé dans le programme IAB;³⁸ ce seuil a donc été choisi pour déterminer si les infirmières avaient reçu plus ou moins de formation en allaitement. La Direction de santé publique de Montréal offre une formation de base en allaitement d'une durée de vingt heures dans le cadre du soutien à l'implantation de l'IAB dans le Réseau de santé montréalais.¹⁰⁵ De plus, pour être éligible à l'examen permettant d'obtenir la reconnaissance de consultante en allaitement « IBCLC », il faut avoir suivi au moins 45 heures de formation dans les cinq années précédant l'examen, puis 75 heures pour pouvoir être recertifié cinq ans plus tard.¹⁰⁶ Ainsi, la moitié des infirmières qui ont participé aux entrevues individuelles ont assisté à au moins vingt heures de formation en allaitement dans les cinq années précédant leur entrevue. Parmi celles-ci, une infirmière a affirmé avoir assisté à cent heures de formation récente en allaitement et trois d'entre elles ont déclaré être des consultantes en lactation. Enfin, le quart des infirmières qui ont participé aux entrevues individuelles (n = 3) n'a pas répondu au questionnaire permettant d'obtenir ces informations.

L'expérience personnelle des infirmières en lien avec l'allaitement

Le Tableau III présente les expériences des infirmières en lien avec leur histoire personnelle d'allaitement.

TABLEAU III **Expérience personnelle des participantes en lien avec l'allaitement**

Expérience personnelle	Description	Proportion			
		Entrevues individuelles n = 12	Groupe focus 1 n = 9	Groupe focus 2 n = 12*	Groupe focus 3 n = 12
L'infirmière a été allaitée?	A été allaitée	4 (33 %)	N/D	N/D	N/D
	N'a pas été allaitée	8 (67 %)			
Norme culturelle d'origine (Annexe 6)	Allaitement	1 (8 %)	N/D	1 (8 %)	2 (17 %)
	Biberon puis allaitement	3 (25%)		10 (84 %)	10 (84 %)
	Biberon	8 (67 %)		1 (8 %)	
	Non disponible				
Statut personnel d'allaitement	Allaité avec succès	3 (25%)	N/D	9 (75 %)	7 (59 %)
	Allaité avec difficulté puis avec succès	4 (33 %)		3 (25 %)	
	Allaité avec difficulté	3 (25%)		2 (17 %)	0 (0 %)
	N'a pas allaité	0 (0 %)		0 (0 %)	1 (8 %)
	N'a pas d'enfant	2 (17 %)		1 (8 %)	1 (8 %)

* Les données sont disponibles pour 12 des 15 infirmières qui ont participé à cette entrevue de groupe.

Les participantes à l'étude ont eu une exposition hétérogène à l'allaitement dans leur vie privée, souvent faible. En effet, la majorité des infirmières qui ont été individuellement interviewées n'ont pas été allaitées par leur mère. Cependant, c'est tout de même le tiers de ce groupe qui l'a été. D'autre part, la plupart des infirmières de l'échantillon, tant celles interviewées en individuel qu'en groupe, sont nées dans une culture de biberon, soit au Québec pour le plus grand nombre d'entre elles. Elles ont peu ou pas eu d'exposition précoce à l'allaitement, tel qu'illustré par la citation suivante :

« Je me rends compte qu'à l'époque, j'avais pas grand monde dans mon entourage qui allaitait. Dans ma famille, bon ma mère, elle nous avait pas allaités. Puis [...] tu sais personne allaitait là. »

Très peu de participantes sont nées dans une culture d'allaitement, selon la classification des pays relativement à la prévalence de l'initiation de l'allaitement (Annexe 6). L'une d'entre elles, née

dans une culture où l'allaitement était la norme, a décrit ce qu'elle a observé comme suit : « [...] je pense que c'est comme... c'est comme ça. Tu as ton enfant, tu allaites, puis un point final. » Fait intéressant, trois infirmières ayant participé aux entrevues individuelles ont décrit avoir reçu une double influence, si l'on peut dire ainsi. Effectivement, toutes trois sont nées au Québec, mais ont été imprégnées de la culture d'allaitement d'une manière ou d'une autre. L'une d'entre elles s'est exprimée ainsi au sujet de la culture du pays d'origine de ses parents :

« [...] Culturellement, la mère allaite son enfant là. [...] autour de moi c'était... c'était normal pour moi là. Moi dans ma tête là, depuis que je suis toute petite, je vais avoir des enfants, je vais les allaiter là. C'est pas une question « je vais-tu donner un biberon ». [...] Mais c'est sûr que moi je suis née ici, ça fait que [...] j'ai quand même la culture québécoise un petit peu en tête aussi. »

Une autre a mentionné ceci :

« Mais pour moi, ça a toujours été quelque chose de normal. [...] à partir de dix ans j'ai vécu en Afrique. [...] En Afrique, bien tu allaites [...] Les femmes allaitent là. Elles sont au marché là, puis elles donnent de leur sein [...] ».

Il est à noter que cette particularité de « double influence » a été prise en compte lors de l'analyse des données.

La majorité des infirmières de l'échantillon a allaité. Cependant, plusieurs d'entre elles ont expérimenté l'allaitement pendant la période où sa prévalence était la plus faible de l'histoire de l'humanité. Une seule infirmière, qui a pris part à une entrevue de groupe, a déclaré ne pas avoir allaité ses enfants. Quatre infirmières n'avaient pas d'enfants lors des entrevues. La plupart des infirmières qui ont allaité rapportent avoir eu une expérience positive. Certaines infirmières n'ont pas vécu leur allaitement comme elles l'auraient souhaité. Par exemple, une participante s'est exprimé en ces termes :

« Ma fille, je l'ai allaitée cinq mois, mon fils un an. Puis avec le recul maintenant, tu sais j'aurais continué beaucoup plus que ça, mais j'avais pas de soutien moi. [...] j'ai eu quelques difficultés, fait que j'ai abandonné [...] tu sais j'ai comme un deuil pas complété par rapport à ça ».

En outre, des infirmières ont expliqué avoir eu un début d'allaitement difficile mais, ayant persévéré, ont eu une expérience positive par la suite ; d'autres ont raconté avoir eu un échec d'allaitement au premier enfant, et se sont « reprises » au deuxième, connaissant ainsi une expérience positive. Il est à noter que cette particularité, touchant le tiers des infirmières interviewées individuellement, a été considérée dans l'analyse des données : ces participantes ont, a posteriori, été classées comme ayant eu une expérience globale positive.

Plusieurs infirmières ont dit que leur pratique est influencée par leur expérience personnelle d'allaitement. Voici quelques exemples rapportés lors des entrevues. Une participante a raconté avoir souffert du manque de soutien, particulièrement par son conjoint, ce qui a fait qu'elle n'a pas allaité aussi longtemps qu'elle l'aurait souhaité. Ainsi, pour éviter cette situation à ses clientes, elle a supporté un groupe communautaire d'entraide à l'allaitement, afin que les mères aient suffisamment de soutien. De plus, lorsqu'elle anime les cours prénataux, elle insiste sur l'importance du soutien par le conjoint. Elle a aussi dit témoigner de son expérience personnelle à ses clientes, lorsqu'elle le juge opportun, afin de les encourager à persévérer. Enfin, elle a expliqué que puisqu'elle a vécu l'allaitement, elle est plus sensible à l'aspect émotif vécu par les mères auprès de qui elle intervient. Une autre infirmière a dit toujours parler de son expérience personnelle aux femmes, car elle considère que cela lui donne de la crédibilité en ce sens qu'elle a de l'expérience pratique en la matière et non pas seulement des connaissances théoriques. Par ailleurs, cette participante a dit ne pas pouvoir encourager ses clientes à allaiter jusqu'à deux ans ou au-delà puisqu'elle n'a pas d'expérience personnelle à ce niveau. Une autre a dit : « J'essaie de normaliser [...] en leur disant que tu sais, moi aussi j'ai vécu des difficultés. » Elle a aussi expliqué qu'elle partage son expérience d'allaitement prolongé, comme quoi le retour au travail n'est pas incompatible avec la poursuite de l'allaitement. Une autre, toujours étant donné son expérience personnelle, met l'accent sur le fait que l'allaitement ne devrait pas faire mal et elle insiste donc auprès des mères pour qu'elles demandent de l'aide au besoin. Une participante a raconté que lorsqu'elle a initié son allaitement, elle a vécu des difficultés qui faisaient en sorte qu'elle ne se voyait pas persévérer ainsi pendant six mois, qu'elle voyait cela comme « une montagne ». Elle préfère donc encourager ses clientes à « y aller à la semaine ou au jour le jour », au lieu d'insister sur l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Plusieurs autres exemples pourraient être rapportés ici. Terminons toutefois avec le témoignage d'une infirmière qui a verbalisé être très à l'aise de parler des avantages de l'allaitement à ses clientes puisqu'elle a allaité quatre enfants, et que son expérience était très positive.

L'attitude profonde des infirmières quant à l'importance de l'allaitement vs les PCN

Le Tableau IV présente les résultats relatifs à l'attitude profonde des infirmières en lien avec la comparaison qu'elles font entre l'allaitement et l'alimentation artificielle.

TABLEAU IV Attitude profonde des participantes quant à l'importance de l'allaitement vs les PCN

Attitude face à l'allaitement	Description	Proportion			
		Entrevues individuelles n = 12	Groupe focus 1 n = 9	Groupe focus 2 n = 12	Groupe focus 3 n = 12
Attitude apparente face à l'allaitement	Positive	12 (100%)	N/D	N/D	N/D
	Négative	0 (0 %)			
Attitude profonde face à l'allaitement	Positive	6 (50%)			
	Variable	3 (25%)	N/D	N/D	N/D
	Négative	3 (25%)			

Toutes les infirmières interviewées ont affirmé être favorables à l'allaitement ; elles ont donc toutes une attitude apparente positive face à l'allaitement. Cependant, il en est autrement en ce qui concerne les attitudes profondes. En effet, le discours des infirmières permet de déceler différents types de convictions quant à la comparaison entre l'allaitement maternel et l'alimentation à l'aide de préparations commerciales pour nourrissons. La moitié des infirmières interviewées individuellement croit que l'allaitement est supérieur aux PCN et qu'il y a des risques à ne pas allaiter. L'une d'entre elles l'a exprimé ainsi :

« Bien définitivement le lait maternel est meilleur que les préparations lactées. Je pense qu'il y a plein de trucs qu'on retrouve dans le lait maternel qu'on peut pas créer pour mettre dans les formules. Toutes les enzymes pour la digestion, tous les anticorps, c'est sûr que ça, on peut pas créer ça puis mettre ça dans les préparations lactées, fait que je pense que c'est deux choses complètement différentes. Le lait maternel, c'est un élément vivant, pas la formule. Le lait maternel, c'est quelque chose qui... c'est un aliment qui évolue aussi selon l'âge du bébé, qui s'adapte, donc c'est... Pour moi, c'est complètement... complètement différent là. »

Par contre, une infirmière sur quatre croit que l'allaitement est sensiblement équivalent aux PCN, que les PCN sont « corrects » ou qu'il n'y a pas de risque à ne pas allaiter (ex. aucun risque qu'un enfant décède en lien avec sa consommation de PCN). Ceci est illustré par les propos d'une infirmière qui compare l'allaitement aux PCN de cette manière :

« ... je leur dis toujours « c'est le même principe de dire bon bien tu as la marque maison [...] ou tu as la marque Heinz, [...] tu peux dire que la marque Heinz, c'est pour toi la meilleure, meilleure, meilleure, mais bon là, tu peux [pas] l'acheter pour une raison « x », tu prends la marque maison. ».

Une autre s'est exprimée ainsi :

« Mais quand même, je peux pas... je peux pas trop, tu sais, dire... trop noir non plus parce que... C'est pas vrai parce qu'il y en a... il y en a des personnes qui boivent, tu sais, l'autre lait, puis ils meurent pas non plus là. [...] ils sont tous là, là. [...] Donc, c'est correct ».

Enfin, selon l'analyse des discours individuels, il n'est pas possible de classer sans équivoque 25% des infirmières quant à leurs croyances à ce sujet, car celles-ci semblaient se situer entre ces deux extrêmes. Elles ont donc été classées comme ayant une attitude profonde variable, et par conséquent plutôt négative.

Les expériences professionnelles des infirmières en lien avec l'allaitement

La perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement

L'analyse des discours a permis de voir émerger de nouveaux thèmes, dont la perception des infirmières quant à leur rôle relativement à la promotion de l'allaitement. À ce sujet, la tendance est plutôt générale : les participantes ne veulent pas imposer l'allaitement aux femmes, peu importe leur niveau de confort par rapport aux RNA. Elles veulent les accompagner, les guider. Cependant, certaines semblent insister un peu plus que d'autres et encourager les mères à allaiter; deux infirmières ont même affirmé que lorsqu'une mère renonce à l'allaitement, elles s'assurent que celle-ci a pris la bonne décision dans sa situation. D'autres disent avantager « le libre choix », sans insister, sans « pousser ». Ceci a été exprimé ainsi par une infirmière :

« ... je vais moins essayer je pense de les convaincre. Tu sais là, à un moment... je pense c'est... Il y en a des jeunes que j'ai... qui ont voulu allaiter, tout ça. Je vais leur dire le pour et le contre, tu sais, mais... je vais... je suis pas une des celles qui est la plus... tu sais qui va s'acharner pour leur... [...] je suis pas une personne qui va pousser l'allaitement. »

La peur d'entraver l'établissement ou le maintien de la relation de confiance

Le thème de relation de confiance avec les femmes enceintes n'a pas été discuté avec toutes les infirmières. Cependant, la préoccupation quant au lien de confiance semble importante. En effet, une infirmière dit avoir peur de blesser lorsqu'elle passe ses messages. Elle dit aussi : « J'essaie toujours de jauger là. Je dis bon jusqu'où je pousse parce que je veux passer mon message, mais en même temps tu sais c'est... la ligne est mince. » Plusieurs participantes parlent de respect des femmes et de leurs décisions, d'attitude de non jugement. Par exemple, une infirmière dit que selon elle, parler des RNA engendre un jugement, c'est pourquoi elle n'est pas à l'aise de promouvoir l'allaitement sous cet angle. Plusieurs infirmières parlent de ne pas trop « pousser », de ne pas trop

insister pour ne pas entraver la relation professionnelle. Plusieurs infirmières sont responsables de soutenir la clientèle éligible au programme de « Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité », où les suivis s'étalent du début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans.¹⁰⁷ La notion de relation est très présente dans ce contexte de suivis intensifs. Cela est illustré par les propos d'une des infirmières qui a participé à l'une des discussions de groupe :

« Nous on s'inscrit plus dans du long terme donc on veut gagner sa confiance, être en partenariat avec elle. On ne veut pas qu'elle se mette sur la défensive ou qu'elle se bloque. On amène de l'info mais s'il y a de l'ouverture. [...] Il faut que la cliente sente qu'on la respecte, qu'on n'est pas là nécessairement pour la juger. C'est toute une stratégie d'avoir du respect, du non jugement. [...] On peut lui donner de l'information mais il faut qu'elle accepte. Si elle n'accepte pas, on est mieux de ne pas rentrer... [...] Et aussi je trouve qu'on travaille dans un autre contexte, on n'est pas dans un CH [centre hospitalier]... Nous on entre dans la maison de la personne, dans son intimité. »

La peur de susciter de la culpabilité

La notion de culpabilité a été abordée lors des entrevues individuelles, et a aussi été évoquée spontanément lors des rencontres de groupe, suscitant beaucoup de commentaires. Ainsi, la plupart des infirmières disent appréhender que les mères se sentent coupables lorsqu'elles les informent sur l'allaitement. Pour illustrer ceci, une infirmière a dit : « [...] est-ce qu'elle va se sentir coupable parce que... est-ce que je suis en train de lui envoyer le message que si elle fait pas ça elle sera pas une bonne mère ou...? » De plus, plusieurs infirmières craignent que l'information sur les RNA engendre de la culpabilité chez les mères. L'une d'elles dit à ce propos : « je pense qu'il faut amener ça d'une façon délicate, surtout si la mère n'est pas décidée, il ne faut pas la faire sentir coupable, si après elle donne le biberon. » Par contre, certaines ont une perception différente : « Ça m'arrive très rarement parce que je suis pas une personne qui va pousser l'allaitement alors... » Enfin, une infirmière est davantage formelle : elle dit ne jamais avoir peur de susciter de la culpabilité lorsqu'elle fait la promotion de l'allaitement, car elle dit essayer « tout le temps de passer le message sans leur rentrer dedans ».

Par ailleurs, des infirmières semblent percevoir que certains professionnels du réseau de la santé ont un discours qui engendre de la culpabilité chez les mères lorsque celles-ci décident de ne pas allaiter. À ce sujet, une infirmière a dit :

« C'est épouvantable qu'on rende les mères coupables. C'est bien beau l'allaitement, mais si elles ne veulent pas, c'est qu'elles ont leurs raisons. Je les considère comme des adultes qui sont capables de réfléchir et de prendre leurs décisions et elles n'ont pas à être coupables de ça. »

Une autre a affirmé ceci :

« [...] c'est un phénomène qu'on voit de plus en plus. C'est que le discours est super bon au niveau de l'allaitement, mais il y a un discours qui est très culpabilisant quand la mère décide pour « x » raisons de ne pas allaiter. Puis moi, je ne veux pas rentrer dans ce discours-là. »

Toujours sur le thème de la culpabilité, des intervenantes ont parlé de l'importance de bien choisir les mots lorsqu'elles sont en interaction avec leurs clientes, c'est-à-dire lorsqu'elles leur posent des questions ou qu'elles leur transmettent des messages de promotion de la santé. Dans ce contexte, une infirmière rajoute que la culpabilité appartient à la personne (et non à l'infirmière) : « Oui, il faut dire les choses. Puis ça, je pense que c'est avec le temps qu'on va réaliser c'est quoi puis... Il y aura toujours la partie de la personne qui entend l'information. Ça, ça lui appartient. » Une autre s'est exprimée en ces termes :

« Tu sais mon rôle, c'est de lui mettre... de lui donner l'information, les pour, les contre, tout ça. Mais ultimement là, c'est elle qui... c'est son enfant, c'est elle qui allaite. Si elle a fait son choix puis qu'elle est à l'aise avec son choix, moi je vais respecter ça... [...] Mais ultimement, on peut pas lui enlever sa culpabilité si elle en a. »

De plus, des infirmières ont observé une différence au niveau de la culpabilité entre les mères qui ont décidé sciemment de ne pas allaiter, et celles « qui voulaient allaiter mais qui n'ont pas réussi, qui ont abandonné pour toutes sortes de raisons » : ce serait ces dernières qui vivraient davantage de culpabilité, et elles auraient un deuil à faire.

Enfin, une infirmière a abordé le thème de la culpabilité dans une autre perspective. En effet, elle exprime clairement qu'elle explore si les mères sont à l'aise lorsqu'elles décident de ne pas allaiter, afin de s'assurer que celles-ci ne vivent pas de culpabilité en lien avec leur décision.

