

2m11.2988.4

Université de Montréal

L'expérience de persistance à l'allaitement maternel
de femmes primipares, francophones
et québécoises

Par
Manon Allard, inf., BSc.

Faculté des sciences infirmières

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

Avril 2002

© Manon Allard, 2002



WY

5

158

2002

N. 018

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'expérience de persistance à l'allaitement maternel
de femmes primipares, francophones
et québécoises

présenté par :

Manon Allard, inf., BSc.

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel Perreault
président-rapporteur

Chantal Cara
directrice de recherche

Joëlle De Courval
co-directrice de recherche

Joanne Boulanger
membre du jury

Mémoire accepté le :

Remerciements

Je voudrais premièrement remercier mes deux directrices, Dr. Chantal Cara et madame Joëlle De Courval. En effet, tout au long de mes études de deuxième cycle, elles ont été d'un soutien exceptionnel, amenant expertise et chaleur humaine et ce, sans relâche durant les quatre années.

En second lieu, je voudrais remercier les membres de mon comité d'approbation et du jury final, Dr. Michel Perreault et madame Joanne Boulanger pour leur implication et leurs généreux conseils.

J'aimerais aussi remercier les quatre participantes de cette étude qui se sont montrées enthousiastes à participer aux deux entrevues suggérées et à partager avec moi, leur expérience de persistance à l'allaitement maternel.

Je tiens à remercier Nancy Lantagne et Daniel Beaudry pour leur amitié fidèle et sincère, pour leurs encouragements, de même que pour leur présence, très chère à mes yeux.

Merci à ma famille, pour son éternel soutien dans mes études et mes projets personnels.

Merci à mon conjoint, Marc-André, pour son appui, son écoute, sa compréhension, ainsi que son aide et sans qui, cette maîtrise n'aurait pas été possible.

Merci à ma fille, Laurie-Anne, ma source d'inspiration, qui représente la raison pour laquelle j'ai persisté à allaiter malgré les obstacles qui se sont présentés à nous...

Merci à la vie pour ma nouvelle grossesse qui me permettra de vivre une nouvelle expérience d'allaitement, d'ici quelques mois!

Sommaire

L'allaitement maternel représente un phénomène important pour la santé néonatale, infantile et maternelle. Malgré tout, les taux actuels d'allaitement maternel n'atteignent pas les niveaux souhaités par les instances provinciales spécialisées. Il s'avère donc important d'explorer le phénomène de la persistance de l'allaitement maternel chez les femmes primipares, puisque si ces dernières réussissent leur allaitement, elles seront sans doute plus aptes à allaiter de nouveau. L'allaitement représentant un phénomène social et culturel, il semble nécessaire d'étudier, au Québec, plus particulièrement l'expérience d'allaitement des femmes francophones et québécoises puisqu'elles allaitent moins, selon les études scientifiques réalisées à ce sujet.

Inspirée de la philosophie du « caring » de Watson (1985, 1988, 1999) comme toile de fond, cette étude qualitative de type phénoménologique a pour but de décrire et de comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement maternel, telle que vécue par des mères primipares, québécoises et francophones qui ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois. À l'aide de la méthode phénoménologique de van Manen (1990), quatre thèmes ainsi que leurs sous-thèmes respectifs ont émergé lors de l'analyse des entrevues semi-structurées réalisées auprès de quatre participantes.

Les quatre thèmes contribuent ainsi à décrire la persistance à l'allaitement maternel : 1) l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel, 2) l'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel, 3) la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel, 4) le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel. De ces quatre thèmes, émerge l'essence du phénomène à l'étude : **L'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant.**

Corroborant les résultats de nombreux écrits scientifiques disponibles, les verbatims des participantes ont cependant fait ressortir des particularités novatrices au niveau de l'expérience de la persistance de la mère qui allaite son enfant, notamment : la détermination de la mère à surmonter les obstacles et l'actualisation de la mère lorsqu'elle allaite son enfant avec amour.

Ce mémoire présente plusieurs implications et des recommandations pour la gestion, la clinique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières. Par exemple, les résultats identifiés lors de l'analyse attestent de l'importance des pratiques d'allaitement. Ainsi, il semble essentiel pour les gestionnaires de favoriser la concertation entre les professionnels et les établissements, afin de promouvoir une continuité en regard des informations dispensées quant à ces pratiques d'allaitement maternel.

Les résultats de cette étude démontrent également qu'il serait souhaitable que les infirmières mettent l'emphase, lors de leur enseignement, sur la détermination et l'engagement profond de la mère envers son allaitement, ainsi que sur les aspects enrichissants, de même que les bénéfices que procure la persistance à l'allaitement. De plus, il semble nécessaire qu'elles fournissent aux mères et aux conjoints, un grand éventail de soutien afin de favoriser une persistance à l'allaitement maternel.

Pour ce qui est de la recherche en sciences infirmières, il pourrait s'avérer utile d'explorer sous un angle qualitatif, l'expérience d'assistance à l'allaitement maternel du conjoint, de même que la dynamique du couple qui vit une expérience de persistance à l'allaitement maternel.

L'étudiante-chercheuse recommande, en s'appuyant sur les résultats de la présente étude, que l'éducation des infirmières mette l'accent sur l'impact majeur des propos contradictoires, des croyances personnelles erronées, des connaissances scientifiques périmées, ainsi que des pratiques non-reconnues en ce qui concerne la persistance de l'allaitement maternel.

Enfin, dans la perspective gouvernementale de voir s'accroître les taux d'allaitement d'ici 2007, l'étudiante-chercheuse demeure convaincue qu'il s'avère primordial d'arrêter nos priorités sur le phénomène de l'allaitement maternel.

Mots clés : Allaitement maternel, « caring », détermination, engagement profond, persistance, phénoménologie, primipares, recherche qualitative.

Even though maternal breastfeeding is an important phenomenon for neonatal, child, and maternal health, present statistical studies describing the trend of breastfeeding in Québec, do not appear to support the provincial government's objectives of increasing the number of breastfeeding mothers by 2007. It is, therefore, important to explore the phenomenon related to the persistence of maternal breastfeeding, as lived by primiparas women. It is well known, that if mothers succeed in their breastfeeding experience, they will be more likely to breastfeed again. Unfortunately, according to the scientific studies, there is a decreased tendency for Québec francophone mothers to breastfeed their child. Hence, based on its advantages and being that it is a cultural phenomenon, breastfeeding experience of Québec francophone mothers should be a required topic of study.

Being inspired by Watson's philosophy of caring (1985, 1988, 1999) as an underpinning, this qualitative phenomenological study aims to describe and understand the experience of maternal breastfeeding persistence, as lived by Quebec francophone primiparas mothers who have breastfed their child exclusively for at least three consecutive months. Using van Manen's (1990) phenomenological methodology, four themes, as well as their sub-themes, emerged from the data analysis obtained during semi-structured interviews, realized with four participants.

The four following themes contributed to describe the experience of breastfeeding persistence: 1) the importance of surmounting maternal breastfeeding obstacles, 2) the global enriching experience of maternal breastfeeding, 3) the acknowledgment of general support within the maternal breastfeeding experience, and 4) the respect of accepted maternal breastfeeding practices. From these four themes emerged the following essence of the phenomenon under study: **The mother's profound engagement through her determination to breastfeed her child.**

Our results corroborated those found in available scientific literature. Nevertheless, the participants' verbatim highlighted undocumented particularities pertaining to the mother's experience of persistence to breastfeed her child, such as, the

mother's determination to surmount obstacles, as well as her actualisation while breastfeeding her child with love.

This thesis presents several implications and recommendations for management, clinical, research, and education within the nursing arena. For example, the results identified during the data analysis highlighted the importance of accepted maternal breastfeeding practices for mothers. Therefore, it would seem essential for managers to promote agreement, among the diverse health care professionals and within the different institutions, in order to encourage continuity in regards to information offered on maternal breastfeeding practices. The study's results also show that it would be desirable that nurses, during their teaching, encourage the mother's determination and profound engagement towards her breastfeeding, as well as emphasise the benefits originating from persisting through her breastfeeding experience. Additionally, it is also necessary for nurses to support, both the mother and her partner, in order to promote persistence to maternal breastfeeding. In terms of nursing research, it may be worthwhile to explore, with a qualitative angle, both the partner's experience of assisting the mother's maternal breastfeeding, as well as the couple's experience of persisting maternal breastfeeding.

Grounding on the results obtained during this study, the student-researcher recommends that nursing education should include, in their curriculum, the major consequences of nurses sharing with their patients contradicting comments, erroneous personal beliefs, out-of-date scientific knowledge, as well as non-accepted practices related to maternal breastfeeding persistence, in order to improve the student's awareness pertaining to the breastfeeding phenomenon.

Finally, in alignment with the government's objective of improving the number of breastfeeding mothers in Quebec by 2007, and considering the health benefits of breastfeeding, this student-researcher is convinced that the nursing discipline should make the maternal breastfeeding phenomenon a top priority in their practice.

Key words: Caring, determination, maternal breastfeeding, persistence, phenomenology, profound engagement, primiparas, qualitative research.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier: La problématique.....	4
Le but de l'étude.....	13
La question de recherche.....	13
Chapitre deuxième: La recension des écrits.....	14
L'allaitement maternel.....	15
L'allaitement maternel à travers le temps.....	15
L'évolution de l'allaitement maternel au Québec.....	17
L'importance de l'allaitement maternel.....	19
Réalizations en regard de l'allaitement maternel.....	21
Réalizations internationales.....	22
Réalizations nationales.....	23
Réalizations québécoises.....	23
Études portant sur les facteurs personnels, sur les facteurs reliés à l'allaitement, les facteurs contextuels, ainsi que les facteurs de soutien.....	29
Les facteurs socio-démographiques et personnels.....	29
Les facteurs personnels qui influencent le choix d'allaiter.....	30
Les facteurs qui influencent la durée de l'allaitement.....	31
Les facteurs reliés à l'allaitement maternel.....	32
Les facteurs reliés à la pratique de l'allaitement.....	32
Les facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement.....	32
Les facteurs contextuels.....	33
Les professionnels de la santé.....	33
Les pratiques hospitalières.....	34
Le congé précoce en obstétrique.....	36
Les facteurs de soutien.....	37

Professionnel.....	37
Informatif.....	37
Social.....	37
Cinq études phénoménologiques traitant de l'allaitement maternel.....	38
La philosophie du « caring » de Watson.....	51
Chapitre troisième: La méthodologie.....	56
La phénoménologie.....	57
Pertinence de la phénoménologie en sciences infirmières.....	57
La phénoménologie comme philosophie.....	58
La phénoménologie de van Manen.....	62
Population cible et échantillon.....	63
Site et sélection des participantes.....	64
Les critères d'inclusion.....	64
Le déroulement de l'étude.....	65
L'analyse des données.....	66
La première étape: le phénomène d'intérêt.....	66
La deuxième étape: la collecte des données.....	67
La troisième étape: la réflexion.....	68
La quatrième étape: la description du phénomène.....	69
La cinquième étape: l'orientation.....	70
La sixième étape: la structure.....	70
Les considérations éthiques.....	71
La rigueur méthodologique.....	71
Les limites de l'étude.....	73
Chapitre quatrième : La présentation des résultats.....	74
Le profil des participantes.....	75
Participante 1 : Anne.....	75
Participante 2 : Marguerite.....	76

Participant 3 : Isabelle.....	76
Participant 4 : Camille.....	77
Les sous-thèmes et les thèmes émergents des entrevues.....	78
L'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel.....	81
L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel.....	86
Reconnaissance du soutien général	
dans l'expérience d'allaitement maternel.....	90
Respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel.....	97
L'essence du phénomène.....	99
Chapitre cinquième : La discussion des résultats.....	104
L'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel.....	105
L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel.....	108
La reconnaissance du soutien général	
dans l'expérience d'allaitement maternel.....	112
Le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel.....	116
L'essence du phénomène.....	118
Les implications pour la gestion, la clinique,	
la recherche et l'éducation en sciences infirmières.....	120
Les implications pour la gestion infirmière.....	120
Les implications pour la clinique infirmière.....	120
Les implications pour la recherche infirmière.....	121
Les implications pour l'éducation en sciences infirmières.....	121
Les recommandations pour la gestion, la clinique, la recherche et	
l'éducation en sciences infirmières.....	122
Les recommandations pour la gestion infirmière.....	122
Les recommandations pour la clinique infirmière.....	123
Les recommandations pour la recherche infirmière.....	124
Les recommandations pour l'éducation en sciences infirmières.....	124
Conclusion	126
Références.....	128

Liste des tableaux

Tableau i	Données socio-démographiques des participantes.....	172
Tableau ii	Données concernant la grossesse et l'accouchement des participantes...	173
Tableau iii	Données sur les pratiques hospitalières vécues par les participantes.....	174
Tableau iv	Données concernant l'allaitement maternel des participantes, de retour à domicile.....	175
Tableau v	Sous-thèmes pour chacune des participantes.....	177
Tableau vi	Thèmes et sous-thèmes pour chacune des participantes.....	80

Liste des figures

Figure 1

Processus d'analyse phénoménologique, du particulier à
l'universel.....101

Liste des annexes

Annexe A	Les dix règles du code international de commercialisation des substituts de lait maternel, selon l’OMS et l’UNICEF (1981)	142
Annexe B	Les dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel, selon l’OMS et l’UNICEF (1989).....	144
Annexe C	Les dix lignes directrices pour les infirmières et infirmiers, selon l’OIIQ (1998).....	146
Annexe D	Les cliniques d’allaitement maternel.....	148
Annexe E	Le processus de « bracketing » de l’étudiante-chercheure.....	150
Annexe F	La lettre explicative de la recherche.....	154
Annexe G	Le consentement à l’étude.....	157
Annexe H	La grille entrevue.....	163
Annexe I	Le questionnaire socio-démographique.....	165
Annexe J	Le certificat d’éthique.....	169
Annexe K	Les tableaux des données socio-démographiques des participantes.....	171
Annexe L	Le tableau des sous-thèmes des participantes.....	176
Annexe M	L’entrevue d’Isabelle.....	182

Introduction

Au Québec, l'allaitement maternel représente une problématique multifactorielle, de plus en plus évidente. Le taux d'allaitement québécois a fluctué à travers le temps, frôlant, plus souvent qu'autrement, des limites plutôt basses. C'est d'ailleurs le cas présentement au Québec. En sachant les bienfaits nombreux qu'offre l'allaitement maternel au niveau de la santé de la mère et de l'enfant, il y a lieu de s'inquiéter. De façon assurée, cette problématique mérite d'être étudiée en profondeur par de multiples chercheurs. Ainsi, une meilleure compréhension de ce phénomène pourrait contribuer, à promouvoir son incidence et ce, plus particulièrement, chez les femmes primipares, québécoises et francophones, puisqu'elles allaitent moins, selon les études scientifiques réalisées à ce sujet.

La problématique de l'allaitement maternel au Québec n'est pas récente. En effet, le taux d'allaitement maternel au Québec a fluctué à travers les diverses époques. De nos jours, le Québec et les provinces maritimes figurent au dernier rang des provinces canadiennes quant au nombre de mères qui allaitent et à la durée totale d'allaitement (Santé Canada, Statistiques Canada et le Centre canadien d'information sur la santé, 1999). En effet, selon le rapport sur la santé périnatale au Canada, 34.8% des mères qui allaitaient l'ont fait pendant moins de trois mois (Santé Canada, 2000b). Toutefois, selon l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Dubois et coll., 2000), la situation de l'allaitement maternel au Québec semble s'améliorer puisque 72% des nourrissons québécois sont allaités à la naissance. Par contre, 47% de ces nourrissons ont été allaités pendant au moins trois mois et 41% pendant au moins quatre mois. Pour sa part, l'étude de Lepage et Moisan (1998), réalisée auprès de femmes primipares, francophones et québécoises démontre bien la réalité particulière de ces femmes. Selon elles, 66.3% des femmes de l'étude allaitent à l'hôpital et après trois mois, seulement 31.3% continuent de le faire. De plus, seulement 41% de ces mères ont atteint leur objectif initial en terme de durée d'allaitement. Les femmes primipares québécoises allaitent donc moins en nombre et moins en terme de durée, que les femmes en général toute parité confondue et méritent que l'on s'y intéresse d'une façon particulière. Le ministère de la santé et des services sociaux (M.S.S.S., 2001), dans ses nouvelles lignes directrices, définit un nouvel objectif à atteindre pour 2007 : que les taux d'allaitement à

la naissance, à deux, quatre, six mois et à un an augmentent respectivement à 85%, 70%, 60%, 50% et 20% et ce, pour toute parité confondue.

Jusqu'à présent, plusieurs initiatives gouvernementales et hospitalières ainsi que plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur ce sujet. Malgré ces dernières, le Québec n'atteint toujours pas les objectifs d'allaitement fixés par le Ministère. D'une autre manière, quelques études qualitatives ont exploré le phénomène de l'allaitement maternel, mais aucune d'entre elles n'a pour but de décrire et de comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement maternel de femmes primipares, québécoises et francophones. Il apparaît nécessaire, à l'étudiante-chercheuse, d'explorer cette problématique de façon globale et non morcelée afin de mieux comprendre ce phénomène. Favorisant une telle perspective, la philosophie du « caring » de Watson (1979, 1988, 1999), sert de toile de fond à cette étude. Cette philosophie s'harmonise d'ailleurs avec la phénoménologie, méthode utilisée dans le cadre de cette recherche.

Ainsi, le premier chapitre précise la problématique de la présente étude. Pour sa part, le deuxième chapitre, qui représente la recension des écrits, démontre les multiples efforts déployés en regard de l'allaitement maternel et ce, par plusieurs chercheurs et divers organismes internationaux, nationaux et provinciaux. Il présente également la toile de fond de la recherche. Quant à lui, le troisième chapitre, expose la méthodologie phénoménologique choisie. Ce chapitre introduit également la population cible, l'échantillon proposé, le déroulement de l'étude ainsi que la méthode d'analyse des données proposée par van Manen (1990). Le quatrième chapitre expose les résultats ayant émergé suite à l'analyse phénoménologique. Enfin, le cinquième chapitre offre une discussion des résultats, de même que des implications et des recommandations pour la gestion, la clinique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières. Finalement, la conclusion termine ce mémoire en introduisant le rôle politique de l'infirmière quant au lobbying et à l'enseignement publique nécessaires afin de renouveler les pratiques, dans le but de favoriser l'allaitement maternel de la population québécoise.

Chapitre premier

La problématique

Ce chapitre présente le phénomène d'allaitement maternel en général et l'expérience vécue par les femmes primipares, québécoises et francophones ainsi que la philosophie de Watson, toile de fond de cette étude.

La pratique de l'allaitement maternel constitue une problématique présente au Québec. En effet, les taux d'allaitement québécois ont fluctué à travers le temps, atteignant des limites très basses lors des sommets de popularité du biberon. Alors, de quelle façon peut-on bonifier l'allaitement maternel, reconnu comme une pratique optimale à tous les niveaux? Comme le dit si bien O'Neil (1978), la seule façon efficace de modifier le genre de vie et l'environnement d'une population, c'est en l'impliquant directement et en respectant autant ses priorités, son rythme de changement et ses perceptions.

L'allaitement maternel représente la meilleure et la plus ancienne forme d'alimentation du nouveau-né. Selon Jones & Green (1996), l'allaitement maternel s'avère être le moyen optimal d'assurer une meilleure santé, une meilleure alimentation ainsi qu'un solide attachement mère-enfant. Il constitue donc, pour les mères qui le peuvent, le plus beau cadeau à offrir à leur rejeton. Or, l'allaitement maternel constitue aussi un phénomène complexe, multidimensionnel, qui touche la plupart des foyers du monde, à un moment bien précis de leur vie: à l'arrivée de bébé! Doit-on l'allaiter ou lui donner le biberon? La réponse à cette question, qui ne fait l'objet d'aucun doute pour la population de certains pays, n'est pas nécessairement évidente pour d'autres. En effet, comme on le constatera, certains pays détiennent un taux d'allaitement maternel exemplaire, voire presque parfait, alors que pour d'autres, le taux d'allaitement maternel frôle des limites plutôt basses, pour ne pas dire inquiétantes. C'est notamment le cas du Canada et plus précisément celui du Québec.

Bien sûr, parler d'allaitement maternel implique aussi son alternative, le biberon. Vers les années 1970, le biberon représentait un objet culturel signifiant l'intelligence et l'aisance financière. Or, ce dernier aurait-il causé une faille irréparable au niveau de l'alimentation de nos nourrissons? Aurait-il supprimé la transmission de l'exemple et du savoir de mère en fille? Aurait-il enlevé, malgré lui, la place qui revient

à l'allaitement maternel? Ces questions, ainsi que les données alarmantes concernant cette problématique au Québec, nous invitent à réfléchir sur l'importance que l'on lui donne et à l'avenir que l'on veut bien lui accorder.

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé néonatale, infantile et infanto-juvénile, ont été démontrés par plusieurs études (Lawrence, 1994; OMS, 1994; Institut canadien de la santé infantile, 1996; Scarlett, Cargill, Lyn-Sue, Richardson, & McCaw-Binns, 1996; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998). De plus, le lait maternel s'avère propre à notre espèce et il est supérieur à tous les autres produits lactés sur le marché (UNICEF, 1992; American Academy of Pediatrics, 1997). Il possède d'ailleurs des propriétés immunologiques uniques qu'aucun lait reconstitué ne pourrait offrir au bébé.

Les effets positifs de l'allaitement maternel sur la mère ont aussi été démontrés au niveau de la diminution des risques de cancer du sein et des ovaires, des risques d'hémorragie (OMS, 1994), d'engorgement et de mastite (Coates & Riordan, 1992) et des risques d'obésité et d'ostéoporose (Patton, Beaman, Csar, & Lewinski, 1996). D'une autre manière, il favorise les effets positifs aux niveaux émotionnel et psychologique (Denehy, 1992; OMS, 1996).

De plus, le lait maternel possède des avantages économiques pour les familles, écologiques pour tout l'environnement et participe à la réduction des coûts de soins de santé en abaissant l'incidence des maladies infantiles (Santé Canada, 1998). L'allaitement maternel constitue donc, sans conteste, le meilleur aliment à offrir au nouveau-né et de plus, tout le monde y trouve son profit!

Pour leur part, les organisations internationales, chefs de file en matière de santé, se sont aussi prononcées sur l'importance de l'allaitement maternel. Des politiques et des règles ont été élaborées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), dans le but de promouvoir l'allaitement comme seul mode d'alimentation des nouveau-nés (OMS, 1981; OMS et UNICEF, 1989). Cette position a été reprise par diverses instances nationales et provinciales et a suscité la création de plusieurs groupes de soutien à l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel ainsi que sa continuité, représentent donc des atouts importants pour la santé du bébé et de la mère. Les diététistes du Canada et Santé Canada (1998) suggèrent d'ailleurs de promouvoir un allaitement exclusif durant les quatre premiers mois de vie du bébé. Or, plusieurs le recommandent jusqu'à l'âge de deux ans, en ajoutant graduellement les aliments solides (OMS & UNICEF, 1990; Assemblée mondiale de la santé, 1994; Comité canadien pour l'allaitement, 1996). Pour sa part, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) préconise celui-ci comme la seule source d'alimentation du nourrisson durant les six premiers mois de vie et le recommande aussi jusqu'à l'âge de deux ans, même s'il y a apport de d'autres aliments. Pour sa part, le Ministère de la santé et des services sociaux (2001) recommande l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé et sa poursuite pendant au moins un an. Ceci justifie d'ailleurs l'intérêt de l'étudiante-chercheuse envers non seulement le choix de l'allaitement par plus de femmes, mais aussi, envers la poursuite de l'allaitement maternel par ces dernières.

Même si ici au Québec, en 1982, 75% des nouveau-nés québécois étaient allaités à l'hôpital (McNally, Hendricks, & Horowitz, 1985) les taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital n'étaient que de 47.7% au Québec en 1993 comparativement à 74% au Canada en 1993 (Levitt, Hanvey, Avard, Chance et Kaczorowski, 1995). Bien que le taux d'allaitement maternel à la naissance et à la sortie de l'hôpital au Québec ait fluctué au cours des années, on observe toujours un retard dans ce taux par rapport aux autres provinces canadiennes, exception faite des provinces maritimes, malgré tous les efforts déployés par les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé. Quant à elle, l'Enquête Nationale (ENSP) effectuée en 1994-95 (Santé Canada, 1998) affirme que les mères québécoises, toute parité et durée d'allaitement confondues, ont allaité à 54% pendant la période couverte par l'enquête. Seules les provinces de l'Atlantique présentent un taux inférieur, i.e. 53%. Notons que ces provinces représentent aussi les provinces les plus pauvres au Canada. Toujours selon cette étude, 43% des femmes québécoises ont allaité pendant moins de trois mois. Pour sa part, l'Enquête Nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les taux d'allaitement à la naissance s'établissent à 60% au Québec comparativement à 79% pour le Canada. Ainsi, le Québec et les provinces maritimes sont au dernier rang des provinces canadiennes

(Santé Canada, Statistiques Canada et le Centre canadien d'information sur la santé, 1999). De plus, c'est au Québec et dans les provinces maritimes que les femmes allaitent le moins longtemps. En effet, selon le rapport sur la santé périnatale au Canada, 34.8% des mères qui allaitaient l'ont fait pendant moins de trois mois (Santé Canada, 2000b). Toutefois, selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Dubois et coll., 2000), la situation de l'allaitement maternel au Québec semble s'améliorer, puisque 72% des nourrissons québécois sont allaités à la naissance. Par contre, seulement 47% de ces nourrissons ont été allaités pendant au moins trois mois et 41% pendant au moins quatre mois. Pour sa part, l'étude de Lepage et Moisan (1998), réalisée auprès de femmes primipares, francophones et québécoises démontre bien la réalité particulière de ces femmes. Selon elles, 66.3% des femmes de l'étude allaitent à l'hôpital et après trois mois, seulement 31.3% continuent de le faire, ceci représentant une chute de plus de 50% entre la naissance et le troisième mois de post-partum. De plus, seulement 41% de ces femmes ont atteint leur objectif initial d'allaitement. Plus précisément, chez les femmes primipares à faible revenu, les prévalences étaient de 53,3% à la naissance, de 21,1% à trois mois et de 15,0% à six mois. Ainsi, le taux d'allaitement initial des femmes primipares québécoises s'avère inférieur au taux pour l'ensemble des femmes québécoises et l'abandon de l'allaitement entre la naissance et avant le troisième mois de vie du bébé pour cette catégorie de femme semble plus important. Cela suggère donc qu'une attention particulière doit être portée à ces dernières.

Dans certains pays, les taux d'allaitement sont semblables à ceux du Québec et du Canada. Il en est ainsi pour la France avec un taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital de 52% (Crost et Kaminski, 1998) et les États-Unis avec un taux de 60% (Ryan, 1997). Cependant, dans d'autres pays, la quasi totalité des mères allaitent à la sortie de l'hôpital. Par exemple, en Islande, République Tchèque et en Pologne, ces taux s'élèvent à plus de 90% (Helsing, 1990), alors qu'ils sont au delà de 98% à la naissance, 70% et 68% pour la Suède et la Norvège (Nylander, 1997). De plus, selon l'étude de Brundtland (2000), les taux d'allaitement maternel de la Norvège atteindraient présentement 92% à la naissance, 80% à six mois et 40% à un an.

Le faible taux d'allaitement maternel au Québec ainsi que sa fluctuation à travers

les époques, peuvent s'expliquer en raison des facteurs culturels, économiques et sociaux (OMS et UNICEF, 1989). Dans notre société et notre culture occidentale, l'allaitement maternel se vit de façon isolée par les mères, et ces dernières s'avèrent fréquemment marginalisées par le reste de la société. En effet, il n'est pas rare d'observer un malaise, lorsqu'elles allaitent en public. Parfois même, elles sont pointées du doigt par des personnes qui ne savent que penser de cette situation. Par ailleurs, les mères d'aujourd'hui semblent avoir moins de modèles d'allaitement et de soutien familial qu'auparavant. De plus, dans une société, le manque de valorisation de la femme, des enfants ainsi que de l'allaitement comme tel, constitue un véritable obstacle en ce qui a trait à la réussite de l'allaitement maternel (OMS & UNICEF, 1990).

Face à cette problématique, une des priorités nationales de santé publique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (M.S.S.S., 1997) visait à ce que, d'ici l'an 2002, l'allaitement maternel augmente à 80% à l'hôpital, à 60% au troisième mois de post-partum et à 30% au sixième mois et ce, pour toute parité confondue. Cet objectif n'ayant pas été atteint, le M.S.S.S., dans ses nouvelles lignes directrices 2001, définit donc un nouvel objectif à atteindre pour 2007 : que les taux d'allaitement à la naissance, à deux, quatre, six mois et à un an augmentent respectivement à , 85%, 70%, 60%, 50% et 20% et ce à nouveau, pour toute parité confondue.

Puisque le taux d'allaitement demeure faible au Québec et que la cessation de l'allaitement chez les femmes primipares se situe surtout entre la naissance et le troisième mois de post-partum (Lepage et Moisan, 1998), il semble donc nécessaire d'explorer la situation d'allaitement à ce moment précis.

L'allaitement maternel et les problématiques qui s'y rattachent, ont fait l'objet de plusieurs recherches. Ainsi, on peut dégager quatre grandes classes de facteurs représentant les études réalisées à propos de l'allaitement maternel, jusqu'à présent: les facteurs personnels concernant les mères, les facteurs reliés à l'allaitement, les facteurs contextuels, ainsi que les facteurs du soutien.

En premier lieu, il est possible de dresser un profil des femmes qui allaitent, grâce aux facteurs personnels qui les représentent. De façon générale, les femmes qui allaitent davantage ont un niveau socio-économique plus élevé (Charest, 1996; Bourgoin, Lahaie,

Rhéaume, Berger, Dovigi, Picard, & Sahai, 1997; Ryan, 1997), elles sont en couple (Charest, 1996; William, Innis, & Vogel, 1996) et sont plus âgées (Barber, Abernaty, Steinmetz, & Charlebois, 1997; Ryan, 1997; Crost & Kaminski, 1998). De plus, elles détiennent majoritairement une scolarité plus élevée (Crost & Kaminski, 1998; Lepage et Moisan, 1998) et elles fument peu ou pas (Barber et al. 1997; Horta, Victora, Menezes, & Barros, 1997; Crost & Kaminski, 1998). Les femmes qui allaitent sont généralement anglophones ou parlent une autre langue que le français (Bourgoin et al., 1997; Crost & Kaminski, 1998). Aussi, elles ont accouché vaginalement (Kearney, Cronenwett, & Reidardt, 1990) et ont des croyances positives en regard de l'allaitement (Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998).

Pour leur part, les facteurs reliés à l'allaitement, c'est-à-dire, ceux qui influencent la pratique de l'allaitement: la fréquence d'allaitement et les problèmes de succion, par exemple, et ceux qui influencent l'arrêt de l'allaitement maternel: le manque de lait, le mauvais positionnement, la douleur, l'engorgement des seins et le retour au travail, entre autres, ont fait l'objet des recherches de plusieurs chercheurs (Matthews, 1993; OMS, 1996; Piper & Parks, 1996; Scarlett et al., 1996; Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998; Séguin, Goulet, Frohlich, Dumas, et Desjardins, 1998; Santé Canada, 2000a).

Quant à eux, les facteurs contextuels qui ont un impact sur l'allaitement maternel, c'est-à-dire, l'influence des professionnels de la santé, les pratiques hospitalières qui nuisent à l'allaitement, ainsi que le congé précoce en obstétrique, ont aussi retenu l'attention de certains chercheurs (Carty & Bradley, 1990; Braveman, Egerter, Pearl, Marchi, & Miller, 1995; CÉTS, 1997; Levitt et coll., 1995; Mulford, 1995; Charest, 1996; Kvist, Persson, & Lingman, 1996; Jetté, 1997; Crost & Kaminski, 1998; Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998; Santé Canada, 2000a).

Finalement, le soutien à l'allaitement maternel représente, quant à lui, un sujet de recherche qui est bien documenté. Que ce soit le soutien professionnel, informatif, ou social, la majorité s'entend pour dire que le soutien constitue un atout important dans le succès de l'allaitement maternel (McNatt, & Freston, 1992; Courville, 1995; Dunne, &

Fuerst, 1995; Mulford, 1995; OMS, 1996; Patton, Beaman, Csar, & Lewinski, 1996; Trado, & Hughes, 1996; Jetté, 1997; Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998).

Ainsi, ces études, de nature quantitatives principalement, ont identifié les multiples facteurs qui influencent l'allaitement maternel. À la connaissance de l'étudiante-chercheure, jusqu'à présent, seulement cinq études qualitatives ont été réalisées concernant l'allaitement maternel, toutes ayant utilisé une méthode phénoménologique.

Hewat et Ellis (1984) ont exploré la perception des femmes de l'ouest canadien et de parité distincte, à propos de leur expérience d'allaitement maternel. La relation d'allaitement, impliquant la mère et l'enfant, constitue le thème qui a émergé de l'étude. Bottorff (1990) a, pour sa part, étudié la persistance à l'allaitement chez des mères de l'ouest canadien. La décision d'allaiter, les problèmes encourus, le don de ce qu'il y a de meilleur, l'engagement et le choix du moment de l'arrêt de l'allaitement figurent parmi les thèmes qui influencent la persistance vécue par les participantes. Maclean (1990) a également étudié l'expérience d'allaitement maternel de femmes torontoises, toute parité confondue. Elle discute des réalités de l'allaitement maternel, du sevrage et des réseaux de soutien. Leff, Gagne et Jefferis (1994) ont exploré et identifié les composantes importantes d'un allaitement réussi, selon des mères anglophones et américaines, primipares ou non. L'essence du phénomène à l'étude est le travail en harmonie. Pour leur part, Trado et Hugues (1996) ont décrit le phénomène d'allaitement chez des femmes américaines et défavorisées, sans expérience d'allaitement maternel. Le soutien correspond au thème de l'étude.

Ainsi, ces cinq études se sont effectuées auprès de femmes qui ne connaissaient pas la même réalité d'allaitement que les participantes de la recherche proposée. En effet, dans ces études, la parité des participantes n'était pas mentionnée, ou n'était pas spécifiée. De plus, les périodes d'allaitement n'étaient pas nécessairement de trois mois et les participantes étaient pour certaines de ces études, défavorisées, anglophones et parfois américaines. Ceci représente des situations bien différentes de celle de l'étude proposée ici en bien des points. En effet, plusieurs auteurs affirment que la parité, le

niveau socio-économique, ainsi que la langue jouent un rôle en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Observant, au Québec, une chute particulièrement abrupte du taux d'allaitement maternel entre la naissance et le troisième mois de vie du bébé, plus spécifiquement chez les femmes primipares, l'étude proposée s'avère ainsi différente de celles présentées jusqu'à présent au niveau de la langue, de l'origine de la mère, du revenu et de la période totale d'allaitement maternel. Pour sa part, le choix de faire la présente étude auprès de femmes francophones se justifie, bien sûr, par leur prédominance au Québec. Aussi, les participantes devront avoir accouché vaginalement car plusieurs auteurs soutiennent que l'accouchement par césarienne a une influence négative sur l'allaitement maternel.

En résumé, de nombreuses études majoritairement quantitatives, concernant l'allaitement maternel ont ciblé de façon morcelée, les facteurs qui influencent l'allaitement. Cependant, malgré la connaissance de ces facteurs et la pluralité des interventions gouvernementales, le taux d'allaitement maternel et la poursuite de ce dernier, n'augmentent toujours pas au Québec. De plus, en ce qui a trait à l'expérience d'allaitement maternel, il existe peu d'études sur le sujet et aucune d'elles a pour but de comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement des femmes primipares, québécoises et francophones. L'urgence de comprendre ce phénomène se fait donc pressante et justifiée. L'allaitement maternel constituant un phénomène social en soi, il s'avère donc important de le regarder globalement, avec une vision holistique et non de façon morcellée, comme on a pu le remarquer dans la majorité des études réalisées à ce sujet jusqu'à maintenant. Il semble donc primordial de voir cette problématique sous un angle nouveau et, surtout, de voir auprès des mères qui allaitent, ce qui influence leur motivation ainsi que leur persistance à allaiter durant ces trois premiers mois, inclusivement. Pour leur part, Ewig et Morse (1989) soutiennent que pour favoriser l'augmentation de la durée et du taux d'allaitement maternel, il faut repenser nos priorités de recherches. Selon elles, plus les expériences liées à l'allaitement maternel seront comprises, plus la pratique de l'allaitement maternel sera augmentée, facilitée et prolongée.

Le Ministère de la santé et des services sociaux, dans ses Lignes directrices de L'allaitement maternel au Québec (2001), énonce le besoin de se concerter pour bonifier l'allaitement maternel :

« Pour que l'allaitement maternel redevienne la norme culturelle, une action concertée de toutes les personnes qui travaillent dans le domaine doit être menée et toute la communauté doit être mise à contribution. Là où l'allaitement est largement pratiqué, il s'inscrit dans la culture populaire: les femmes ont le désir d'allaiter, les parents connaissent les réalités et les bienfaits de l'allaitement et ils sont soutenus totalement par les professionnels de la santé, les groupes d'entraide à l'allaitement, les organismes communautaires en périnatalité et le milieu environnant. » (p.41).

Watson (1979, 1988, 1997, 1999), s'inspirant de la philosophie phénoménologique-existentielle, suggère également à l'infirmière de s'attarder davantage à ce que vit la personne dans son expérience de santé. Donc, en utilisant la philosophie du « caring » de Watson comme toile de fond, cette étude favorisera la compréhension du vécu de ces femmes dans le langage de leur expérience quotidienne face à un phénomène aussi complexe que l'allaitement maternel. Watson conseille, pour ce faire, une méthodologie phénoménologique, laquelle semble la plus appropriée pour décrire et comprendre l'expérience d'allaitement maternel chez la femme primipare, québécoise et francophone. Ainsi, les résultats de ce genre d'étude pourraient favoriser, éventuellement, l'élaboration d'interventions infirmières significatives auprès des mères afin d'initier et de poursuivre un allaitement maternel qui leur tienne à cœur.

But de la recherche

Décrire et comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement maternel, telle que vécue par des mères primipares, québécoises et francophones qui ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois.

Question de recherche

Quelle est l'expérience de persistance à l'allaitement maternel, telle que vécue par des mères primipares, québécoises et francophones qui ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois ?

Chapitre deuxième

La recension des écrits

Ce chapitre comprend la recension des écrits pertinents concernant l'allaitement maternel. Cette recension des écrits permet une meilleure compréhension de ce phénomène et favorise la prise de position quant à cette problématique. Cette recension se divise en plusieurs parties. Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse explore l'allaitement maternel sous plusieurs angles. L'allaitement maternel à travers le temps, son importance et les réalisations visant à favoriser et à promouvoir l'allaitement seront discutés. Par la suite, les études concernant les facteurs socio-démographiques et personnels des femmes qui allaitent, les facteurs reliés à l'allaitement, les facteurs contextuels de même que les facteurs de soutien, prennent place, ainsi que cinq études phénoménologiques. Finalement, ce chapitre se termine par la philosophie du « caring » de Watson, toile de fond de cette étude.

La première partie de ce chapitre présente donc les différentes facettes de l'allaitement maternel, telles que vues dans les écrits.

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel à travers le temps

Il y a longtemps, est-ce que l'allaitement maternel représentait vraiment une pratique universelle, sans histoire? Riordan et Auerbach (1993) se sont intéressées à cet aspect de l'allaitement et ont tracé son histoire. Bien que les pratiques connues de l'allaitement maternel remontent jusqu'à environ 10 000 ans, l'archéologie a permis de découvrir que 2000 ans avant Jésus-Christ, il y avait des bébés nourris avec du lait provenant d'une source animale. Ces auteures rapportent les paroles de Gordonus (1309), ce dernier affirmant que les femmes de son époque sont trop hautaines ou trop délicates pour allaiter, ou elles ne trouvent pas cela de convenance. La problématique de l'allaitement maternel n'est donc pas un phénomène récent, spécifique à notre ère moderne, mais représente plutôt un phénomène sociétal de longue date. Delaye (1990), pour sa part, affirme que la plupart des femmes de toutes les époques se sont déchargé de l'allaitement maternel. De l'antiquité au moyen-âge, les femmes de haut-rang faisaient allaiter leurs bébés par des nourrices. À leur tour, au XVIII^{ème} siècle, les ouvrières faisaient allaiter leurs bébés par des nourrices, ceci leur permettant ainsi de travailler. Au

XIXième siècle, ce fut l'apogée des nourrices. À ce moment, les femmes paysannes laissaient leurs bébés à la campagne pour qu'elles puissent se trouver un emploi comme nourrice à la ville: leurs bébés étaient donc nourris au biberon, pendant qu'elles nourrissaient au sein les bébés des familles qui les employaient ! Or, toujours selon elle, au XXIème siècle, le biberon a permis à tous les enfants, de toutes classes sociales confondues, d'être enfin élevés par leurs mères.

Ainsi, à toutes les époques, l'allaitement maternel a été influencé par plusieurs facteurs, dont les valeurs de la société et la disponibilité des substituts. Vers les années 1850, les chimistes ont commencé à s'intéresser aux produits alimentaires, le premier substitut ayant été commercialisé par Nestlé vers 1860 (Gerrard, 1974). Les conséquences de l'introduction de ce substitut dans l'allaitement maternel ont été désastreuses quant au taux de mortalité infantile qui atteignait 60 à 75% en 1890. Les travaux de Pasteur ont heureusement permis l'amélioration de cette méthode d'alimentation du nouveau-né (Delahaye, 1990). Par la suite, les produits lactés se sont raffinés, peu à peu, faisant l'objet de maintes et maintes recherches.

Jusqu'aux années 1940, la prévalence de l'allaitement maternel demeurait cependant élevée dans presque toutes les sociétés (Riordan & Auerbach, 1993). Or c'est depuis les années 30, que le marché s'est vu envahir définitivement par les préparations lactées qui ont essayé tant bien que mal d'imiter le lait maternel, le biberon symbolisant une société choyée au niveau économique, à ce moment.

Selon l'UNICEF (1992), la chute de l'allaitement maternel s'est tout d'abord fait sentir dans les pays industrialisés. Ce fait étant principalement dû au grand nombre de femmes qui ont commencé à travailler. Les fabricants des substituts de lait maternel ont ciblé, à prime-à-bord, les médecins, les hôpitaux et les services de maternités. Pour sa part, dans les pays défavorisés, l'abandon de l'allaitement maternel est en partie responsable de la mort d'au moins un million d'enfants par année. Heureusement les chercheurs, d'abord intéressés par des données quantitatives sur l'allaitement maternel, ont exploré à partir des années 60, les propriétés exceptionnelles du lait maternel, permettant une remise en question en regard de l'utilisation de substituts.

L'évolution de l'allaitement maternel au Québec

Au Québec, les taux d'allaitement maternel les plus faibles ont été dénotés dans les années 1970. En 1976, le taux d'allaitement maternel à l'hôpital est de 28% seulement (McNally, Hendricks, & Horowitz, 1985). Par la suite, on observe une augmentation de ce taux, celui-ci représentant 75% à l'hôpital, 47% à deux mois de vie et 17% à six mois (McNally et al., 1985). Selon Levitt et coll. (1995), le taux d'allaitement maternel au Québec en 1993, était de 47,7% à la naissance, de 28% au deuxième mois et 11% au sixième mois alors que la moyenne canadienne se situait à 74%. Pour leur part, l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELSEJ) en 1994-1995, affirment que 73% des femmes canadiennes disaient avoir allaité leur bébé et ceci pour des périodes variables. L'ENSP et l'ELSEJ évaluent respectivement que 43% et 46% des mères québécoises ont allaité pendant une période de moins de trois mois, à cette époque (Santé Canada, 1998). Un sondage téléphonique auprès de 1937 mères primipares du Québec, réalisé par Charest (1996), rapporte que seulement 17,7% des primipares défavorisées de cette étude débutaient l'allaitement maternel comparativement à 66% des primipares de l'étude. Au troisième mois, 38,6% allaitaient encore et après le sixième mois, seulement 10,7%. Pour sa part, selon l'Enquête Nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les taux d'allaitement à la naissance s'établissent à 60% au Québec comparativement à 79% pour le Canada. Ainsi, le Québec et les provinces maritimes sont au dernier rang des provinces canadiennes (Santé Canada, Statistiques Canada et le Centre canadien d'information sur la santé, 1999). De plus, c'est au Québec et dans les provinces maritimes que les femmes allaitent le moins longtemps. En effet, selon le rapport sur la santé périnatale au Canada, 34,8% des mères qui allaitaient l'ont fait pendant moins de trois mois (Santé Canada, 2000b). Toutefois, selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Dubois et coll., 2000), la situation de l'allaitement maternel au Québec semble s'améliorer, puisque 72% des nourrissons québécois sont allaités à la naissance. Par contre, seulement 47% de ces nourrissons ont été allaités pendant au moins trois mois et 41% pendant au moins quatre mois. Quant à elles, Lepage et Moisan (1998) ont effectué une étude sur l'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares du Québec. Les données ont

révélé que 66,3% des mères allaitent à la naissance, 31,3% à trois mois et 18,2% à six mois. Notons, plus particulièrement, la chute de plus de 50% entre la naissance et le troisième mois de post-partum. De plus, seulement 41% de ces femmes ont atteint leur objectif initial d'allaitement, selon cette étude. Chez les femmes primipares à faible revenu, les prévalences étaient de 53,3% à la naissance, de 21,1% à trois mois et de 15,0% à six mois. De plus, même si les taux d'allaitement s'avèrent plus faibles chez les femmes primipares à faible revenu, il semble qu'ici au Québec les situations de pauvreté ne sont pas majoritaires. On peut donc observer, d'après ces diverses données, que les femmes primipares sont moins nombreuses à débiter un allaitement, mais qu'elles sont aussi plus nombreuses à abandonner cet allaitement avant le troisième mois de vie du bébé, comparativement aux femmes en général. Ainsi, les taux d'allaitement à la naissance et à trois mois de vie du bébé, chez les femmes primipares québécoises demeurent plus faibles que ceux des femmes québécoises en général, même si l'allaitement maternel est reconnu comme étant l'alimentation de choix du nouveau-né.

Le M.S.S.S. (1997), quant à lui, visait au niveau de ses priorités nationales de santé publique, à ce que l'allaitement maternel augmente à 80% à l'hôpital, à 60% à trois mois de vie et à 30% à six mois de post-partum, d'ici l'an 2002. Le M.S.S.S. appuyait ses priorités d'action, en ce qui a trait à l'allaitement maternel, sur les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF (1990), qui suggèrent que 80% des mères allaitent leurs enfants pendant au moins quatre mois. Cette priorité d'action du M.S.S.S., survenait au moment où l'incidence de l'allaitement maternel semblait peu élevée, particulièrement au Québec. Cet objectif n'ayant pas été atteint, le M.S.S.S., dans ses nouvelles lignes directrices 2001, définit donc un nouvel objectif à atteindre pour 2007 : que les taux d'allaitement à la naissance, à deux, quatre, six mois et à un an augmentent respectivement à, 85%, 70%, 60%, 50% et 20% et ce à nouveau, pour toute parité confondue. De plus, six objectifs intermédiaires sont formulés :

1. Que d'ici 2003, soit instauré un système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte à la sortie des services de maternité, à 2, 4, 6 et 12 mois, pour la province et pour chaque région sociosanitaire.

2. Que d'ici 2003, le M.S.S.S. et ses établissements mettent en place les conditions nécessaires (temps, espace et soutien) pour favoriser l'allaitement maternel parmi leur personnel.
3. Que d'ici 2004, tous les services de maternité et tous les CLSC aient amorcé le processus afin d'être désignés « amis des bébés ».
4. Que d'ici 2005, chaque région compte des groupes de soutien à l'allaitement en nombre suffisant, de façon à ce que chaque service de maternité et chaque CLSC puissent y diriger les mères.
5. Que d'ici 2007, au moins vingt services de maternité et quarante CLSC soient reconnus « amis des bébés » au Québec.
6. Que d'ici 2007, les taux d'allaitement exclusif soient de 75%, 40%, 30%, 10% respectivement à la sortie des services de maternité, aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant.

Pour atteindre ces objectifs, des principes de protection, promotion et de soutien à l'allaitement sont énoncés, ainsi que quatre stratégies: l'implantation de l'initiative Amis des bébés, l'organisation du soutien à l'allaitement maternel, le suivi et l'évaluation et finalement, le pouvoir d'influence que le M.S.S.S. et le réseau doivent exercer pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement maternel et à le protéger. Bien que les stratégies proposées par le M.S.S.S. semblent tout à fait adéquates pour atteindre leur objectif général en 2007, elles ne tiennent pas compte spécifiquement, cependant, des femmes primipares. Ces dernières, à l'avis de l'étudiante-chercheure, méritent une attention particulière en ce qui a trait à la problématique de l'allaitement maternel au Québec.

L'importance de l'allaitement maternel

L'UNICEF (1992) affirme que la preuve scientifique a été faite et que le lait maternel est, de façon incontestable, infiniment supérieur à tous les produits fabriqués jusqu'à maintenant. L'American Academy of Pediatrics (1997) précise que le lait maternel est propre à notre espèce et qu'on ne lui connaît pas d'égal. Les substituts présentement en vente, diffèrent de façon considérable du lait humain.