La perception que les femmes défavorisées ont une capacité plus ou moins faible à allaiter

Toutes les infirmières en entrevues individuelles ne se sont pas exprimées sur leur croyance quant à la capacité des femmes défavorisées à allaiter avec succès. Cependant, la majorité de celles qui l'ont fait croient que cette clientèle a les habiletés et la capacité à allaiter. Les deux qui ont une perception contraire se sont exprimées en ces termes :

« ... je le sais que c'est un gros investissement de temps l'allaitement les premières semaines. Si elles le demandent, je vais moi me mettre à 100 % à les aider. C'est ça, j'ai de la misère, je t'avoue. En sachant que c'est quelque chose qui... et moi je leur dis une fois que la première semaine est passée, c'est facile, c'est accessible, il y a beaucoup d'avantages. Mais le premier stress de la première semaine ou des trois premiers jours disons là, je pense que j'hésiterais

à essayer de les convaincre... [...] c'est beaucoup l'allaitement, c'est un gros défi. Quand c'est une famille qui a déjà beaucoup d'autres défis sur la planche... [...] Fait qu'il faut qu'elles soient vraiment bien entourées pour que ça fonctionne. Ça, malheureusement je le réalise, puis c'est peut-être pour ça que je le pousse pas autant là. [...] je suis convaincue [par rapport à l'allaitement], tout ça tu sais. Mais pas convaincue c'est ça au point de... les clientèles vulnérables, c'est sûr j'ai peut-être du chemin à faire là-dessus... »

L'autre a dit : « ... ils sont pas toujours capables de mettre tout cet effort-là ou de, tu sais. [...] je comprends que quelqu'un de très carencé soit pas capable de plus, qu'il a tout a... qu'il peut pas faire plus. »

Les antécédents de mauvaise relation suite à la discussion de la promotion de l'allaitement

Les postulats de départ de l'étude ont mené à explorer auprès des infirmières si elles avaient déjà eu des expériences de mauvaise relation avec leurs clientes défavorisées suite à la discussion prénatale sur l'allaitement. Cependant, cette variable n'a pas été retenue dans le modèle final. En effet, l'analyse des données empiriques démontre que ce thème n'a pas été discuté avec toutes les infirmières interviewées individuellement. De plus, il est arrivé que l'intervieweuse n'amène pas ce sujet de façon appropriée, ce qui fait que certaines infirmières ont plutôt parlé de leur expérience relationnelle postnatale. Enfin, l'examen des discours permet de constater que cet enjeu n'a pas été abordé de façon spontanée par les participantes. Ainsi, un poids relativement faible a été concédé à ce thème par rapport à d'autres variables. Il est tout de même intéressant de rapporter ce qu'en a dit une infirmière : « [...] je pense que j'ai pas eu de mauvaises relations parce que j'ai pas trop poussé. »

Description des facteurs reliés à la promotion de l'allaitement en milieu défavorisé

De façon générale, les infirmières donnent de l'information aux femmes enceintes sur les avantages de l'allaitement. De même, plusieurs d'entre elles parlent de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois à leur clientèle. Par ailleurs, les analyses effectuées en vue de répondre à la question et aux sous-questions de recherche ont permis d'identifier les *patterns* suivants quant à l'information sur les RNA ainsi qu'à l'encouragement à poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà.

Les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaires qui sont liés à l'information prénatale sur les risques du non-allaitement

Selon l'analyse des données de l'étude, certains éléments de l'expérience personnelle des infirmières semblent être en lien avec leur niveau de confort à informer les femmes enceintes au sujet des RNA. En effet, l'exposition à l'allaitement pendant l'enfance et l'adolescence semble

avoir un impact, c'est-à-dire que l'effet est directement proportionnel : les infirmières étant nées dans une culture où la norme est l'allaitement (c.-à-d. exposition élevée à l'allaitement) ont plus tendance à être confortables avec cet enseignement, et les infirmières étant nées dans une culture de biberon (c.-à-d. exposition faible ou nulle à l'allaitement) ont davantage tendance à être inconfortables. Il en est de même au niveau de l'expérience personnelle d'allaitement : les infirmières qui ont eu une expérience personnelle d'allaitement positive ont plus tendance à être confortables, et les infirmières ayant eu une expérience négative ont plus tendance à être inconfortables. Selon le matériel recueilli, il ne semble pas y avoir de lien entre le fait d'avoir été allaitée et le niveau de confort à informer les mères sur les RNA.

Au niveau de l'expérience professionnelle, des liens ont été observés dans les données empiriques entre le niveau de confort à informer les femmes enceintes des RNA et les variables suivantes : la perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement et la peur de susciter de la culpabilité. De plus, l'utilisation fréquente des PCN par les infirmières en période postnatale immédiate serait une barrière à l'information sur les RNA, c'est du moins ce qui a émergé d'une des discussions de groupe.

Quant aux connaissances, attitudes et croyances, des *patterns* ont aussi été identifiés. De fait, il semble y avoir une relation entre le confort à faire l'enseignement sur les RNA et le nombre d'heures de formation en allaitement suivies par les infirmières au cours des cinq années précédant l'entrevue (proxy pour les connaissances en allaitement). En outre, un lien a été observé entre cette variable et les croyances profondes sur l'importance de l'allaitement comparativement aux préparations commerciales pour nourrissons.

Dans leurs discours individuels et de groupes, plusieurs infirmières affirment avoir beaucoup de réserves quant au concept de « risques du non-allaitement ». Un grand nombre d'infirmières avouent ne pas parler de cela aux mères et ce, pour différentes raisons. Par exemple, une infirmière dit ne pas être à l'aise de mettre ce thème en évidence, car pour elle cela signifierait de tenter de faire peur aux clientes. Elle préfère soutenir les mères pour qu'elles aient une expérience d'allaitement positive, et que ces dernières « contaminent » leurs paires, c'est-à-dire qu'elles les encouragent à allaiter grâce à ce « *modeling* positif ». Par ailleurs, des infirmières trouvent que la notion de RNA est négative. De plus, elles considèrent que si l'allaitement « ne fonctionne pas » en postnatal, les mères doivent par conséquent se servir des PCN. Ce serait donc plus facile à vivre pour ces mères selon elles, si on ne leur a pas parlé des RNA en prénatal. Plusieurs infirmières

croient que parler des RNA est culpabilisant pour les mères et que cela amène un jugement, une accusation. Ainsi, un bon nombre de participantes disent plutôt préférer parler des « avantages de l'allaitement ». Aussi, des infirmières expriment avoir une crainte d'entraver la relation de confiance avec la cliente en abordant le sujet des RNA, surtout si elles « poussent trop », c'est-à-dire si elles insistent trop sur le sujet. De plus, des infirmières semblent réticentes à parler des RNA dans l'éventualité où elles informeraient (sans le savoir) des mères qui ne peuvent pas allaiter (ex. porteuses du VIH) ou encore qui auraient vécu de l'abus, ce qui serait le cas pour plusieurs femmes de leur clientèle selon elles. Elles estiment que parler des RNA dans ces circonstances engendrerait un sentiment de culpabilité chez ces mères. Finalement, tel qu'abordé ci-dessus, la raison suivante est fortement ressortie d'une des discussions de groupe pour les infirmières d'un des centres: la recommandation professionnelle de donner des suppléments de préparations commerciales aux nouveau-nés. En fait, ce que les participantes ont expliqué, c'est que primo, en centre hospitalier, les mères manqueraient de soutien pour démarrer leur allaitement et celles-ci doivent par conséquent supplémenter leur bébé à l'aide de PCN. Puis, de retour à domicile, les infirmières de ce centre ont affirmé recommander fréquemment aux mères de donner des PCN à leur nouveau-né lorsqu'elles vivent de défis d'allaitement, pour cause de perte pondérale par exemple. Elles disent donc qu'elles utilisent beaucoup les PCN, que l'alimentation artificielle « sauve des vies ». Ainsi, elles considèrent que de dire qu'il y a des « risques » à donner les PCN est contradictoire avec l'utilisation qu'elles en font. Il est intéressant de noter que cet important enjeu n'est pas ou très peu ressorti dans les autres centres où des groupes de discussion ont eu lieu. La différence entre ces centres semble être, de prime abord, qu'il n'y a pas de consultante en allaitement dans le premier.

Quelques infirmières semblent cependant à l'aise avec le concept de RNA. Effectivement, une infirmière affirme qu'il est important d'en parler afin de favoriser la décision éclairée. Elle spécifie qu'elle cherche des façons d'en parler qui ne créent pas de résistance, dans le respect de l'autonomie décisionnelle des futurs parents. Une autre infirmière se dit confortable d'en parler, parce qu'elle a une formation de consultante en allaitement (IBCLC), ce qui lui donne confiance dans son discours et dans sa capacité à « sortir les points forts ». Une infirmière dit présenter l'allaitement comme étant la norme et parle donc des risques qui peuvent découler du fait de ne pas allaiter. Ainsi, selon ces infirmières, ce ne serait pas la notion de non-allaitement qui causerait problème, ce serait plutôt la façon de présenter les messages qui serait l'enjeu dans leur pratique. Des infirmières disent d'ailleurs avoir besoin d'être mieux outillées pour communiquer avec les clientes lorsqu'elles font la promotion de l'allaitement. Quelques infirmières disent explorer ce que

vivent leurs clientes, quel est leur contexte de vie et quelles sont leurs connaissances sur l'allaitement avant de les informer.

Les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaire qui sont liés à l'information sur la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà

Au sein de l'échantillon étudié, les différentes expériences de la vie personnelle ne semblaient pas être reliées en général au niveau de confort des infirmières à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. En revanche, des *patterns* ont été identifiés au niveau de l'expérience professionnelle. En effet, tout comme pour les RNA, la perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement ainsi que la peur de susciter de la culpabilité semblent reliés au niveau de confort à faire la promotion de la poursuite de l'allaitement selon l'une des recommandations de l'OMS / UNICEF. De plus, selon les données de la présente étude, le nombre d'heures de formation récente en allaitement est aussi une variable reliée à l'enseignement sur l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Il en va de même pour les croyances profondes des infirmières sur l'importance de l'allaitement ainsi que pour les croyances de celles-ci quant à la capacité des femmes défavorisées à allaiter.

Des arguments ont été rapportés par les infirmières pour justifier leur réticence à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Ainsi, en ce qui a trait aux croyances des infirmières ayant été interviewées individuellement, plusieurs d'entre elles se disent d'accord avec la recommandation, bien que certaines de celles-ci semblent hésitantes dans leur réponse. Quelques infirmières se disent carrément mal à l'aise avec cette recommandation. Cependant, selon l'analyse des données empiriques recueillies lors des entrevues, la pratique de promotion de la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà ne correspond pas à ces proportions. De fait, c'est plutôt une minorité d'infirmières qui se dit à l'aise d'en faire la promotion auprès des femmes enceintes. La majorité dit plutôt en parler de façon sporadique, comme par exemple lorsqu'on leur pose des questions à ce sujet. Certaines, au lieu de « chiffrer » la durée recommandée, parlent de la poursuite de l'allaitement dans des termes du genre « le plus longtemps possible ». D'autres en parlent lorsque la mère est rendue dans la période postnatale. Deux infirmières ne semblent pas en parler du tout, et font référence à leur expérience personnelle de ne pas avoir allaité jusqu'à deux ans. Ainsi, l'une d'entre elles dit que puisqu'elle ne l'a pas fait, elle ne peut pas dire que cela est « bon » et ne le recommande donc pas à ses clientes. L'autre a un enfant en bas âge et trouve étrange qu'un enfant qui marche et parle puisse continuer à téter au sein; elle n'est donc pas à l'aise d'en faire la promotion à ses clientes.

Lors des entrevues de groupe, les participantes ont exprimé que l'allaitement prolongé jusqu'à deux ans ou plus ne fait pas encore partie de leur culture, et encore moins de la culture des femmes défavorisées. Elles disent qu'il n'y a pas si longtemps, la culture dominante était celle du biberon. À cet effet, les infirmières disent percevoir une fermeture de la part des clientes vulnérables lorsqu'elles abordent le thème du « deux ans ou au-delà ». Ainsi, elles n'en parlent pas d'emblée à tout le monde, à moins qu'elles sentent une ouverture à ce sujet. Selon leurs dires, il semble que le « six mois » soit bien intégré et passe mieux auprès de la clientèle, mais que cela n'est pas encore le cas pour le « deux ans »; il n'est cependant pas clair si la notion « d'exclusivité » jusqu'à six mois soit bien comprise, autant chez les infirmières que chez les mères. Les infirmières perçoivent que les femmes défavorisées allaitent peu et pour une plus courte période que les femmes plus favorisées. En conséquence, elles disent que pour l'instant, elles sont satisfaites si les mères allaitent pendant six mois.

Plusieurs infirmières ont décrit le mode de vie de la clientèle défavorisée, et particulièrement de la clientèle adolescente, comme étant dans le « ici et maintenant », ayant de la difficulté à se projeter dans le temps, vivant plutôt « un jour à la fois ». Ainsi, ces professionnelles considèrent que la période prénatale ne serait pas la période idéale pour discuter des recommandations de durée de l'allaitement, puisque cela est loin dans le temps, que l'accouchement est encore à venir, et que selon elles un nombre important de ces futures mères ne sont même pas convaincues qu'elles vont initier l'allaitement. Par conséquent, elles trouvent plus facile d'aborder ce sujet lorsque le bébé est né et que la mère allaite. Certaines infirmières croient de plus que le « deux ans » fait peur à ces femmes enceintes vulnérables, que ce serait un engagement très long pour elles. Les infirmières préfèrent donc parler de la durée de l'allaitement avec les formulations de « une semaine, deux semaines » ou « autant que tu veux ». Une infirmière a dit mentionner la recommandation de l'OMS / UNICEF à sa clientèle mais précise qu'elle ne « pousse » pas les mères à allaiter jusqu'à deux ans.

La discussion a également dérivé sur les croyances et l'expérience personnelle en lien avec la thématique du « deux ans » lors des discussions de groupe. Par exemple, une infirmière n'ayant pas encore d'enfant a affirmé croire à l'allaitement pour au moins la première année; elle n'envisage pas allaiter jusqu'à deux ans pour le moment. Une autre infirmière a dit qu'elle ne prévoyait initialement pas allaiter jusqu'à deux ans, mais que finalement son expérience étant positive, elle a continué. Une autre a mentionné que ses trois enfants se sont tous sevrés d'eux-mêmes bien avant

l'âge de deux ans. Enfin, une infirmière a parlé du défi de sevrer son premier enfant du sein lorsqu'elle est retournée au travail; elle a donc décidé d'allaiter moins longtemps son deuxième.

En définitive, les résultats obtenus à l'issue de l'analyse des *patterns* trouvés au sein des données empiriques peuvent être résumés dans les deux tableaux suivants :

TABLEAU V Facteurs liés au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement

Facteurs favorables / facilitateurs	Facteurs défavorables / barrières
Exposition à la culture d'allaitement	Exposition à la culture de biberon
Expérience personnelle positive	Expérience personnelle négative
≥ 20 heures de formations en allaitement / IBCLC	< 20 heures de formation en allaitement
Croyances profondes positives	Croyances profondes négatives
Perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement : encourage la mère à allaiter	Perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement : ne « pousse » pas la mère à allaiter
*	Crainte de susciter la culpabilité
<i>Peu de recommandation de donner des PCN en postnatal en cas de problèmes d'allaitement</i>	<i>Recommandation fréquente de donner des PCN en postnatal en cas de problèmes d'allaitement</i>

* La plupart des infirmières de l'échantillon craignent de susciter la culpabilité chez les mères (9/12). De plus, parmi ces infirmières, la majorité d'entre elles sont inconfortables à parler des RNA aux femmes enceintes. Les données ne permettent cependant pas de savoir si l'absence de crainte de susciter la culpabilité serait un facteur favorable.

TABLEAU VI Facteurs liés au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà

Facteurs favorables / facilitateurs	Facteurs défavorables / barrières
≥ 20 heures de formations en allaitement / IBCLC	< 20 heures de formation en allaitement
Croyances profondes positives	Croyances profondes négatives
Croyance que les femmes défavorisées ont la capacité d'allaiter	Croyance que les femmes défavorisées n'ont pas la capacité d'allaiter
*	Crainte de susciter la culpabilité

* Idem

Les variables intervenantes

Suite à l'analyse de l'ensemble des données, deux variables ont été considérées comme étant intervenantes ou intermédiaires, soit le nombre d'heures de formation au cours des cinq dernières années, et les attitudes et croyances profondes relativement à l'importance de l'allaitement en comparaison à l'alimentation artificielle. La discussion au sein du dernier groupe d'infirmières a été particulièrement riche pour confirmer ces liens principalement observés lors des entrevues individuelles. En effet, bien que la présente étude ne permette pas de se prononcer quant au contexte de culture d'allaitement, les infirmières ont exprimé que lorsqu'elles ont d'abord été influencées par des modèles de non-allaitement, les formations ont un impact significatif sur leurs croyances et attitudes. Cet état de choses est d'ailleurs illustré par les propos d'une participante : « Je crois qu'à la base, [l'expérience personnelle] peut influencer mais pour moi c'est plus les formations qui ont influencé mes croyances. » La variable de « formation » contribuerait par voie de conséquence à modifier l'influence de l'absence de modèles d'allaitement dans l'enfance et l'adolescence: dû à l'effet de cette variable, plusieurs infirmières ont des croyances profondes favorables à l'allaitement dans un contexte où elles ont été peu exposées à l'allaitement au début de leur vie. Et en lien avec cela, la variable de « croyances profondes favorables à l'allaitement » est reliée à la promotion de l'allaitement par les infirmières, soit leur niveau de confort à informer les mères sur les RNA ainsi que sur la recommandation de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà.

Par ailleurs, l'analyse plus poussée du matériel a permis de constater la présence d'une troisième variable intervenante, soit la perception du rôle de l'infirmière dans la promotion de l'allaitement. En effet, cette variable est non seulement reliée au niveau de confort à informer les femmes enceintes des RNA et de la recommandation d'allaiter jusqu'à deux ans ou au-delà, mais aussi à la culture d'origine, à l'expérience personnelle d'allaitement, aux croyances profondes, au nombre d'heures de formation récente, ainsi qu'à la crainte de susciter la culpabilité. Particulièrement, les infirmières qui ont des croyances profondes positives face à l'allaitement encouragent davantage les femmes à allaiter. Par ailleurs, parmi les dix infirmières qui ont des enfants et qui ont allaité, une tendance se dégage. En effet, les infirmières qui ont eu une expérience positive ont davantage tendance à encourager l'allaitement, tandis que celles qui ont eu une expérience négative, ou qui ont d'abord eu une expérience négative puis positive, ont plus tendance à « ne pas pousser » l'allaitement.

À la lumière de l'ensemble des résultats présentés ci-dessus, les Figures 1 à 4 permettent de schématiser l'ensemble des *patterns* décelés lors de l'analyse. Ces figures illustrent donc les liens

entre les variables indépendantes (favorables et défavorables), les variables intervenantes (favorables et défavorables) et les deux variables dépendantes, soient le niveau de confort (élevé ou faible) à informer des RNA et le niveau de confort (élevé ou faible) à informer de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà.