Le colostrum, qui diffère du lait mature, est présent dans les trois premiers jours d'allaitement. De texture gélatineuse, il est riche en immunoglobulines et assure la première immunisation du bébé (M.S.S.S., 2001). Le bébé boit en moyenne 37 ml. de colostrum dans son premier vingt-quatre heures de vie, mais cette quantité peut varier de 7 à 123 ml. (Hartman, 1987). Quant à lui, le lait maternel s'adapte au besoin de l'enfant et prend le goût de l'alimentation de la mère. Au début de la tétée, le lait est d'aspect aqueux et vers la fin, il prend une texture plus crèmeuse. Il contient des IgA, des protéines, de la lactoferrine et contient 5,000,000 de globules blancs/cc (comparativement à 10,000/cc dans le sang humain adulte). De plus, la taurine contenue exclusivement dans le lait maternel favorise le développement du cerveau durant la jeune enfance (European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition, 1982). Il s'avère facilement digérable, il aide à coloniser l'intestin avec le Lactobacille bifidus et aide à éliminer le méconium (Dionne, 1999). Il augmente l'efficacité des vaccins (Dionne, 1996), réduit les risques d'otites moyennes, a un effet protecteur en regard des allergies, il protège contre la mort subite du nourrisson, contre le diabète (Dionne, 1996 ; Institut canadien de la santé infantile, 1996; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998) et contre la maladie de Crohn, les colites ulcéreuses, les appendicites et la sclérose en plaques (Dionne, 1996). La sclérose en plaques pourrait être reliée à un déficit en acide gras essentiels et puisque le lait maternel est riche en acides gras essentiels il pourrait donc influencer la myélinisation du cerveau et sa résistance aux virus et aux maladies auto-immunes qui ont un rôle à jouer dans la sclérose en plaques (Dionne, 1996). L'allaitement maternel représente l'un des facteurs les plus bénéfiques pour garantir une bonne santé néonatale, infantile et infanto-juvénile ainsi que la croissance et le développement de l'enfant. Ses effets sont encore plus positifs si l'allaitement constitue le mode exclusif d'alimentation du nourrisson pendant les quatre à six premiers mois (OMS, 1994). Plusieurs problèmes de santé sont évités en allaitant, entre autres: l'hypothermie, l'hypoglycémie néonatale, les infections néonatales, la jaunisse (OMS, 1994). L'allaitement réduit aussi les risques d'obésité (Lawrence, 1994). Il favorise un gain de poids normal chez les bébés (Scarlett et al., 1996). Le lait maternel a une supériorité nutritionnelle incontestable et protège le bébé contre différentes causes

de mortalité et de morbidité infantiles. Implicitement, ces taux s'avèrent plus faibles chez les enfants allaités ainsi que chez leurs mères (Bell & Rawlings, 1998). Les nourrissons qui sont exclusivement nourris au sein peuvent présenter jusqu'à quatre fois moins de diarrhées et d'infections respiratoires que ceux qui ne le sont pas (OMS, 1994). Le lait maternel possède des propriétés anti-infectieuses uniques et il protège le bébé contre divers virus et bactéries pathogènes avant la vaccination active (Dionne, 1999). Ainsi, l'allaitement maternel protège les enfants de moins de six mois contre les infections à *Haemophilus Influenza* et peut aussi jouer un rôle contre les infections à *Herpès Simplex* (Dionne, 1996). Les bébés démontrent un développement psychomoteur et intellectuel supérieur et réussissent mieux les tests d'acuité visuel (Dionne, 1996). En effet, l'acide docosahexaénoïque (ADH) présent dans le lait maternel améliore l'acuité visuelle, le fonctionnement des neurones et la physiologie de la rétine (Dionne, 1996, SanGiovanni et al., 2000). Toujours à long terme, les bébés allaités plus de six mois ont huit fois moins de probabilité de développer un lymphôme que les bébés allaités moins de six mois (Dionne, 1996). L'allaitement peut également être bénéfique pour les mères car il réduit les risques d'hémorragie en post-partum, les risques de cancer du sein ou des ovaires (OMS, 1994), de l'endomètre et de l'utérus (Dionne, 1996); il permet de diminuer les risques de mastite et d'engorgement (Coates & Riordan, 1992) et il procure un moyen contraceptif efficace à 98% durant les six premiers mois de post-partum si l'allaitement maternel est exclusif (OMS, 1993). Il favorise aussi l'involution utérine, il a des effets positifs aux niveaux émotionnels et psychologiques et il réduit les risques d'ostéoporose et d'obésité (Patton et al., 1996). Aussi, selon l'OMS (1996) une tétée immédiate en post-partum a pour effet de favoriser l'attachement mère-enfant. L'allaitement maternel permet à la mère de mieux connaître la personnalité de son bébé et lui donne la chance de bien saisir ses besoins. De plus, en centre hospitalier, l'allaitement maternel permet de prévenir les infections nosocomiales (OMS, 1994).

Réalisations en regard de l'allaitement maternel

La reconnaissance de l'allaitement maternel comme étant le meilleur mode d'allaitement du nourrisson a incité les différents organismes responsables de la santé

infantile à développer des mesures pour protéger, soutenir et encourager l'allaitement maternel.

Réalisations internationales. En 1981, ayant tenu compte des recommandations de la vingt-septième assemblée mondiale de la santé de 1974, à propos de la nécessité d'avoir un code de commercialisation des aliments du nourrisson, l'OMS condamne la distribution d'échantillons gratuits de préparations lactées, car cette pratique influence de façon négative l'allaitement maternel. L'OMS produit donc le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui fut adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981. Dans ce code, on y retrouve les dix règles principales (voir annexe A), concernant la commercialisation des substituts du lait maternel, afin de protéger l'allaitement maternel. Il règlemente aussi les techniques de publicité et d'incitation utilisées pour vendre des préparations lactées (OMS et UNICEF, 1981).

L'OMS et l'UNICEF (1989), ont produit conjointement un document intitulé: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Dans ce document on y retrouve les dix conditions pour assurer le succès de l'allaitement maternel (voir annexe B). En 1990, une réunion coparrainée par l'OMS et l'UNICEF a eu lieu à Florence en Italie. Cette réunion portait sur la situation mondiale de l'allaitement maternel et la déclaration Innocenti a été adoptée par les participants à cette réunion. De plus, cette Déclaration émise par l'OMS et l'UNICEF stipule que l'allaitement maternel devrait être le mode exclusif d'alimentation du nourrisson jusqu'à l'âge de quatre à six mois.

La déclaration Innocenti ainsi que le document: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel ont servi de base à l'élaboration de l'initiative pour des hôpitaux amis des bébés (IHAB), (UNICEF, 1992). Ce projet consiste en l'application des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ainsi qu'en l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'UNICEF, dans son document promotionnel: Adoptez l'initiative des amis des bébés, note qu'il y a une progression de l'alimentation artificielle au dépend de l'allaitement au sein et cela, autant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Il y a un recul de l'allaitement exclusif au sein et il y a un trop grand nombre d'hôpitaux adeptes des pratiques médicales modernes

qui font obstacle à l'allaitement maternel. Donc, l'UNICEF et l'OMS avec le soutien des grands dirigeants et des organisations non gouvernementales, ont lancé cette initiative pour convaincre les hôpitaux, les professionnels de la santé ainsi que les familles, que l'allaitement maternel constitue le meilleur départ possible, dans la vie pour le bébé. L'UNICEF (1992) soutient que les mérites de l'allaitement maternel ne sont plus à démontrer. Selon eux, il ne manque que de la volonté! L'OMS & l'UNICEF (1990) soutiennent, d'ailleurs, qu'il est essentiel d'avoir des politiques qui favorisent les changements culturels et qui visent la promotion de l'allaitement maternel.

Réalisations nationales. En 1991, le comité canadien pour l'allaitement maternel (1996) a été établi par Santé Canada. Ce comité a pour but, de par la promotion des IHAB, de faire de l'allaitement maternel "la norme culturelle" ici au Canada. Notons que depuis le lancement de l'initiative Amis des bébés, vers les années 1990, il n'y avait aucun hôpital "ami des bébés" à l'automne 1998 (Infact Canada, 1998). À l'été 1999, le pavillon des naissances de l'hôpital du Brome-Missisquoi-Perkins à Cowansville, a été proclamé ami des bébés, le premier au Canada.

L'Institut canadien de la santé infantile (1996), a publié un document à l'intention des intervenants et des intervenantes en soins de la santé et qui s'intitule: Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel. Ce document donne des informations, des renseignements et des directives aux professionnels de la santé, sur plusieurs facettes de l'allaitement maternel. Santé Canada (2000a) a réalisé le même type de document, tout récemment. Un chapitre de ces lignes directrices est consacré à l'allaitement maternel.

Pour leur part, la Société canadienne de pédiatrie (SCP), Les diététistes du Canada (DC) et Santé Canada (SC) recommandent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de quatre mois. De plus, ils suggèrent de continuer l'allaitement tout en le combinant à la nourriture jusqu'à l'âge de deux ans et plus (SCP, DC, et SC, 1998).

Réalisations québécoises. En février 1999, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), (1998) a publié un document sur l'allaitement maternel, intitulé tout simplement: Allaitement maternel. Ce dernier reflète bien l'importance que notre Ordre professionnel accorde à l'allaitement maternel. En effet, l'Ordre reconnaît les avantages

de l'allaitement maternel, souligne le recul du taux d'allaitement maternel au Québec et admet que l'administration de substitut est une pratique nuisible. Il met l'accent sur l'importance de l'allaitement maternel, qui représente une priorité publique de même qu'une priorité pour les infirmières. Il est convaincu que ces dernières sont dans une position privilégiée pour influencer les politiques et les attitudes en regard de l'amélioration de l'allaitement maternel (voir annexe C). Selon sa prise de position, l'O.I.I.Q. considère le lait maternel comme supérieur à toute autre forme de lait, dit qu'il s'avère nécessaire de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel, affirme que ce dernier devrait être la seule source alimentaire du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois (né à terme et en santé ou prématuré, malade et hospitalisé) et encourage cette pratique jusqu'à l'âge de deux ans même s'il y a consommation de d'autres aliments. L'O.I.I.Q. adhère aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF (1989), appuie le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS et UNICEF, 1981), la Déclaration d'Innocenti (OMS, et UNICEF, 1990) et l'initiative Hôpital ami des bébés (UNICEF, 1992). L'O.I.I.Q. affirme que tous les établissements qui assurent des prestations de maternité devraient suivre les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Dorénavant, les services d'obstétrique devront se baser sur les recommandations de l'Ordre au niveau de l'allaitement maternel afin de favoriser l'augmentation de celui-ci.

Quant à lui, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), a publié un document: Politique de Périnatalité, en 1993. Bien que l'allaitement maternel se fasse très discret dans ce document, le ministère souligne l'importance d'avoir des activités de promotion sur l'allaitement maternel. Ce dernier soutient que la période périnatale constitue une période importante pour la promotion d'attitudes favorables à la santé, pour toute la famille. Aussi, afin de permettre aux familles de faire des choix appropriés, de l'information préventive concernant les habitudes de vie pendant la grossesse, l'allaitement et d'autres périodes, est mise à leur disposition. Aussi, l'orientation et l'organisation des services appliquent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternisé. De plus, le soutien postnatal intègre un soutien à l'allaitement maternel.

de l'allaitement maternel, souligne le recul du taux d'allaitement maternel au Québec et admet que l'administration de substitut est une pratique nuisible. Il met l'accent sur l'importance de l'allaitement maternel, qui représente une priorité publique de même qu'une priorité pour les infirmières. Il est convaincu que ces dernières sont dans une position privilégiée pour influencer les politiques et les attitudes en regard de l'amélioration de l'allaitement maternel (voir annexe C). Selon sa prise de position, l'O.I.I.Q. considère le lait maternel comme supérieur à toute autre forme de lait, dit qu'il s'avère nécessaire de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel, affirme que ce dernier devrait être la seule source alimentaire du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois (né à terme et en santé ou prématuré, malade et hospitalisé) et encourage cette pratique jusqu'à l'âge de deux ans même s'il y a consommation de d'autres aliments. L'O.I.I.Q. adhère aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF (1989), appuie le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS et UNICEF, 1981), la Déclaration d'Innocenti (OMS, et UNICEF, 1990) et l'initiative Hôpital ami des bébés (UNICEF, 1992). L'O.I.I.Q. affirme que tous les établissements qui assurent des prestations de maternité devraient suivre les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Dorénavant, les services d'obstétrique devront se baser sur les recommandations de l'Ordre au niveau de l'allaitement maternel afin de favoriser l'augmentation de celui-ci.

Quant à lui, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), a publié un document: Politique de Périnatalité, en 1993. Bien que l'allaitement maternel se fasse très discret dans ce document, le ministère souligne l'importance d'avoir des activités de promotion sur l'allaitement maternel. Ce dernier soutient que la période périnatale constitue une période importante pour la promotion d'attitudes favorables à la santé, pour toute la famille. Aussi, afin de permettre aux familles de faire des choix appropriés, de l'information préventive concernant les habitudes de vie pendant la grossesse, l'allaitement et d'autres périodes, est mise à leur disposition. Aussi, l'orientation et l'organisation des services appliquent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternisé. De plus, le soutien postnatal intègre un soutien à l'allaitement maternel.

Le Ministère de la santé et des services sociaux a publié les Lignes directrices de l'Allaitement maternel en 2001. Dans ce document, le M.S.S.S. prend position en faveur de l'allaitement maternel, le protège et le soutient et ce, dans le but de promouvoir la santé des québécois. De plus, il recommande l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé et sa poursuite pendant au moins un an.

La Fédération des CLSC du Québec dans son document: Virage ambulatoire Périnatalité (1996), démontre la situation actuelle des CLSC, en général. Pour ce qui est de l'allaitement maternel, les parents peuvent, selon les régions, compter et ce, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, sur le service Info-santé CLSC. Aussi, dans le cadre du court séjour en post-partum, une visite est faite à domicile afin d'évaluer l'état physique de la mère et du bébé ainsi que pour dépister tous les problèmes ou les difficultés pouvant survenir. Donc, si le départ s'effectue 48 heures après la naissance, la visite sera faite entre le troisième et le cinquième jour de vie de l'enfant. Or, si le congé prend lieu dans les huit à vingt-quatre heures après la naissance, la visite s'effectue alors au troisième jour de vie du bébé. Cependant, ces services ne sont pas toujours offerts... Certains CLSC offrent parfois des services équivalents ou n'en n'offrent pas. Il existe aussi des services d'aide familiale (le groupe des Relevailles), d'auxiliaires familiales, de cliniques du nouveau-né et des services infirmiers à domicile, qui aident les mères qui allaitent.

Pour sa part, la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Estrie a publié en 1995, un guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Ce document offre toute l'information nécessaire aux professionnels de la santé, qui touche de près ou de loin l'allaitement maternel. Ce document se divise en dix thèmes majeurs, de l'anatomie du sein jusqu'au rôle du professionnel des soins de santé en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Il permet donc de bien guider ceux qui le consultent.

Aussi, plusieurs groupes (Le groupe Nourri-Source, La ligue La Leche) s'impliquent au niveau de l'allaitement maternel, à l'aide de livres, de feuillets explicatifs, de réunions, de jumelages, de vidéos, de films ou de site Web. Le groupe Nourri-Source du CLSC/CHSLD Ste-Rose, à Laval, veille de près à l'allaitement maternel des mères qui

s'y réfèrent. En effet, à l'aide des rencontres-ateliers pratiques à raison d'une fois par mois, les futures mères ainsi que leurs conjoints peuvent bénéficier des bons conseils de l'infirmière et des marraines d'allaitement, en regard à leur prochain allaitement. De plus, à chaque mercredi matin, la clinique d'allaitement maternel ouvre ses portes aux mères ainsi qu'à leur bébé. Chaque clinique a un thème différent, concernant l'allaitement maternel. Aussi, c'est l'occasion rêvée pour les mères, de rencontrer leur marraine d'allaitement, car le groupe Nourri-Source assure un marrainage marraine-filleule, via un suivi téléphonique. Ces marraines ont vécu une expérience d'allaitement, personnellement, ce qui fait en sorte qu'elles peuvent bien soutenir leur filleule. En plus, le Groupe Nourri-Source voit à leur formation continue en tenant une rencontre mensuelle obligatoire sur l'allaitement maternel.

En 1999, le Regroupement Naissance-Renaissance a créé une coalition en regard de l'allaitement maternel. La coalition québécoise pour l'allaitement maternel regroupe plusieurs associations, fédérations et organisations qui ont tous à coeur, la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Elle vise notamment à faire la promotion de l'initiative Amis des bébés. Sa première réunion a eue lieu en mai 1999 et avait pour but de donner les objectifs et les activités du comité canadien d'allaitement et de l'initiative Amis des bébés (Association pour la santé publique du Québec, 1999).

Aussi, le centre des ressources pour la naissance de Trois-Rivières a fondé un comité régional visant la promotion de l'allaitement maternel. Ce comité a deux principaux buts: promouvoir les bienfaits de l'allaitement maternel et sensibiliser les établissements de santé en regard de ce projet.

Pour sa part, l'Outaouais a aussi son groupe d'entraide: Nourri-Lait. Ce groupe d'entraide, gagnant d'un concours Innovation clinique Abbot, est fondé sur le marrainage et permet de conjuguer les connaissances de natures théoriques et cliniques des infirmières à l'expérience pratique des mamans, qui sont devenues des marraines d'allaitement (D'Anjou, Amyot, Carle, et Lapointe, 1997). Nourri-Lait a un code d'éthique, un guide de formation des marraines d'allaitement, un programme de jumelage informatisé, des formulaires de compte-rendu d'interventions pour les marraines, des

questionnaires d'évaluation, un journal des marraines, un document de formation continue, une grille d'évaluation des positions d'allaitement, un outil de réflexion pour prévenir l'abandon de l'allaitement maternel ainsi que des dépliants et des affiches de promotion. Tout cela a donné à Nourri-Lait, selon D'Anjou et coll. (1997), de la rigueur et de la crédibilité.

Ainsi, l'allaitement maternel représente un enjeu important pour beaucoup de québécoises et de québécois. D'ailleurs, le groupe maman et plus particulièrement une de ses membres, a réalisé une pétition demandant au gouvernement de prendre des mesures nécessaires afin que soit respecté le code international de commercialisation des substituts du lait. Cette pétition a été remise au gouvernement à la semaine mondiale de l'allaitement en octobre 1999. Cette semaine a lieu la quarantième semaine de chaque année, faisant ainsi référence au terme normal d'une grossesse et au début de l'allaitement maternel. Cette année-là, la semaine mondiale de l'allaitement maternel s'intitulait: L'allaitement maternel: Une école pour la vie. Ce titre est bien évocateur pour quiconque s'intéresse à cette problématique...

Selon Delahaye (1990), les mères d'aujourd'hui démontrent de la volonté à allaiter et il y a même un certain regain d'intérêt de ces dernières vis-à-vis l'allaitement maternel. Or, malgré ce fait, selon elle, la majorité des mères cessent d'allaiter avant le quinzième jour de post-partum... Elle affirme que ce phénomène pourrait être relié à notre type de société citadine et industrialisée. Par contre, selon son étude de l'histoire de l'allaitement maternel, il n'y aurait pas, comme on a tendance à le penser, de tradition d'allaitement, de transmission matriarcale des connaissances de cette façon d'alimenter le nouveau-né, ni de pérennité des valeurs concernant l'allaitement maternel. Selon Delahaye, le biberon quant à lui, représente de façon sûre un objet culturel de société. Ce dernier utilisé de façon judicieuse et conjointement à de nouvelles lois sociales, modifie les structures familiales et par conséquent, les sociétés. Bien sûr, Delahaye pose l'allaitement maternel comme un phénomène de société, mais attribue aussi une composante sociétale au biberon. Comme on a pu le voir ici au Québec, les taux d'allaitement maternel ont frôlé les limites les plus basses, à la venue du biberon. Or, maintenant que la société connaît les bienfaits nombreux qu'a l'allaitement maternel sur la

santé de la mère et de l'enfant, et qu'elle connaît de la même manière les limites des formules reconstituées, comment peut-on expliquer qu'au Québec les taux d'allaitement demeurent anormalement faibles? Est-ce que les pressions exercées par la société dépassent le rationnel de pensée des gens qui pourtant connaissent bien les effets positifs de l'allaitement ? Ou serait-ce tout simplement un fait relié à un manque de connaissance ou de publicité en regard de l'allaitement maternel ? D'une autre part, certains courants féministes, perçoivent l'allaitement comme un obstacle à la liberté des femmes. Ils s'interrogent sur l'impact qu'ont les contraintes imposées par les corps médicaux et par la société, sur la liberté des femmes à pratiquer l'allaitement maternel. Ces questionnements ont suscité des recherches de la part de multiple chercheurs. En effet, plusieurs ont exploré l'allaitement maternel sous divers angles, afin de mieux le comprendre.

Études portant sur les facteurs socio-démographiques et personnels, sur les facteurs reliés à l'allaitement, les facteurs contextuels, ainsi que les facteurs de soutien.

Même si toutes les femmes qui peuvent allaiter devraient le faire, plusieurs études ont fait ressortir les facteurs socio-démographiques et personnels, qui caractérisent celles qui allaitent, ainsi que les facteurs personnels qui influencent le choix et la durée de l'allaitement.

Les facteurs socio-démographiques et personnels

D'après plusieurs études, les femmes qui allaitent plus ont un niveau socio-économique plus élevé (Myres, 1983; Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Charest, 1996; Bourgoin et al., 1997; Ryan, 1997), alors que selon Lepage et Moisan (1998) celles qui allaitent moins ont un faible revenu. Elles sont mariées ou vivent avec un conjoint (Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Hill, 1991; Matthews et al., 1995; Charest, 1996; William et al., 1996) et sont plus âgées (Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Nolan & Goel, 1995; Charest, 1996; Scarlett et al., 1996; Barber et al., 1997; Ryan, 1997; Crost & Kaminski, 1998). De plus, les femmes qui allaitent détiennent majoritairement une scolarité plus élevée (Myres, 1983; McNally et al., 1985; Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Matthews et al., 1995; Charest, 1996; William et al., 1996; Barber et al., 1997; Bourgoin et al., 1997; Ryan, 1997; Crost & Kaminski, 1998; Lepage et Moisan, 1998) et

elles fument peu ou pas (Barber et al. 1997; Hill, 1991; Nolan & Goel, 1995; Sayers et al., 1995; Piper & Parks, 1996; Horta et al., 1997; Crost & Kaminski, 1998). Les femmes qui allaitent sont généralement anglophones ou parlent une autre langue que le français (Myres, 1983; Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Nolan & Goel, 1995; Bourgoin et al., 1997; Crost & Kaminski, 1998). Aussi, Matthews (1988) affirme que les femmes multipares ont plus de facilité à établir un bon allaitement maternel que les femmes primipares. De plus, Kearney et al., (1990) soutiennent que les mères primipares qui ont subi une césarienne, ont conséquemment un premier allaitement retardé et éprouvent donc plus de difficulté à allaiter que les mères primipares qui ont accouché vaginalement. Pour leur part, les femmes primipares à faible revenu éprouvent plus de difficultés à allaiter (Séguin et coll., 1993; Charest, 1996; Lepage et Moisan, 1998). De plus, les mères qui ont vécu un accouchement plus difficile allaitent moins (Whitley, 1978; Palmer, Avery & Taylor, 1979). Aussi, les capacités de la mère et de l'enfant, ont un très grand effet sur le succès de l'allaitement maternel (Mulford, 1995). D'une autre manière, selon Lepage et Moisan (1998) et Séguin et coll. (1998), les croyances de la mère influencent l'allaitement. Certaines mères croient qu'allaiter est fatiguant, que le biberon favorise un retour au travail plus rapide et permet au père de s'impliquer davantage, ce qui met en péril le succès de l'allaitement maternel.

Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter. Selon l'étude de Lepage et Moisan, 80% des mères décident de la méthode d'alimentation de leur nourrisson avant ou pendant les deux premiers trimestres. Pour sa part, Santé Canada (1994) affirme qu'une décision précoce, en ce qui a trait à l'allaitement maternel, s'avère être un bon indicateur de son futur succès. Charest (1996) et Lepage et Moisan (1998), soutiennent que les femmes qui ont déjà allaité une fois sont plus nombreuses à désirer allaiter une seconde fois. Séguin et coll. (1998) affirment, pour leur part, que la parité influence l'initiation à l'allaitement. Les expériences d'allaitement (Séguin et coll., 1998), la scolarité, la langue, le gain de poids durant la grossesse (Lepage et Moisan; 1998), affectent aussi ce choix. Les femmes qui décident d'allaiter ont majoritairement de bonnes connaissances sur l'allaitement maternel (Beaudry et Dufour, 1991; Duckett et al., 1993) et ont participé à des cours prénataux (Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Charest, 1996; Piper & Parks,

1996; Crost & Kaminski, 1998; Lepage et Moisan, 1998). On peut remarquer aussi qu'elles ont été allaitées (Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Bourgoin et al., 1997), ou ont vu allaiter (Beaudry & Aucoin-Larade, 1989; Beaudry et Dufour, 1991). Selon Lepage et Moisan (1998), les principales raisons qui incitent les mères à allaiter en général, sont les avantages physiques, le mode d'alimentation naturel que représente l'allaitement, les avantages psychologiques d'une relation privilégiée avec l'enfant.

Or, une attitude négative de la mère à l'égard de l'allaitement, ses besoins personnels, ses désirs, ses responsabilités et ses expériences antérieures peuvent aussi déterminer le choix de ne pas allaiter (Dix, 1991). De plus, selon Séguin et coll. (1998), les problèmes physiques vécus post-accouchement influencent aussi le choix d'allaiter.

Les facteurs qui influencent la durée de l'allaitement. Selon Lepage et Moisan (1998), les raisons qui ont incité les mères à allaiter jusqu'au sixième mois seraient: les avantages pour la santé du bébé, les avantages économiques, pratiques, le développement de l'enfant et la relation établie avec ce dernier. La connaissance intuitive, la confiance, une estime de soi «forte» et la perception que les bénéfices escomptés surpassent les craintes reliées à l'allaitement, permettent aussi de prolonger l'allaitement maternel (Courville, 1995), ainsi que l'intention d'allaiter de la mère avant l'accouchement (Piper & Parks, 1996; Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998; Santé Canada, 2000a). L'origine ethnique de la mère semble associée à la durée de l'allaitement maternel (Ryan et al., 1991), ainsi que sa culture (Morse, 1989; Mulford, 1995; Agnew, & Gilmore, 1996). Plusieurs auteurs affirment que les femmes qui allaitent pour une courte période de temps sont jeunes (Martinez & Stahle, 1982; Beske & Garvis, 1982; Sullivan & Jones, 1986). Par contre, Hill, Humenick, Argubrith & Aldag (1997), disent que la parité ne semble pas associée de façon significative à la continuation de l'allaitement maternel. Au contraire, plusieurs études démontrent que les femmes qui allaitent pour une courte période sont primipares (Whitley, 1978; Martinez, Dodd & Samartgedes, 1981; Martinez & Stahle, 1982; Beske & Garvis, 1982; Sullivan & Jones, 1986; Hawthorne, 1994; Piper & Parks, 1996; Bourgoin et al., 1997). Selon Séguin et coll. (1998), seul le revenu influence la durée de l'allaitement exclusif au niveau des facteurs personnels de la mère. L'anxiété, (Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998) et la fatigue (Bourgoin et al.,

1997; Lepage et Moisan, 1998; Wambach, 1998; Santé Canada, 2000a), influencent aussi la durée de l'allaitement.

Les facteurs socio-démographiques et en regard du choix et de la durée de l'allaitement maternel, ont bien été cernés par plusieurs chercheurs. D'une autre manière, il existe aussi des facteurs reliés à la pratique ainsi qu'à l'arrêt de l'allaitement.

Les facteurs reliés à l'allaitement maternel

Les facteurs reliés à la pratique de l'allaitement. Allaiter à la demande (Séguin et coll., 1998; Santé Canada, 2000a), ainsi qu'avoir une position qui permet une tétée adéquate et allaiter fréquemment (OMS, 1996; Santé Canada, 2000a) ont un effet bénéfique sur l'allaitement maternel. De plus, il semble important de réveiller les bébés somnolents pour l'allaitement, afin qu'ils puissent établir une routine d'allaitement efficace (Santé Canada, 2000a). Aussi, la quantité de lait produit par la mère dépend de la fréquence et de la qualité de la succion faite par le bébé (Ligue La Lèche, 1991), de même manière que d'allaiter de façon exclusive (OMS, 1996; Scarlett et al., 1996; Santé Canada, 2000a). Les problèmes de succion (Matthews, 1993), l'introduction de d'autres aliments ou de biberon (Bourgoin et al., 1997), l'absence de problème d'allaitement et l'absence de problème avec l'alimentation au biberon (Lepage et Moisan, 1998), quant à eux, sont reliés à la durée de l'allaitement maternel. Lepage et Moisan (1998), pour leur part, affirment que le premier mois d'allaitement est crucial et qu'une forte proportion de mères qui allaitent, accusent des problèmes avec leur allaitement.

Les facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement. Le manque de lait (Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998), le mauvais positionnement, la somnolence du bébé, l'engorgement des seins et la douleur aux mamelons (Santé Canada, 2000a), sont les principales raisons relevées pour justifier l'arrêt de l'allaitement maternel. Le retour au travail représente aussi une raison évoquée pour arrêter d'allaiter (Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998; Santé Canada, 2000a). Piper et Parks (1996), ont observé que l'allaitement arrête au retour au travail (après le troisième mois de naissance) à moins que ce soit un retour à temps partiel (Kurinu et al., 1989). Pour Hedstrom (1991), la combinaison allaitement et travail peut être possible. En effet, elle peut prendre

différentes formes, mais reste quand même difficile à exécuter. Ceci est principalement dû, selon elle, à l'incompréhension des collègues, au manque d'accessibilité au bébé durant le travail et aux installations inappropriées pour exprimer le lait. À l'avis de l'étudiante-chercheuse, ceci démontre à nouveau que l'allaitement maternel constitue un phénomène social.

Les facteurs reliés à la pratique et à l'arrêt de l'allaitement maternel s'avèrent bien connus des chercheurs, à ce jour. Or, certains facteurs contextuels, tels les professionnels de la santé, les pratiques hospitalières et, de façon moins sûre, le congé précoce en obstétrique, semblent nuire au bon fonctionnement de l'allaitement maternel.

Les facteurs contextuels

Les professionnels de la santé. L'incidence de l'allaitement maternel et le maintien de celui-ci est augmenté si on favorise un contact mère-enfant dès la naissance (Mattews, 1993; OMS, 1996) et si la cohabitation mère-bébé est respectée (OMS, 1996; Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Santé Canada, 2000a). La culture de l'institution où la mère a accouché, la culture des travailleurs (Mulford, 1995) ont un effet bénéfique sur l'allaitement maternel. Plusieurs affirment que le personnel de la santé est disposé à encourager les comportements bénéfiques pour la santé et que les membres du personnel de la santé constituent un des meilleurs moyens d'augmenter l'adoption et la durée de l'allaitement maternel (OMS et UNICEF, 1989; Santé Canada, 2000a). Même si l'appui des professionnels de la santé semble être un facteur clé dans le succès de l'allaitement maternel, souvent leurs renseignements médiocres et contradictoires au sujet de l'allaitement maternel, mettent en péril ce dernier (Beeken & Waterston, 1992; Agnew, 1993; Rajan, 1993; Coreil et al., 1995; Levitt et coll., 1995). Jetté (1997) souligne d'ailleurs l'importance d'uniformiser l'enseignement que les professionnelles de la santé donnent aux mères qui allaitent. Paradoxalement, Dix (1991) arrive à des résultats contradictoires. Dans cette étude, les jeunes femmes n'étaient pas fortement influencées par les professionnelles de la santé, ce qui semble surprenant selon la chercheuse. D'après l'étude de Courville (1995), des femmes interrogées en milieu hospitalier, ont dénoté des attitudes irrespectueuses et des comportements directifs de certaines infirmières ce qui

laisse transparaître une faiblesse d'attitude « caring » de leur part. Aussi, selon cette chercheuse, les liens mères-enfants développés, par le biais de l'allaitement maternel, offrent des voies d'accès à la compréhension du « caring ». Ceci renforce le choix de la philosophie du « caring » de Watson, comme toile de fond de cette étude.

Les pratiques hospitalières. Selon Séguin et coll. (1998), les pratiques hospitalières influencent fortement la durée globale de l'allaitement. Allaiter tôt après l'accouchement (Santé Canada, 2000a), et développer de bonnes techniques d'allaitement à l'hôpital (Matthews, 1993), s'avèrent bénéfiques pour l'allaitement. Toutefois, certaines pratiques hospitalières nuisent au succès de l'allaitement. En effet, la réception gratuite de lait maternisé sous forme d'emballage-cadeau, à l'hôpital, joue un rôle néfaste dans la poursuite de l'allaitement (Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998), surtout chez les femmes primipares (Frank & Wirtz, 1987). Les femmes dont les bébés sont pesés de façon systématique avant et après chaque allaitement maternel sont plus nombreuses à mettre fin à leur allaitement durant les premières semaines (Lepage et Moisan, 1998). Selon, Séguin et coll. (1998) et Santé Canada (2000a), le calcul de la durée de la tétée, allaiter selon un horaire fixe de même que l'administration de suppléments sous forme d'eau, d'eau glucosée ou de préparations lactées semblent aussi en lien avec l'interruption prématurée de l'allaitement maternel. De plus, l'induction du travail dans le but de provoquer l'accouchement serait associé négativement à l'allaitement maternel (Crost & Kaminski, 1998). L'utilisation de tétines artificielles nuit au succès de l'allaitement (Lepage et Moisan, 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998; Santé Canada, 2000a), ainsi que l'utilisation de téterelles et l'absence de cohabitation (Santé Canada, 2000a).

Pour sa part, l'enquête réalisée par Levitt et coll. (1995) et produite par l'Institut canadien de la santé infantile, présente les politiques et les pratiques complètes relatives aux soins d'usage dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Au total, 523 hôpitaux canadiens ont répondu à un questionnaire comportant 90 questions. Inspirées du document: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, ainsi que des recommandations actuelles et des lignes directrices en matière de soins aux

nouveau-nés et à la mère, tels que définis par les organismes professionnels et par les gouvernements.

Selon cette enquête, 461 hôpitaux ont été en mesure d'évaluer le pourcentage des femmes qui allaitaient en quittant l'hôpital. Toujours selon elles, ces taux varient selon les provinces. En effet, les taux les plus élevés d'allaitement maternel ont été obtenus dans les provinces de l'ouest canadien et les taux les plus faibles, pour leur part, sont détenus par les maritimes. Levitt et coll., affirment que presque la moitié des hôpitaux offrent, à leurs bébés allaités, des liquides autres que le lait maternel. Notons que 30% des hôpitaux québécois y ont recours, comparativement à 79% des hôpitaux du Manitoba. Aussi, 14% des hôpitaux qui ont participé comptent, parmi leur personnel, un employé qualifié d'expert-conseil en allaitement maternel, comparativement à 10% pour le Québec. De plus, 58% des hôpitaux ont une politique écrite concernant l'allaitement, 28% disent qu'ils appliquent une politique fondée sur un document produit par l'OMS et l'UNICEF et sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternisé. Aussi, 72% remettent toujours de l'information écrite aux mères à leur départ, par rapport à 78% pour les hôpitaux du Québec, 82% permettent à la mère de nourrir son bébé sur demande et 89% des hôpitaux canadiens ont des chambres servant à la cohabitation qui s'effectue 16 heures par jour au Canada et seulement 6,5 heures par jour au Québec (le taux le plus bas au Canada). Notons que 24% des hôpitaux distribuent de façon automatique, au départ, des échantillons de préparation lactée (dont 57% sont des hôpitaux québécois) et 82% de ces hôpitaux ont des contrats exclusifs avec un fabricant de ces préparations (Levitt et coll., 1995). D'une autre part, 99,6% des hôpitaux de l'enquête disent qu'ils remettent le bébé dès la naissance à la mère, pour qu'elle puisse l'allaiter. L'enquête révèle aussi que seulement 4% des hôpitaux canadiens qui ont participé pèsent systématiquement les bébés avant et après l'allaitement maternel comparativement à 7% pour les hôpitaux québécois. Toujours selon Levitt et coll. (1995), les politiques et les pratiques hospitalières en matière d'allaitement maternel influencent la décision d'allaiter et la persistance à l'allaitement. De plus, elles soulignent l'importance que le personnel hospitalier ne propose que des méthodes prouvées comme influençant de façon positive l'allaitement maternel.

D'une autre part, selon un sondage téléphonique récent de Charest (1996), effectué auprès de 1937 mères primipares du Québec, 60 à 70% des hôpitaux du Québec, donnent systématiquement des échantillons cadeaux de préparations lactées, des biberons d'eau ou de lait. Ces hôpitaux fournissent de l'aide, des conseils ou des informations quant à l'allaitement maternel. Or, ces derniers sont parsemés d'erreurs (des recommandations sont faites afin de calculer la durée des tétées ou à propos de donner des tétines à l'enfant). Une proportion de 88% des mères de cette étude ont affirmé avoir reçu une tétine à l'hôpital.

Le congé précoce en obstétrique. Les conséquences du congé précoce en obstétrique sur l'allaitement maternel ne font pas l'unanimité. Carty et Bradley (1990) affirment que le congé précoce influence positivement l'issue de l'allaitement maternel. Leur étude expérimentale randomisée à Vancouver, voulait évaluer la durée de l'allaitement maternel dans un contexte de congé précoce en post-partum. Un mois après l'accouchement, 87% des femmes du groupe de congé précoce allaitaient, alors que 79% des femmes du groupe de séjour traditionnel allaitaient. Toutefois, le premier groupe a bénéficié de cinq visites de l'infirmière alors que le deuxième groupe n'en n'a eu qu'une seule, ceci biaisant les résultats et l'interprétation qu'on peut en faire, selon l'étudiante-chercheuse. Quant à eux, Kvist et al., (1996) n'ont pas obtenu de différence significative en ce qui a trait à la durée ou à la fréquence d'allaitement maternel en regard du congé précoce en obstétrique. Ici, selon le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CÉTS, 1997), la majorité des études faites jusqu'à présent en regard du congé précoce et de l'allaitement maternel, ne démontrent aucun impact négatif. Selon Braveman, Egerter, Pearl, Marchi, & Miller (1995) des études rigoureuses avec un échantillon important devraient être réalisées afin d'examiner l'impact du congé précoce sur les pratiques et les mères. Pour sa part, Santé Canada (2000a) affirme que la diminution du temps de séjour à l'hôpital influence de façon significative le succès et la poursuite de l'allaitement maternel. Santé Canada suggère donc que les milieux hospitaliers soient souples, afin de donner le congé de l'hôpital au moment propice, afin de ne pas mettre en péril l'allaitement. La Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1996) affirment, quant à eux, que le court

séjour des mères à l'hôpital peut être compensé par le suivi post-natal, une fois de retour à la maison, en ce qui a trait à l'allaitement maternel.

Les pratiques hospitalières affectent, de façon certaine, l'augmentation du taux d'allaitement au Québec. Or, le soutien pourrait être une partie de la solution à cette problématique.

Les facteurs de soutien

Le soutien représente un atout important pour le succès de l'allaitement maternel (Saint-Jacques, 1988; OMS, & UNICEF, 1989; Rajan, 1993; Dunne, & Fuerst, 1995; Mulford, 1995; OMS, 1996; Jetté, 1997; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998). Ainsi, le soutien que la mère reçoit après son congé de l'hôpital est particulièrement important (Courville, 1995; Lepage et Moisan, 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998). Il comporte, trois composantes: le soutien professionnel, informatif et social.

Professionnel. Le soutien professionnel a été exploré par plusieurs chercheurs: (McNatt, & Freston, 1992; Buckner et Matsubara 1993; Courville, 1995; Trado, & Hughes, 1996; Séguin et coll., 1998). Quant à elles, selon Beeken et Waterston (1992), un bon soutien à l'allaitement maternel devrait comprendre une pratique qui reflète étroitement les règles hospitalières. Toutefois, Patton et al. (1996), affirment que les infirmières aussi ont besoin de soutien et de formation continue afin qu'elles n'entravent pas la promotion de l'allaitement maternel.

Informatif. Le soutien informatif a aussi fait l'objet, quant à lui, de plusieurs études: (McNatt, & Freston, 1992; Trado, & Hughes, 1996; Séguin et coll., 1998) et s'avère aussi important en ce qui a trait à l'initiation et à la durée de l'allaitement maternel.

Social. Certains auteurs soulignent l'importance du soutien social: (Buckner et Matsubara 1993; Courville, 1995; Trado, & Hughes, 1996; Séguin et coll., 1998). Selon Séguin et coll. (1998), le soutien du conjoint et de la meilleure amie de la mère semble être important au niveau du choix d'allaiter. Pour d'autres, (Courville, 1995; Lepage et Moisan, 1998) le conjoint représente une source d'aide importante pour l'allaitement en général. Le choix de la mère en ce qui concerne sa décision d'allaiter est relié au soutien

qu'elle reçoit des personnes de son entourage (Matich & Sims, 1992; Serafino-Cross & Donovan, 1992; Giugliani, Waleska, Caiaffa, Vogelhut, Witter, & Perman, 1994; Courville, 1995). Toutefois, Lepage et Moisan (1998) ont remarqué que le réseau immédiat semble être celui qui a le plus déconseillé la mère d'allaiter.

La connaissance des facteurs de soutien ont permis de faire des grands pas au niveau des interventions faites en regard de l'allaitement maternel, pour en favoriser son essort. Courville (1995) suggère, d'ailleurs, que la recherche infirmière doit s'enrichir de la compréhension de phénomène illustrant des situations de soins où le soutien prend une place importante.

Ainsi, plusieurs aspects influençant l'allaitement maternel ont été identifiés. Cependant, ils sont morcellés et comme l'allaitement maternel consiste en une expérience multi-dimensionnelle, la connaissance de certains facteurs ne donne pas de piste d'intervention globale. Il faut donc utiliser une approche permettant d'explorer le phénomène de l'allaitement maternel à partir des mères qui vivent cette expérience.

Cinq études phénoménologiques traitant de l'allaitement maternel

Hewat et Ellis (1984) ont réalisé une étude qualitative sur l'allaitement maternel. Cette étude avait pour but d'explorer la perception de femmes primipares et multipares à propos de leur allaitement maternel et permettait d'identifier les facteurs qui influencent l'allaitement maternel, afin de déterminer de nouveaux paramètres pour l'évaluation et l'intervention infirmière.

Une approche qualitative basée sur une perspective phénoménologique, développée par Schutz (1970), a été utilisée. Cette perspective met l'accent, selon les chercheuses, sur la signification que donnent les individus à l'expérience vécue. Selon elles, l'analyse systématique ainsi que les comparaisons constantes, identifient les caractéristiques récurrentes ainsi que les thèmes. Ces éléments peuvent alors être reconstruits et classifiés afin de procurer une nouvelle façon de voir le comportement du sujet, comportement relié à son expérience vécue. En tout, 40 femmes qui ont accouché soit vaginalement ou par césarienne, de la région métropolitaine de la Colombie Britannique, ont été sélectionnées pour des entrevues à domicile. Les chercheuses ont

réalisé, auprès des participantes, une première entrevue et ensuite, une entrevue de validation. Parmi ces dernières, 20 ont allaité de deux jours à huit semaines et les 20 autres ont allaité de six à 14 mois.

Cette étude parle donc de la relation d'allaitement entre la mère et l'enfant. Ainsi, selon Hewat et Ellis, pour que l'allaitement soit maintenu, les besoins de la mère et de l'enfant doivent être rencontrés. Les besoins de l'enfant représentent l'alimentation et la satisfaction. Les besoins de la mère se caractérisent par l'habileté de faire face à la situation ainsi que les espérances et l'accomplissement. Lorsque l'allaitement s'avère un succès, la réciprocité entre la mère et le bébé se décrit comme étant l'intégration et la négociation. Ainsi, la mère doit être assez flexible dans son horaire quotidien afin de rencontrer les besoins de son bébé et cela, sans avoir trop de frustration. La responsabilité du bébé consiste à apprendre à négocier le temps que sa mère lui consacre, afin qu'elle perçoive que ses besoins sont comblés. Cette relation n'est pas statique, elle évolue lorsque les besoins de l'enfant se modifient et que les espérances et les habiletés de la mère changent.

Les résultats de cette étude démontrent que les mères cessent l'allaitement maternel lorsqu'elles perçoivent que leur enfant a faim, ne gagne pas suffisamment de poids, ou semble insatisfait. Ils font ressortir aussi huit dimensions majeures, qui influencent fortement l'initiation, le maintien et la décision d'allaiter. Parmi ces dimensions, cinq d'entre elles concernent les femmes elles-mêmes: les priorités reliées aux croyances, aux valeurs et aux buts en regard de l'allaitement maternel; la congruence entre les espérances et la situation réelle d'allaitement; le retour à la bonne forme physique; l'interprétation des comportements de l'enfant et le type de soutien reçu. Les trois autres sont reliées à l'enfant: la quantité et la fréquence d'allaitement maternel; le tempérament de l'enfant et ses comportements; de même que ses attributs physiques.

Aussi, un cadre de référence qui illustre la relation d'allaitement maternel a été construit. Ce dernier procure aux infirmières une façon d'évaluer la situation d'allaitement maternel et procure des pistes d'intervention et ce autant en période prénatale, durant l'initiation, le maintien et le sevrage de l'allaitement maternel. Les

auteurs suggèrent que les dimensions de cette étude fassent objet de recherche, afin d'en augmenter leur compréhension.

Cette étude phénoménologique réalisée en 1984, n'est pas représentative de celles qu'on connaît de nos jours. L'essor de la phénoménologie et la rigueur qu'on lui concède, accorde une grande importance au respect de la méthodologie choisie. Ceci assure d'ailleurs l'authenticité de l'étude. Ainsi, un chercheur qui utilise une méthodologie phénoménologique devrait être à la recherche de l'essence du phénomène étudié. De plus, la phénoménologie possède un vocabulaire bien particulier, qui est respecté de façon générale. Ici, les auteures identifient l'émergence de thèmes comme des variables et identifient aussi les liens qui les relient. Ainsi, elles n'ont pas parlé, de façon majoritaire, d'émergence de thèmes, comme la perspective phénoménologique de Schutz (1970) le suggère. Hewat et Ellis ne discutent pas de redondance de données, de variation libre et imaginative, de reconnaissance du phénomène par des experts, ceci entravant la crédibilité des résultats obtenus. Or, même si ces variables ont fait l'objet de plusieurs études depuis et que la situation de l'allaitement maternel est sans doute différente maintenant, les auteures présentent la relation d'allaitement entre la mère et l'enfant sous un angle peu exploré jusqu'à présent, c'est-à-dire, via la perception des femmes qui allaitent.

Pour sa part, Bottorff (1990) a réalisé une étude phénoménologique, à l'aide de la méthodologie de van Manen (1984), ayant pour sujet la persistance à l'allaitement. En effet, cette auteure s'intéresse aux mères qui continuent d'allaiter malgré les autres alternatives qui leur sont proposées. À l'aide d'entrevues réalisées auprès des participantes de son étude, Bottorff explore et met en relation la signification de persister à allaiter avec différents thèmes comme: la décision de la mère quant à l'allaitement de son enfant, les divers problèmes rencontrés au cours de l'allaitement, le don de la mère à son enfant, l'engagement face à l'allaitement maternel et le choix d'un moment pour cesser d'allaiter.

Le but de cette auteure consiste à stimuler la réflexion en regard des attitudes que l'on prend pour acquises à l'égard de l'allaitement maternel et à approfondir la compréhension de la réalité des mères qui allaitent et qui continuent d'allaiter.

Elle affirme, entre autres, que la décision d'allaiter doit être une décision volontaire de la mère et que cette dernière doit être consciente des changements que cela implique au quotidien. Pour ce qui est des difficultés rencontrées au cours de l'allaitement, Bottorff émet une réflexion. Elle compare la persistance à allaiter à celle de continuer une diète ou un programme d'exercices. En effet, dans tous ces cas, les personnes rencontrent des difficultés, frôlent l'abandon ou cessent tout simplement. La différence avec l'allaitement maternel c'est que la décision a un impact non seulement sur la mère, mais aussi sur son enfant. Donc, quand la mère persiste à allaiter, elle le fait pour elle mais aussi pour son enfant. Aussi, selon Bottorff, une pensée fréquemment entendue des mères qui allaitent consiste à donner ce qu'il y a de meilleur à leurs bébés. D'où la notion de cadeau offert par la mère qui prend un sens tout à fait particulier. En effet, ce cadeau, personne d'autre ne peut l'offrir et on ne peut pas l'acheter. L'allaitement devient donc un moyen de valider la féminité et la maternité de certaines femmes, car seule une femme peut allaiter un enfant.

L'engagement s'avère aussi important, au niveau de la réussite de l'allaitement maternel. Le thème d'engagement face à l'allaitement maternel contient, pour sa part, divers sous-thèmes comme: les liens de l'engagement, les propos des autres et se parler à soi-même. Dans son étude, Bottorff fait bien ressortir ce thème. En effet, selon elle, les mères ne sont pas ou ne se sentent pas obligées d'allaiter. Elles ressentent plutôt le devoir d'allaiter, dû à leur engagement volontaire initial. Comme la persistance, l'engagement implique de tenir bon, d'être ferme. Bottorff explique que l'engagement implique des liens, les propos des autres et se parler à soi-même. Selon elle, comme les liens de l'engagement sont formés, certaines formes de la liberté des mères se perd. Or, avec chaque lien formé, de nouvelles possibilités d'approfondissement et d'enrichissement de la vie s'ouvrent à elles. En ce qui a trait aux propos des autres, Bottorff fait le lien avec le soutien à l'allaitement maternel. Les mères recherchent une personne qui leur dit sans cesse: "Vas-y, continue!". Elles ont besoin d'encouragement, de soutien et d'aide.

Pour ce qui est de se parler à soi-même, cette chercheuse soutient qu'à certains moments, les mères dépendent d'elles-mêmes pour se soutenir. Elles peuvent donc se parler, s'encourager, afin de poursuivre leur allaitement. Finalement, selon elle, la décision d'arrêter d'allaiter peut être difficile pour certaines, plus particulièrement pour celles qui ont eu beaucoup d'obstacles à franchir. En effet, parfois l'arrêt de l'allaitement survient au même moment où l'allaitement devient stable, exempt de difficulté. Aussi, le retour au travail semble avoir un impact dans cette prise de décision. Elle termine en soulignant que cette étude ne donne pas de formules pour des interventions infirmières efficaces, mais offre plutôt, une compréhension en profondeur de l'expérience des mères qui persistent à allaiter.

Bottorff ne mentionne pas clairement si les participantes de son étude sont primipares ou multipares. Pourtant, il existe des différences majeures au niveau de leur expérience d'allaitement. D'après les verbatims présents dans l'article, la majorité des participantes semblent primipares, sans en avoir pour autant la certitude. Bottorff ne fait pas mention des critères de sélection des participantes, ceci ne nous permettant pas de connaître le genre d'accouchement, la durée de l'allaitement et les autres caractéristiques personnelles des participantes de son étude. Aussi, elle énumère les étapes de la méthodologie de van Manen (1984), sans toutefois les démontrer dans l'article. De plus, elle omet de parler de rigueur scientifique, ceci amenant un questionnement au niveau de la crédibilité des résultats.