Figure 1 Diagramme des *patterns* de relations favorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement

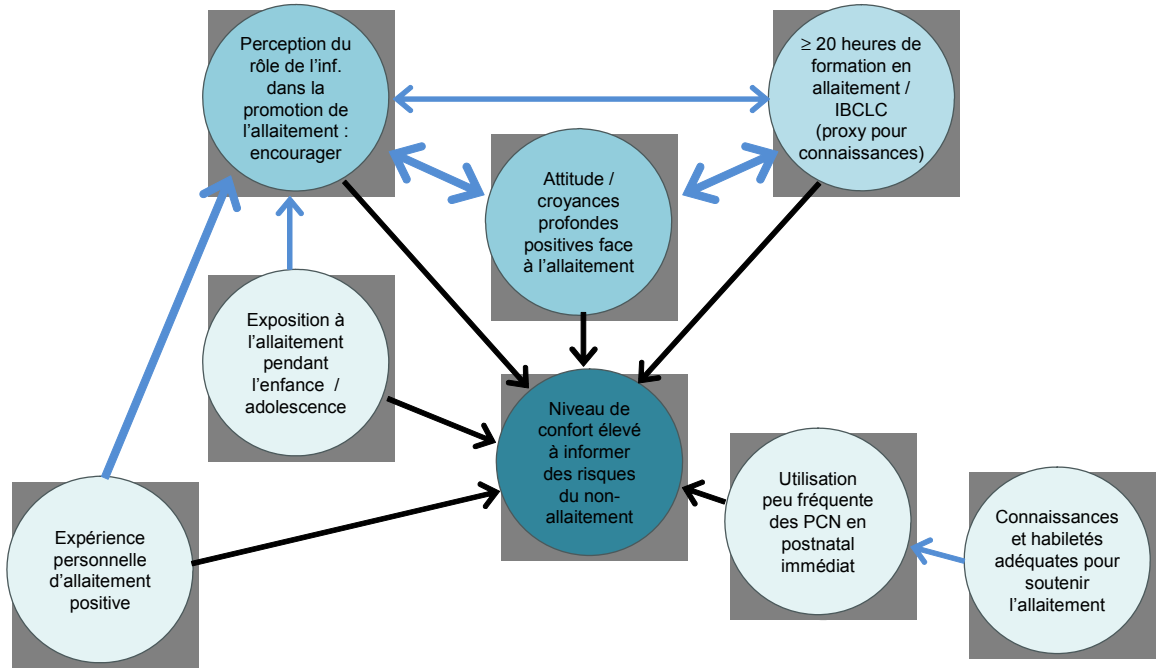


Figure 2 Diagramme des *patterns* de relations défavorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes des risques du non-allaitement

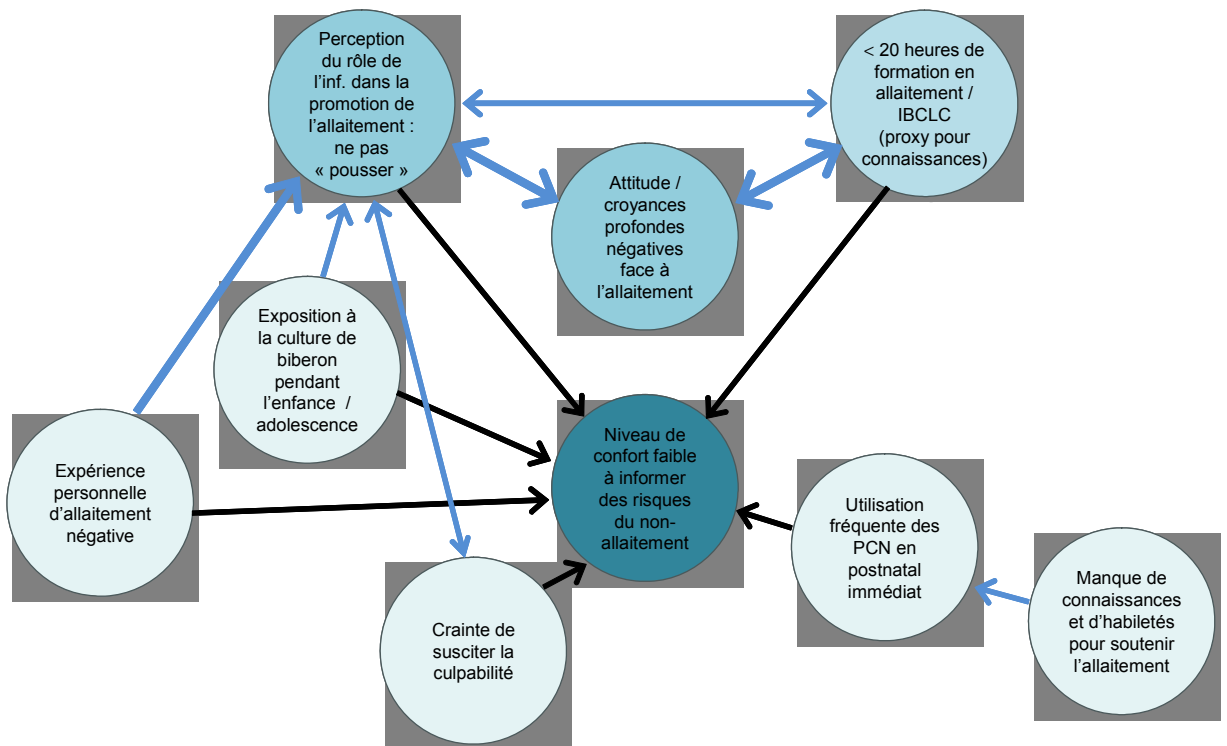


Figure 3 Diagramme des *patterns* de relations favorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà

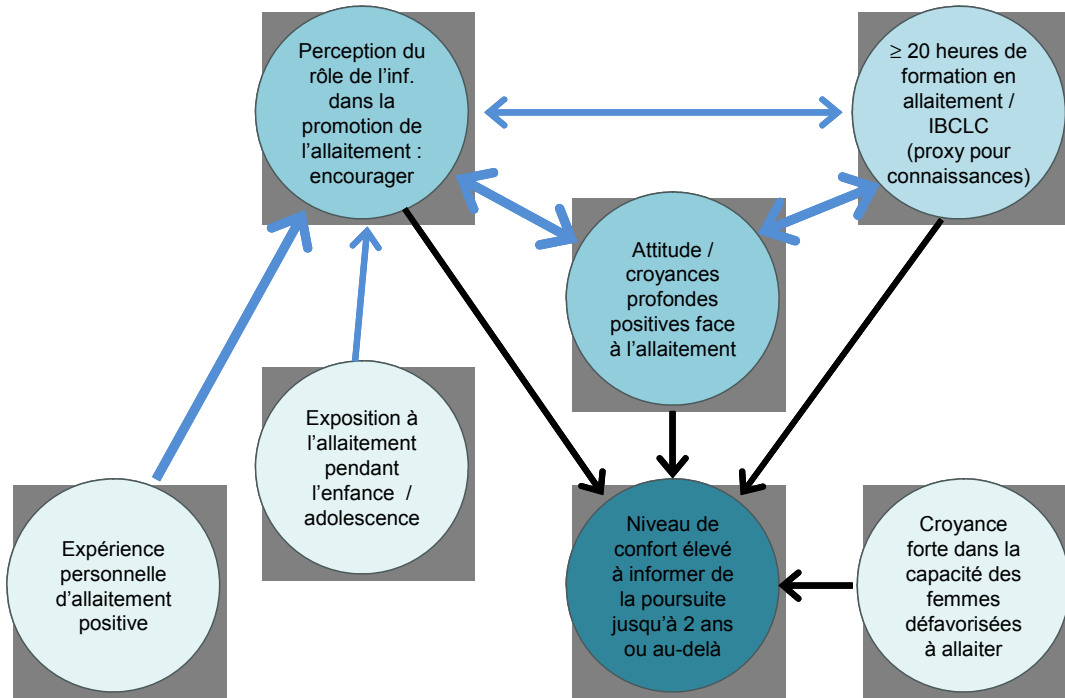
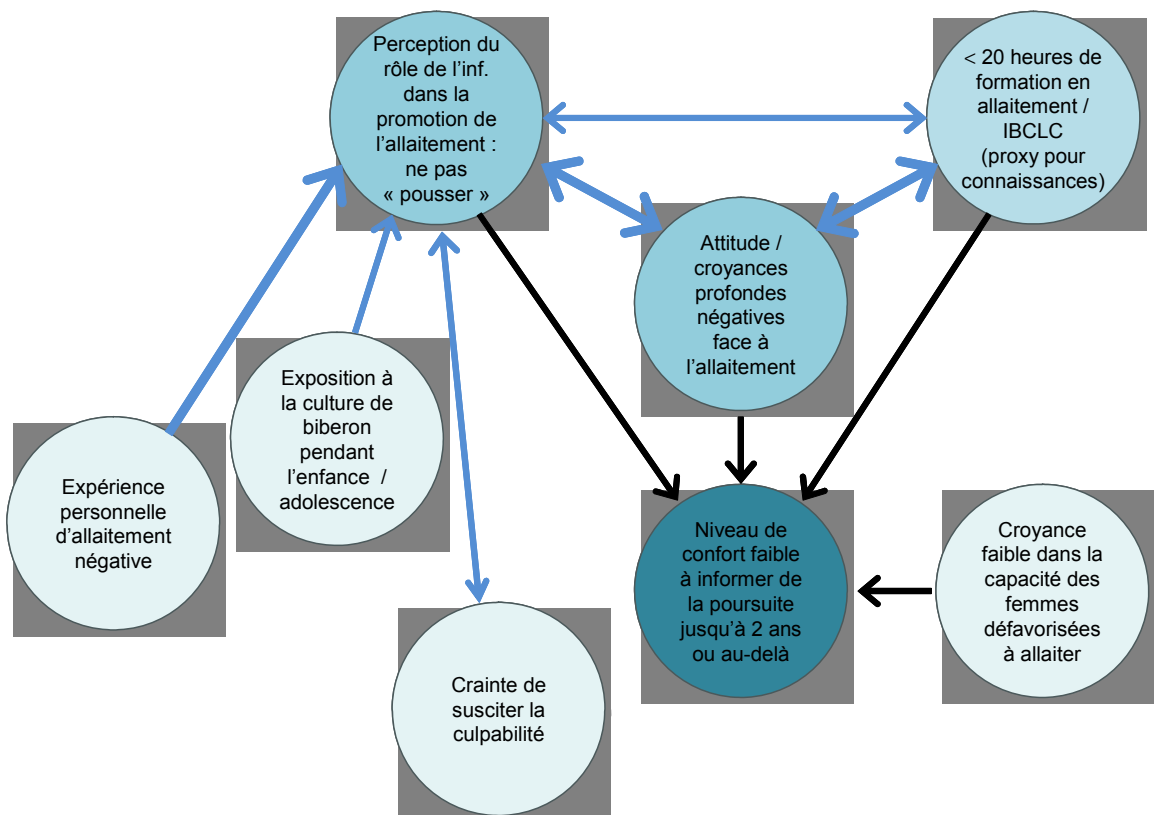


Figure 4 Diagramme des *patterns* de relations défavorables au niveau de confort à informer les femmes enceintes de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà



Autres constats explicatifs

L'analyse des verbatim a permis de découvrir dans les données empiriques certains facteurs qui permettraient d'encore mieux cerner la problématique. Premièrement, parmi les infirmières qui explorent l'intention d'allaiter des femmes enceintes, bon nombre d'entre elles le font par une question fermée du genre : « Comptez-vous allaiter votre bébé? ». De plus, plusieurs infirmières personnalisent les RNA. En effet, plus d'une tentent d'informer les femmes des RNA dans des termes du genre : « Si *tu* n'allaites pas, *ton* bébé risque d'avoir ceci, cela,... ».

Interprétation et Discussion

Cette étude a permis d'explorer le niveau de confort d'un groupe d'infirmières travaillant en milieu défavorisé à informer les femmes enceintes sur l'importance de l'allaitement, et particulièrement des RNA et de la recommandation de poursuite d'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Cela a aussi permis de connaître quels sont les facteurs personnels et professionnels qui facilitent ou nuisent à ce niveau de confort. La méthodologie qualitative a donné l'opportunité aux participantes de réfléchir et de s'exprimer sur leurs expériences personnelles d'allaitement ainsi que leurs expériences professionnelles de promotion de l'allaitement. Les entrevues semi dirigées leur ont permis de développer sur le sujet, ainsi que de pouvoir déterminer quelles sont leurs croyances profondes quant à la valeur de l'allaitement comparativement à la valeur qu'elles accordent aux PCN. La majorité des infirmières ont exprimé qu'elles sont inconfortables à mettre en œuvre tous les critères de l'IAB dans leur enseignement prénatal.

La culture d'origine

L'exposition précoce à la culture d'allaitement ou de biberon pourrait être en amont de plusieurs autres expériences de la vie personnelle et professionnelle des infirmières. En effet, les images vues à répétition s'imprègnent et cela contribue à la normalisation du comportement. Ainsi, tel qu'explicité plus haut, l'exposition à la norme culturelle pendant l'enfance et l'adolescence semble être liée de façon directement proportionnelle le niveau de confort à renseigner les femmes enceintes non seulement des avantages de l'allaitement mais aussi des RNA : les infirmières nées dans une culture d'allaitement semblent davantage confortables et celles nées dans une culture de biberon semblent plutôt inconfortables. Par ailleurs, la culture influence fortement les attitudes des mères par rapport à l'allaitement.¹ De plus, la culture d'origine influence les croyances et attitudes des futurs professionnels (étudiants).⁷³ Mais qu'en est-il de l'influence de la culture sur les croyances et attitudes profondes des professionnels de la santé, qui ont par conséquent terminé leur cursus académique, ont fort probablement suivi des formations en cours d'emploi et comptent plus ou moins d'expérience clinique en allaitement? Très peu de participantes sont nées au sein d'une culture classée « d'allaitement » selon les critères établis dans la présente étude. Or, il est intéressant de regarder de plus près le profil de l'une d'entre elles. Cette infirmière provient de la Chine, où l'initiation de l'allaitement se chiffre à 93% (Annexe 6). Elle a parlé des mères de son pays d'origine en ces termes : « Tu as ton enfant, tu allaites, puis un point final ». Lors d'une présentation à des étudiants sur l'importance de l'allaitement, un étudiant algérien a réagi à la

question : « Pourquoi est-il important d'allaiter? », en posant la question suivante : « Mais, en fait, pourquoi les femmes n'allaiteraient-elles *pas*? » Ce qui démontre bien où se situe la norme d'alimentation infantile pour une personne issue d'une telle culture d'allaitement. Ainsi, pour ces personnes, il n'y a pas lieu de se questionner à propos des différents modes possibles d'alimentation infantile (et encore moins d'assister à des rencontres préparatoires pour se faire convaincre d'allaiter!). Sur la base d'une métaphore telle que « allaiter, c'est comme respirer », il est légitime d'inférer que le fait de provenir d'une culture d'allaitement engendre des croyances fortes sur l'importance d'allaiter. Ce lien a été examiné dans les données. Cependant, la dite infirmière d'origine chinoise n'a pas la conviction profonde que l'allaitement est significativement supérieur aux PCN. Aussi, aucun lien n'a été trouvé dans les données de la présente étude entre la culture et les attitudes et croyances profondes chez les professionnelles. Des facteurs pourraient expliquer cette absence de lien. En effet, l'indicateur objectif de prévalence d'initiation de l'allaitement ne permet pas de nuancer les différents types de cultures d'allaitement. En décrivant sa culture d'origine, l'infirmière chinoise a rajouté : « parce qu'ils [...] n'ont pas de moyens pour acheter du lait. » Ceci reflète donc que, dans certains contextes, l'allaitement est tributaire du statut socioéconomique : les femmes moins fortunées sont « contraintes » à allaiter, et les plus fortunées ont le choix de s'offrir l'alimentation artificielle. C'est d'ailleurs ce qui est ressorti d'un rapport publié par Santé Canada (1997) : « Dans les régions rurales de la Chine continentale et à Taiwan, les nourrissons sont généralement nourris au sein, parce que les préparations pour nourrissons sont difficiles à obtenir et qu'elles coûtent très cher. Toutefois, dans les zones urbaines et à Hong Kong, l'alimentation au biberon est la méthode la plus répandue. »¹⁰⁸ Cette situation a d'ailleurs été décrite par une infirmière d'un des groupes *focus*, née et ayant enfanté en Haïti, où l'initiation d'allaitement est de 96% (Annexe 6). Elle a exprimé qu'elle appartenait à une classe favorisée et que très peu de femmes de son entourage allaitaient, incluant elle. Ainsi, une typologie de cultures d'allaitement pourrait être créée, pour nuancer le simple indicateur de la prévalence nationale de l'allaitement. Des recherches futures pourraient être éclairantes à ce sujet. Ceci permettrait de comprendre les facteurs permettant d'assurer une durabilité à une culture d'allaitement émergente, telle que nous la connaissons au Québec. Il serait par ailleurs intéressant d'observer comment les infirmières issues de différents types de cultures d'allaitement font la promotion de l'allaitement, quelles attitudes elles ont, quels mots et arguments elles choisissent, et quelle est la réaction des femmes face à leurs différents degrés de conviction par rapport à l'allaitement. Toutefois, les résultats de la présente étude semblent indiquer que plus une infirmière a suivi de formations récentes en allaitement, plus l'influence de la culture d'origine sur les croyances profondes serait amoindrie, du moins en ce qui concerne les cultures de biberon. Il aurait été intéressant de pouvoir approfondir cet aspect avec une

plus grande diversification des sujets à l'étude, c'est-à-dire que l'échantillon soit composé davantage d'infirmières provenant de pays où l'allaitement est la norme sociétale.

L'expérience personnelle d'allaitement

Une des présuppositions importantes de cette étude était de vérifier si les expériences personnelles d'allaitement des infirmières de santé communautaire ont un impact sur leurs pratiques de promotion de l'allaitement. Certaines d'entre elles ont vécu des expériences positives, d'autres négatives, d'autres ont d'abord vécu des difficultés mais les ont surmontées et ont par la suite vécu une expérience positive. Aucune infirmière qui a participé aux entrevues individuelles n'a décidé de ne pas allaiter ses enfants. Le nombre élevé d'infirmières ayant tenté l'allaitement mais ayant eu des difficultés reflète possiblement une attitude apparente favorable à l'allaitement, mais reflète aussi surtout qu'elles ont tenté l'allaitement à une période où la culture était principalement axée sur le biberon ; elles n'ont pas eu tout le soutien nécessaire pour réussir leur allaitement, et c'est d'ailleurs ce que certaines d'entre elles ont clairement exprimé. Selon l'analyse des données empiriques, l'expérience personnelle d'allaitement n'est pas reliée aux attitudes et croyances profondes quant à l'allaitement. Cependant, cela semble être en lien avec le niveau de confort à renseigner les futures mères sur les RNA. De plus, tout comme l'a conclu Nelson,⁷⁷ la qualité de l'expérience personnelle influence l'intensité à laquelle une infirmière encourage (« pousse ») l'allaitement ou non. En effet, les participantes qui ont eu un vécu négatif ou une expérience initiale négative n'ont pas tendance à « pousser » l'allaitement auprès de leur clientèle. Il semble donc que l'expérience personnelle influencerait en quelque sorte la confiance des infirmières dans la capacité des femmes à allaiter avec succès et facilité. Elles seraient réticentes à encourager l'allaitement avec confiance et enthousiasme, craignant que les mères vivent des difficultés tout comme elles, et qu'elles n'arriveraient pas à les soutenir à surmonter ces difficultés. Afin de minimiser l'impact négatif de l'expérience personnelle difficile, il serait intéressant que les infirmières qui ont déjà des enfants prennent conscience de leurs biais personnels et tentent de se dissocier de ces influences négatives. Par ailleurs, il serait intéressant de s'assurer que les professionnels de la santé aient un soutien adéquat pour leurs allaitements à venir.

Les connaissances sur l'importance de l'allaitement exclusif et prolongé, ainsi que du rationnel des exigences de la Condition 3 de l'IAB, et les croyances et attitudes profondes quant à l'importance de l'allaitement

Les résultats de la présente recherche démontrent que les participantes ont toutes une attitude explicite positive en faveur de l'allaitement. Cependant, malgré une prise de position de plusieurs

organismes de renom, telle l'OMS, l'UNICEF, le MSSS, l'OIIQ et autres, plusieurs infirmières n'ont pas la connaissance et la conviction profonde relativement à l'importance de l'allaitement pour la santé et la vie des enfants et des mères : plusieurs d'entre elles croient à une relative équivalence entre l'allaitement et l'alimentation artificielle. Cette conclusion est exactement la même que celle précédemment trouvée par Brodribb chez les médecins australiens.⁷⁰ Qui plus est, certaines infirmières prétendent que les enfants ne meurent pas du non-allaitement. Or, certaines pathologies, dont la prévalence est augmentée par l'absence d'allaitement,¹² peuvent être mortelles. De plus, selon une analyse récente,¹⁰⁹ si 90% des familles étasuniennes allaitaient exclusivement jusqu'à six mois (plutôt que les 12% qui allaitaient exclusivement jusqu'à 6 mois en 2005), les États-Unis épargneraient 13 milliards de dollars chaque année en coûts de soins de santé, et 911 décès seraient évités. Dans une entrevue, un des auteurs de cette étude a affirmé que l'allaitement est parfois considéré comme un choix de style de vie, or elle est plutôt d'avis que cela est une préoccupation de santé publique. Ainsi, avec de telles croyances de la part des intervenants qui ont le mandat de promouvoir l'allaitement, l'alimentation artificielle risque d'être banalisée. Il est donc possible que les mères reçoivent un double message quant à l'importance de l'allaitement. C'est d'ailleurs un des aspects qui est ressorti lors de la plénière « Devenir « Amis des bébés » à Montréal, rêve ou réalité? », qui a eu lieu lors de la Semaine mondiale en allaitement maternel 2010.¹¹⁰ Dans le même ordre d'idée, les infirmières ont un inconfort avec le concept de RNA. Elles préfèrent parler des « avantages » de l'allaitement. Leurs commentaires laissent présager qu'elles ne saisissent pas les raisons pour lesquelles l'OMS / UNICEF ont inclut cette exigence de l'IAB permettant de favoriser la décision éclairée. Certaines d'entre elles voient cette exigence comme « des infos que c'est dicté qu'on doit dire », comme une liste rigide à réciter aux femmes, sans en comprendre le rationnel, l'esprit ni même la façon de la présenter. Toutefois, les résultats de la présente étude démontrent que plus l'infirmière a suivi de la formation récente, plus elle a des croyances profondes positives en faveur de l'allaitement. Il est probable que les infirmières qui ont suivi de la formation au-delà du nombre d'heures minimal requis par l'IAB soient davantage intéressées par l'allaitement que les autres. Et ceci s'expliquerait aussi logiquement par une augmentation de connaissances sur l'allaitement et probablement sur l'importance de l'allaitement et les RNA. D'ailleurs, selon Brodribb (2008),⁶⁷ il existe une forte corrélation entre les connaissances et les attitudes. Selon Patton,⁶¹ plus une infirmière a de connaissances en allaitement, plus elle est encline à encourager les femmes à allaiter. Ceci est intéressant, puisque offrir des formations est une stratégie relativement simple à mettre en œuvre afin de favoriser une meilleure implantation de la Condition 3 de l'IAB. On peut donc se poser la question suivante : est-ce que le

nombre de 20 heures de formation de base de l’OMS / UNICEF est un minimum suffisant en pays industrialisé dans le contexte d’une culture de biberon?