Maclean (1990), pour sa part, a étudié l'expérience d'allaitement maternel des femmes. Pour elle, une telle étude permet de développer une meilleure compréhension des facteurs personnels et environnementaux qui influencent l'expérience d'allaitement des femmes et qui pourraient rehausser l'allaitement maternel. Les objectifs de cette étude phénoménologique interprétative visaient à examiner les facteurs qui influencent la décision de la mère d'allaiter ou de donner le biberon, à comprendre les facteurs qui encouragent la mère à continuer d'allaiter pour une longue période et enfin, à examiner le degré et la nature du soutien de la femme par sa famille et sa communauté.

L'échantillon de l'étude comprenait 100 femmes enceintes qui désiraient allaiter et 22 qui voulaient donner le biberon à leur bébé ou qui n'avaient pas pris de décision quant au mode d'allaitement de leur bébé. Ces femmes volontaires ont été recrutées dans trois hôpitaux torontois. Aussi, la moitié des femmes qui voulaient allaiter ont été assignées de façon aléatoire, dans le groupe à l'étude. Elles ont eu une première entrevue dans le premier trimestre de la grossesse et douze fois par la suite entre la naissance et le sixième mois après l'accouchement. Celles qui allaitaient encore un an après l'accouchement, ont eu une autre entrevue à ce moment. Les 50 autres femmes qui désiraient allaiter ont été interviewées une fois dans le premier trimestre et une fois à six mois de post-partum. Pour ce qui est des femmes qui n'avaient pas pris de décision quant à l'alimentation de leur bébé, l'entrevue a eu lieu au troisième trimestre ou durant les cinq premières semaines après l'accouchement. Il était alors possible de savoir si elles avaient décidé d'allaiter ou de donner le biberon à leur bébé. Les entrevues, structurées ou non, ont été enregistrées et transcrites. De plus, selon l'analyse qualitative, les entrevues ont été codées par catégorie et par thème.

Selon l'auteure, les participantes de l'étude étaient représentatives, au niveau des critères de sélection, du reste de la population allaitante du Canada. Ainsi, 85% des femmes de l'étude qui allaitaient, avaient complété leur secondaire, 66% détenaient un revenu familial plus élevé que la moyenne canadienne, 76% étaient âgées entre 26-35 ans, 97% étaient mariées ou restaient avec le père du bébé, 51% avaient au moins un autre enfant, donc 49% étaient primipares, et à part une participante, toutes avaient déjà allaité. L'auteure ne précise toutefois pas quel genre d'expérience d'allaitement elles ont eu préalablement. Pour ce qui est de l'échantillon composé de femmes qui ont décidé de donner le biberon à leur bébé, 38% avaient complété leur secondaire, détenaient un revenu annuel moindre et 73% avaient plus qu'un enfant. Toutefois, les femmes de cette étude allaitaient plus que la moyenne nationale. Ce résultat n'est pas significatif, à l'avis de l'étudiante-chercheuse, puisque l'auteure a choisi 100 femmes qui désiraient allaiter et 22 femmes indécises quant au mode d'alimentation de leur bébé. L'auteur dresse un portrait de l'allaitement maternel en plusieurs points: les réalités de l'allaitement comprenant l'inconfort physique, l'évaluation de l'apport en lait, l'horaire des boires, la

fatigue, l'implication au niveau du temps, l'allaitement en public et les bénéfices de l'allaitement.

Maclean englobe la persistance à l'allaitement dans les récompenses. Selon elle, il y a deux périodes critiques à travers lesquelles les mères ont à prendre la décision de cesser ou de poursuivre l'allaitement. La première période se situe entre la huitième et la dixième semaines de post-partum, là où les mères font face à la fatigue. La deuxième se situe lorsqu'elles ont dépassé la période d'allaitement qu'elles croient normale (période qui varie de mère en mère). Durant la première période, les mères qui ont persisté à allaiter l'ont fait pour cinq raisons: la conviction que l'allaitement maternel est meilleur, l'espoir que les difficultés vont passer, la préparation mentale aux difficultés potentielles, l'engagement de terminer une tâche débutée et enfin, pour vivre les aspects joyeux de l'allaitement en le continuant. Après avoir passé cette période difficile, les mères de l'étude étaient alors confrontées aux questions suivantes: Est-ce-que j'arrête d'allaiter immédiatement? Combien de temps encore vais-je continuer d'allaiter? Une fois le stade de six mois atteint, la majorité de ces femmes appréciait l'allaitement et le trouvait facile. Plusieurs d'entre elles croyaient que le biberon n'est pas pratique, planifiaient de ne pas avoir d'autres enfants, donc elles voulaient en profiter pleinement, ou tout simplement, ne voyaient aucune raison d'arrêter d'allaiter. Maclean discute également du sevrage précoce ainsi que de ses raisons et du sevrage entre quatre mois et un an. Elle traite ensuite du réseau de soutien professionnel, familial et des autres sources de soutien.

Selon Maclean, les femmes qui ont participé volontairement à l'étude sont d'une manière quelconque, représentatives des femmes canadiennes qui allaitent, sauf en ce qui a trait à la durée d'allaitement, car elles allaitent plus longtemps que la majorité des femmes canadiennes. Ce qui suggère, selon elle, que les femmes qui ont participé à l'étude sont plus motivées à allaiter et plus engagées envers leur allaitement, que celles qui ne se sont pas portées volontaires pour l'étude. Maclean a identifié plusieurs facteurs influençant l'allaitement maternel, lesquels demeurent différents pour chaque femme. Les résultats démontrent qu'il y a beaucoup de facteurs (retour au travail, soutien, contexte socio-économique, données personnelles), qui influencent le cours de l'allaitement maternel et qui sont hors du contrôle des mères. Les facteurs contextuels, comme les

réalités structurelles et les processus de socialisation, jouent aussi un rôle important dans l'allaitement maternel. En conclusion, Maclean suggère que l'ensemble de la population travaille de concert afin de faire les pressions nécessaires pour changer notre environnement socio-culturel, et ainsi de favoriser l'allaitement maternel.

Bien que l'échantillon de l'étude de Maclean soit important, il ne comprend pas un nombre égal de femmes qui allaitent et de femmes qui, à prime à bord étaient indécises quant au mode d'alimentation de leur bébé et qui ont finalement décidé de donner le biberon. Aussi, les différents groupes de femmes de cette étude n'ont pas eu le même nombre d'entrevues. Cela change les résultats, selon l'étudiante-chercheuse, au niveau de la désirabilité sociale augmentant par exemple, les taux d'allaitement chez les femmes les plus interviewées. Maclean, étant professeure de sciences de la nutrition, ne suggère pas de recommandations destinées aux infirmières oeuvrant dans ce domaine. Les aspects méthodologiques de cette étude phénoménologique n'étant pas traités en profondeur, Maclean omet de mentionner l'essence de son étude. Ainsi, certains critères de rigueur ne sont pas énoncés, ceci affectant la crédibilité de l'étude.

Pour leur part, Leff, Gagne et Jefferis, ont effectué une étude phénoménologique traitant de la perception des mères face à un allaitement réussi. Cette étude réalisée aux Etats-Unis en 1994, avait pour but d'explorer et d'identifier les composantes importantes de la description d'un allaitement réussi, par les mères. D'ailleurs, selon les auteures, le point de vue de la mère est important pour le développement d'une définition plus compréhensible de l'allaitement réussi. En tout, 26 mères ont été interrogées par les trois chercheuses. Ces participantes anglophones, primipares ou non, ont allaité durant une période variant de trois jours à 16 mois.

Les chercheuses ont avisé les participantes du but et des procédures de l'étude. Ces dernières ont autorisé l'enregistrement des entrevues et ont signé un consentement. Ces femmes ont ensuite décrit, au cours de l'entrevue, leur plus récente expérience d'allaitement, du début jusqu'au sevrage. De plus, elles devaient situer leur expérience d'allaitement réussi, sur une échelle de un à cinq, un représentant une expérience complètement non-réussie et cinq, une expérience totalement réussie. Les entrevues ont été transcrites, codées et discutées. De plus, une entrevue de validation a été effectuée

auprès des cinq dernières participantes. De plus, les catégories ont été confirmées par une infirmière ayant de l'expérience en recherche. Finalement, six femmes qui ont allaité, ont affirmé que les items d'un questionnaire basé sur les données des entrevues correspondaient bien aux catégories et aux définitions déterminées par les chercheuses. L'utilisation de questionnaire, en recherche qualitative, ne semble pas adéquat, mis-à-part le questionnaire socio-démographique, bien-sûr.

Cinq catégories majeures ont émergé de l'étude: la santé de l'enfant, la satisfaction de l'enfant, le plaisir de la mère, l'atteinte du rôle maternel désiré et la compatibilité du style de vie. L'essence de la recherche, correspondant à l'unification des thèmes représente le travail en harmonie. Les mères décrivent l'allaitement réussi comme un processus interactif complexe qui résulte d'une satisfaction mutuelle des besoins de l'enfant et de la mère.

La catégorie de la santé de l'enfant inclut la croissance de l'enfant allaité et son gain de poids, la réponse physique au lait maternel et les bénéfices pour la santé. Les mères rapportent que de voir leur enfant grandir, gagner du poids et d'être rarement malade constituent des signes d'un allaitement réussi.

Pour sa part, la satisfaction de l'enfant comprend sa motivation et son habileté à être allaité, sa réponse émotive et sa satiété en regard de l'allaitement. Des termes comme: relaxation et s'endort durant l'allaitement ont été utilisés par les mères pour décrire le plaisir de l'enfant à être allaité. La réponse émotive correspondait au rapprochement que permet l'allaitement, le sentiment de sécurité, de confort et aimer être allaité. Aussi, les signes de satiété semblaient être reliés aux heures de sommeil de l'enfant, au fait que ce dernier s'endorme durant ou à la fin de l'allaitement et au fait que l'allaitement permette un retour au calme.

Le plaisir de la mère décrit ses réponses émotives et physiques. Ces mères ont fréquemment décrit l'allaitement comme confortable. Certaines réponses physiques désagréables, comme les crevasses, ont toutefois été mentionnées. Les réponses émotionnelles variaient de l'effet calmant de l'allaitement, au plaisir, au confort, au stress et à l'épuisement.

Ainsi, le rôle de nourrice, l'attachement mère-enfant et l'image du corps de la mère sont énumérés par les participantes. Ces dernières décrivent l'allaitement comme un processus naturel qui favorise l'attachement entre la mère et l'enfant. Aussi, l'image du corps de la mère est décrite de façon négative, majoritairement, comme par exemple, la grosseur démesurée des seins et le port de vêtements moins attrayants.

La compatibilité du style de vie, quant à elle, définit comment l'expérience d'allaitement s'ajuste au style de vie désiré par la mère. Certains aspects, comme l'horaire d'allaitement en regard des activités personnelles ou familiales, la fatigue, allaiter la nuit affectent le bon succès de l'allaitement. Par contre, allaiter en public ne semble pas relié au succès de l'allaitement, selon leurs résultats.

L'essence du phénomène à l'étude représente le travail en harmonie. Les participantes parlent de rythme, de donner et de prendre, ce qui représente des aspects de l'allaitement maternel qui impliquent des efforts de coopération de la part de la mère et de l'enfant. Un allaitement réussi implique que la mère et le bébé travaillent ensemble afin de rencontrer les besoins émotionnels et physiques des deux individus.

Pour ces mères, un allaitement réussi représente un concept dynamique. Aussi, les besoins qui varient doivent être reconnus, balancés et satisfaits. De leur perspective, l'atteinte des cinq catégories énumérées antérieurement, constitue un but plus important que la durée de l'allaitement comme telle. Selon les chercheuses, il faut être prudent quant à la généralisation de ses données à d'autres groupes de femmes, la présente étude concernant principalement les femmes blanches de classe moyenne et détenant un bon niveau de scolarité. Aussi, elles mentionnent que la description de cette expérience d'allaitement peut être influencée par leurs expériences antérieures. Les résultats de cette étude suggèrent des implications aux niveaux de l'évaluation, de l'enseignement et de la consultation en regard à l'allaitement maternel. Aussi, les chercheuses mentionnent qu'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois pourrait favoriser la perception positive des mères en ce qui a trait à la satisfaction de l'enfant et de ce fait même, diminuer les perceptions négatives en regard de la compatibilité du style de vie.

Cette étude phénoménologique, relativement récente, respecte bien la méthodologie de l'étude. Or les chercheuses omettent de mentionner l'auteur de la méthodologie choisie, ce qui empêche de bien saisir tous les aspects d'une étude phénoménologique. Aussi, certains critères de rigueur ne sont pas décrits, ceci affectant, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, la crédibilité de cette étude. Par contre, le grand nombre de participantes permet sûrement une redondance des données.

Trado et Hugues (1996), pour leur part, ont décrit le phénomène de l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées, qui vivaient une première expérience d'allaitement, ainsi que le sens que donnent ces mères à leur allaitement, à l'aide d'une étude phénoménologique. Le but principal de l'étude consistait à prendre connaissance de l'expérience d'allaitement vécue par les participantes de l'étude et de synthétiser, à l'aide des données, un cadre de référence qui servirait à la promotion et à l'enseignement de l'allaitement maternel. En tout, 11 mères répondant aux huit critères de sélection de l'étude, ont été interviewées et enregistrées sur bandes audio. Les verbatims ont été analysés à l'aide de sept étapes résumées dans la méthodologie de l'étude et relus afin de découvrir les thèmes significatifs.

Ce qui a émergé de l'expérience d'allaitement des participantes représente leur signification du soutien. Selon Trado et Hugues, le soutien, relié à la décision et à la durée de l'allaitement maternel, peut être informatif, émotionnel ou instrumental. Ceux-ci forment les thèmes majeurs de l'étude.

En ce qui a trait au soutien informatif, il joue un rôle en rapport avec la décision et la durée de l'allaitement maternel. Il contient trois sous-thèmes: les facteurs physiques, l'état de santé, ainsi que le temps et l'argent. Les problèmes physiques et le soutien informatif semblent reliés à la perception de la mère quant à la sévérité du problème. Quant à l'état de santé, toutes les mères de l'étude ont affirmé que leur première motivation pour allaiter représentait la santé de l'enfant et ensuite, leur propre santé. Pour ce qui est du temps et de l'argent, la majorité de ces mères n'ont pas perçu l'allaitement maternel comme coûteux, autant au point de vue monétaire qu'au niveau du temps.

Quant à lui, le soutien émotionnel comprend plusieurs sous-thèmes. Les issues sexuelles en sont une. Les mères perçoivent leurs seins comme sensuels et c'est pour cette raison, entre autres, qu'elles allaitent peu en public. Bien que le soutien professionnel demeure important à l'allaitement maternel, les mères ont énoncé que les professionnels ne leur en ont pas apporté. Elles ont, par ailleurs, nommé le soutien de personnes significatives comme étant important. De plus, le retour de la mère à son travail semble avoir eu un effet sur la durée de l'allaitement maternel des participantes de l'étude. Les auteures ont nommé ce sous-thème: le conflit entre le rôle maternel et les besoins de l'enfant. Par ailleurs, les considérations de la mère comme être proche de son bébé, le lien créé, ainsi que les sentiments de plaisir que procure l'allaitement maternel représentent des facteurs qui en ont fait une expérience remarquable. Aussi, selon Trado et Hugues (1996), l'insécurité en regard de la quantité et de la qualité du lait et les croyances de la participante quant à ses propres habiletés sont interreliées.

En ce qui concerne le soutien instrumental, tributaire de la durée de l'allaitement maternel, il est davantage important au début de l'allaitement. Les auteures divisent ce soutien en deux sous-thèmes. Le premier, représente le soutien professionnel. Malheureusement, ce ne sont pas tous les professionnels qui sont des sources de soutien en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Selon les chercheuses, ceci serait principalement dû à un manque de connaissances ou de compréhension de leur part. Le deuxième consiste au soutien réalisé par les personnes significatives. Dans cette étude, la mère de la participante remplissait ce rôle. Aussi, l'engagement à l'allaitement dépend fortement du soutien des personnes qui entourent la mère, ainsi que de la société en général.

Les chercheuses affirment que les résultats de cette étude appuient le besoin d'avoir les informations adéquates en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Selon elles, les pratiques hospitalières ont besoin d'être révisées afin d'optimiser le choix de l'allaitement maternel. Plus précisément, l'allaitement devrait être débuté en chambre de naissance, la cohabitation devrait être aussi encouragée, l'offre de compléments devrait être bannie et les emballages cadeaux devraient contenir un tire-lait plutôt qu'une formule de lait recomposé. En conclusion, elles suggèrent aussi que les politiques de travail supportent davantage les mères qui allaitent.

Les chercheuses de cette étude respectent la méthodologie phénoménologique choisie. Ceci à un détail près, le « bracketing ». En effet, elles possèdent de l'expérience en regard de l'allaitement maternel. Elles appuient ce fait en disant avoir allaité elles-mêmes et en plus, affirment travailler dans ce domaine. Ainsi, la mention d'un journal de bord relatant les faits vécus et leurs pensées quant à l'allaitement aurait dû apparaître au cours de l'article. En effet, dans une étude qualitative de type phénoménologique, il s'avère primordial de mettre entre parenthèses, toutes les connaissances que possède le chercheur en ce qui a trait au phénomène étudié. Néanmoins, cette étude est représentative de la situation d'allaitement d'une certaine classe de femmes de notre ère.

Les quatre premières études s'effectuaient auprès de participantes anglophones canadiennes et deux d'entre elles avaient lieu dans l'ouest canadien. Ces provinces canadiennes détiennent les plus hauts taux d'allaitement au pays. Aussi, les femmes anglophones, comme vu précédemment, allaitent plus que les femmes francophones. Ces études ne faisaient pas de distinction particulière en ce qui a trait à la parité des participantes. Une fois de plus, les femmes primipares allaitent moins et moins longtemps, en général, que les multipares. Aussi, la période d'allaitement n'était pas nécessairement de trois mois et cela, pour les quatre études. La période des trois premiers mois s'avère particulièrement importante auprès des femmes primipares québécoises, puisqu'elle représente la période durant laquelle il y a le plus d'abandon, ceci justifiant l'étude proposée dans le cadre de ce mémoire. En ce qui a trait à la dernière étude, elle se réalisait auprès de femmes américaines défavorisées, représentant différentes ethnies. Ainsi, elle a obtenu des résultats sûrement différents que ceux qui seront obtenus dans l'étude proposée ici. En effet, les mères défavorisées allaitent moins, comme démontré dans la recension des écrits. De plus, ces femmes devaient avoir allaité pendant au moins deux semaines, démontrant de toute évidence une toute autre perspective. Notons qu'elles ne devaient pas être obligatoirement primipares, mais en être à leur première expérience d'allaitement. Toutefois, cette étude traduit de façon remarquable l'expérience d'allaitement des participantes, en regard de leur soutien.

Comme démontré dans cette recension des écrits, l'allaitement maternel a été regardé sous toutes sortes de facettes, majoritairement de façon quantitative. Ainsi, les

multiples facteurs affectant le choix d'allaiter et la durée de l'allaitement sont connus, de même que les caractéristiques personnelles des femmes qui allaitent. De plus, les instances internationales, nationales, provinciales et les divers établissements de santé, ont établi des lignes de conduite en regard de ce phénomène. Par contre, le taux d'allaitement au Québec n'augmente toujours pas, malgré ces faits. Pour leur part, peu de chercheurs ont exploré l'expérience d'allaitement sous un angle qualitatif phénoménologique. Seulement cinq études l'ont fait, à la connaissance de l'étudiante-chercheure. Toutefois, les participantes de ces dernières n'étaient pas francophones et pas nécessairement primipares. Donc, il s'avère pertinent d'explorer l'expérience de persistance à l'allaitement de femmes primipares, québécoises et francophones qui ont allaité pendant au moins trois mois ce qui constitue d'ailleurs, l'aspect novateur de cette étude. De plus, la philosophie du « caring » de Watson, guidera l'étudiante-chercheure au cours de cette étude et permettra une meilleure compréhension du phénomène à l'étude.

La philosophie du « caring » de Watson

La philosophie du « caring » de Watson sert de toile de fond pour cette étude. Selon Watson (1988), le « caring » désigne un idéal moral impliquant un profond niveau d'engagement vis-à-vis la société. Le « caring » professionnel se veut une façon spéciale d'être en relation avec les autres et soi-même. Inspirée de la philosophie existentielle-phénoménologique, Watson reconnaît l'importance de considérer le contexte de la personne dans nos soins. En effet, elle encourage l'infirmière à comprendre la signification de l'expérience telle que vécue et perçue par la personne. De par cette vision des soins infirmiers, la conception de Watson se classe dans le paradigme de transformation par Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major (1994).

On retrouve, dans la théorie de Watson, les quatre éléments du métaparadigme infirmier. Pour Watson (1988), la **personne** constitue un être-dans-le-monde qui perçoit, vit des expériences et qui se situe en continuité dans le temps et l'espace. L'être-dans-le-monde est unique et se compose d'une âme, d'un corps et d'un esprit indivisibles, indissociables et recherche continuellement l'harmonie entre ces trois sphères. Pour sa part, la **santé** signifie une expérience subjective chez cette personne et elle correspond à

cette harmonie, corps-âme-esprit. Elle s'associe au degré de cohérence entre le soi perçu et le soi vécu. Donc, la santé d'une personne correspond à la cohérence entre ce qu'elle perçoit d'une part et ce qu'elle vit vraiment, d'autre part. L'**environnement**, quant à lui, peut être physique, matériel ou spirituel. La personne interagit avec cet environnement, lequel représente d'ailleurs toutes les forces de l'univers. Il existe deux sortes d'environnement selon Watson (1979), l'interne et l'externe, qui s'influencent mutuellement. L'environnement interne comprend la culture, la spiritualité, les attitudes, les perceptions et les attitudes de la personne. Pour sa part, l'environnement externe de la personne correspond à son milieu de vie, revenu, confort, éducation, son intimité ainsi qu'à son univers. Enfin, le **soin** se définit comme un processus intersubjectif d'humain-à-humain nécessitant le « caring » en tant qu'idéal moral, et des connaissances scientifiques. Aussi, le soin est influencé par l'environnement (Watson, 1999), puisque l'infirmière et son environnement sont indissociables. Le soin aide la personne à trouver une signification à son existence et les dix facteurs caratifs de Watson ont pour but de guider l'infirmière dans ce processus. La contribution des infirmières aux soins de santé se détermine par la capacité de celles-ci à traduire cet idéal de soins dans la pratique. Le but des soins infirmiers consiste à assister la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit. Selon Watson (1988, 1999), le « caring » débute lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal (réalité subjective constituant la totalité des expériences vécues par l'individu) d'une autre personne et perçoit, ressent et répond au vécu de l'autre, de façon à l'encourager à partager ses sentiments et pensées. Ces deux personnes vivent, à ce moment, une occasion réelle de « caring ». Si cette occasion semble transpersonnelle, la spiritualité de chacun règne et permet une plus grande ouverture. L'ouverture du soi spirituel permet alors une conscience plus profonde face à soi-même et face au monde (Watson, 1999).

Selon Watson (1979,1988,1997), il y a dix facteurs caratifs qui guident l'infirmière dans ses soins. Ces facteurs s'intitulent: Système de valeurs humanistes et altruistes; croyance-espoir; prise de conscience de soi et des autres; relation thérapeutique d'aide et de confiance; expression de sentiments positifs et négatifs; processus de «caring » créatif visant la résolution de problèmes; enseignement-apprentissage

transpersonnel; soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel; assistance en regard des besoins de la personne et forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles. Les trois premiers facteurs interagissent pour établir une fondation philosophique de la science du « caring », ils déterminent la qualité d'une relation. Les sept autres facteurs caratifs représentent davantage la fondation scientifique. Bien que tous les facteurs s'avèrent importants, l'accent se place ici, sur les facteurs pertinents à cette étude.

Le deuxième facteur, l'inspiration de sentiments de croyance-espoir, occupe une place significative dans le cadre de cette recherche. En effet, les croyances qu'a une personne ne se banalisent pas; elles se respectent plutôt afin d'accroître ou de maintenir la santé de cette personne. L'inspiration de sentiments de croyance-espoir, chez une autre personne ou en nous-même s'incorpore dans la science du « caring ». Même si les croyances en regard de l'allaitement maternel ne font pas partie de la question de recherche, elles détiennent quand même une place dans cette étude, puisqu'elles influencent l'issue de l'allaitement maternel pour chacune des participantes. Ces croyances font partie du champ phénoménal, lequel est exploré dans une étude phénoménologique.

Le quatrième facteur correspond au développement d'une relation d'aide-confiance. Selon Watson, la qualité d'une relation entre le soignant et la personne soignée représente l'élément le plus significatif dans la détermination de l'efficacité de l'aide apportée. Selon elle, la sensibilité de l'infirmière dans une situation interpersonnelle constitue sa ressource la plus thérapeutique pour la prestation de ses soins. Watson reconnaît que de toutes les difficultés auxquelles une infirmière doit faire face, la plus difficile consiste à établir une relation d'aide-confiance. Pour ce faire, l'infirmière doit connaître la personne et son champ phénoménal. Cette dernière démontre de l'authenticité, de l'empathie et une chaleur humaine. Pour bien comprendre le phénomène à l'étude, l'étudiante-chercheuse doit, de façon empathique, s'efforcer de créer une relation de confiance lors des entrevues. Elle tente également de connaître la participante et ce qui l'entoure. La participante représente un être-dans-le-monde avec sa réalité d'allaitement bien personnelle. L'étudiante-chercheuse doit être à l'écoute de l'unicité

face à l'expérience d'allaitement vécue par chacune des participantes afin de bien comprendre le phénomène à l'étude.

Le cinquième facteur se définit par la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs. Les émotions jouent un rôle important dans les comportements d'un individu. Dans une relation interpersonnelle, la cognition (contenu intellectuel) et l'affect (sentiment à propos du contenu) entrent en jeu. La communication, comme telle, a trois composantes: cognitive, affective et comportementale. Ces trois composantes s'avèrent importantes pour expliquer une interaction sociale. Les deux premières diffèrent dans la façon dont elles influencent le comportement. Watson ajoute que si les sentiments modifient les pensées et les comportements, la science et la pratique du « caring » doivent être, de façon systématique, attentives aux sentiments des gens dans le but de promouvoir la santé. Concrètement, les sentiments vécus par la participante qui allaite peuvent varier au cours de l'allaitement comme tel. Aussi, la mère doit faire face aux commentaires et aux suggestions parfois contradictoires des membres de son entourage et du personnel hospitalier, ne facilitant pas l'allaitement maternel. Puisque les émotions jouent un rôle important dans les comportements des individus, l'étudiante-chercheuse s'intéresse à favoriser, chez la participante, le partage de ses sentiments afin de comprendre le phénomène de l'allaitement maternel.

Le dixième et dernier facteur, la reconnaissance de forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles, semble particulièrement important pour la présente recherche puisqu'il reconnaît l'unicité de chaque personne. Ce facteur caratif se base sur l'expérience subjective et personnelle de la personne comme fondement de la compréhension et inspire l'étudiante-chercheuse à explorer la signification, pour la participante, du phénomène d'allaitement maternel. Pour Watson (1979, 1988), une perspective existentielle-phénoménologique suggère à l'infirmière que les différents aspects de la nature humaine ne peuvent être répudiés; ils peuvent seulement être intégrés. En ce qui a trait à l'allaitement maternel, il s'agit de décrire et de comprendre le sens de l'expérience d'allaitement des participantes. L'étudiante-chercheuse, inspirée par une perspective existentielle-phénoménologique, aspire à connaître la participante telle qu'elle est, son environnement, son monde et son espace de vie afin d'avoir une vue

représentative de son expérience d'allaitement maternel. Donc, ceci facilite la compréhension de l'expérience que la participante accorde à son allaitement et permet par ricochet, une meilleure description du phénomène à l'étude.

Selon Watson, les dix facteurs caratifs s'actualisent dans un processus de soin humain, dans lequel l'infirmière "est avec" une autre personne (Watson, 1985). L'étudiante-chercheuse, inspirée par cette approche, intègre et utilise, parmi ces facteurs, ceux les plus appropriés à l'étude afin de promouvoir sa compréhension du phénomène d'allaitement maternel des femmes primipares au Québec. Pour les nouvelles mères, l'expérience de l'allaitement maternel fait partie intégrante de leur expérience de santé. Il s'avère donc essentiel de comprendre le sens que ces femmes donnent à leur expérience unique et subjective d'allaitement maternel.

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche fera l'objet du prochain chapitre.

Chapitre troisième

La méthodologie

Ce chapitre traite de la méthodologie de l'étude proposée. À prime abord, la phénoménologie et ses composantes, ainsi que la méthodologie de van Manen sont explorées. Ensuite, suivent les informations concernant la population cible de l'étude et l'échantillon. Par la suite, le déroulement de l'étude et l'analyse des données prévues, selon les six étapes proposées par van Manen (1990), sont explicités. Pour leur part, les considérations éthiques, la rigueur méthodologique ainsi que les limites de l'étude, terminent ce chapitre.

La phénoménologie

Pertinence de la phénoménologie en sciences infirmières

Le devis de cette étude qualitative, est descriptif, de type phénoménologique. Plusieurs auteurs (Anderson, 1989; Beck, 1994; Benner, 1983, 1985, 1994; Cohen, 1987; Munhall, 1994; Munhall & Oiler, 1986; Munhall & Oiler Boyd, 1993; Oiler, 1982, 1986, 1988; Omery, 1983; Paley, 1997; Parse, Coyne & Smith, 1985; Parse, 1987, 1990; Ray, 1991; Reeder, 1987; Watson, 1985, 1988) reconnaissent la pertinence de la phénoménologie pour l'étude des soins infirmiers, considérés comme une science humaine et sociale. De plus, il y a cohérence entre la méthodologie phénoménologique et le paradigme de la transformation (Cara, 1999b). C'est d'ailleurs dans ce paradigme que s'inscrit la théorie de Watson (1985, 1988, 1999), utilisée comme toile de fond à cette étude. En effet, la phénoménologie constitue la base philosophique de la théorie du «caring» de Watson. Pour Watson (1988), chaque personne constitue un être unique et voit l'expérience qu'elle vit de façon personnelle, d'où la pertinence de l'approche phénoménologique en sciences infirmières. Hewat et Ellis (1984) soutiennent que la signification subjective de la perception du participant en regard à son expérience vécue, contribue au savoir infirmier et à la pratique infirmière. Oiler (1982) explique que la contribution de la recherche phénoménologique consiste à explorer la signification profonde d'un phénomène à travers les perceptions communiquées par les participants. Ainsi, selon elle, le focus de la phénoménologie consiste en la description de l'expérience telle que vécue par la personne.

Bottorff (1990) affirme que la façon d'être-dans-le-monde d'une mère qui allaite se reflète dans les expériences vécues quotidiennement. De plus, selon elle, en portant attention aux mères qui allaitent dans leur contexte familial, dans notre société actuelle, on pourrait arriver à comprendre la signification de l'expérience d'allaitement vécue. D'où la raison de décrire et de comprendre l'expérience d'allaitement des femmes primipares, car chacune a sa vision unique, sa réalité associée à ce phénomène. L'essence qui émerge de ces expériences permettra de bien saisir l'expérience vécue de ces mères, quant à leur allaitement.

La phénoménologie comme philosophie

Le mot phénoménologie provient de deux mots grecs: le premier, *phainomenon*, signifie apparence et le deuxième: *logos*, la raison (Walters, 1995). De façon implicite, cela équivaut à dire: la raison de l'apparence. La phénoménologie s'avère, à la fois, une philosophie et une méthodologie de recherche (Cohen, 1987). La philosophie phénoménologique considère que toute personne a sa propre perspective de la réalité qui l'entoure. Donc chaque individu se construit sa propre réalité et il y a autant de réalités qu'il y a d'individus. Il n'existe pas de réalité unique, mais plutôt une vision unique qu'a chaque personne de sa réalité. Pour sa part, Merleau-Ponty (1956) affirme que la phénoménologie s'intéresse seulement à l'expérience, sans considérer les facteurs de causalité.

Au cours de l'histoire le mouvement phénoménologique, constitué de deux écoles de pensées (Husserl et Heidegger), se divise en trois phases (Cohen, 1987; Reeder, 1987; Cara, 1999b): préparatoire, allemande et française. Durant la phase préparatoire, la phénoménologie comme méthode de recherche apparaît dans les écrits du philosophe Brentano. Elle a été développée comme philosophie par la suite, dans la phase allemande, par Husserl considéré comme le père de la phénoménologie. Husserl a influencé plusieurs philosophes, dont Heidegger. Ensuite, dans la phase française, d'autres philosophes comme Merleau-Ponty, ont exploité la phénoménologie comme méthode de recherche et comme philosophie.

Husserl (1913, 1970) s'intéresse à la signification de l'expérience vécue par la

personne. D'une perspective plus épistémologique (philosophie de la science), la phénoménologie transcendantale pure d'Husserl amène le chercheur, par le principe d'intentionnalité, à décrire le phénomène tel qu'il apparaît dans la conscience du participant (Giorgi, 1997). Le principe d'intentionnalité pour Husserl (1970) se définit comme une dimension essentielle de la conscience, pourvu que cette conscience soit dirigée vers un objet qui ne représente pas lui-même la conscience. En d'autres mots, selon Husserl, nous sommes toujours conscient de quelque chose. La conscience constitue donc un moyen d'accès à l'expérience et contribue, par le fait même, à identifier une signification au phénomène.

Outre la conscience et le principe d'intentionnalité, il a aussi introduit les concepts clés suivants: l'expérience vécue, l'intuition, la réduction phénoménologique et la variation libre et imaginative. Ainsi, pour Husserl, l'expérience vécue par une personne ne peut être accessible immédiatement parce qu'elle constitue, à prime abord, ce qui est pris pour acquis. Donc, la tâche consiste à examiner à nouveau cette expérience afin de trouver sa signification (Koch, 1995). La conscience constitue un moyen d'accès à l'expérience et contribue, par le fait même, à identifier une signification au phénomène. L'intuition, quant à elle, constitue un processus de description de l'expérience telle qu'elle est vécue, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience (Cara, 1999b). Selon Spiegelberg (1976), l'intuition correspond au processus le plus exigeant pour le chercheur, car elle requiert une énorme concentration sur le phénomène. Toutefois, cette concentration doit être dosée puisqu'elle doit permettre une certaine critique, selon lui, du phénomène étudié. Enfin, la réduction phénoménologique d'Husserl (1913) comprend deux étapes: le « bracketing » ou « epochè » et la réduction édeitique ou essence. Ce processus de réduction permet de mettre entre parenthèses les croyances et les connaissances passées en relation avec un phénomène, afin de l'aborder sans avoir d'idées préconçues pour en favoriser sa description. Husserl (1970) distingue deux sortes d'attitudes: l'attitude envers la vie et l'attitude théorique. Ainsi, il suggère le « bracketing » de ces deux attitudes, afin de bien s'ouvrir à l'expérience des participantes. Donc pour lui, la réalité ne se confirme ou ne se dénie jamais; elle fait plutôt objet de « bracketing » dans une action de réduction phénoménologique (Koch, 1995). Cette auteure poursuit en

affirmant que la phénoménologie de Husserl, à travers le « bracketing », recherche la validité de l'interprétation et non l'intérêt personnel du chercheur. Selon Oiler Boyd (1993), en phénoménologie, le terme réduction signifie le processus de recouvrement de la perception originale. De plus, elle affirme que la réduction phénoménologique consiste en une réflexion rigoureuse et que le « bracketing » s'avère la technique méthodologique de choix utilisée en phénoménologie dans le but d'aider ce processus. Pour sa part, la réduction eidétique (du particulier à l'universel) a pour but de trouver l'essence qui correspond au phénomène à l'étude. La recherche de l'essence consiste à décrire le sens du phénomène ou l'identité la plus invariable qui émerge d'un contexte donné, l'essence s'avère donc, universelle et absolue (Husserl, 1970). Ce dernier suggère de saisir l'essence, c'est-à-dire ce qui se maintient le plus dans un contexte, du phénomène étudié à l'aide de la variation libre et imaginative. Cette variation signifie que l'on modifie de façon volontaire, un ou plusieurs aspects des éléments d'un phénomène et que l'on vérifie par la suite, s'il reste encore reconnaissable (Husserl, 1970). À ce sujet, Merleau-Ponty (1964) affirme que la variation libre et imaginative consiste à considérer une expérience concrète, à la modifier dans notre pensée et à imaginer tous les aspects qu'elle peut prendre. Par la suite, ce qui reste invariable à travers ces changements correspond à l'essence du phénomène en question.

Pour sa part, la philosophie phénoménologique herméneutique d'Heidegger (1927) est ontologique. Elle représente donc, la nature essentielle de l'expérience vécue (van Manen, 1990). L'ontologie, quant à elle, signifie l'étude des modes d'être-dans-le-monde (Gadamer, 1976). Elle se base sur une perspective existentielle, c'est-à-dire, que l'on ne peut comprendre une personne en l'isolant de sa réalité, de son monde. Heidegger s'est lui-même inspiré des travaux d'Husserl, étant son étudiant. Toutefois, les travaux d'Heidegger n'ont pas pour but de développer une procédure de compréhension, mais plutôt de clarifier les conditions dans lesquelles la compréhension prend place (Gadamer, 1976). Heidegger s'intéresse donc à l'interprétation de l'expérience vécue par la personne plutôt qu'à sa signification.

De plus, Heidegger interprète le « bracketing » à sa façon. Ainsi, il utilise le terme pré-conception pour décrire la signification et l'organisation d'une culture. Selon

Heidegger (1962), cité par Koch (1995), un moyen pour comprendre le processus consiste à voir les personnes et leur monde se constituant l'un et l'autre. Il y a d'ailleurs, impossibilité de faire la séparation entre les deux, car Heidegger considère la personne comme un être-dans-le-monde. Aussi, toujours selon Koch (1995), la personne représente un être à l'intérieur d'un corps et ce corps procure la possibilité d'actions concrètes d'être-dans-le-monde (Burns & Grove, 1997).

La philosophie herméneutique, telle que prônée par Heidegger (1962), s'applique à toutes les compréhensions. Heidegger (1962) affirme que l'on ne peut avoir ni un monde ni une vie à un niveau culturel sans actes d'interprétation. Il argumente qu'il y a seulement possibilité d'interpréter quelque chose s'il est relié à l'expérience vécue d'une personne. Une notion essentielle d'Heidegger, représente le cercle herméneutique. Ce cercle se compose de trois parties, soit: le contexte ou « background », les pré-compréhensions ou les « pre-understanding » et la « co-constitution ». Selon Koch (1995), le « background » d'une personne lui permet de comprendre le monde et cette compréhension détermine ce qui compte vraiment pour cette personne. Toujours selon Koch, Heidegger affirme à ce sujet, que la signification des contextes, des habiletés et des pratiques d'une personne, ne peuvent pas être complètement explicites. Pour leur part, les « pre-understanding », correspondent pour Heidegger, à la signification et à l'organisation d'une culture. Ainsi, les êtres humains arrivent toujours dans une situation avec des pré-compréhensions. Ces dernières constituent une structure d'être-dans-le-monde. Selon Heidegger, cela ne consiste pas en quelque chose que l'on peut éliminer ou mettre entre parenthèses, car ils sont déjà avec nous, dans notre monde. Selon Koch, cette notion est l'une des plus difficiles à saisir. Quant à elle, la « co-constitution » signifie la personne et son monde. Ce terme réfère à l'unité philosophique indissolubilité de personne-monde (Koch, 1995). Selon cette auteure, l'explication de ce terme se construit par le monde dans lequel on vit et en même temps, ce monde se construit par nos propres expériences et par notre « background ». Selon elle, la séparation du monde et de la personne ne peut se réaliser. Donc, un des postulats les plus importants de Heidegger, selon Koch (1995), consiste en l'indissolubilité entre la personne et son monde.

La phénoménologie de van Manen

Bien qu'il existe plusieurs méthodologies phénoménologiques, la méthode de van Manen (1990) représente celle qui a retenu l'attention de l'étudiante-chercheure. Étant éclectique, cette phénoménologie s'inspire de deux sources: Husserl et Heidegger. Elle propose donc une approche intéressante qui combine deux philosophies, nécessaires à la compréhension du phénomène proposé dans le cadre de cette étude. Selon van Manen (1990), la phénoménologie se définit comme étant l'étude de l'expérience vécue et la description de la signification des expériences que nous vivons, comme nous les vivons. La recherche phénoménologique, selon lui, se détermine par la compréhension d'un phénomène à travers une réflexion profonde.

Pour van Manen, faire de la phénoménologie, s'avère une affaire de questionnements. Van Manen (1984) soutient que la recherche phénoménologique consiste en des essais créatifs qui ont pour but de capturer un certain phénomène de la vie, dans une description linguistique qui s'avère à la fois holistique et analytique, évocatrice et précise, unique et universelle, puissante et éloquente. Il nous introduit à sa phénoménologie par les huit affirmations qui suivent (van Manen, 1990).

La recherche phénoménologique représente :

- 1) l'étude de l'expérience vécue, (concernée par les questions à propos des expériences et a pour but de comprendre la signification de ces expériences);
- 2) l'explication du phénomène comme il se présente à la conscience, (la réflexion phénoménologique, rétrospective par nature, ne permet pas de réfléchir à l'expérience vécue en la vivant en même temps);
- 3) l'étude des essences, (l'essence de l'expérience se décrit adéquatement si elle démontre la signification de l'expérience d'une manière plus profonde);
- 4) la description de la signification des expériences que nous vivons comme nous les vivons, (le produit de la recherche phénoménologique articule la signification comprise dans l'expérience);
- 5) l'étude scientifique humaine d'un phénomène, (van Manen qualifie la phénoménologie de systématique, explicite, auto-critique et intersubjective);

- 6) la pratique attentive de la réflexion, (l'utilisation de la recherche phénoménologique, basée sur la réflexion, permet aux infirmières d'agir avec tact dans les situations cliniques);
- 7) la recherche de la signification d'être humain, (selon cet auteur, le but de la recherche phénoménologique consiste en l'actualisation de soi);
- 8) une activité poétique, (la présentation des résultats, en phénoménologie, se caractérise par la passion et le but qui inspirent le processus de recherche).

Pour lui, la tâche de la recherche phénoménologique consiste à apporter une compréhension d'un phénomène à travers une réflexion profonde. Selon van Manen (1990), la science humaine qu'il propose a pour but d'expliquer le sens d'un phénomène et de comprendre la structure vécue quant à la signification. Cette approche comprend également la réflexion au niveau des textes, qui ont trait aux expériences vécues (van Manen, 1990).

À l'aide de la méthodologie de van Manen (1990), les thèmes sont dégagés des verbatims afin de saisir, dans le cas de la présente étude, l'essence de l'expérience d'allaitement des participantes et de pouvoir ainsi la décrire. Cette méthodologie suggère six étapes visant à promouvoir la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Ces étapes sont discutées en détail dans une section ultérieure.

Population cible et échantillon

La population cible de cette étude se constitue de mères primipares, québécoises et francophones qui ont allaité, de façon exclusive pendant au moins trois mois, faisant partie de la région desservie par un CLSC de la région métropolitaine. L'échantillon comprend de trois à cinq mères ou jusqu'à une certaine redondance des données, tel que suggéré par la méthodologie phénoménologique (Ray, 1991; Benner, 1994; Cara, 1997, 1999b). Aussi, ce nombre peut être ajusté au cours de l'étude, selon la qualité et la profondeur des verbatims obtenus. Pour Benner (1994), la redondance des données permet des résultats plus plausibles et contribue à la validité de la recherche. De plus, toujours selon elle, l'interprétation des verbatims, de ce fait même, se facilite car les significations deviennent plus visibles. Aussi, la redondance des données accroit du même

coup la rigueur accordée à la compréhension du monde des participantes. Dû à la limite de temps imposée par le programme de maîtrise, il semble peu probable d'obtenir une redondance complète des données. Par contre, le fait d'encourager des critères communs aux participantes favorise en quelque sorte, l'atteinte d'une certaine redondance.

Site et sélection des participantes

Les cliniques d'allaitement, (voir annexe D), offertes par certains CLSC, représentent des endroits propices à la sélection des participantes de l'étude. Donc, avec l'accord de la responsable du CLSC déterminé, l'étudiante-chercheure participe à ces cliniques. Elle remet, lors de sa participation, une lettre explicative de l'étude (voir annexe F) aux participantes intéressées, qui possèdent tous les critères d'inclusion de l'étude. Sur une base volontaire, elles peuvent ainsi décider de participer à l'étude en cours et de contacter l'étudiante-chercheure par téléphone, qui est indiqué sur la lettre explicative de l'étude, afin de fixer un rendez-vous au moment et à l'endroit qui leur convient.

Les critères d'inclusion

Ces critères ont été sélectionnés en fonction des écrits scientifiques, tels que décrits dans le chapitre précédent.

- 1) Vouloir partager son expérience d'allaitement.
- 2) Être primipare.
- 3) Avoir allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois.
- 4) Être une femme québécoise née au Québec, vivant avec un conjoint québécois, né au Québec.
- 5) Être francophone.
- 6) Avoir accouché vaginalement.

Le déroulement de l'étude

Tel que suggéré par van Manen (1990), avant l'entrevue et tout au long de l'étude, l'étudiante-chercheuse doit, à travers le « bracketing » (voir annexe E), reconnaître ses croyances, ses attentes et ses sentiments, qui peuvent l'empêcher d'être ouverte à l'expérience vécue par la participante. L'étudiante-chercheuse sélectionne les participantes parmi les femmes présentes aux cliniques d'allaitement du CLSC choisi. Au moment du recrutement, avant la première rencontre, elle remet une lettre explicative à la participante. Par la suite, via un contact téléphonique réalisé par l'étudiante-chercheuse, la mère détermine l'endroit de la première entrevue. Le choix de l'endroit où se déroulera cette entrevue reste à la discrétion de la participante. Toutefois, un endroit calme, permettant le partage, sera favorisé. Ensuite, l'étudiante-chercheuse explique le déroulement de l'entrevue à la participante. De plus, elle l'informe de la nécessité d'une seconde entrevue, afin de promouvoir la validation des données. Benner (1994) précise que les entrevues multiples s'avèrent nécessaires, car elles procurent au chercheur, plusieurs chances d'écouter le récit des participantes. Cela permet d'ailleurs de clarifier certains aspects de l'entrevue, de l'analyse et de l'interprétation. Si la participante désire toujours participer à l'étude, elle signe le consentement à l'étude (voir annexe G) et complète un questionnaire socio-démographique, afin de bien établir son profil (voir annexe I). Par la suite, l'étudiante-chercheuse informe la participante qu'elle doit faire le récit de son expérience vécue, des sentiments ressentis, des actions faites et des situations diverses survenues durant cette expérience (Benner, 1994).

Selon van Manen (1990), l'art de l'entrevue herméneutique consiste à conserver la signification du phénomène ouverte et à maintenir une orientation vers le phénomène d'intérêt. L'entrevue semie-structurée se fait de façon à ce qu'une période suffisante de temps (environ une heure), soit allouée à la participante afin de lui permettre de bien exprimer son expérience. Selon Benner (1994), l'expression de l'expérience personnelle de la participante est centrale à la phénoménologie. Aussi, selon elle, le chercheur doit, du fait même, apprendre à écouter le récit de la participante, en l'interrompant le moins souvent possible. Pour sa part, Bottorff (1990) affirme qu'en écoutant la voix et l'histoire des participantes, cela devient possible de se rapprocher de la vie de ces dernières,

comme elle la vivent. En effet, van Manen (1984) mentionne que de cette façon, le chercheur devient en mesure de saisir une compréhension plus profonde de la nature ou de la signification du phénomène.

La collecte des données, quant à elle, s'effectue à l'aide de questions larges et ouvertes jusqu'à une certaine redondance des données. Ce type d'entretien est semi-structuré puisqu'un guide d'entrevue suggéré par van Manen (1984, 1990) contenant une banque de questions (voir annexe H), est disponible et peut-être utilisé par l'étudiante-chercheuse, au besoin. Une atmosphère agréable de détente sera créée, pour favoriser la collecte des données. À ce moment, la participante devient la co-investigatrice de la recherche. De plus il s'avère important, selon van Manen, de réaliser que le processus de l'entrevue a besoin d'être teinté par la question fondamentale qui a initié la nécessité de l'entrevue. Tout en restant ouvert, il faut donc considérer soigneusement quel intérêt l'entrevue va apporter. Aussi, si cela semble nécessaire, certaines questions pré-déterminées sont demandées, afin de faciliter la réflexion de certaine(s) participante(s).

L'analyse des données

L'analyse des données détaillées est réalisée selon la méthodologie de van Manen (1990) et la traduction libre de celle-ci par Cara (1999a).

La première étape: le phénomène d'intérêt

Il s'agit, durant cette étape, de se tourner vers l'expérience d'allaitement, telle que vécue par des mères primipares, phénomène qui intéresse l'étudiante-chercheuse et qui suscite son engagement dans le monde (intérêt). Selon van Manen (1990), l'aspect concret et la nature essentielle de l'expérience concernent la phénoménologie. De plus, van Manen s'intéresse à l'expérience vécue par la personne.

Inspiré par les travaux qu'Husserl a fait à ce sujet, il suggère quatre phases de réduction phénoménologique:

- 1) l'ouverture et l'émerveillement aux mystères de la vie (l'intuition);
- 2) la maîtrise des sentiments, des croyances et des attentes pouvant empêcher la chercheuse d'être ouverte à l'expérience, telle que vécue par la participante

(correspond au « bracketing »);

- 3) la reconnaissance des théories et des conceptions scientifiques (« bracketing »);
- 4) la réduction eidétique afin de capter l'essence de l'expérience vécue par la participante (du particulier à l'universel).

De façon pragmatique, Giorgi (1997) suggère que le chercheur identifie ses expériences antérieures, valeurs et croyances face au phénomène étudié, afin de les mettre entre parenthèses, dans le but d'aborder le phénomène avec intuition et naïveté.