Les habiletés cliniques pour soutenir adéquatement les mères dans l’initiation et la poursuite de leur allaitement vs l’utilisation fréquente des PCN en postnatal immédiat en cas de problèmes d’allaitement

En expliquant pourquoi elles ne veulent pas parler des RNA aux femmes enceintes, les infirmières de l’un des groupes ont spontanément affirmé qu’elles recommandent fréquemment aux mères d’administrer des PCN à leur nourrisson et ce, pour toutes sortes de raisons reliées à des problèmes d’allaitement. Puisque selon l’OMS / UNICEF, il est rare que l’on doive recourir aux substituts du lait maternel, les raisons pour lesquelles ces infirmières utilisent si souvent les PCN ne sont probablement pas justifiées selon les critères de l’IAB. Or, les réactions ont été différentes au sein d’un autre groupe, où les infirmières ont plutôt témoigné qu’elles recommandent rarement que les mères utilisent les PCN en cas de problème, car elles constatent que cette pratique a des effets délétères sur le succès de l’allaitement et sur la confiance des mères à allaiter. Fait à noter : une caractéristique qui distingue le premier groupe du deuxième est que l’équipe ne comporte aucune consultante en allaitement. Ainsi, une hypothèse pour expliquer cet état de chose pourrait fort probablement être que ces infirmières manquent de connaissances, d’habiletés et de confiance pour soutenir adéquatement les mères dans leur allaitement, et qu’elles n’ont pas les ressources à même leur CSSS pour rehausser leur bagage clinique. Elles doivent donc s’appuyer sur l’alimentation artificielle pour que les bébés ne soient pas en danger lorsque les mères vivent des défis d’allaitement. Une solution à ce problème serait d’évaluer le niveau d’expertise des infirmières dans le soutien à l’allaitement et de déterminer quels seraient leurs besoins en formation théorique et clinique. Ainsi, renforcer les compétences des infirmières pour le soutien à l’allaitement leur permettrait de voir des femmes qui allaitent avec succès, ce qui augmenterait leur confiance dans le processus de l’allaitement. Tout comme l’ont aussi conclu Daneault et al.,⁸² ceci permettrait subséquemment d’augmenter leur niveau de confort à informer les femmes enceintes des RNA et ainsi d’améliorer la promotion de l’allaitement.

La crainte de susciter de la culpabilité

À l’instar des études de Brodribb⁷⁰ et de Finneran,⁷⁹ une des raisons évoquées par plusieurs participantes quant au fait qu’elles ne veulent pas promouvoir l’allaitement en abordant les RNA, est qu’elles appréhendent que les mères se sentent coupables dans l’éventualité où elles devraient utiliser les PCN, où elles ne réussiraient pas leur allaitement ou encore où elles décideraient de ne

pas allaiter. Elles ne veulent pas que les mères se sentent jugées si elles prennent une décision contraire à la recommandation professionnelle. Ces infirmières ont par conséquent tendance à ne pas encourager l'allaitement avec conviction. Une infirmière l'a d'ailleurs exprimé ainsi : « Ça m'arrive très rarement [d'avoir peur de susciter la culpabilité] parce que je suis pas une personne qui va pousser l'allaitement alors... » De plus, les infirmières interviewées disent respecter la décision des mères de ne pas allaiter. Or, très peu d'infirmières ont discuté de la culpabilité dans la perspective où l'allaitement est la norme. En effet, seulement une minorité d'entre elles ont dit explorer si les mères sont à l'aise avec leur décision de ne pas allaiter, afin de s'assurer qu'elles ne vivent pas de culpabilité en lien avec cette décision. En réalité, qui vit de la culpabilité? Selon le Dr Jack Newman, pédiatre spécialisé en allaitement, les mères qui prennent la décision éclairée d'opter pour l'alimentation artificielle ne se sentent pas coupables ; ce sont les mères qui voulaient allaiter, celles qui ont essayé mais qui n'ont pas été capables d'allaiter, qui ressentent de la culpabilité.⁸¹ De plus, les vraies raisons sous-jacentes à la réticence des infirmières à informer les mères des RNA seraient reliées aux professionnelles elles-mêmes et non aux femmes enceintes. Ainsi, selon la Dre Myriam Labbok, en retenant de l'information nécessaire pour permettre une décision éclairée, certains intervenants pourraient inconsciemment se justifier leur propre culpabilité d'avoir donné des PCN à leurs enfants.³⁷ En outre, tout comme l'a écrit le Dr Newman, elle avance que cela pourrait être en lien avec un manque de connaissances et d'habiletés nécessaires pour soutenir adéquatement les mères qui allaitent. Cela leur permettrait de ne pas se sentir coupables de leur incapacité inavouée à soutenir les mères pour qu'elles puissent allaiter avec succès. Dr Newman est d'avis que toutes les femmes enceintes et leurs familles doivent connaître les RNA, et doivent être encouragées à allaiter. Elles doivent aussi recevoir le meilleur soutien possible par un professionnel qualifié pour initier leur allaitement. Éviter de favoriser la décision éclairée n'est selon lui pas la bonne option. La solution est, selon ces deux experts, que ces professionnels augmentent leurs connaissances et habiletés à soutenir les mères qui allaitent, et qu'ils réfèrent les mères à une ressource plus compétente lorsque nécessaire, plutôt que de se fier sur la disponibilité des PCN. Ainsi, en plus d'améliorer le soutien de l'allaitement, cela contribuera à améliorer la promotion de l'allaitement pendant la période prénatale.

Les habiletés cliniques à communiquer les messages de santé publique

Tel que rapporté précédemment, plusieurs infirmières utilisent des questions fermées pour connaître l'intention d'allaiter des femmes enceintes. Ainsi, lorsque la mère répond « non », l'infirmière perçoit alors une fermeture, devient mal à l'aise et ne sait plus comment transmettre son message. De plus, il ne serait pas surprenant que la personnalisation des RNA contribue à rendre les

infirmières et les mères inconfortables, et que cela renforce inconsciemment chez les premières la crainte de susciter la culpabilité, puisque cette façon de faire est plutôt accusatrice. Il serait préférable que les infirmières prennent conscience de la façon dont elles communiquent, et utilisent des questions ouvertes telles que proposées par l’OMS / UNICEF pour initier le dialogue sur l’allaitement. De plus, elles devraient avoir un discours neutre en émotivité, en relatant le processus physiologique et normal de l’allaitement, et en évoquant les évidences scientifiques populationnelles relativement à la morbidité et la mortalité qui découlent du non-allaitement. Ceci serait nettement préférable à la tendance actuelle où elles parlent, d’une part, de l’allaitement comme ayant des « avantages », ce qui sous-entend que la norme est l’alimentation artificielle, et d’autre part, des RNA à l’échelle individuelle (lorsqu’elles en parlent).

La perception du rôle de l’infirmière dans la promotion de l’allaitement

En plus de ce qui a été énoncé plus haut dans la section traitant des résultats, le discours des infirmières laisse présager que la perception du rôle de l’infirmière dans la promotion de l’allaitement pourrait aussi être en lien avec la crainte d’entraver l’établissement de la relation de confiance et la crainte de susciter la culpabilité. Par ailleurs, cette variable est reliée au nombre d’heures de formation récente. Ainsi, si les infirmières manquent de connaissances, ont des croyances faibles par rapport à l’allaitement et n’ont pas confiance dans leurs habiletés à soutenir les mères lorsqu’elles vivent des défis d’allaitement, en plus de ne pas se sentir à l’aise dans leur façon de passer les messages de santé publique, il est fort probable qu’elles aient des craintes quant à leur relation avec leurs clientes et qu’elles ne veuillent donc pas trop « pousser » l’allaitement. Il est vraisemblable que d’améliorer les connaissances et habiletés cliniques aiderait grandement dans ce domaine. De plus, la prise de conscience et l’amélioration dans la façon de passer les messages de santé publique aideraient les infirmières à favoriser la décision éclairée, en préservant l’autonomie des femmes.

En définitive, bien que les variables dépendantes de la présente recherche étaient plus précises que celles retrouvées dans la littérature (niveau de confort à informer les mères sur les RNA ainsi que sur la recommandation de poursuivre l’allaitement jusqu’à deux ans ou au-delà vs promotion de l’allaitement au sens plus large), plusieurs résultats de la présente recherche vont dans le même sens que les résultats des études scientifiques recensées dans le cadre théorique.^{56, 60, 61, 63, 64, 70, 73, 74, 76, 77, 79, 82}

En effet, par exemple, le type d’expérience personnelle d’allaitement (positive ou négative) influence proportionnellement le niveau de confort à parler des RNA / de la promotion de

l'allaitement.⁶¹ Par ailleurs, dans la présente étude, le nombre d'heures de formation dans les cinq dernières années a été utilisé comme proxy pour les connaissances en allaitement. Un lien a été trouvé entre le nombre d'heures de formation récente et le niveau de confort à parler des RNA, tout comme un lien proportionnel existe dans la théorie entre les connaissances et la promotion de l'allaitement.^{61, 63} De plus, aucun résultat n'est incompatible avec la recension des écrits. Ainsi, cette correspondance des *patterns* prédits et empiriques soutient ou encore conforte la validité interne de l'étude.

Cette recherche se distingue des études recensées puisqu'elle a eu lieu dans des secteurs de forte densité de défavorisation, où en plus de faire face à des stress importants, la population a la plus faible prévalence d'allaitement. Les infirmières y sont donc davantage confrontées à de la résistance de différents ordres, ou du moins à un décalage au niveau des croyances de la part de la clientèle quant à la valeur de l'allaitement, lorsqu'elles tentent d'en faire la promotion. En outre, le concept de « promotion de l'allaitement » a été détaillé en ses composantes, tel qu'attendu par l'OMS / UNICEF dans la Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés pour permettre la décision éclairée : informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement, des RNA, et des recommandations mondiales de durée d'allaitement, soit l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Ce sont les RNA et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà qui ont été retenus dans l'analyse, puisque ce sont les deux éléments qui sont les moins bien implantés dans les CLSC de Montréal.⁸⁷

Les limites de l'étude

Le projet a eu un très bon accueil de la part des gestionnaires des établissements. Or un nombre limité d'infirmières (12) a participé aux entrevues individuelles. Cela pourrait être dû au fait que le bassin exact d'infirmières correspondant au profil recherché serait relativement faible. En effet, il est estimé qu'environ seulement le tiers de la clientèle est vue en prénatal en CLSC : les actions des infirmières portent principalement sur le soutien postnatal et ce ne sont pas l'ensemble des infirmières qui ont comme mandat d'intervenir auprès des femmes enceintes. De plus, il est possible que des infirmières étaient débordées (dû notamment à l'augmentation des naissances) et manquaient donc de temps, qu'elles ne voulaient pas s'exprimer sur ces sujets et ce, malgré les mesures prises pour assurer l'anonymat des discours, qu'elles étaient en congé de maladie ou tout simplement qu'elles n'étaient pas intéressées à participer à l'étude. De plus, le projet a été présenté par les gestionnaires; il est possible que davantage d'infirmières auraient participé si l'étude avait été présentée par l'étudiante chercheuse. Par ailleurs, tout comme dans la portion qualitative de

l'étude de Brodribb,⁷⁰ étant donné que les infirmières interviewées sont celles qui ont été volontaires à participer à l'étude, il est probable qu'elles aient une attitude plus positive face à l'allaitement que les non volontaires. Cependant, les résultats variés au niveau des attitudes profondes des participantes, le grand nombre de participantes lors des groupes *focus* (36) ainsi que la validation des résultats par les deux infirmières expertes en allaitement permet de donner confiance que les conclusions de la présente recherche représentent bien le vécu des infirmières de santé communautaire travaillant en milieu défavorisé. En ce qui a trait au déroulement de l'étude, des délais imprévus de transmission des fichiers audios pour la retranscription des discours ont fait en sorte qu'il n'a pas été possible de procéder de façon itérative, et de constater s'il y avait atteinte de la saturation. Cependant, la tenue des groupes *focus* a permis de poursuivre la collecte des données. Peu de nouvelles données ont émergé de ces entrevues, et la saturation a été confirmée après la tenue du troisième groupe *focus*. En outre, tel que représenté au Tableau III, très peu d'infirmières sont nées dans une culture d'allaitement. Il va donc de soi que l'échantillon d'infirmières pour les entrevues individuelles ne compte qu'une infirmière née dans un pays où la prévalence de l'allaitement est d'au moins 93%. Il aurait été intéressant d'en compter davantage, afin de mieux étayer les conclusions quant au lien entre la culture d'origine, les attitudes profondes et les pratiques professionnelles. Par ailleurs, aucune infirmière qui a des enfants mais qui ne les a pas allaités n'a été volontaire à participer aux entrevues individuelles, et une seule a fait partie des groupes de discussion. Cela restreint donc la possibilité de tirer des conclusions quant à la décision personnelle d'allaiter ou non vs les pratiques professionnelles. Mais cela dénote qu'il y a fort probablement très peu d'infirmières de CLSC qui n'ont pas allaité, et que ce groupe de professionnelles est généralement favorable à l'allaitement, ce qui est très positif pour la pratique. Enfin, les entrevues individuelles ont été menées par une intervieweuse externe, ayant une expérience relative. Elle a parfois posé des questions doubles, ce qui a rendu l'analyse plus difficile. Par exemple, au sein de la même question, elle a tenté d'explorer le niveau de confort des infirmières à parler des avantages de l'allaitement *et* des RNA. Étant donné les délais de transmission des fichiers et donc un retard dans la possibilité d'analyser les données, cette situation n'a pas pu être rectifiée. Or, cette ambiguïté a pu être résolue lors des groupes *focus*, où l'étudiante chercheuse a pu valider sa compréhension des résultats obtenus dans la portion individuelle.

Implications

Ce qui ressort principalement de l'étude est que les infirmières semblent manquer de connaissances sur l'importance de l'allaitement, sur sa supériorité par rapport à l'alimentation artificielle c'est-à-dire en tant que norme d'alimentation infantile, sur les RNA, sur les raisons pour lesquelles les critères de l'IAB ont été élaborés afin de favoriser la décision éclairée quant à l'alimentation infantile, et probablement sur l'importance de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. De plus, il semble que les infirmières n'aient pas les habiletés optimales pour soutenir les mères dans le démarrage et la poursuite de leur allaitement. Des formations appropriées, adaptées aux besoins d'apprentissage des infirmières, pourraient grandement contribuer à l'amélioration de leurs attitudes, connaissances et habiletés cliniques. Ainsi, les infirmières auront davantage confiance dans leur capacité à promouvoir l'allaitement en prénatal ainsi qu'à soutenir les mères en postnatal. Par ailleurs, les infirmières bénéficieraient d'approfondir leurs habiletés de communication des messages de santé publique, en posant un regard critique sur leurs pratiques, et en assistant à des formations appropriées. Ainsi, sur la base des résultats de la présente étude, les formations devraient porter sur les différences de composition entre le lait maternel et les préparations commerciales pour nourrissons, sur l'approfondissement de l'impact du non-allaitement sur la santé des enfants et des mères (court et long terme), sur le rationnel sur lequel s'appuie la recommandation de l'OMS / UNICEF contenue dans la Condition 3 de l'IAB, sur l'optimisation des habiletés cliniques pour soutenir adéquatement les mères dans le démarrage et le maintien de leur allaitement, sur les techniques pour soutenir les mères dans les défis courants qu'elles peuvent vivre pendant leur allaitement et sur les différentes techniques de relation d'aide et de communication afin de faire la promotion des messages de santé publique, comme par exemple l'entretien motivationnel. Cette recherche a porté sur les infirmières travaillant en santé communautaire, toutefois, ces recommandations de formation en regard de l'allaitement seraient aussi bénéfiques pour l'ensemble des professionnels de la santé impliqués en périnatalité (médecins, sages-femmes, etc.) qui oeuvrent dans les différents lieux de pratique.

Par ailleurs, il pourrait aussi être intéressant que chaque équipe qui travaille auprès des futurs et nouveaux parents puisse avoir accès à au moins une consultante en allaitement (IBCLC). Cela permettrait aux infirmières de première ligne de pouvoir consulter une professionnelle plus qualifiée, afin de pouvoir résoudre les problèmes d'allaitement que certaines mères peuvent rencontrer, au lieu de se fier sur la disponibilité des PCN.

Finalement, il serait primordial que les infirmières prennent conscience de leur biais personnels, afin d'en réduire le plus possible les impacts négatifs sur leur pratique professionnelle.

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer le niveau de confort d'un ensemble d'infirmières travaillant en milieu défavorisé pour informer les femmes enceintes de l'importance de l'allaitement, et particulièrement des risques du non-allaitement et de la recommandation de poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Cela a aussi permis de connaître quels sont les facteurs personnels et professionnels qui facilitent ou nuisent à ce niveau de confort. De ceci découle qu'il serait important de s'assurer que toutes les infirmières aient minimalement suivi la formation de base de l'OMS / UNICEF mise à jour (2008).¹⁰⁵ De plus, des formations complémentaires, idéalement selon leurs besoins individuels ou d'équipe, pourraient leur être offertes afin de leur permettre de progresser dans leurs connaissances, croyances et habiletés cliniques en lien avec l'allaitement et la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés. À ce sujet, il serait à propos d'étudier quel serait le nombre d'heures de formation de base minimal optimal, ainsi que son contenu, pour les professionnels de la santé travaillant en pays industrialisé dans le contexte d'une culture de biberon / culture d'allaitement émergente.

D'éventuelles recherches pourraient porter sur les aspects des différents types de cultures des professionnels de la santé en relation avec l'alimentation infantile, et de leur influence sur les attitudes et pratiques de ces derniers au regard de l'allaitement. Des observations permettant des comparaisons et contrastes des attitudes, comportements, choix des mots et arguments utilisés par les professionnels issus des divers modèles de cultures, ainsi que le degré de réceptivité des femmes y correspondant, pourraient également être grandement éclairants. Par ailleurs, l'analyse des facteurs assurant la durabilité de la prévalence et des croyances profondes en lien avec l'allaitement maternel que l'on retrouve au sein des cultures d'allaitement, pouvant être « importés » dans les cultures d'allaitement émergentes, pourrait être extrêmement pertinente.

Par ailleurs, il serait intéressant d'employer la Théorie de l'efficacité personnelle de Bandura³⁹ auprès de l'ensemble des professionnels qui travaillent avec les femmes enceintes, les mères qui allaitent et les enfants allaités, afin de les aider à cheminer dans leur approche de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement. Pour ce faire, il serait pertinent d'étudier plus en profondeur les connaissances de ceux-ci par rapport à l'importance de l'allaitement en comparaison avec l'alimentation artificielle ainsi que par rapport aux risques du non-allaitement, de même que leur niveau de conviction quant à l'allaitement en tant que norme d'alimentation infantile. Par la même occasion, la recherche pourrait porter sur leur niveau de confiance dans la capacité des femmes à allaiter (incluant leur propre capacité à allaiter), ainsi que leur niveau de confiance à promouvoir et

soutenir l'allaitement, sans oublier leur niveau de compétence clinique pour évaluer l'allaitement et aider les mères à résoudre leurs problèmes d'allaitement.

Enfin, il pourrait être pertinent d'investiguer davantage les défis rencontrés par les intervenants qui travaillent en milieu défavorisé. En effet, les infirmières de la présente étude ont notamment mentionné rencontrer des femmes au lourd bagage relationnel, ayant possiblement vécu de l'abus ou de la négligence. Les infirmières ne semblent pour la plupart pas confortables avec ces situations et n'osent pas toutes explorer ces aspects, pour ne pas ouvrir de « boîte de Pandore ». Ainsi, une étude qualitative pourrait leur permettre de creuser cette spécificité davantage et permettre de mieux apprécier ce qu'il en est, afin de pouvoir proposer des stratégies adaptées.