Le « bracketing » débute avant de rencontrer les participantes, dans le but de mieux s'ouvrir à leur expérience. Le processus de « bracketing » contribue à promouvoir la rigueur scientifique nécessaire, tout au long du processus de recherche (Paley, 1997). Aussi, toutes les informations, comme par exemple la recension des écrits, doivent figurer au niveau du « bracketing ». De plus, l'étudiante-chercheuse explique ses propres croyances à propos du phénomène étudié, pour ne pas interpréter la nature de ce phénomène (van Manen, 1984) mais plutôt favoriser la rigueur lors de l'analyse des données (Cara, 1999). En reconnaissant ses croyances, ses sentiments ainsi que ses préconceptions en regard de l'allaitement maternel, l'étudiante-chercheuse s'ouvre davantage à l'expérience d'allaitement des participantes de l'étude.

La deuxième étape: la collecte des données

Les données représentent des transformations de l'expérience vécue, plutôt que sa conceptualisation. Van Manen (1990) suggère de réunir les données et de réfléchir sur l'expérience vécue et ce, de façon simultanée. Selon lui, la réflexion phénoménologique a pour but de saisir la signification essentielle de quelque chose. Cette étape permet donc, d'accéder à la conscience de la participante afin de déterminer la signification véritable de son expérience vécue. Aussi, selon le principe d'intentionnalité de Husserl, van Manen (1990) suggère d'explorer l'attitude de la participante vis-à-vis cette expérience spécifique. De plus, tout au long des entrevues avec les participantes, l'étudiante-chercheuse complète un journal de bord afin de bien décrire ses sentiments, ses émotions, ses commentaires et pensées en regard de l'expérience partagée avec les participantes, tel que recommandé par van Manen (1990).

La troisième étape: la réflexion

Le but de la réflexion consiste à saisir l'essence de l'expérience d'allaitement afin de la décrire. Selon van Manen, l'essence recherchée de l'expérience d'allaitement des participantes s'avère multidimensionnelle. Pour ce faire, l'analyse thématique, qui constitue un processus de description de l'expérience vécue par la participante, s'accomplit d'abord par intuition. C'est-à-dire que l'étudiante-chercheuse requiert une ouverture d'esprit et ce, à l'aide de plusieurs modes de conscience.

L'analyse thématique se réalise en isolant les unités de signification dans le texte de façon globale ou holistique, sélective et détaillée. L'approche globale consiste en l'écoute des bandes audio enregistrées lors des entrevues et en la lecture des verbatims, afin de trouver une signification globale représentant l'expérience d'allaitement maternel, vécue par chacune des participantes. Il s'agit donc de trouver la phrase qui capture la signification fondamentale ou principale du texte, considéré comme un tout. L'approche sélective s'exécute en écoutant chaque expérience d'allaitement ainsi qu'en lisant chaque verbatim correspondant à cette expérience, afin de relever les phrases qui décrivent le mieux cette expérience d'allaitement. Ces phrases sont ensuite soulignées ou entourées. Finalement, l'approche détaillée consiste à prendre chaque phrase de chaque expérience et de réfléchir à ce qu'apporte cette phrase à la signification de l'expérience d'allaitement maternel.

Tout en réalisant la réduction phénoménologique, les thèmes sont ainsi dégagés des verbatims afin de découvrir la structure de l'expérience d'allaitement maternel vécue par les participantes dans le but de pouvoir la décrire. L'identification des thèmes se réalise à l'aide de lectures multiples, de réflexion, d'intuition et de la variation libre et imaginative. Tel que mentionné plus tôt, la variation libre et imaginative permet de définir, depuis la perspective de la discipline, la structure essentielle de l'expérience concrètement vécue (Giorgi, 1997). La variation libre implique le choix du concept concerné et, par imagination, il s'agit d'examiner toutes les formes qu'il peut prendre (Paley, 1997). Pour ce faire, il faut ajouter ou enlever certaines caractéristiques au concept étudié et noter celles qui l'illustrent sans cesse. Le chercheur peut donc

distinguer ce qui lui semble essentiel de ce qui ne l'est pas. En faisant de la sorte, on devient conscient d'un phénomène différent, d'un idéal, de l'essence.

De plus, une transformation linguistique et artistique sont effectuées, afin de donner au texte, tout son sens. Pour sa part, l'identification des thèmes a pour but de déterminer une description qui représente parfaitement la compréhension du phénomène. Ces thèmes doivent donc correspondre à l'expérience d'allaitement maternel vécue par les participantes. Pour ce faire, il existe deux moyens (van Manen, 1990). Le premier moyen consiste à s'assurer que les thèmes correspondent bien à l'expérience d'allaitement maternel vécue par les participantes. Ceci se réalise à l'aide d'une seconde entrevue. Ainsi, l'étudiante-chercheuse s'assure de bien valider sa compréhension de l'expérience ainsi que les thèmes dégagés, suite à l'analyse thématique. Le deuxième moyen représente la discussion de la compréhension de ce phénomène avec des collègues et des experts. Ce moyen aide à générer des compréhensions profondes du phénomène étudié. Les thèmes, fruits des multiples lectures faites par chacun, sont partagés, examinés, interprétés et reformulés. En ce qui a trait à cette étude, l'étudiante-chercheuse discute avec ses deux directrices, des expériences d'allaitement maternel des participantes. De plus, elles vérifient toutes les analyses faites par l'étudiante-chercheuse. Ceci dans le but de s'assurer que les thèmes correspondent bien à l'expérience vécue des participantes.

La quatrième étape: la description du phénomène

Il s'agit, selon cette méthode, de décrire le phénomène à travers l'art d'écrire et de ré-écrire. Cette étape correspond au processus herméneutique d'Heidegger (1962) afin d'interpréter la description du phénomène. Concrètement, le texte reflète l'expérience exprimée par la participante. En fait, cela consiste à rendre externe ce qui est interne. Selon van Manen (1990), écrire permet d'apporter des relations significatives au langage dans le texte. L'écriture donne donc une apparence et un corps à nos pensées. Donc, en écrivant on peut vraiment savoir ce que l'on sait. Ainsi on peut s'appropriier les connaissances concernées, ces dernières étant teintées de notre personnalité. De plus, écrire les réflexions amenées par la distanciation de l'expérience vécue et réfléchir de

façon universelle permettent de favoriser la compréhension du phénomène à l'étude et favorisent la découverte des structures existentielles de l'expérience (van Manen, 1990). L'écriture crée, selon lui, une distance entre le chercheur et le monde, ce monde dans lequel les subjectivités des expériences quotidiennes deviennent l'objet de notre propre conscience.

La cinquième étape: l'orientation

Cette étape représente le maintien d'une relation avec le phénomène en question, afin de répondre à la question posée. L'étudiante-chercheuse maintient en tout temps une harmonie entre la recherche proposée et sa vie personnelle et professionnelle (van Manen, 1990). Elle reste donc ainsi, orientée vers le phénomène d'allaitement maternel et ce, en tout temps.

D'autre part, la qualité du texte, à cette étape, se doit d'être forte, riche et profonde. Un texte fort a pour but d'interpréter, de façon forte, un certain phénomène. C'est-à-dire que l'interprétation du phénomène répond à la question préalablement posée. Un texte riche s'avère concret en explorant le phénomène dans toutes ses ramifications vécues. Pour sa part, un texte profond correspond à la signification du phénomène ou de l'expérience vécue. En d'autres mots, la signification et la compréhension du phénomène se font en profondeur.

La sixième étape: la structure

Cette dernière étape correspond à l'essence recherchée. Pour van Manen (1990), l'essence constitue une construction linguistique, de la description d'un phénomène. Il affirme qu'une bonne description, qui constitue l'essence d'un phénomène, se construit de façon à ce que la structure de l'expérience vécue se révèle à nous, pour que l'on puisse dorénavant en saisir la nature et la signification. Le rapport final démontrera une balance entre les significations spécifiques et la signification universelle du phénomène d'allaitement. Cette étape s'associe à la réduction eidétique telle que suggéré par Husserl (1913), qui a pour but de rendre universel ce qu'il y a de particulier.

Les considérations éthiques

L'approbation du projet par le comité d'éthique de l'Université de Montréal, est essentielle (voir annexe J). Avant l'entrevue, la participante signe un consentement éclairé l'informant de l'enregistrement audio, des personnes qui écoutent ce dernier (l'étudiante-chercheure ainsi que ses directrices), de la destruction de cet enregistrement à la fin de l'étude, de ses droits à l'anonymat, de sa liberté de quitter à tout moment et aussi d'arrêter le processus en cours (Field & Morse, 1985).

Le consentement, un processus en cours tout au long de l'étude, inclut la confidentialité des échanges entre l'étudiante-chercheure et la participante. Le titre, le but de l'étude et les explications des procédures à suivre, font également partie du consentement. Les risques (la gêne d'exprimer l'expérience d'allaitement, la fatigue, l'inconfort, des malaises ou des inconvénients pouvant survenir au cours du processus) ainsi que les bénéfices (bonifier son expérience en ce qui a trait à l'allaitement maternel, réfléchir aux motivations de son comportement face à l'allaitement maternel et participer à une étude qui pourrait contribuer à la compréhension du phénomène d'allaitement maternel), sont décrits clairement. Toutefois, si la participante, suite au lien créé, confie une information qui déborde le cadre de l'étude et qui nécessite l'intervention d'un autre professionnel de la santé, la participante sera référée, au besoin, à la ressource appropriée (Munhall, 1988)

La rigueur méthodologique

En phénoménologie, l'authenticité ainsi que la crédibilité assurent la rigueur de l'étude (Cara, 1999b).

Une attention particulière est offerte quant à l'application des critères d'authenticité, tels que décrits par plusieurs auteurs. Pour Giorgi (1988, 1997), un résultat valide, exprime avec authenticité l'état des choses. En d'autres mots, il y a donc authenticité lorsque les résultats correspondent bien à l'expérience vécue par les participantes de l'étude (Ray, 1991; Cara, 1997, 1999b; Giorgi, 1997). Pour Benner (1994), favoriser la redondance des données, la clarté du texte et la confiance dans le texte, contribue également à promouvoir la validité. Donc, tel que mentionné

antérieurement, la méthodologie choisie est respectée. Aussi, de par le principe d'intentionnalité, la description de l'expérience d'allaitement vécue représente la situation comme perçue par les participantes. De plus, le processus de description de l'expérience telle que vécue s'assure via l'intuition. Pour leur part, les lectures multiples des verbatims ainsi que la réalisation d'une deuxième entrevue contribuent à l'authenticité de l'étude proposée (Cara, 1999b). Ainsi, il y a reconnaissance de toutes ces suggestions, proposées par ces différents auteurs, afin que les résultats obtenus correspondent bien à l'expérience d'allaitement des participantes de l'étude. L'étudiante-chercheuse fait parvenir par la poste, le texte d'analyse à la participante, qui s'assurera que le verbatim relève bien son expérience d'allaitement maternel. La participante a donc la possibilité de donner ses commentaires quant à la précision et la modification de certains passages.

Pour sa part, la crédibilité de l'étude est assurée par le fait que les résultats décrivent vraiment le phénomène à l'étude et qu'ils correspondent à la réalité vécue par chacune des participantes. Selon van Manen (1984), le chercheur peut demander au participant de réfléchir avec lui sur la question de recherche et sur les données intuitives et interprétées par le chercheur, afin d'évaluer la crédibilité du processus. La variation libre et imaginative ainsi que la réduction édeitique, permettant de trouver l'essence qui correspond bien au phénomène à l'étude, contribueront également à promouvoir la crédibilité des résultats. Aussi, la redondance des données et la reconnaissance du phénomène par des lecteurs et des experts seront encouragées afin d'avoir le plus de rigueur possible, au niveau de la crédibilité des résultats de l'étude (van Manen, 1984, 1990; Ray, 1991; Giorgi, 1997; Cara, 1997, 1999b). De plus, le principe de « bracketing » sera appliqué tout au long de l'étude, afin d'assurer la crédibilité (van Manen, 1984, 1990; Benner, 1994; Cara, 1999b). Ainsi, l'étudiante-chercheuse reconnaît ses connaissances, sa propre expérience d'allaitement ainsi que ses valeurs et ses conceptions en regard de l'allaitement maternel. Bien que plusieurs auteurs suggèrent une diversité au niveau de la sélection des participantes (Ray, 1991; Cara, 1997, 1999b), les limites imposées par le programme de maîtrise et le nombre limité de participantes, empêchent l'étudiante-chercheuse de respecter cette dernière caractéristique.

Les limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites dont il faut tenir compte. Tel que mentionné plus haut, le nombre restreint de participantes (quatre), permet d'atteindre une certaine redondance des données plutôt qu'une redondance complète, telle que suggéré par la méthodologie phénoménologique de van Manen (1990). La description de l'expérience d'allaitement serait sûrement enrichie par un plus grand nombre de participantes ainsi que par la diversité de ses dernières. En effet, les critères de sélection de l'étude s'avérant très homogènes, cette manœuvre implique donc que les participantes de l'étude ne sont pas tout-à-fait représentatives de la globalité de la population québécoise. En effet, l'étudiante-chercheure ne tient compte que des caractéristiques de ces participantes. Bien que cette façon de fonctionner se conforme à la méthodologie phénoménologique, elle écarte volontairement des données intéressantes en ce qui a trait à la compréhension de l'expérience d'allaitement des femmes québécoises en général. En effet, le Québec se compose d'une population diversifiée et multi-ethnique, ceci donnant des pistes d'études aux futurs chercheurs désirant connaître l'expérience d'allaitement concernant d'autres groupes de femmes au Québec.

La sélection de certaines participantes se faisant à l'aide des cliniques d'allaitement offertes par un CLSC de la région métropolitaine, peut laisser supposer que les participantes sont déjà habiletées à rechercher une certaine forme de soutien, facteur important et qui influence l'allaitement maternel. En effet, les autres mères qui débutent un allaitement et qui ne font pas partie de ce CLSC ne possèdent peut-être pas cette habileté. Toutefois, l'étudiante-chercheure tiendra compte de cette donnée lors de l'interprétation des résultats.

Enfin, bien que cette étude ne permette pas une généralisation, dans le sens de la recherche quantitative, elle contribue à offrir une compréhension profonde du phénomène de l'allaitement maternel chez des femmes primipares, québécoises et francophones qui ont allaité pendant au moins trois mois.

Chapitre quatrième

La présentation des résultats

Ce chapitre présente tout d'abord, le profil de chacune des participantes à l'étude. Par la suite, les sous-thèmes ainsi que les thèmes qui ont émergé des entrevues réalisées auprès des participantes ayant vécu une expérience d'allaitement maternel, tiennent lieu. Finalement, l'essence de l'étude est exposée, suite à l'analyse des données exécutée selon la méthode de van Manen (1990).

Le profil des participantes

Cette partie de chapitre exprime le contexte d'allaitement maternel de chacune des participantes de l'étude. Ce contexte d'allaitement est dégagé du questionnaire socio-démographique (voir annexe I) que chaque participante a complété lors de l'entrevue. Une codification numérique ainsi qu'un pseudonyme ont été utilisés par l'étudiante-chercheure, afin de respecter l'anonymat des participantes.

Participante 1 : Anne

Anne, 28 ans, est primipare et a une fille de 15 mois, qu'elle a allaitée à la demande pendant 10 mois et qu'elle continue d'allaiter deux fois par jour. Elle habite dans la région desservie par le CLSC avec son conjoint. Toutefois, leurs familles respectives habitent en région éloignée. Anne, chef comptable et son conjoint, ingénieur, sont francophones et nés au Québec. Bien qu'elle soit retournée au travail suite à son congé de maternité, d'une durée d'environ huit mois, elle a continué d'allaiter sa fille à temps partiel. Au niveau de sa famille, elle n'a eu que sa sœur comme modèle d'allaitement, sa mère et sa belle-mère n'ayant pas allaité leurs enfants. Sa grossesse a été planifiée et sans complication particulière. De plus, elle a suivi des cours prénataux. Anne a accouché à terme, vaginalement. Elle a eu la possibilité d'allaiter 45 minutes après l'accouchement et de plus, elle a expérimenté la cohabitation mère-bébé 24 heures sur 24. Anne souligne qu'elle a reçu des informations contradictoires de la part du personnel infirmier, surtout de l'infirmière de nuit. Toutefois, elle ne s'est pas fait offrir de substitut de lait en cadeau lors de son hospitalisation. De retour à la maison, elle a eu recours au soutien de l'infirmière du CLSC, de la clinique d'allaitement du groupe Nourri-Source, de sa sœur et de son conjoint. Anne n'envisage pas encore, le sevrage de son allaitement maternel. Elle s'avère être une marraine d'allaitement Nourri-Source depuis la fin de l'automne 2000 depuis que sa fille a six mois et demi.

Participante 2 : Marguerite

Marguerite, 34 ans, est primipare et a une fille de quatre mois et demi, qu'elle allaite. Marguerite et son conjoint habitent ensemble et travaillent tous les deux comme représentants. Ils sont francophones et nés au Québec. Elle n'a pas encore effectué son retour au travail, mais prévoit le faire après son congé de maternité, qui représente une durée d'environ un an. Marguerite n'a pas eu de modèle d'allaitement dans sa famille, ni dans son entourage. La grossesse de Marguerite a été planifiée. Elle n'a pas suivi de cours prénataux et n'a pas eu de complication particulière au cours de sa grossesse. Elle a accouché vaginalement à 42 semaines et 2/7 dans une maison de naissance, à l'aide d'une sage-femme. Le premier allaitement a eu lieu environ six heures après l'accouchement. Marguerite n'a pas vécu la cohabitation mère-bébé et n'a pas reçu de substitut de lait en cadeau. Lors de son séjour à la maison des naissances, Marguerite n'a pas reçu d'information contradictoire de la part du personnel présent. À son retour à la maison, elle a fait appel à l'aide du groupe Nourri-Source, à son conjoint ainsi qu'à sa sage-femme, pour son allaitement maternel. Marguerite prévoit allaiter encore six mois.

Participante 3 : Isabelle

Isabelle, 27 ans, est primipare et a une fille de sept mois, qu'elle allaite. Elle est mariée et tout comme elle, son conjoint est pharmacien, francophone et né au Québec. Elle prévoit son retour au travail après son congé de maternité, d'une durée d'environ un an. La mère d'Isabelle a allaité la plus jeune de ses sœurs. Toutefois, sa belle-mère n'a pas allaité. La grossesse d'Isabelle a été planifiée. Elle a suivi des cours prénataux et a accouché vaginalement à 39 semaines. Lors de l'accouchement, le médecin a eu recours à l'utilisation d'une ventouse pour compléter l'accouchement. Isabelle a allaité dix minutes après avoir accouché. Elle a vécu la cohabitation mère-bébé, 24 heures sur 24. Elle ne s'est pas vue offrir de substitut de lait en cadeau et n'a pas reçu d'information contradictoire de la part du personnel infirmier. À son retour à la maison, Isabelle a utilisé l'aide de l'infirmière du CLSC, du groupe Nourri-Source, d'un membre de la famille et de son conjoint, afin de l'accompagner lors de son allaitement maternel. Elle prévoit allaiter encore cinq mois. Isabelle s'avère une marraine d'allaitement Nourri-Source depuis que sa fille a quatre mois.

Participante 4 : Camille

Camille, 31 ans, est primipare et a un garçon de 16 mois qu'elle n'allait plus depuis deux mois. Son conjoint et elle, tous deux francophones et nés au Québec, travaillent à temps plein, lui comme contrôleur aérien, elle, comme représentante. Camille est retournée sur le marché du travail après son congé de maternité d'une durée approximative de 14 mois, tout en continuant d'allaiter partiellement son fils. Elle a été allaitée, mais sa belle-mère, pour sa part, n'a pas allaité ses enfants. Elle a suivi des cours prénataux. La grossesse planifiée de Camille s'est bien déroulée et elle a accouché vaginalement à 36 semaines et 4/7, sans complication. Bien que l'infirmière lui ait offert d'allaiter dès la naissance, le premier allaitement a eu lieu 12 heures après. Camille a vécu la cohabitation mère-bébé 24 heures sur 24, s'est vue offrir des substituts de lait en cadeau et a reçu des informations contradictoires de la part du personnel infirmier novice. Suite à son congé de l'hôpital, Camille a eu recours à l'aide de l'infirmière du CLSC, d'un membre de sa famille et d'une amie afin de l'accompagner dans son allaitement. Camille s'avère être une marraine d'allaitement Nourri-Source depuis que son fils a 10 mois.

Les données socio-démographiques possèdent une importance reconnue scientifiquement au niveau de l'allaitement maternel. Les données des quatre participantes apparaissent dans quatre tableaux différents. Ainsi, le tableau i (voir annexe K) indique les données socio-démographiques qui représentent l'âge, le statut, le revenu et certaines particularités des participantes. On peut donc remarquer que la moyenne d'âge des participantes est de 30 ans. Trois des quatre participantes ont donné naissance à des filles. Les participantes représentent des mères primipares, francophones et nés au Québec, ayant un conjoint, mariées ou non, francophone et également né au Québec. La moyenne des revenus familiaux s'avère être supérieure à 80 000\$ par année et l'ensemble des mères détiennent un grade universitaire en ce qui a trait à leur scolarité. Trois des quatre participantes sont des marraines d'allaitement.

Quant à lui, le tableau ii (voir annexe K) contient les données concernant la grossesse et l'accouchement. Ces données, telles que le dénotent les écrits scientifiques, ont un impact sur l'allaitement maternel. Pour l'ensemble des participantes, la grossesse

était planifiée et trois d'entre elles ont participé à des cours prénataux. Aucune d'entre elles n'a eu de complication durant la grossesse et la période de gestation varie de 36 semaines et 4/7 à 42 semaines et 2/7. Toutes ont accouché vaginalement et une d'entre elles a eu une complication lors de l'accouchement, nécessitant l'application d'une ventouse afin de délivrer le bébé.

Pour ce qui est du tableau iii (voir annexe K), il traite des pratiques hospitalières concernant l'allaitement maternel, vécues par les participantes. Tels que mentionnés dans les écrits scientifiques, ces pratiques influencent l'allaitement maternel. Ainsi, les participantes ont allaité en moyenne 4,73 heures après leur accouchement. Il est d'ailleurs recommandé d'allaiter le plus tôt possible après l'accouchement, surtout durant la période d'éveil du nouveau-né. Les quatre participantes ont expérimenté la cohabitation mère-bébé. Une d'entre elles a reçu des substituts de lait en cadeau et la moitié des participantes ont reçu des informations contradictoires de la part du personnel infirmier.

En ce qui concerne le tableau iv (voir annexe K), il contient les données concernant l'allaitement maternel des participantes, une fois de retour à domicile. L'ensemble des participantes ont reçu de l'aide pour leur allaitement et ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois. Au moment de l'entrevue, les participantes allaitaient en moyenne pour une période de 10,13 mois et l'allaitement d'une d'entre elles s'avérait terminé. La durée moyenne prévue d'allaitement maternel était inconnue pour l'une des participantes et d'une moyenne d'environ 13 mois pour les autres.

Les sous-thèmes et les thèmes émergents des entrevues

L'analyse des données est réalisée selon les six étapes de la méthodologie de van Manen (1990), tel que détaillée explicitement au chapitre trois. Le tableau v fait état des sous-thèmes pour chacune des participantes (voir annexe L). Ces sous-thèmes ont été dégagés des verbatimes des participantes (voir annexe M). Globalement, 22 sous-thèmes ont fait l'objet de discussion par les participantes. Plus précisément, 13 d'entre eux ont été mentionnés par l'ensemble des participantes. Par exemple, le sous-thème: « franchir les obstacles à l'allaitement maternel » a été énoncé 109 fois au cours des entrevues et ce, par la totalité des participantes.

À l'aide de la variation libre et imaginaire, les sous-thèmes ont été ensuite regroupés en quatre thèmes différents. Chacun des thèmes représente bien l'ensemble des sous-thèmes qu'il contient (voir tableau vi).

Tableau vi

Thèmes et sous-thèmes pour chacune des participantes

Thèmes	Sous-thèmes
Importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel	Franchir les obstacles à l'allaitement/ Biberon comme solution aux difficultés de l'allaitement, chez le père/ Impact négatif des propos contradictoires des professionnels sur l'allaitement maternel/ Vaincre les regards négatifs de la société sur l'allaitement
L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel	Expérience globale positive de l'allaitement/ Raisons qui motivent l'allaitement/ Décision du sevrage de l'allaitement/ Aptitudes positives de la mère nécessaires pour allaiter/ Relation mère-bébé/ Promotion de la santé de la mère/ Actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement/ Santé du bébé
Reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel	Importance du soutien infirmier/ Expérience des infirmières pour le soutien infirmier/ Nécessité du soutien du conjoint/ Importance du soutien informatif/ Présence du soutien de la famille/ Importance du soutien des pairs/ Importance d'avoir un modèle d'allaitement/ Encouragement via le soutien des amis
Respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel	Évitement des pratiques reliées aux substituts de lait/ Pratiques de techniques reconnues de l'allaitement

L'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel

Ce thème représente celui abordé le plus de fois par l'ensemble des participantes. Les obstacles à l'allaitement maternel s'avèrent multiples, de toutes sortes et surviennent à tout moment au cours de l'allaitement maternel. Toutefois, le début de l'allaitement maternel semble plus propice aux obstacles. Aussi, l'intensité et la difficulté des obstacles varient chez les participantes. Selon Anne, avec sa volonté absolue d'allaiter, elle arrive à surmonter les obstacles de l'allaitement maternel :

« **L'attitude de l'infirmière de nuit aurait pu être un obstacle**, sauf que moi j'étais très e ben comment dire, je voulais absolument, absolument allaiter. Moi c'était encre en moi (petit rire). (...) Puis e c'était pas un défi, ben pas un défi, moi je, ben plus ou moins, moi j'suis une personne que quand je décide quelque chose j'veux faire quelque chose (respiration) e, les personnes qui sont alentour de moi me disent non ça fonctionne pas, c'est l'effet contraire! Ils me découragent, ben je vas avoir un découragement sauf que je vais essayer de persister tout de même ».