Annexes

Annexe 1

TABLEAU A-I **Composition du lait maternel vs des préparations commerciales pour nourrissons**

Ingrédients	Lait maternel	Préparations commerciales pour nourrissons
Eau	✓	✓
Protéines	✓	✓
Glucides	✓	✓
Lipides	✓	✓
Vitamines	✓	✓
Minéraux	✓	✓
Enzymes actifs	✓	
Hormones	✓	
Facteurs de croissance	✓	
Facteurs antibactériens	✓	
Facteurs antiviraux	✓	
Facteurs antiparasitaires	✓	

Réf. : Doré N, Le Hénaff D. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères. Institut national de santé publique du Québec., 2009. 656 pages.

Annexe 2

FIGURE A-1 Prévalence (%) de l'allaitement au Québec (2005)

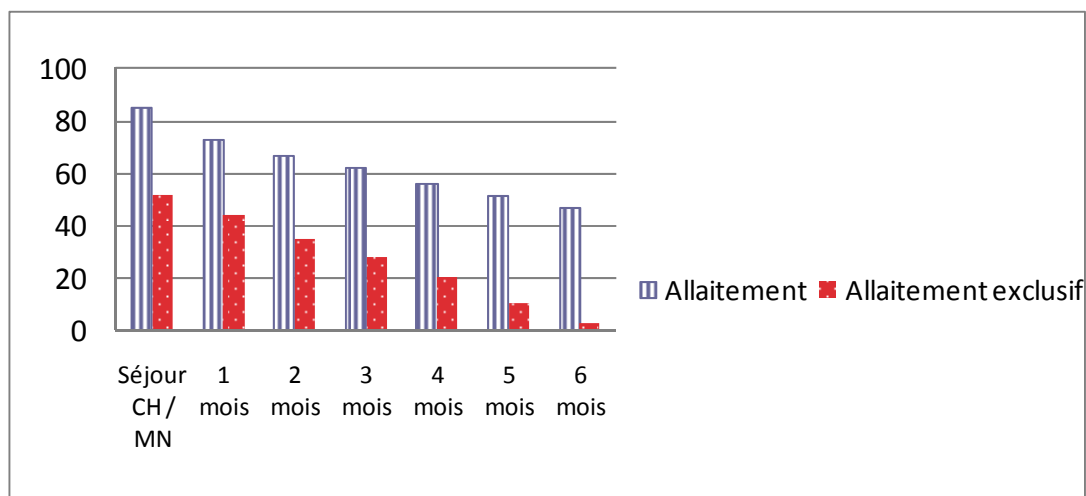
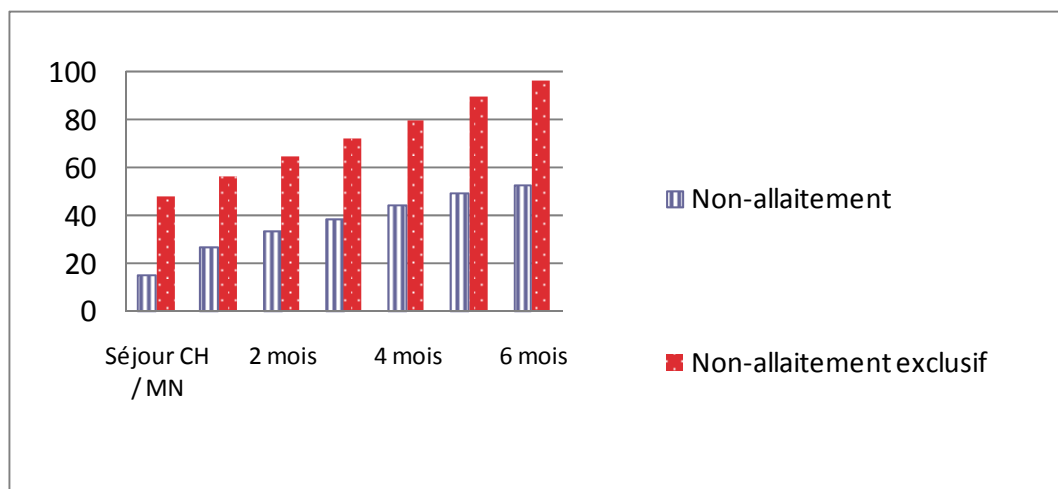


FIGURE A-2 Prévalence (%) du non-allaitement au Québec (2005)



Réf. : Neill G, Beauvais B, Plante N, Haiek LN. Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006. Québec, Institut de la statistique du Québec, 92 pages.

Annexe 3

Définitions des termes

Croyance

Office québécois de la langue française

Récupéré le 7 avril 2009 de http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp

Définition :

Assentiment à un jugement, bien qu'il soit fondé sur de simples motifs individuels ou sur un principe dont la valeur logique n'est pas universellement reconnue.

« Hypothèse durable ou conviction concernant les référents sociaux, les buts de la vie, les moyens d'atteindre les buts, les classes de comportements humains » (Kerlinger).

Note(s) :

La croyance est une attitude psychologique tandis que la certitude trouve sa justification dans des critères d'évidence logique.

Les croyances sont, soit circonstancielles, c'est-à-dire relatives à la forme, à la situation dans l'espace et dans le temps, à l'accessibilité, soit évaluatives, c'est-à-dire relatives à ce qui est bon, mauvais, attirant, désirable. Distinguer de la certitude et du savoir.

Attitude

Office québécois de la langue française

Récupéré le 2 février 2011 de

http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index800_1.asp

Définition :

Disposition d'esprit (favorable ou défavorable) à l'égard d'une entreprise, d'un produit, d'un service ou d'une marque, qui résulte de l'ensemble des composantes affectives (émotions), cognitives (croyances) et conatives (comportements).

Valeur

Office québécois de la langue française

Récupéré le 7 avril 2009 de http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp

Définition :

Degré d'estimation d'une chose ou d'une qualité, apprécié subjectivement, soit d'après son utilité directe ou ses possibilités d'échange, soit à raison de son prestige relevant du jugement de l'individu ou du milieu social.

Culture

Traduction libre de Leininger, 1985 dans Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Jones and Bartlett publishers. 2005; 3e édition, p. 713.

Définition :

Les valeurs, croyances, normes et pratiques d'un groupe particulier, qui sont apprises et partagées, et qui guident la pensée, les décisions et les actions d'une manière prévisible.

Culture d'allaitement

Aucune définition du concept de « culture d'allaitement » n'a été trouvée dans la littérature. Cependant, à la lumière des différents écrits, ce concept pourrait être défini ainsi.

Définition :

Culture dans laquelle l'allaitement est la norme d'alimentation infantile, et où la majorité des mères initient l'allaitement et le poursuivent pour une période prolongée. Dans cette culture, les femmes ne se questionnent pas à savoir si elles vont allaiter⁷, l'allaitement est la suite naturelle de l'accouchement. Les femmes ont pu observer d'autres mères allaiter depuis leur enfance⁸⁸; elles ont confiance en leur capacité à allaiter⁸⁸, et ont confiance qu'elles auront du soutien dans leur entourage¹.

En opposition, dans les cultures où la promotion des préparations commerciales pour nourrissons est omniprésente, les femmes perçoivent qu'elles doivent prendre une décision quant au mode d'alimentation pour leur nourrisson⁷. Elles ont eu peu ou pas d'exposition à l'allaitement avant de devenir mères et manquent de modèles⁸⁸. Elles ont de plus un manque au niveau des réseaux de soutien en allaitement⁸⁸.

Sur la base des statistiques en allaitement, les cultures suivantes pourraient être catégorisées comme des « cultures d'allaitement » :

- Ghana : 98% des mères initient l'allaitement, et la durée médiane de l'allaitement est autour de 2 ans⁸⁹;
- Suède : 98% des mères initient l'allaitement⁸⁹;
- Australie : Scott et autres⁹⁰ considèrent qu'une prévalence de 93,8% d'allaitement au congé du lieu de naissance équivaut à une initiation de l'allaitement qui s'approche de l'universalité. Il est intéressant de noter que ces chercheurs remarquent une différence dans les déterminants de l'initiation de l'allaitement lorsque celle-ci est inférieure ou supérieure à 80%.

Annexe 4**TABLEAU A-II Résumé de la recension des écrits et cadre théorique sur la promotion de l'allaitement maternel****Question de recherche générale**

Pourquoi des infirmières de santé communautaire expriment-elles un malaise à promouvoir l'allaitement en prénatal, particulièrement en milieu défavorisé?

PROMOTION DE L'ALLAITEMENT par le professionnel de la santé		
Cadre théorique → ouvert		
	Facteurs favorables / facilitateurs	Facteurs défavorables / barrières
Expérience personnelle	<p><i>Une expérience personnelle d'allaitement avec succès (expérience positive) influence positivement la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une expérience personnelle d'allaitement (ou par l'épouse) est associée à une plus grande confiance dans leurs habiletés à promouvoir et à soutenir l'allaitement / influence les attitudes et les comportements de promotion de l'allaitement (Brodribb et al., 2008; Feldman-Winter et al., 2008; Schandler et al., 1999; Patton et al., 1996; Freed et al. 1995a,b) <p><i>Avoir grandi dans une culture où l'allaitement est la norme influence positivement la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exposition dans l'entourage à des mères qui ont allaité avec succès / à la culture où l'allaitement est la norme (<i>modeling</i> positif) influence positivement les attitudes et croyances des futurs professionnels (Cricco-Lizza, 2006) <p><i>Avoir une attitude positive face à l'allaitement favorise la promotion de l'allaitement</i></p>	<p><i>Une expérience personnelle de non-allaitement / d'allaitement difficile (expérience négative) / d'allaitement de courte durée risque d'influencer négativement la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une expérience personnelle d'avoir donné le biberon à son enfant peut engendrer une perception que la promotion de l'allaitement est menaçante (Barnett et al., 1995) • Une expérience courte ou négative d'allaitement peut affecter négativement les attitudes des professionnels face à l'allaitement; ceux-ci peuvent donner des conseils inadéquats ou dépassés aux mères, basés sur leurs propres expériences (Brodribb et al., 2008) • L'expérience personnelle négative peut entraver l'engagement à encourager (« pousser ») l'allaitement (Nelson, 2007) • Les biais personnels des infirmières entravent la promotion de l'allaitement (Patton et al., 1996) <p><i>Avoir grandi dans une culture où le biberon est la norme influence négativement la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exposition à des mères dans l'entourage qui ont allaité avec difficulté ou qui n'ont pas allaité / à la culture de PCN (<i>modeling</i> négatif) influence négativement les attitudes et croyances des futurs professionnels (Cricco-Lizza, 2006) <p><i>Avoir une attitude négative face à l'allaitement entrave la promotion de l'allaitement</i></p>

	Facteurs favorables / facilitants	Facteurs défavorables / barrières
Expérience professionnelle	<p><i>Avoir des connaissances à jour sur l'allaitement et sur son importance, ainsi que la croyance que l'allaitement est la norme d'alimentation infantile, favorisent la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ayant un niveau de scolarité plus élevé ont plus de connaissances en allaitement, ce qui influence leurs attitudes et comportements de promotion de l'allaitement (Patton et al., 1996) • Les infirmières ayant des attitudes positives et des connaissances sur à l'allaitement ont plus de succès à <i>soutenir</i> l'allaitement (Bernaix, 2000) <p><i>La croyance d'avoir les habiletés pour promouvoir l'allaitement et à favoriser la décision d'allaiter facilite la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La perception de contrôle sur les barrières perçues reliées à l'allaitement augmente l'intention de recommander l'allaitement (Daneault et al., 2004) • Plusieurs médecins croient qu'ils peuvent influencer la décision des mères en faveur de l'allaitement (Brodribb et al., 2010) <p><i>Promouvoir l'allaitement chez une mère qui est dans la phase de préparation (Prochaska) augmente la confiance du professionnel dans son rôle</i></p>	<p><i>Manquer de connaissances sur l'allaitement et sur son importance, ainsi que la croyance que le biberon est la norme d'alimentation infantile, entravent la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un manque de connaissances des infirmières entrave la promotion de l'allaitement (Patton et al., 1996) • Le manque de connaissances sur l'allaitement et son importance peut décourager les professionnels à recommander l'allaitement aux futurs parents, et laisser croire aux parents que l'allaitement n'est pas important pour la santé des enfants (Freed et al., 1995b) • Plusieurs infirmières et étudiants infirmiers ont la croyance que la décision d'allaiter ou de donner des PCN est un choix personnel (Nelson, 2007; Cricco-Lizza, 2006) <p><i>La crainte de susciter de la culpabilité chez la mère peut nuire à la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains professionnels ne font pas la promotion de l'allaitement pour ne pas faire sentir les mères coupables si elles ne réussissent pas leur allaitement (Finneran et al., 2004) ou si elles décident de ne pas allaiter (Brodribb et al., 2010) • Il est possible que les professionnels de la santé aient peur de faire sentir les mères qui donnent le biberon coupables ou inférieures en prônant les vertus du lait maternel (Beeken et al., 1992) • Lorsqu'une mère affirme qu'elle a l'intention de donner le biberon, des professionnels de la santé s'abstiennent souvent de lui parler de l'allaitement en se défendant qu'ils ne veulent pas la faire sentir coupable (Labbok, 2008; Newman, 1997; Lancet, 1994) <p><i>La perception du rôle dans la promotion de l'allaitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des professionnels pensent que la décision d'allaiter ou non est une question de libre choix personnel (Brodribb et al., 2010; Nelson, 2007; Cricco-Lizza, 2006) et ne « poussent » donc pas les mères à allaiter (Nelson, 2007) <p><i>Promouvoir l'allaitement chez une mère qui est dans la phase de pré-contemplation ou de contemplation (Prochaska) peut diminuer la confiance du professionnel dans son rôle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs professionnels disent recommander l'allaitement auprès des mères qui n'ont pas encore décidé du type d'alimentation infantile, mais peu d'entre eux prônent l'allaitement aux mères qui ont décidé de donner le biberon (Lazzaro et al. 1995; Lancet 1994) <p><i>Le sentiment d'incompétence face à sa capacité à promouvoir l'allaitement et à favoriser la décision d'allaiter peut nuire à la promotion de l'allaitement</i></p> <p><i>La faible confiance en la capacité des mères défavorisées à allaiter peut nuire à la promotion de l'allaitement</i></p> <p><i>La crainte d'entraver l'établissement / maintien de la relation de confiance avec la mère peut nuire à la promotion de l'allaitement</i></p>

Annexe 5

Étapes du Marketing social

1. Objectifs de changement: promouvoir l'allaitement en prénatal
- 2. Analyse du public cible**
3. Analyse des contextes interne et externe
4. Établissement d'objectifs prioritaires
5. Choix des stratégies et tactiques
6. Suivi et évaluation
7. Mise en œuvre

Réf. : Lagarde F. Marketing social et santé publique. Atelier méthodologique de l'Institut national de santé publique du Québec. 2 et 3 octobre 2007.

Annexe 6**TABLEAU A-III Classification des pays en fonction de la prévalence de l'allaitement**

Les différents pays de naissance des infirmières ont été classifiés selon la définition de culture d'allaitement proposée dans cet ouvrage (Annexe 3), soit : « Culture dans laquelle l'allaitement est la norme d'alimentation infantile, et où la majorité des mères initient l'allaitement et le poursuivent pour une période prolongée. » Ainsi, la prévalence arbitraire d'initiation de 93% a été fixée comme seuil pour départir les pays où l'allaitement est la norme culturelle, de ceux qui sont en voie de l'être ou qui ont le biberon comme norme d'alimentation infantile. Les données utilisées pour ce faire ont été colligées sur le site web de La Leche League International. En dépit du fait que ces données datent de 1993 et non pas des années 1960-70-80, époque où ces infirmières étaient enfants ou adolescentes, il est fort probable que ces statistiques peuvent refléter adéquatement la norme culturelle de ces pays.

Continent / région	Statistiques d'initiation de l'allaitement (2003)	Commentaires
Europe	Variable selon les pays 50% (France) – 99% Norvège	
Amérique latine et Caraïbes	La majorité sont $\geq 95\%$ 90% (Belize) – 97% (Bolivie et Pérou) <i>Haïti : 96%</i>	La plupart de ces pays peuvent être considérés comme des cultures d'allaitement
Asie	La majorité sont $\geq 95\%$ 88% (Philippines) – 98% (Népal) <i>Chine : 93%</i>	La plupart de ces pays peuvent être considérés comme des cultures d'allaitement
Moyen-Orient et Afrique du Nord	La majorité sont $\geq 95\%$ 88% (Liban) – 99% (Oman) <i>Égypte : 95%</i>	La plupart de ces pays peuvent être considérés comme des cultures d'allaitement
Afrique subsaharienne	Tous sauf un sont $\geq 95\%$ 72% (Îles Maurice) – 100% (Côte d'Ivoire)	Tous ces pays sauf les îles Maurice peuvent être considérés comme des cultures d'allaitement
Amérique du Nord	70% (États-Unis) – 72% (Canada)	
Océanie	87% (Australie) – 93,8% (Nouvelle-Zélande)	

Source : <http://www.llli.org/cbi/bfstats03.html> récupéré le 28 janvier 2011

Annexe 7

Lettre remise aux infirmières éligibles à participer à l'étude pour les inviter à prendre part à la recherche

Le 29 juin 2010

Aux infirmières en santé communautaire travaillant auprès de femmes enceintes nées au Canada et issues de milieux défavorisés

Objet : Projet de recherche allaitement / Tout-petits - Jeunes

Bonjour,

À l'heure actuelle, selon les données de la Mesure de niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB), la troisième condition de l'IAB, soit « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique », est implantée de façon variable dans les CSSS de Montréal. De plus, lors de rencontres d'accompagnement dans l'implantation de l'IAB, des infirmières de santé communautaire ont témoigné un inconfort à faire la promotion de l'allaitement en prénatal, surtout dans les milieux « québécois » et défavorisés de la région. Ce sont d'ailleurs les mères défavorisées et nées au Canada qui allaitent le moins (ISQ 2006).

Afin de mieux comprendre ces malaises et ce, dans le but de mieux guider le soutien à l'implantation de la condition #3 de l'IAB, l'équipe Allaitement maternel du secteur Tout-petits - Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal met sur pied un projet de recherche exploratoire (qualitative). Cette étude est un projet de Maîtrise supervisé par Dre Louise Séguin du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

En tant qu'infirmière offrant des services de périnatalité à une clientèle francophone, née au Canada et défavorisée, nous vous sollicitons pour participer, sur vos heures de travail, à une entrevue en face à face enregistrée sur bande audio d'une durée d'environ une heure (il est prévu que cette rencontre se tiendra entre juin et décembre 2010), ainsi que pour la lecture de validation de votre verbatim dans les semaines suivantes (d'une durée estimée à une heure). Au moment de l'entrevue, vous devrez avoir reçu une formation de base en allaitement et travailler depuis au moins trois à six mois dans le

programme Enfance-Famille auprès d'une clientèle prénatale, pour être éligible à participer à cette étude. Aucun autre critère de sélection n'est exigé.

Un intervieweur externe au processus d'accompagnement à l'implantation de l'IAB sera engagé. L'entrevue se déroulera dans un local fermé sur le lieu du CLSC pour assurer la confidentialité. Les entrevues ne seront écoutées que par un transcripteur externe. Toutes les données recueillies seront anonymes pour les chercheurs ainsi que pour les membres du secteur Tout-petits - Jeunes.

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous êtes intéressée à participer à cette étude, veuillez lire attentivement le formulaire de consentement ci-joint. Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez communiquer directement avec l'intervieweur XXX au cours des deux prochaines semaines pour planifier le moment de l'entrevue. Avant de procéder à l'entrevue, vous aurez à signer le formulaire de consentement et à le remettre à l'intervieweur.

Pour toute question relative à cette recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Nous vous remercions pour l'attention portée à cette demande et comptons sur votre collaboration dans ce projet.

Marie-Hélène Doucet
Agente de planification, de programmation et de recherche
Étudiante chercheure, responsable du projet de recherche
Secteurs Tout-petits - Jeunes
Tél. : (514) 528-2400 poste 3381
Courriel : XXX

Annexe 8

Atlas santé - Caractéristiques populationnelles des 29 sites de CLSC de la région de Montréal

FIGURE A-3 Répartition de la proportion de la population de 15 ans et plus sans diplôme par rapport à la population totale de 15 ans et plus selon les CLSC

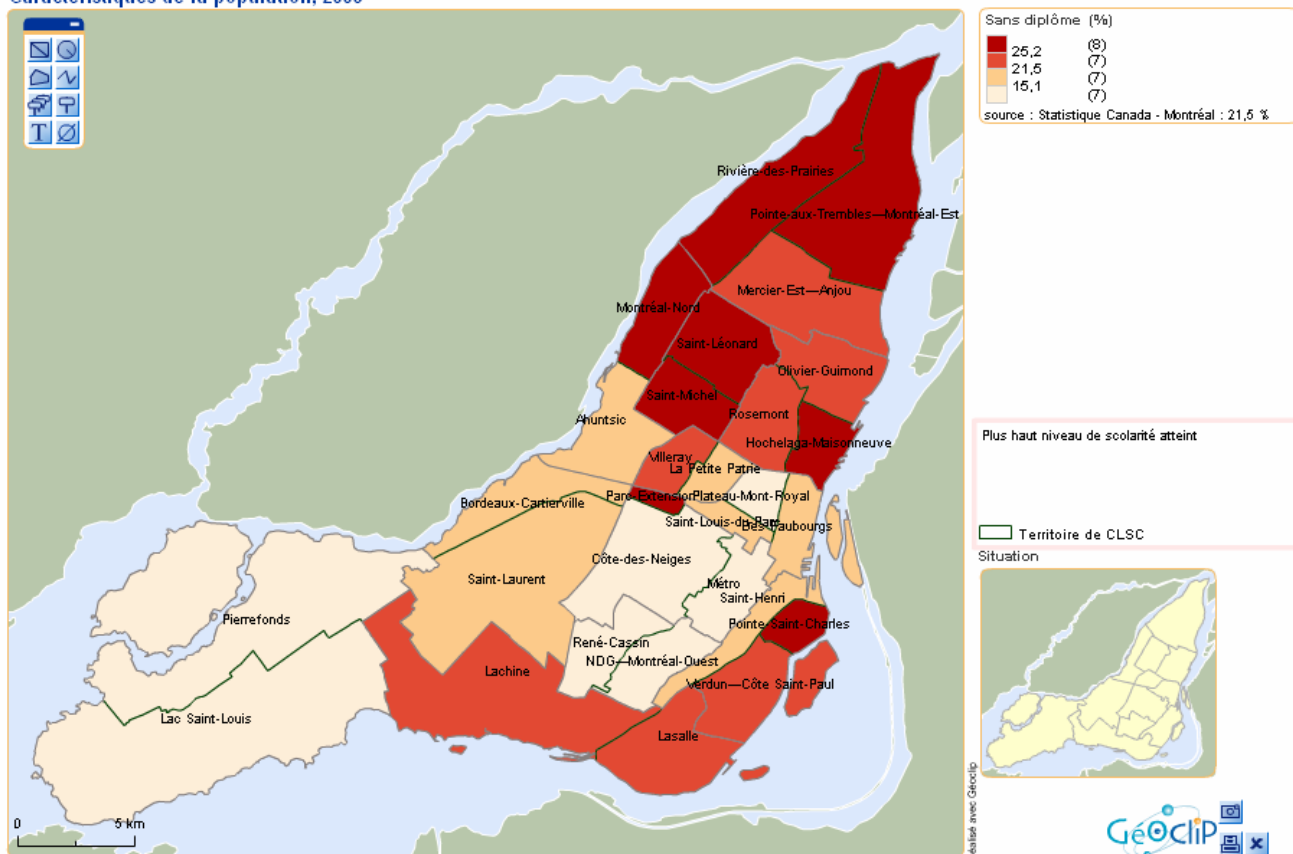
Domaine : Conditions socio-économiques

Thème : Plus haut niveau de scolarité atteint

Indicateur : Sans diplôme

Catégories : Plus de 25,2%; 21,5 – 25,2%; 15,1 – 21,5%; 15,1% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SoEc&curCodeTheme=t16Sco

FIGURE A-4 Répartition de la proportion de la population dans les familles économiques sous le seuil de faible revenu par rapport à la population totale dans les familles économiques selon les CLSC

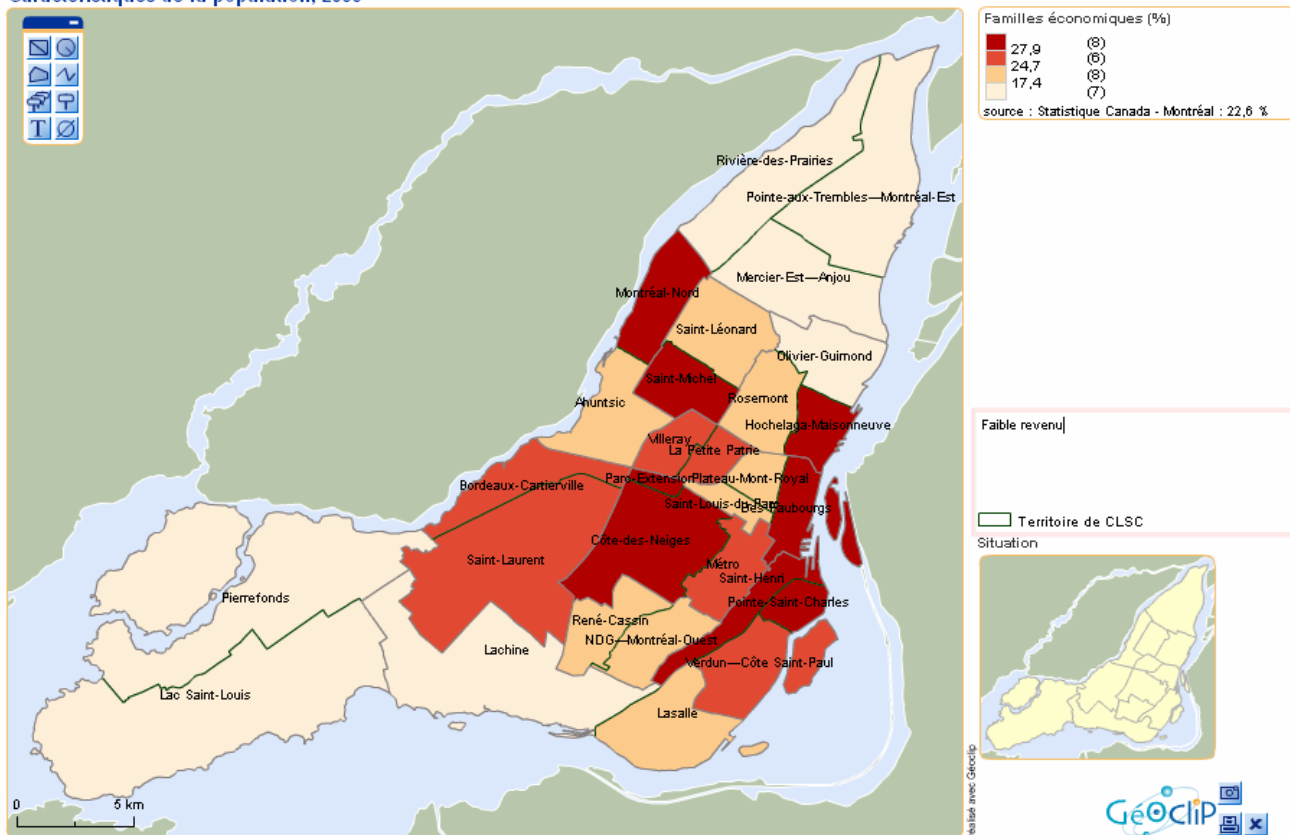
Domaine : Conditions socio-économiques

Thème : Faible revenu

Indicateur : Familles économiques (%) : population dans les familles économiques sous le seuil de faible revenu. Ce niveau est atteint lorsque les ménages consacrent 20% de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement.

Catégories : Plus de 27,9%; 24,7 – 27,9%; 17,4 – 24,7%; 17,4% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.emisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SoEc&curCodeTheme=t19MenFai

FIGURE A-5 Répartition de la proportion de la population née dans la province de résidence par rapport au total de la population selon les CLSC

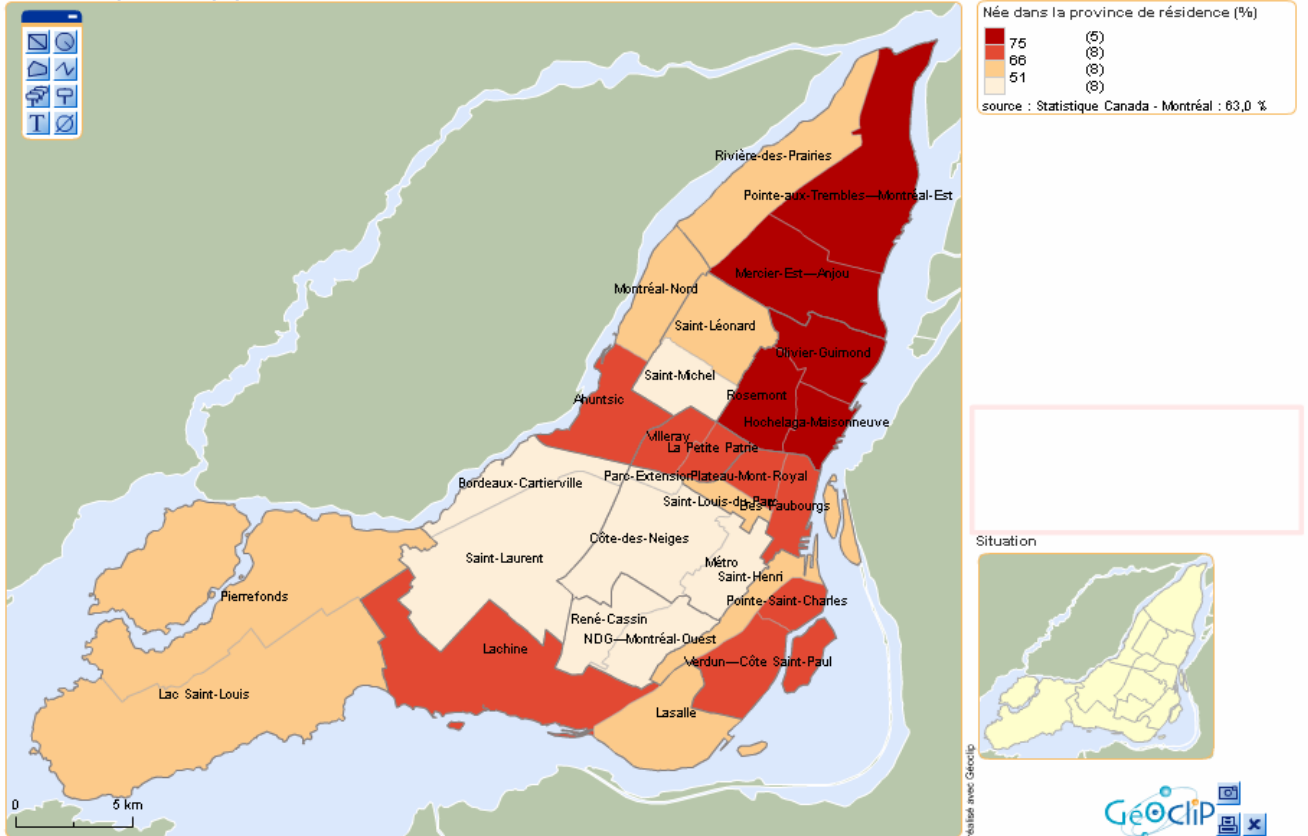
Domaine : Conditions sociales et milieux de vie

Thème : Immigrants et région de naissance

Indicateur : Née dans la famille de résidence : personnes nées dans la province de Québec.

Catégories : Plus de 75%; 66-75%; 51-66%; 51% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SocVie&curCodeTheme=t06LieNai

FIGURE A-6 Répartition de la proportion de la population dont la langue maternelle est le français par rapport au total de la population selon les CLSC

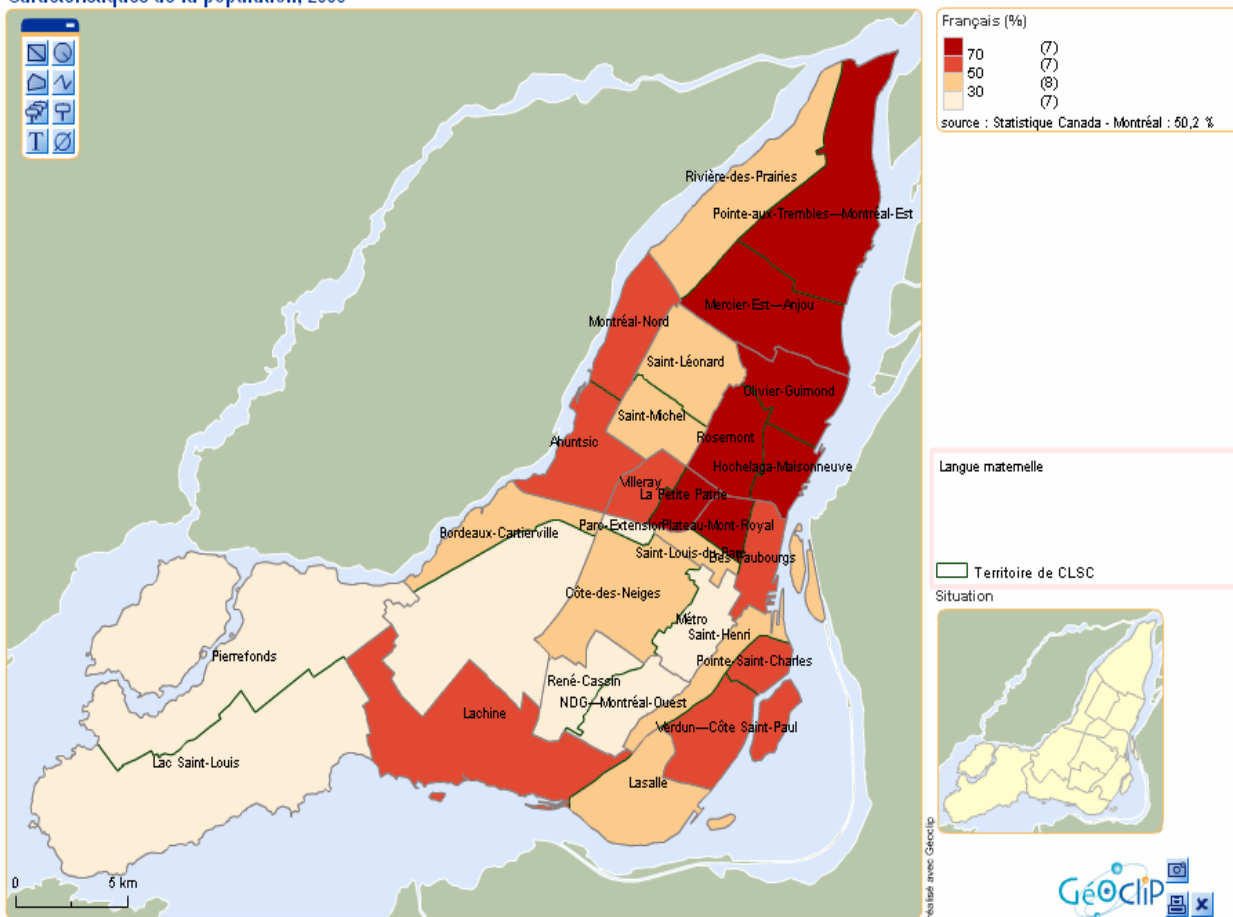
Domaine : Conditions sociales et milieux de vie

Thème : Langues maternelles

Indicateur : Français : personnes dont la première langue apprise à la naissance et encore comprise au moment du recensement est le français

Catégories : Plus de 70%; 50-70%; 30-50%; 30% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



© Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SocVie&curCodeTheme=t10LanMat

FIGURE A-7 Répartition de la proportion des enfants de moins de 6 ans à la maison par rapport au nombre total d'enfants à la maison selon les CLSC

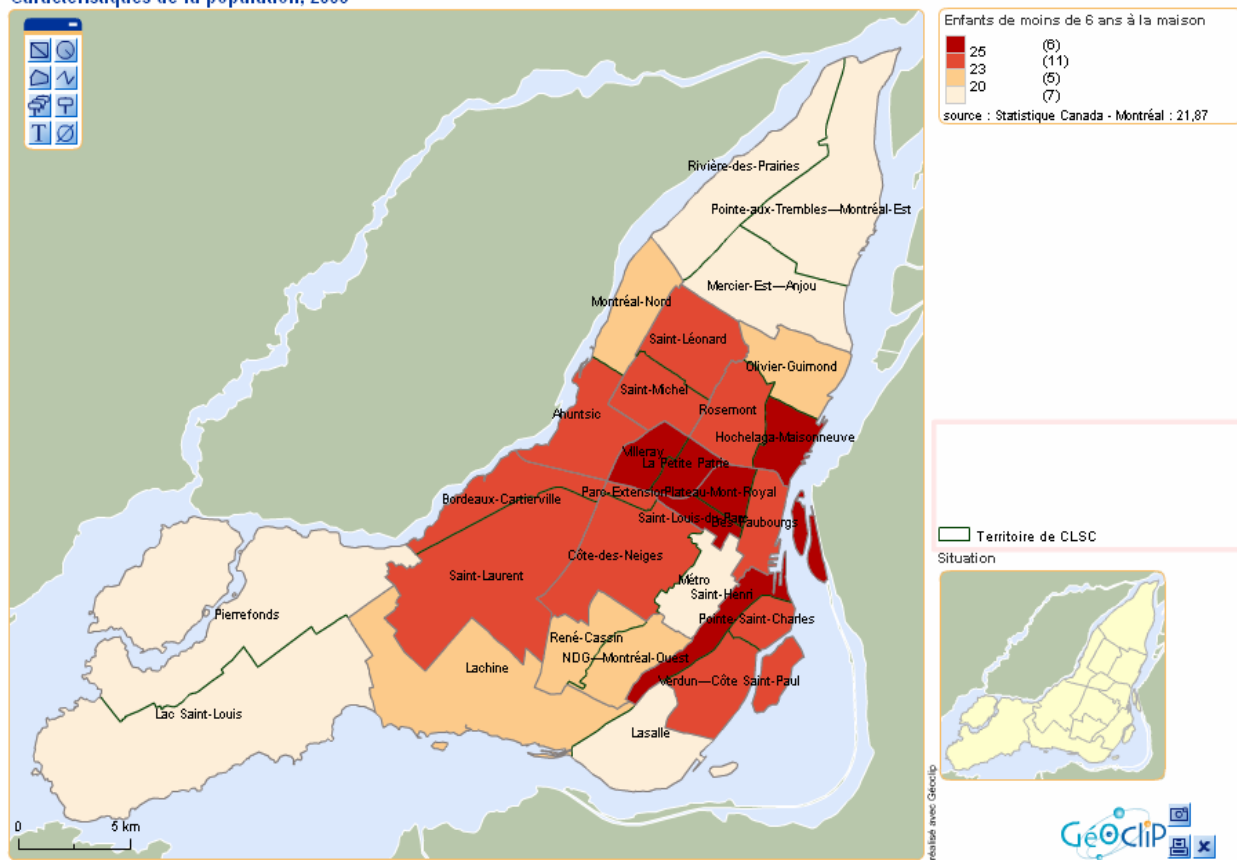
Domaine : Conditions sociales et milieux de vie

Thème : Familles

Indicateur : Enfants de moins de 6 ans à la maison : enfants de moins de 6 ans à la maison dans les familles de recensement dans les ménages privés.

Catégories : Plus de 25%; 23-25%; 20-23%; 20% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



© Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SocVie&curCodeTheme=t03Fam

FIGURE A-8 Répartition de la proportion des familles monoparentales par rapport au total des familles avec enfants selon les CLSC

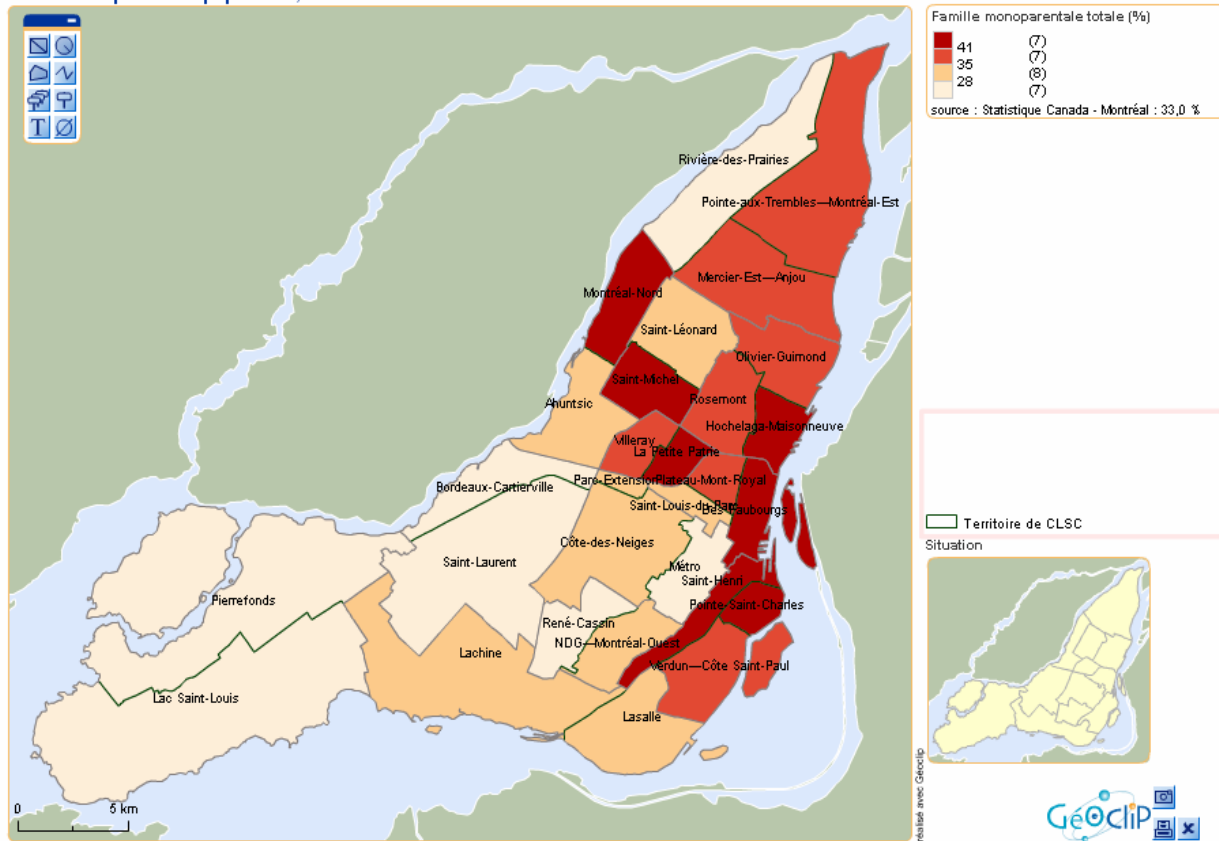
Domaine : Conditions sociales et milieux de vie

Thème : Familles

Indicateur : Famille monoparentale totale : familles monoparentales avec au moins un enfant.

Catégories : Plus de 41%; 35-41%; 28-35%; 28% et moins

Caractéristiques de la population, 2006



© Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Source : Atlas Santé Montréal, récupéré le 7 avril 2009 de http://www.emisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/carac_pop06/carto.php?lang=fr&typind=C&nivgeos=clsc&curCodeDom=SocVie&curCodeTheme=t03Fam

Annexe 9**TABLEAU A-IV Grille pour les entrevues individuelles (thèmes à couvrir)**

Thèmes principaux	Sous-thèmes
1. Exploration de l'expérience professionnelle de promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes défavorisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de la clientèle desservie dans le quartier : <ul style="list-style-type: none"> ○ niveau socio-économique (niveau d'instruction et de revenu) ○ pays d'origine ○ plutôt une culture d'allaitement⁵ ou une culture de biberon ▪ Description du travail en périnatal, notamment auprès de la clientèle défavorisée <ul style="list-style-type: none"> ○ (travaille dans le programme SIPPE⁶ ou avec la clientèle « régulière » ?) ▪ Niveau de confort pour parler de l'importance de l'allaitement et des risques du non-allaitement à la clientèle défavorisée, <ul style="list-style-type: none"> ○ ainsi que pour favoriser le changement de décision chez les femmes qui ne prévoient pas allaiter
2. Exploration de l'expérience personnelle d'allaitement de l'infirmière	<p>Exposition à l'allaitement depuis l'enfance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pays d'origine ▪ A vu des femmes allaiter ou non dans l'entourage ; si oui, perception d'expérience plutôt positive ou négative ▪ Perception de la norme culturelle en alimentation infantile ▪ A été allaitée par sa mère ou non <p>Expérience personnelle avec ses propres enfants (s'il y a lieu) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'enfants au total ▪ Si a allaité : <ul style="list-style-type: none"> ○ durée pour chaque enfant (allaitement exclusif et total) ○ expérience plutôt facile ou difficile ○ ce qui a / aurait aidé à faciliter l'expérience d'allaitement ○ comment se sent aujourd'hui par rapport à son expérience ▪ Si n'a pas allaité : <ul style="list-style-type: none"> ○ contexte ○ comment se sent aujourd'hui par rapport à son expérience

⁵ voir la définition de culture d'allaitement (Annexe 3)

⁶ SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, programme de soutien intensif destiné aux mères de moins de 20 ans et ayant un secondaire V non complété.

Thèmes principaux (suite)	Sous-thèmes (suite)
3. Croyances sur l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparaison de la valeur de l'allaitement maternel vs les préparations commerciales pour nourrissons (supérieur ou équivalent) ▪ Croyance sur les risques pour la santé des enfants et des mères s'ils ne sont pas allaités ▪ Opinion sur les recommandations de l'OMS / UNICEF : <ul style="list-style-type: none"> ○ allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ○ poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà
4. Facteurs qui influencent le niveau de confort (qu'il soit plutôt positif ou négatif) à faire la promotion de l'allaitement en prénatal auprès de la clientèle défavorisée	<ol style="list-style-type: none"> 1) Exploration - question générale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Quels seraient, selon vous, les facteurs liés à vos expériences personnelles ou professionnelles qui influencent votre niveau de confort à faire la promotion de l'allaitement ? » 2) Exploration des sous-thèmes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déjà eu une expérience de mauvaise relation suite à la discussion de la promotion de l'allaitement ? ▪ Peur de susciter la culpabilité ? ▪ Peur d'entraver l'établissement ou le maintien de la relation de confiance ? ▪ Perception que les femmes défavorisées ont une capacité plus ou moins faible à allaiter ? ▪ Sentiment d'incompétence face à sa capacité à promouvoir l'allaitement et à favoriser la décision d'allaiter, surtout chez les mères dans les phases de pré-contemplation ou de contemplation (Prochaska) ? ▪ Expérience personnelle d'allaitement? ▪ Autres?
5. Suggestions de stratégies pour faciliter la promotion de l'allaitement ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouvoir échanger avec d'autres infirmières (groupe <i>focus</i>)? ▪ Pouvoir s'exprimer sur son expérience personnelle afin de faire le deuil d'une expérience difficile / négative / absente ? ▪ Autres ?
6. Données socio-démographiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge ▪ Sexe ▪ Pays d'origine ▪ Ethnie ▪ Nombre d'heures de formation en allaitement au cours des 5 dernières années / IBCLC ? ▪ Nombre d'années d'expérience en périnatalité
7. Conclusion	Avez-vous quelque chose à rajouter?

Annexe 10**TABLEAU A-V Questions d'entrevue pour les groupes *focus***

Types de questions	Questions
Ouverture	<ul style="list-style-type: none"> • Travaillez-vous avec la clientèle SIPPE ou régulière? • Dans votre semaine, vous passez combien de temps à faire de l'intervention prénatale (%)?
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la première chose qui vous vient en tête quand vous pensez à la promotion de l'allaitement auprès des femmes enceintes défavorisées?
Questions-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentez-vous quand une femme enceinte défavorisée vous dit qu'elle ne veut pas allaiter? • Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous parlez du non-allaitement (en individuel ou en groupe) ? • <i>Lire le verbatim</i> : « J'ai un malaise, puis oui j'ai tout le temps peur que... Je pense des fois à ça là. Bon est-ce qu'elle va se sentir coupable parce que... est-ce que je suis en train de lui envoyer le message que si elle fait pas ça elle sera pas une bonne mère ou...? » → Qu'est-ce qui fait qu'on se sent coupable quand on parle de l'allaitement ? • Quel est votre objectif par rapport à l'allaitement en prénatal avec la clientèle défavorisée ? • Avez-vous l'impression que ce que vous avez vécu par rapport à l'allaitement (personnellement ou chez votre entourage) influence la façon dont vous parlez de l'allaitement ? Si oui, comment ? • Comment la clientèle réagit quand vous abordez la recommandation d'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà ? • Donnez un exemple de ce qui vous rend inconfortable à parler de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. • Qu'est-ce qui est particulièrement aidant pour augmenter votre niveau de confort pour faire la promotion de l'allaitement à des femmes défavorisées qui disent ne pas vouloir allaiter ?
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faire un sommaire des réponses</i> → Est-ce que j'ai correctement décrit ce qui a été dit? • Y a-t-il quelque chose que nous aurions dû discuter mais que n'avons pas discuté?

Annexe 11**Questionnaire écrit – Profil des participantes aux groupes *focus*****Expérience de travail en périnatalité :**

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'équipe Enfance-Famille de votre CLSC?

2. Avez-vous déjà travaillé en Enfance-Famille ou en périnatalité dans d'autres établissements auparavant ? oui non
Si oui, pendant combien de temps au total? _____
3. Avec quel type de clientèle travaillez-vous principalement ?
 clientèle régulière
 clientèle défavorisée (SIPPE)
4. Quelle est la proportion de votre temps pour laquelle vous travaillez avec des femmes enceintes ?

Données sociodémographiques :

5. Quel est votre sexe ? féminin masculin
6. Quel âge avez-vous ? _____
7. Dans quel pays êtes-vous née ? _____

Expérience personnelle d'allaitement :

8. Avez-vous des enfants ? oui non
Si oui :
 - a. combien ? _____
 - b. avez-vous allaité ? oui non
Si oui :
 - c. globalement, comment qualifieriez-vous votre expérience personnelle d'allaitement :
 plutôt positive / allaitement avec facilité
 plutôt négative / allaitement avec difficulté

Merci pour votre précieuse collaboration !

Annexe 12

Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues individuelles

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet

Le présent projet de recherche a pour titre « Exploration de l'expérience des infirmières de santé communautaire pour la promotion de l'allaitement maternel dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés ».

Ce projet est mis de l'avant par l'étudiante chercheuse Marie-Hélène Doucet dans le cadre de son mémoire de maîtrise en santé communautaire à la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. La candidate est Agente de planification, de programmation et de recherche dans les Secteurs Tout-petits - Jeunes, Équipe allaitement maternel, à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce mémoire est dirigé par Dre Louise Séguin, professeure titulaire à la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Source de financement

La présente étude fait partie de la planification opérationnelle des secteurs Tout-petits - Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ainsi, outre que le temps de l'étudiante chercheuse est libéré pour la mise en œuvre de cette recherche, un budget est alloué spécifiquement pour cette étude afin d'engager un intervieweur et un transcripteur. Les infirmières feront les entrevues sur leurs heures de travail.

Description du projet

Selon l'observation terrain et la recension des écrits et ce, particulièrement en milieu défavorisé, les professionnels de la santé n'abordent pas toujours le sujet de l'allaitement en prénatal ou le font de façon partielle, ce qui se traduit par une implantation variable de la condition #3 de l'Initiative des amis des bébés (IAB), soit «Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ». Ainsi, l'objectif de cette recherche est d'explorer les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaire quant à la promotion de l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé.

Étant donné le profil de leur population, c'est à dire que celle-ci présente une plus forte proportion de personnes peu scolarisées, de familles à faible revenu ainsi que de personnes nées au Québec et parlant le français, neuf CLSC de l'île de Montréal ont été ciblés pour cette étude. La participation de trois infirmières par site est sollicitée.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont que vous ayez reçu une formation de base en allaitement et que vous travailliez depuis au moins trois à six mois dans le programme Enfance-Famille de votre CLSC auprès d'une clientèle prénatale, afin de vous permettre de vous être approprié votre rôle au minimum.

Des entrevues individuelles ont été privilégiées pour cette recherche. Pour l'ensemble de l'étude, il est prévu de conduire au moins deux entrevues pilotes, qui permettront de tester la grille d'entrevue, et au moins 16 entrevues pour la collecte de données.

Suite à l'analyse des discours individuels, un groupe *focus* sera formé dans au moins un CLSC, auprès de l'ensemble des infirmières faisant la promotion de l'allaitement en prénatal, dans le but de valider l'analyse des discours et de bonifier les résultats s'il y a lieu. Si votre CLSC y participera, un nouveau consentement à participer à cette discussion sera demandé en temps et lieux.

Procédures

Vous participerez à une entrevue d'une durée d'environ une heure qui se déroulera sur le lieu et les heures de votre travail, dans un local fermé. Votre entrevue sera enregistrée sur bande audio. Des notes supplémentaires pourraient être prises par l'intervieweur si pertinent. Votre verbatim sera retranscrit par la suite avant de procéder à son analyse. Il vous sera demandé dans les semaines suivant l'entrevue de faire la lecture de votre propre verbatim, afin de le valider. Cette lecture est estimée durer une heure. Le fichier vous sera envoyé par courriel à l'adresse que vous aurez indiquée à l'intervieweur.

Confidentialité

Étant donné que l'étudiante chercheuse travaille en collaboration avec des infirmières de CLSC comme vous, dans le cadre de son rôle d'agente de planification à la Direction de santé publique de Montréal, et afin que vous vous sentiez à l'aise de vous exprimer librement, les mesures suivantes seront prises afin que ni les chercheurs ni aucun membre de la DSP ne puissent lier les propos à une infirmière. Seul l'intervieweur et le transcripteur sauront ce que vous avez dit. Aucune bande audio ne sera écoutée par les chercheurs ni aucun membre de la DSP afin que ceux-ci ne puissent identifier les voix des participantes. Seuls les discours dénominalisés et retranscrits seront lus par l'étudiante chercheuse ainsi qu'une autre personne participant au processus de recherche (« contre-codeur ») afin d'en faire l'analyse. Si en cours d'entrevue vous mentionnez des noms de personnes, ceux-ci seront remplacés par des noms fictifs lors de la transcription. Dans l'éventualité où vous réaliseriez que lors de l'entrevue, vous avez donné des détails permettant de vous identifier, vous pourriez faire la demande que ceux-ci ne soient pas retranscrits.

Les données seront conservées de façon sécuritaire et restreinte à la Direction de santé publique de Montréal, et seront détruites 7 ans après la fin du projet.

Ainsi, uniquement les individus et organismes suivants auront accès aux données : l'étudiante chercheuse (verbatim dénominalisés), la directrice de recherche, l'intervieweur, le transcripteur, chaque infirmière par rapport à sa propre entrevue et le contre-codeur. Le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les Comités d'éthique de la recherche des CSSS participants peuvent accéder aux dossiers de recherche à des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche. Leurs membres adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Avantages et bénéfiques

La compréhension du niveau de confort des infirmières de santé communautaire à faire la promotion de l'allaitement en prénatal dans les quartiers défavorisés, ainsi que des raisons sous-jacentes, aura des bénéfices à différents niveaux.

Tout d'abord, votre participation à cette recherche vous permettra de faire une réflexion sur votre vécu face à votre pratique, et pourra éventuellement, s'il y a lieu, faciliter vos interventions de promotion de l'allaitement en prénatal. Bien qu'elles n'auront pas contribué aux résultats de cette recherche, les autres infirmières de santé communautaire travaillant dans les milieux défavorisés « québécois » francophones pourront faire elles aussi une réflexion sur leurs pratiques. Ainsi, les résultats de cette étude permettront de mieux guider le soutien à l'implantation de la condition #3 de l'IAB par les infirmières travaillant dans le programme Enfance-Famille dans les centres de santé communautaires de Montréal.

Pour les autres professionnels de la santé et des services sociaux travaillant en périnatalité, cette étude pourra favoriser la réflexion quant à la promotion de l'allaitement en prénatal.

Enfin, au niveau de la société, cette recherche contribuera à mieux faire comprendre la façon dont les infirmières promeuvent l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé.

Risques et inconvénients

Aucun risque majeur n'est anticipé pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, l'exploration des expériences personnelles reliées à l'allaitement ou au non-allaitement peut être un sujet sensible pour certaines personnes. Dans l'éventualité où vous seriez incommodée suite à l'entrevue, il vous est suggéré de communiquer avec le Programme d'aide aux employés de votre établissement pour obtenir du soutien psychologique.

Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme de financement ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal à l'équipe de recherche (ie. étudiante chercheuse ou intervieweur), sans que cela n'affecte votre travail ni ne nuise aux relations avec la Direction de santé publique dans le processus d'accompagnement à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés. À votre demande, les données qui auront été collectées seront détruites.

Indemnité

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour ce projet d'étude, puisqu'il se déroulera sur votre lieu et vos heures de travail, tel qu'entendu avec votre gestionnaire.

Transmission des résultats

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée. Veuillez envoyer votre demande par courriel à Madame Marie-Hélène Doucet : XXX.

Personnes-ressources

Toute personne ou participante désirant de plus amples renseignements sur cette recherche pourra contacter Madame Marie-Hélène Doucet, candidate à la maîtrise en santé communautaire de la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive, au numéro de téléphone 514 528-2400 poste 3381 ou à l'adresse courriel XXX.

Pour manifester votre intérêt à participer à l'étude et prendre rendez-vous pour l'entrevue, veuillez contacter l'intervieweur Madame XXX, au XXX ou à XXX.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca, ou à la personne-ressource de votre établissement:

- CSSS du Sud-Ouest-Verdun : Docteure Martine Blanchet, présidente du Comité d'éthique de la recherche, 514 766-0546 poste 3303; Madame Brigitte Lagacé, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 765-7331;
- Clinique communautaire de Pointe-St-Charles : Madame Michèle Bernier, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 937-9251 poste 7203;

- CSSS Jeanne-Mance : Madame Nadine Mailloux, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 525-1900 poste 6207;
- CSSS Lucille-Teasdale : Madame Germaine Ouellet, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 524-3541 poste 5320;
- CSSS de la Pointe de l'Île : Monsieur André Majeau, directeur local de santé publique, des services multidisciplinaires et du comité d'éthique clinique, 514 351-9891 poste 4232.

Pour des renseignements au sujet de l'éthique de cette recherche, vous pouvez contacter Madame Diane Audet au 514 343-6904 pour le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), ou bien le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au 514 528-2400 poste 3262 ou à ethique@santepub-mtl.qc.ca.

Adhésion au projet et signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire, que je suis libre d'y participer. Je sais être libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise à mon travail ni à mes relations avec la Direction de santé publique ou tout autre intervenant et sans préjudice d'aucune sorte.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio : oui non

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Je certifie

a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;

b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur ou
de son représentant

Signature du chercheur ou
de son représentant

Date

Informations de type administratif

L'original du formulaire sera conservé à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et une copie signée sera remise au participant. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) en date du 15 juin 2010, et ayant pour numéro de référence : CERFM 2010-11#405, ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en date du 5 juillet 2010, et ayant pour numéro de référence : MP-ASSS-MTL-10004.

Date de la version du présent formulaire : 29 juin 2010

Annexe 13

Formulaire d'information et de consentement pour les groupes *focus*

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet

Le présent projet de recherche a pour titre « Exploration de l'expérience des infirmières de santé communautaire pour la promotion de l'allaitement maternel dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés ».

Ce projet est mis de l'avant par l'étudiante chercheuse Marie-Hélène Doucet dans le cadre de son mémoire de maîtrise en santé communautaire à la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. La candidate est Agente de planification, de programmation et de recherche dans les Secteurs Tout-petits - Jeunes, Équipe allaitement maternel, à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce mémoire est dirigé par Dre Louise Séguin, professeure titulaire à la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Source de financement

La présente étude fait partie de la planification opérationnelle des secteurs Tout-petits - Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ainsi, outre que le temps de l'étudiante chercheuse est libéré pour la mise en œuvre de cette recherche, un budget a été alloué spécifiquement pour cette étude afin d'engager un intervieweur, un transcripteur et un « contre-codeur » pour la portion des entrevues individuelles. Les infirmières feront les entrevues individuelles et de groupe sur leurs heures de travail.

Description du projet

Selon l'observation terrain et la recension des écrits et ce, particulièrement en milieu défavorisé, les professionnels de la santé n'abordent pas toujours le sujet de l'allaitement en prénatal ou le font de façon partielle, ce qui se traduit par une implantation variable de la Condition 3 de l'Initiative des amis des bébés (IAB), soit « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ». Ainsi, l'objectif de cette recherche est d'explorer les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en santé communautaire quant à la promotion de l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé.

Étant donné le profil de leur population, c'est à dire que celle-ci présente une plus forte proportion de personnes peu scolarisées, de familles à faible revenu ainsi que de personnes nées au Québec et parlant le français, neuf CLSC de l'île de Montréal ont été ciblés pour cette étude.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont que vous ayez reçu une formation de base en allaitement et que vous travailliez depuis au moins trois à six mois dans le programme Enfance-Famille de votre CLSC auprès d'une clientèle prénatale, afin de vous permettre de vous être approprié votre rôle au minimum.

Douze entrevues individuelles ont été conduites entre août et octobre 2010, auprès d'infirmières de 7 CLSC de Montréal ayant volontairement consenti à participer. Pour donner suite à l'analyse des discours individuels, trois groupes *focus* auront lieu dans 2 CSSS visés par l'étude, auprès d'un ensemble des infirmières faisant la promotion de l'allaitement en prénatal, dans le but de valider l'analyse des discours et de bonifier les résultats s'il y a lieu. Le présent consentement vous est demandé pour la participation à l'un de ces groupes *focus*. L'intervieweuse sera l'étudiante chercheure, Marie-Hélène Doucet.

Procédures

Vous participerez à un groupe *focus* d'une durée d'environ deux heures qui se déroulera sur le lieu et les heures de votre travail. La discussion sera enregistrée sur bande audio. Des notes supplémentaires pourraient être prises par l'intervieweuse si pertinent. L'ensemble du discours des infirmières participantes sera par la suite analysé.

Confidentialité

Toutes les données recueillies lors de ce groupe *focus* demeureront confidentielles. Les personnes qui participeront au groupe *focus* devront s'engager à la plus grande discrétion quant aux propos entendus. Elles ne devront pas divulguer l'identité des participantes ni de l'information qui permettrait de les reconnaître.

Aucune bande audio ne sera écoutée par qui que ce soit d'autre que la chercheuse Marie-Hélène Doucet. Aucune transcription de cette entrevue de groupe n'est prévue, mais s'il y en avait, elle serait codée afin de ne pouvoir identifier aucune participante. Si en cours d'entrevue vous mentionnez des noms de personnes, ceux-ci ne seront rapportés dans aucun document relatif à cette étude.

Les données seront conservées de façon sécuritaire, l'accès en est restreint à la Direction de santé publique de Montréal, et seront détruites 7 ans après la fin du projet, le tout sous la responsabilité de Marie-Hélène Doucet.

Ainsi, uniquement les individus et organismes suivants auront accès aux données : l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche. Le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les Comités d'éthique de la recherche des CSSS participants peuvent accéder aux dossiers de recherche à des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche. Leurs membres adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Avantages et bénéfices

La compréhension du niveau de confort des infirmières de santé communautaire à faire la promotion de l'allaitement en prénatal dans les quartiers défavorisés, ainsi que des raisons sous-jacentes, aura des bénéfices à différents niveaux.

Tout d'abord, votre participation à cette recherche vous permettra de faire une réflexion sur votre vécu face à votre pratique, et pourra éventuellement, s'il y a lieu, faciliter vos interventions de promotion de l'allaitement en prénatal. Bien qu'elles n'aient pas contribué aux résultats de cette recherche, les autres infirmières de santé communautaire travaillant dans les milieux défavorisés « québécois » francophones pourront faire elles aussi une réflexion sur leurs pratiques. Ainsi, les résultats de cette étude permettront de mieux guider le soutien à l'implantation de la Condition 3 de l'IAB par les infirmières travaillant dans le programme Enfance-Famille dans les centres de santé communautaires de Montréal.

Pour les autres professionnels de la santé et des services sociaux travaillant en périnatalité, cette étude pourra favoriser la réflexion quant à la promotion de l'allaitement en prénatal.

Enfin, au niveau de la société, cette recherche contribuera à mieux faire comprendre la façon dont les infirmières promeuvent l'allaitement en prénatal en milieu défavorisé.

Risques et inconvénients

Aucun risque majeur n'est anticipé pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, l'exploration des expériences personnelles liées à l'allaitement ou au non-allaitement peut être un sujet sensible pour certaines personnes. Dans l'éventualité où vous seriez incommodée suite à l'entrevue, il vous est suggéré de communiquer avec le Programme d'aide aux employés de votre établissement pour obtenir du soutien psychologique.

Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme de financement ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal à l'équipe de recherche (ie. étudiante chercheure), sans que cela n'affecte votre travail ni ne nuise aux relations avec la Direction de santé publique dans le processus d'accompagnement à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

Indemnité

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour ce projet d'étude.

Transmission des résultats

Si vous êtes intéressée à ce que les résultats généraux de cette recherche vous soient transmis, une fois l'étude terminée, veuillez l'indiquer ci-après :

je désire recevoir les résultats généraux de cette recherche et ce, à l'adresse courriel suivante :

Personnes-ressources

Toute personne ou participante désirant de plus amples renseignements sur cette recherche pourra contacter Madame Marie-Hélène Doucet, candidate à la maîtrise en santé communautaire de la Faculté de médecine – département de médecine sociale et préventive, au numéro de téléphone 514 528-2400 poste 3381 ou à l'adresse courriel XXX.

Si vous consentez à participer à ce groupe *focus*, veuillez vous présenter à la rencontre prévue à cet effet par votre gestionnaire. Je vous rencontrerai individuellement brièvement avant la tenue de la séance afin de répondre à toute question que vous pourriez avoir, ainsi que pour que nous signions ensemble ce formulaire de consentement.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca, ou à la personne-ressource de votre établissement:

- CSSS du Sud-Ouest-Verdun : Docteure Martine Blanchet, présidente du Comité d'éthique de la recherche, 514 766-0546 poste 3303; Madame Brigitte Lagacé, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 765-7331;
- Clinique communautaire de Pointe-St-Charles : Madame Michèle Bernier, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 937-9251 poste 7203;
- CSSS Jeanne-Mance : Madame Nadine Mailloux, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 525-1900 poste 6207;
- CSSS Lucille-Teasdale : Madame Germaine Ouellet, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, 514 524-3541 poste 5320;
- CSSS de la Pointe-de-l'Île : Monsieur André Majeau, directeur local de santé publique, des services multidisciplinaires et du comité d'éthique clinique, 514 351-9891 poste 4232.

Pour des renseignements au sujet de l'éthique de cette recherche, vous pouvez contacter Madame Diane Audet au 514 343-6904 pour le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), ou bien le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au 514 528-2400 poste 3262 ou à ethique@santepub-mtl.qc.ca.

Adhésion au projet et signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire, que je suis libre d'y participer. Je sais être libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise à mon travail ni à mes relations avec la Direction de santé publique ou tout autre intervenant et sans préjudice d'aucune sorte.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio : oui non

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Je certifie

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;
- b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

Informations de type administratif

L'original du formulaire sera conservé à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) en date du 15 juin 2010, et ayant pour numéro de référence : CERFM 2010-11#405, ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en date du 5 juillet 2010, et ayant pour numéro de référence : MP-ASSS-MTL-10004.

Le présent formulaire est daté du 9 février 2011, et a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) en date du 14 février 2011, ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en date du 9 février 2011.

Références bibliographiques

1. Riordan J. *Breastfeeding and human lactation*. 3 ed: Jones and Bartlett publishers; 2005.
2. Losch M, Dungy C, Russell D, Dusdieker L. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *The Journal of Pediatrics*. 1995;126(4):507-514.
3. Dennis C. Breastfeeding initiation and duration : a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2002;31(1):12-32.
4. Dyson L, Renfrew M, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J. *Promotion of breastfeeding initiation and duration*2006.
5. Merewood A, Heinig J. Efforts to promote breastfeeding in the United-States: development of a national breastfeeding awareness campaign. *J. Hum. Lact*. 2004;20(2):40-145.
6. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol. Assess*. 2000;4(25):1-171.
7. UNICEF & World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff2009:274.
8. Neill G, Beauvais B, Plante N, Haiek L. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec: Institut de la statistique du Québec;2006.
9. Coulibaly R, Séguin L, Gauvin L, Zunzunegui M. Links between maternal breastfeeding duration and Quebec infants' health : a population-based study. Are the effects different for poor children? *Matern. Child Health J*. 2006;10(6):537-543.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Programme national de santé publique 2003-2012*2003.
11. Cattaneo A. *EU project on promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg: European commission, Directorate public health and risk assessment;2004.
12. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. Apr 2007(153):1-186.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices*. Québec2001.

14. National alliance for breastfeeding advocacy. Recalls of infant feeding products. 2005; www.naba-breastfeeding.org/images/Recalls.pdf. Accessed 24 février 2008.
15. Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-analyses*: World Health Organization;2007.
16. Tu M, Lupien S, Walker C. Diurnal salivary cortisol levels in postpartum mothers as a function of infant feeding choice and parity. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31:812-824.
17. Séguin L, Goulet L, Frohlich K, Desjardins L, Dumas M. *Le rôle de l'environnement social pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées*. Montréal: G.R.I.S.;1998.
18. McFadden A, Toole G. Exploring women's views of breastfeeding : a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Matern. Child Nutr.* 2006;2:156-168.
19. Entwistle F, Kendall S, Mead M. Breastfeeding support – the importance of self-efficacy for low-income women. *Maternal & Child Nutrition*. 2010;6:228-242.
20. Dennis C. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*. 2006;29:256-268.
21. Evers S, Doran L, Schellenberg K. Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario. *Can. J. Public Health*. 1998;89(3):203-207.
22. Mitra A, Khoury A, Hinton A, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern. Child Health J*. 2004;8(2):65-70.
23. O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1 : perceptions of mothers and clinicians. *J. Hum. Lact.* 2009;25(1):55-63.
24. McIntyre E, Hiller JE, Turnbull D. Determinants of infant feeding practices in a low socio-economic area: identifying environmental barriers to breastfeeding. *Aust. N. Z. J. Public Health*. 1999;23(2):207-209.
25. Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. *Biologie de l'allaitement - le sein, le lait, le geste*: Presses de l'Université du Québec; 2006.
26. Raisler J, Alexander C, O'Campo P. Breast-Feeding and Infant Illness : A Dose-response relationship? *Am. J. Public Health*. 1999;89(1):25-30.
27. World Health Organization. Exclusive breastfeeding. http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html. Accessed 24 février 2008.
28. Santé Canada. Exclusive breastfeeding duration : 2004 Health Canada recommendation. 2004; http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl_e.pdf. Accessed 24 février 2008.

29. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
30. Lepage M, Moisan J. *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*. Québec: Direction de santé publique de Québec;1998.
31. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. 1981; http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. Accessed 24 février 2008.
32. UNICEF. The Baby-Friendly Hospital Initiative. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm> Accessed 24 février 2008.
33. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. Jan 24-31 2001;285(4):413-420.
34. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. *Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006*2003.
35. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Direction de santé publique. *Plan d'action local de santé publique - Cadre logique en allaitement maternel*2006.
36. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Convention relative aux droits de l'enfant. 1989; <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>. Accessed 31 janvier 2010.
37. Labbok M. Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: the physician's role. *J. Hum. Lact.* 2008;24:80-84.
38. UNICEF & World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and implementation. 2009:80.
39. Bandura A. *Auto-efficacité – Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck ed. Bruxelles2007.
40. Simard I, Turgeon O'Brien H, Beaudoin A, et al. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 regions of Quebec. *J. Hum. Lact.* 2005;21:327.
41. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues*. Mar-Apr 2005;15(2):64-72.
42. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr.* Apr 2001;4(2B):729-739.
43. Kloeblen A, Thompson N, Miner K. Predicting breast-feeding intention among low-income pregnant women: a comparison of two theoretical models. *Health Education & Behaviour*. 1999;26:675.

44. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.* Oct 21 2008;149(8):565-582.
45. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005(2):CD001688.
46. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann. Fam. Med.* Jul-Aug 2003;1(2):70-78.
47. Guise J, Palda V, Westhoff C, Helfand M, Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding : systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force – Online supplementary material: “Behavioral interventions to promote breastfeeding: recommendations and rationale from the U.S. preventive services task force”. 2003; www.annfammed.org/cgi/data/1/2/70/DC2/1. Accessed 24 février, 2008.
48. Palda V, Guise J, Wathen C, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel : application des données probantes à la pratique clinique. *Can. Med. Assoc. J.* 2004;170(6):Online 1-4.
49. Sciacca JP, Phipps BL, Dube DA, Ratliff MI. Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *J. Am. Diet. Assoc.* Mar 1995;95(3):323-328.
50. Sable MR, Patton CB. Prenatal lactation advice and intention to breastfeed: selected maternal characteristics. *J. Hum. Lact.* Mar 1998;14(1):35-40.
51. Zimmerman D, Guttman N. "Breast is best": knowledge among low-income mothers is not enough. *J. Hum. Lact.* 2001;17(1):14-19.
52. Matthews K, Webber K, McKim E, Banoub-Baddour S, Laryea M. Maternal infant-feeding decisions: reasons and influences. *Can. J. Nurs. Res.* Summer 1998;30(2):177-198.
53. Heinig J. Promotion and support of optimal feeding practices for infants and young children: a global challenge, a global responsibility. *J. Hum. Lact.* May 2004;20(2):137-139.
54. Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M. What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 2003;16:265-273.
55. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Allaitement maternel. 1998; http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/allaitement/allaitement.htm Accessed 24 février, 2008.
56. Nakar S, Peretz O, Hoffman R, Grossman Z, Kaplan B, Vinker S. Attitudes and knowledge on breastfeeding among paediatricians, family physicians, and gynaecologists in Israel. *Acta Paediatr.* Jun 2007;96(6):848-851.

57. Dusdieker L, Dungy C, Losch M. Prenatal office practices regarding infant feeding choices. *Clin. Pediatr. (Phila.)*. 2006;45:841-845.
58. Szucs K, Miracle D, Rosenman M. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed. Med.* 2009;4(1):31-42.
59. Brodribb W, Jackson C, Fallon AB, Hegney D. Breastfeeding and the responsibilities of GPs: a qualitative study of general practice registrars. *Aust. Fam. Physician.* Apr 2007;36(4):283-285.
60. Coreil J, Bryant CA, Westover BJ, Bailey D. Health professionals and breastfeeding counseling: client and provider views. *J. Hum. Lact.* Dec 1995;11(4):265-271.
61. Patton C, Beaman M, Csar N, Lewinski C. Nurses' attitudes and behaviors that promote breastfeeding. *J. Hum. Lact.* 1996;12(2):111-115.
62. Bernaix LW. Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers. *J. Hum. Lact.* Aug 2000;16(3):201-209.
63. Freed GL, Clark SJ, Cefalo RC, Sorenson JR. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Nov 1995;173(5):1607-1613.
64. Spear H. Nurses' attitudes, knowledge, and beliefs related to the promotion of breastfeeding among women who bear children during adolescence. *J. Pediatr. Nurs.* 2004;19(3):176-183.
65. Register N, Eren M, Lowdermilk D, Hammond R, Tully M. Knowledge and attitudes of pediatric office nursing staff about breastfeeding. *J. Hum. Lact.* 2000;16(3):210-215.
66. Lewinski CA. Nurses' knowledge of breastfeeding in a clinical setting. *J. Hum. Lact.* Sep 1992;8(3):143-148.
67. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding and Australian GP registrars--their knowledge and attitudes. *J. Hum. Lact.* Nov 2008;24(4):422-430.
68. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA.* Feb 8 1995;273(6):472-476.
69. Pantazi M, Jaeger MC, Lawson M. Staff support for mothers to provide breast milk in pediatric hospitals and neonatal units. *J. Hum. Lact.* Dec 1998;14(4):291-296.
70. Brodribb W, Fallon T, Jackson C, Hegney D. Attitudes to infant feeding decision-making--a mixed-methods study of Australian medical students and GP registrars. *Breastfeed. Rev.* Mar 2010;18(1):5-13.
71. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* Dec 2008;162(12):1142-1149.

72. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M. An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge. *Midwifery*. Dec 2003;19(4):310-317.
73. Cricco-Lizza R. Student nurses' attitudes and beliefs about breast-feeding. *J. Prof. Nurs.* 2006;22(5):314-321.
74. Barnett E, Sienkiewicz M, Roholt S. Beliefs about breastfeeding : a statewide survey of health professionals. . *Birth*. 1995;22:15-20.
75. Schandler R, O'Connor K, Lawrence R. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999;103(3):e35-e39.
76. Beeken S, Waterston T. Health service support of breast feeding – are we practising what we preach? . *Br. Med. J.* 1992;305:285-287.
77. Nelson AM. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *J. Adv. Nurs.* Oct 2007;60(1):29-38.
78. DiGirolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth*. 2003;30(2):94-100.
79. Finneran B, Murphy K. Breast is best for GPs or is it? Breastfeeding attitudes and practices of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Ir. Med. J.* 2004;97:268-270.
80. A warm chain for breastfeeding. *Lancet*. Nov 5 1994;344(8932):1239-1241.
81. Newman J. Breastfeeding and guilt. 1997; <http://www.breastfeedingonline.com/guilt.html>. Accessed 28 janvier, 2011.
82. Daneault S, Beaudry M, Godin G. Psychosocial determinants of the intention of nurses and dietitians to recommend breastfeeding. *Can. J. Public Health*. Mar-Apr 2004;95(2):151-154.
83. Lazzaro E, Anderson J, Auld G. Medical professionals' attitudes toward breastfeeding. *J. Hum. Lact.* Jun 1995;11(2):97-101.
84. Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int. Breastfeed. J.* 2006;1(1):9.
85. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Maternal & Child Nutrition*. 2008;4(4):264–274.
86. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J. Pediatr. Health Care*. Jan-Feb 2004;18(1):8-14.
87. Haiek L, Gauthier D. *L'Initiative des amis des bébés : évaluation du niveau d'implantation dans les établissements offrant des services en périnatalité au Québec. Résultats à l'intention de la Direction de santé publique 06 - Région de Montréal. Résultats préliminaires*: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec;2008.

88. Lagarde F. Marketing social et santé publique. . *Atelier méthodologique de l'Institut national de santé publique du Québec*. Montréal2007.
89. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 2e ed. London: Sage; 2009.
90. Yin R. *Case study research: design and methods*. 3e ed. Newbury Park: Sage; 2003.
91. Huberman AM, Miles MB. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck Université; 1991.
92. Giacomini M, Cook D. Users' guide to the medical literature XXII. Qualitative research in health care. A. Are the results of the study valid? . *Journal of the American Medical Association*. 2000;284(3):357-362.
93. Garon R. Analyse et interprétation des données qualitatives. . *Notes du cours ÉTA-6512 L'analyse des données qualitatives*. Université de Montréal - Département d'administration et fondements de l'éducation2007.
94. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In: Morin G, ed. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal1997:113-169.
95. Lehoux P. Les entrevues. *Notes du cours ASA-6704 Introduction à la recherche qualitative*. Université de Montréal - Département d'administration de la santé2008.
96. Beaudry M, Aucoin-Larade L. Who breastfeeds in New-Brunswick, when and why? . *Can. J. Public Health*. 1989;80(3):166-172.
97. Bradburn N, Sudman S, Wansink B. *Asking questions: the definitive guide to questionnaire design - for market research, political polls, and social and health questionnaires*. 1ère ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
98. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. Jan 1 2000;320(7226):50-52.
99. Krueger R, Casey M. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 4e ed: Sage; 2009.
100. Seale C. *The quality of qualitative research. Chap. 4: Guiding ideals*: Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
101. Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ*. May 5 2001;322(7294):1115-1117.
102. Gendron S. *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme (Tome I)*. Montréal: Département de médecine sociale et préventive. Faculté de médecine, Université de Montréal; 2001.

103. **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Centres de santé et de services sociaux - RLS. 2011; <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>. Accessed 17 mai, 2011.**
104. **Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance. Soins et services. 2009; <http://www.csssjeannemance.ca/soins-et-services/services-aux-enfants-aux-parents-et-aux-familles/grossesse/>. Accessed 17 mai, 2011.**
105. **Ministère de la santé et des services sociaux. Formation de base en allaitement maternel. Québec2008:215.**
106. **International Board of Lactation Consultant Examiners. IBCLC: Global Certification for Lactation Consultants. 2011; <http://www.americas.iblce.org/>. Accessed 9 mai, 2011.**
107. **Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. 2010; http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=11803&table=0#15 Accessed 20 avril, 2011.**
108. **Santé Canada. Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada. In: Canada MdTpeSg, ed1997:39.**
109. **Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1048-1056.**
110. **Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Direction de santé publique. *Bilan de la Semaine mondiale en allaitement 2010*2010.**