Anne reconnaît donc que l'allaitement maternel comporte des obstacles. Selon elle, ne pas laisser cours aux découragements représente un des moyens pour surmonter les obstacles.

Ce thème comporte quatre sous-thèmes : a) franchir les obstacles à l'allaitement; b) le biberon comme solution aux difficultés de l'allaitement, chez le père; c) l'impact des propos contradictoires des professionnels de la santé sur l'allaitement maternel; d) vaincre les regards négatifs de la société sur l'allaitement.

Franchir les obstacles à l'allaitement. Tel que mentionné plus haut, les obstacles à l'allaitement varient chez les participantes. Il semble exister autant d'obstacles qu'il y a d'expériences d'allaitement maternel. Un obstacle pour une femme peut s'avérer être une raison d'allaiter pour une autre. Les obstacles représentent un sous-thème subjectif de par les proportions, les représentations et les conséquences qu'il peut avoir sur l'allaitement maternel. Par exemple, Isabelle fait état de ses propres obstacles et des autres obstacles possibles :

« Ça bien été, juste le début, e **le départ qui a été plus compliqué, e ça été difficile** parce que e, un elle avait **besoin de boire souvent**, donc c'était pas e aux trois heures comme j'pensais que ça pouvait être (rire) e, a demandait le sein

régulier a l'a souvent soif, pis elle a voulait **toujours être avec nous autres**, donc **c'était difficile de, de la déposer** quelque part, faire autre chose là, juste de dormir, mais e, j'dirais ça pris un bon deux semaines avant que ça aille bien, au bout d'un mois là ça allait beaucoup, beaucoup mieux là, pis après e, à partir de trois mois a l'avait aucun problème là, et pis j'ai pas eu de problème e, aucune gerçure, douleur, engorgement ou des choses qui ont été douloureuses (...) C'est ça les débuts c'est toujours, j'pense que pour pas mal tout le monde, d'après c'que j'ai vu, c'est e, c'est difficile, e y'a, c'est là où c'qu'on rencontre les, les, des, **des embûches, on est très fatiguée**, parce qu'on vient d'accoucher, pis on, **on dort beaucoup moins, le bébé dort moins** ».

Isabelle explique que le fait d'avoir toujours le bébé avec eux et qu'il est difficile de le déposer, que le bébé demande souvent le sein, que les parents ainsi que le bébé dorment moins et que la fatigue s'accumule, représentent des obstacles à l'allaitement maternel, lesquels s'avèrent surtout présents les trois premiers mois de l'allaitement. Toutefois, selon elle, avec le temps tout se replace. Isabelle a donc fait preuve de persistance pour surmonter les obstacles du début de son allaitement. Elle considère toutefois que d'avoir des gerçures, de la douleur ou des problèmes d'engorgement aux seins aurait constitué des problèmes d'un autre ordre, c'est-à-dire beaucoup plus difficiles à surmonter à son avis, en raison de la douleur physique. Camille poursuit avec son expérience :

« Ça été vraiment **les trois premiers mois, j'dirais la période la plus critique**, et puis après mon troisième mois, ben e mon **mamelon qui était invaginé** on dirait que les adhérences ont lâché (respiration) e donc e j'n'ai plus jamais de problème avec ce mamelon là qui était un mamelon qui était e (respiration) invaginé, donc après ça, ça super bien été. J'ai même hâte d'allaiter mon deuxième enfant (rire) parce que j'me dis que maintenant j'aurai pu ce problème là (respiration) ben en fait tous **les obstacles, toutes, toutes ces histoires de discours là**, maintenant je sais que cé un, malheureusement j'aurais pu abandonner l'allaitement, mais une chance que j'ai eu des infirmières, les infirmières du CLSC sur ma route, parce que j'aurais probablement arrêté d'allaiter ».

Camille situe également la période la plus difficile de son allaitement durant les trois premiers mois. Selon elle, les discours contradictoires ainsi que le fait d'avoir un mamelon invaginé représentent des obstacles à l'allaitement. Le problème du mamelon invaginé, entré dans l'ordre, provoque en elle la hâte d'allaiter son prochain bébé. De plus, sans les infirmières et plus particulièrement celles du CLSC, elle affirme qu'elle aurait abandonné l'allaitement maternel.

Pour sa part, Marguerite relate aussi des obstacles à son allaitement :

« Cé e ben j'ai pas eu de très gros obstacles, peut-être un un moment donné, y font une **poussée de croissance au début** là, j'pense à quatre ou six semaines de mémoire là, là a me demandait beaucoup beaucoup, j'me suis sentie **un peu plus fatiguée** mais y'était même pas question d'arrêter là, ça ça jamais été une question pour moi, sauf que j'me disais ah! là ça me demande plus, pis une période aussi quand j'ai **déménagé**, a l'avait à peu près trois mois, mais ben deux mois et demi, là j'me tirais pu du lait, parce que j'me sentais **fatiguée**... »

Pour Marguerite, les obstacles à l'allaitement maternel ont été brefs et minimes selon elle. Présents au début de l'allaitement, la fatigue, les poussées de croissance et un déménagement représentent ces obstacles. À ce moment, pour enrayer sa fatigue, cesser de se tirer du lait représentait la solution pour elle.

Ainsi, les participantes de cette étude estiment important de franchir les principaux obstacles à l'allaitement. Il semble également que la connaissance de ces obstacles par les professionnels de la santé et plus précisément par les infirmières, pourrait permettre de mieux cibler leur interventions et soutien auprès des mères qui allaitent, permettant de ce fait, de contribuer à la persistance à l'allaitement maternel.

Le biberon comme solution aux difficultés de l'allaitement, chez le père. Pour sa part, le biberon comme solution aux difficultés de l'allaitement, chez le père, représente un obstacle en soit pour trois des participantes. Toutefois, ce sous-thème semble être bien spécifique et mérite qu'une attention particulière lui soit portée, car mentionné par la majorité des participantes. Anne explique ce phénomène :

« Pis e y'était facile à dire, e, «on va donner un biberon pour une fois. Une fois ça dérangera pas». (respiration) e y'a pas réussi (rire) y'a pas réussi a donner de biberon (...) je continuais à, à lui tenir tête (rire) e sauf que j'ai vu que c'était très difficile, e, parce que lui, nous autre on appelait ça **l'appel du biberon**, qui était très fort pour lui, moi j'avais pas de problème avec ça, mais lui c'était très fort (...) Donc c'était lui, le milieu, comme immédiat était, plus ou moins, était était très bien pour l'allaitement quand ça allait bien, quand ça allait moins bien, c'était e ba un p'tit biberon, mais si il me connaît, il savait que, il le disait une fois pour s'essayer après c'était correct. Ça été e des situations plus e plus difficiles ».

Donc pour Anne, lorsque l'allaitement va bien, le conjoint ne propose pas la solution du biberon. Toutefois, lorsque l'allaitement va moins bien, elle doit tenir tête à

son conjoint pour ne pas qu'il donne un biberon au bébé. Elle qualifie ces situations de « plus difficiles ». Ainsi, ce sous-thème contribue aux obstacles que la mère doit surmonter afin de persister dans l'allaitement maternel.

Les propos contradictoires des professionnels de la santé entravent l'allaitement maternel. Deux des participantes mentionnent que les propos contradictoires des professionnels de la santé entravent l'allaitement maternel. Les propos se situent à tous les niveaux de l'allaitement et concernent les infirmières, les médecins, les pédiatres, qui œuvrent autant en pratique privée ou publique et dans différents établissements de la santé. Isabelle parle de ces propos contradictoires entre infirmières : « J'ai vu au moins cinq infirmières, que ce soit la nuit, le jour (...) **y disent pas toutes la même chose, pis y'ont pas toutes la même connaissance non plus e, sur l'allaitement (...) y'était là, sauf que on m'disait pas vraiment quoi faire (rire), ou on m'disait pas les bonnes choses à faire (rire)».**

Isabelle explique ainsi qu'elle aimerait que les infirmières l'informent des bonnes choses à faire en ce qui concerne l'allaitement maternel et ce, avec une certaine continuité. Pour sa part, Camille discute de ce sous-thème à un autre niveau, celui des propos contradictoires entre les professionnels de la santé et entre les établissements de santé :

« Bon déjà le **personnel infirmier et les pédiatres se contredisent (...)** mais le **CLSC avait tellement un autre discours que celui de l'hôpital**, j'me disais ben voyons cé les mêmes infirmières, qu'est-cé ça c't'affaire là, donc là un moment donné j'me suis dit bon là y faut que je j'me concentre sur une personne, alors j'ai trouvé une infirmière au CLSC, mon infirmière de quartier, pis l'infirmière de la clinique d'allaitement, (respiration) de concert. C'est avec ces deux infirmières là, j'me suis vraiment consacré seulement qu'à c'que elles me disaient pis j'ai continué avec elles (respiration) parce qu'elles ont, e avec moi on a fait un suivi de semaines en semaines, j'allais tout le temps aux cliniques d'allaitement donc ça, ça m'a encouragé (...) Donc là j'me disais « bon ben pourquoi pas continuer, pourquoi donner l'biberon quand cé aussi simple que ça », mais y'aurait vraiment fallu au départ que le **même discours de l'hôpital et l'infirmière** soit de concert, premièrement, (...) **y faut que tout le monde ait le même discours**, que ce soit au CLSC, que ce soit à l'hôpital, dans les cours prénataux, dans les ateliers pratiques, dans, y faut que le discours soit le même, parce que si y'a des discours différents ben veux, veux pas e la mère devient confuse, devient insécure, pis e elle abandonne parce qu'elle dit bon ben là ».

Dans cet extrait, Camille déplore le fait qu'il y a des propos contradictoires entre les professionnels de la santé, ceci menant, selon elle, à de la confusion, de l'insécurité et finalement à l'abandon de l'allaitement maternel. De plus, elle ne comprend pas pourquoi elle a eu des informations contradictoires de la part de l'hôpital et du CLSC, ce dernier représentant la suite logique de l'hôpital selon elle. Le fait de se fier seulement aux propos de deux infirmières qu'elle a choisis, lui a permis de croire en elles, de vaincre cet obstacle et de poursuivre son allaitement.

Vaincre les regards négatifs de la société sur l'allaitement. Finalement, la capacité de vaincre les regards négatifs que porte la société sur l'allaitement maternel semble jouer un rôle en ce qui a trait à l'allaitement. En effet, toutes les participantes discutent des changements sociétaux en regard à l'allaitement maternel, du changement de vision qui progresse au fil des ans et bien sûr, du malaise soit pour la mère, soit pour la société, que provoque l'allaitement en public. La société représente autant les institutions, les personnes, les professionnels, que les politiciens. Marguerite parle de ce que la société pense de l'allaitement maternel : « cé c'qui a de plus beau allaiter un enfant, mais cé **pas tout à fait bien vu encore** ».

Pour sa part, Camille discute de l'effet qu'a eu le regard de la société sur sa persistance à allaiter :

« À douze mois ben là y, je j'faisais vraiment l'allaitement mixte (...) tout ça, ça bien été, mais là, cé **la pression de la société** qui a fait que là je, j'ai encore là j'me suis repositionnée pis qui a fallu que j'me dise « bon j'devrais arrêter d'allaiter, je, je, en-dedans de moi » (...) Donc là e mais quand même j'en ai discuté avec mon infirmière e à, à la clinique d'allaitement, (...) pis elle a dit « toi qu'est-ce que tu veux », fait que moi j'ai dit « je veux allaiter » (respiration) donc a dit « ben continues tsé tout simplement » (...) puis j'ai quand même continuer d'allaiter e pendant deux autres mois ».

Ainsi, pour Camille, le soutien de l'infirmière lui a permis de continuer à allaiter en dépit de la pression sociale qu'elle percevait. Le regard négatif que porte la société quant à l'allaitement maternel semble donc jouer un rôle important en ce qui a trait au choix d'allaiter ainsi qu'à la persistance à l'allaitement. D'où la nécessité, pour la mère qui allaite, de surmonter cet obstacle.

Les résultats démontrent que de surmonter les obstacles à l'allaitement se révèle d'une importance capitale pour la persistance à l'allaitement maternel. D'une autre façon, l'expérience globale positive d'allaitement maternel revêt aussi sa part d'importance dans la persistance à l'allaitement maternel.

L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel

L'allaitement comme expérience globale enrichissante s'est révélé primordial pour l'ensemble des participantes. Les participantes expriment, à travers ce thème, ce que signifie l'expérience d'allaitement pour elles et comment, le fait que cette expérience s'avère positive, les encourage à persister à allaiter leur enfant. Anne parle d'un geste d'amour : « un **grand amour** (rire), oui un grand amour ».

Ainsi, l'expérience globale d'allaitement a été l'objet de discussion des participantes. Elle comprend les sous-thèmes suivants : a) L'expérience globale positive de l'allaitement; b) les raisons qui motivent l'allaitement; c) la décision du sevrage de l'allaitement; d) les aptitudes positives de la mère nécessaires pour allaiter; e) la relation mère-bébé; f) la promotion de la santé de la mère; g) l'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement; h) la santé du bébé.

L'expérience globale positive de l'allaitement. L'expérience globale positive d'allaitement fait ressortir la chaleur humaine associée à l'allaitement maternel et ce, pour chacune des participantes. Un extrait de l'entrevue de Camille décrit bien ce sous-thème : « cé énorme, cé **énorme** l'allaitement maternel, j'peux pas croire qu'une femme puisse pas, se prive de cette expérience là, cé non, non pour moi cé, cé vraiment inconcevable, cé cé e cé vraiment **merveilleux!** ».

Ainsi, l'expérience globale d'allaitement s'avère une expérience positive et enrichissante pour toutes les mères qui ont participé à cette étude. Bien qu'elles la décrivent de plusieurs façons et avec des qualificatifs qui leur sont propres, cette expérience positive contribue à promouvoir la persistance à allaiter leur enfant.

Les raisons qui motivent l'allaitement. Le sous-thème, les raisons qui motivent l'allaitement, font l'unanimité. En effet, les quatre participantes les évoquent et ce, de nombreuses fois, soit 66 fois en tout, tel que le démontre le tableau v. Ces raisons

représentent plusieurs items énoncés par les participantes. Isabelle fait mention de quelques uns :

« Pis j'trouvais ça beaucoup **moins compliqué** là, e d'allaiter la nuit que de donner le biberon. C'est que j'**pouvais sortir partout où que j'voulais aller**, c'tait **tout le temps prêt**, j'quittais, j'ai commencé à sortir pour aller magasiner et tout, et y'a y'a des places maintenant qu'on peut allaiter e plus e tranquille, ça c'est, j'pouvais aller magasiner pis j'avais pas a, j'pouvais y aller le la longueur de temps que je voulais mais si y'avait fallu que j'aie un biberon, ça, ça aurait été plus compliqué pour trouver un endroit pour le préparer, pour toutes les préparer, faut faire attention au, au froid, au chaud, e fait que c'est ça qui aurait été plus compliqué, je trouve, donc dans l'allaitement, c'est ça qui est **avantageux**, pis e c'est e aussi c'est très **réconfortant pour le bébé** là quand qu'on allaite partout, si e a se met à pleurer pour x raison, des fois juste la mettre au sein, pas parce qu'a l'a faim, mais juste parce qu'a besoin de réconfort, c'est, c'est suffisant pour la calmer, pis ça, ça peut être **agréable** ».

Ainsi, Isabelle énumère les raisons pour lesquelles elle allaite. Elle mentionne que la facilité d'allaiter, surtout la nuit, la liberté que lui procure l'allaitement, les aspects pratiques et avantageux, le fait qu'il contribue à calmer le bébé et qu'il est agréable d'allaiter, constituent des raisons qui contribuent à persister et à faire de l'allaitement maternel, une expérience enrichissante.

La décision du sevrage de l'allaitement. Pour sa part, le sous-thème suivant, la décision du sevrage de l'allaitement n'est mentionné que par deux participantes. Camille partage ce qui l'a incité à sevrer son bébé :

« Et puis là ben là e y'é y'é arrivé que j'**ai décidé de retourner travailler** e bon, là c'tait l'**été, les vacances** pis là on voulait comme passer à d'autres choses, on, on disait que pour l'automne e (respiration) Martin (nom fictif) allait rentrer à la **garderie** mais évidemment la garderie m'a appelé à la mi-juillet, pour me dire qu'ils avaient une place pour lui mais fa qu'il fallait que je je l'entre à temps plein, pis comme c'tait une place à 5.00 \$ pis j'voulais pas la perdre ben j'ai décidé de, de placer Martin (nom fictif) à la garderie donc cé c'qui a fait que j'**ai vraiment décidé carrément d'arrêter d'allaiter**, mais e j'ai quand même allaité e 14 mois, c'qui est vraiment beaucoup plus que la moyenne ».

Camille affirme que l'été, les vacances, le fait de retourner travailler, de même que d'avoir une place à temps plein à la garderie l'ont incité à cesser l'allaitement. Toutefois, elle dit se sentir à l'aise avec sa décision puisqu'elle a allaité plus que la moyenne soit, 14 mois. Ainsi, la décision de sevrer son enfant conclut l'expérience de

persistance à l'allaitement maternel et semble être vécue harmonieusement par la participante, puisque le sevrage de son allaitement excède, selon elle, la moyenne québécoise d'allaitement maternel.

Les aptitudes positives de la mère nécessaires pour allaiter. L'ensemble des participantes mentionnent et ce, à plusieurs reprises chacune, des aptitudes positives qu'elles considèrent nécessaires pour allaiter. En effet, elles décrivent les caractéristiques personnelles essentielles qui ont contribué à enrichir l'expérience globale d'allaitement et par le fait même, qui ont favorisé la persistance à allaiter leur enfant. Camille énumère quelques-unes de ces aptitudes : « C'était pas si compliqué que ça e, il s'agissait juste bon d'avoir **confiance en soi** (...) le fait que j'étais **déterminée** (respiration) e d'allaiter, que j'ai persisté (...) bon moi j'dirais que e c'était vraiment une question **de détermination, de vouloir** ».

Selon Camille, le fait d'avoir confiance en soi, d'être déterminée et de vouloir, s'avèrent des caractéristiques personnelles importantes pour persister à allaiter. Quant à Isabelle, elle poursuit dans le même sens que Camille pour ce qui est de se faire confiance : « C'est ça qui, y faut persévérer dans l'sens que, fallait pas que, fallait que j'fasse **confiance en moi** ».

La relation mère-bébé. La relation mère-bébé représente un bénéfice énoncé par les quatre participantes. Marguerite témoigne de ce sous-thème : « Pis cé le **rapprochement** aussi avec moi, cé pour ça que je l'ai fait (...) pis en le faisant là j'me suis rendue compte que cé vrai que ça rapprochait de ton enfant et j'le savais pas étant donné que cé la première fois ». Marguerite affirme ainsi que l'allaitement crée un rapprochement entre la mère et le bébé.

De même, l'extrait de l'entrevue d'Isabelle illustre cet aspect : « en gros j'trouve que c'est un **bon rapport** que j'ai avec ma fille, pis e c'est quelque chose qui est juste entre elle et moi ».

Bien que les participantes expriment différemment cette perspective relationnelle, il semble, d'un point de vue phénoménologique, que le terme « relation mère-bébé » illustre davantage le phénomène exprimé.

La promotion de la santé de la mère. Le sous-thème de la promotion de la santé de la mère est discuté par deux des quatre participantes. Bien qu'elles reconnaissent l'impact de l'allaitement sur la santé de la mère, il semble qu'il ne représente pas le bénéfice le plus important pour elles. Anne explique son point de vue : « je savais que c'était le meilleur pour elle, **je savais que s'était bien aussi pour moi**, sauf que, pour moi c'était comme moins important mais c'était bien, c'était, l'essentiel c'était pour e pour ma fille ».

Il semble donc, selon Anne, que les bénéfices sur la santé du bébé que procure l'allaitement maternel sont plus essentiels que ceux de la mère. Ce sous-thème s'avère d'ailleurs beaucoup moins discuté par les participantes. En d'autres mots, bien que les mères connaissent les effets bénéfiques que procurent l'allaitement pour la mère, elles semblent toutefois les qualifier de moins importants que ceux pour l'enfant.

L'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement. L'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement représente un autre sous-thème évoqué par trois des quatre participantes. Isabelle poursuit en parlant de son geste d'allaiter : « Y'a **juste moi qui peut lui donner** pour le moment, et puis e, j'trouve que c'est la **meilleure chose que j'peux faire pour elle** (...) Fait qu'a va être **contente de moi** ».

Isabelle énonce bien l'importance de ce qu'elle seule peut faire pour son enfant et de la représentation de son geste pour son enfant. Ceci représente, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, les voies uniques et essentielles de la maternité et de la féminité que procure l'allaitement maternel au niveau de l'actualisation de soi de la mère. Isabelle s'actualise donc comme mère en allaitant sa fille.

Pour sa part Marguerite affirme : « **Tu donnes vraiment tes tripes**, tu donnes à ton enfant **par amour inconditionnel**, pis ça le prouve encore plus ». Le discours de Marguerite illustre le don viscéral que représente l'allaitement maternel pour elle. Quant à elle, Camille affirme : « Cé un **accomplissement de soi**, cé ça m'a fait énormément **maturer en tant que femme** ».

Camille, pour sa part, préfère employer les termes accomplissement de soi et maturation. Bien que les participantes utilisent chacune leur propre mot pour définir l'actualisation de soi, il semble que, d'un point de vue phénoménologique, ce dernier

terme décrit mieux ce bénéfice vécu par les participantes qui favorise la persistance à l'allaitement maternel.

La santé du bébé. La santé du bébé représente le dernier sous-thème. Celui-ci est évoqué par la totalité des participantes. Il est reconnu par les mères interrogées que l'allaitement confère des bénéfices certains sur la santé du bébé allaité. Par exemple, Camille résume bien ce que l'ensemble des participantes ont partagé à ce sujet : « Parce qu'on sait très bien que l'allaitement maternel c'est (...) le meilleur, **antidote**, et justement contre les maladies à travers le monde, donc pour moi c'est, c'est indispensable que mon fils puisse vivre une chose pareille ».

Ainsi, Camille discute des bienfaits immunologiques que l'allaitement maternel procure et en sachant cela, elle considère indispensable que son fils puisse en bénéficier. Ainsi, plusieurs sous-thèmes contribuent à rendre enrichissante l'expérience globale d'allaitement maternel. Par conséquent, le fait que l'allaitement s'avère une expérience enrichissante contribue à promouvoir la persistance pour la mère à allaiter son enfant.

D'une autre manière, la reconnaissance du besoin de soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel revêt, lui aussi, une grande importance dans la persistance à l'allaitement.

La reconnaissance du besoin de soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel

Ce troisième thème, correspondant au rôle du soutien dans la persistance à allaiter son enfant, représente les différentes formes de soutien à l'allaitement maternel et revêt une grande importance pour l'ensemble des participantes. En effet, que ce soit le soutien en prénatal, ou en postnatal, le soutien, au moment de la prise de décision d'allaiter et ce, jusqu'au sevrage de l'allaitement, s'avère essentiel selon la perspective des participantes interrogées. Marguerite affirme que toutes les formes de soutien contribuent à l'allaitement maternel : « ... le **soutien aide** pour ça (...) **de tout le monde**, et la famille, même les professionnels aussi là, les cliniques d'allaitement (...) pis la marraine aussi d'allaitement pour répondre à mes petites questions en même temps ».

Ainsi, Marguerite constate que le soutien représente un facteur fondamental dans sa persistance à l'allaitement maternel. De plus, elle précise les différentes composantes

du soutien soit : l'entourage, la famille, les professionnels, le personnel des cliniques d'allaitement maternel, de même que les marraines d'allaitement.

Le thème du soutien, sous ses différentes formes, est abordé par la totalité des participantes. Notons au tableau v, la fréquence élevée de ces sous-thèmes. La reconnaissance du besoin de soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel regroupe plusieurs sous-thèmes : a) l'importance du soutien infirmier; b) l'expérience des infirmières pour le soutien infirmier; c) la nécessité du soutien du conjoint; c) le soutien informatif; d) le soutien de la famille; e) le soutien des pairs; f) l'importance d'avoir un exemple d'allaitement; g) le soutien des amis.

L'importance du soutien infirmier. Le soutien infirmier s'avère un sous-thème discuté par l'ensemble des participantes. Sans équivoque, ce type de soutien semble primordial pour le persistance à l'allaitement maternel, puisque mentionné 42 fois par les participantes. Anne exprime l'importance de côtoyer l'infirmière de la clinique d'allaitement à un moment difficile de son expérience d'allaitement maternel : « Donc ça été e deux semaines assez difficiles e, sur l'bord des larmes e avec e une infirmière (rire) à la à la clinique, (...) mais **j'ai quand même continué, puis e c'est comme les trucs que j'avais de l'infirmière** c'était de changer e la façon d'allaiter, soit d'allaiter dans le bain, ça fonctionné...».

Selon Anne, cette infirmière, de par ses conseils, lui a permis de persister à allaiter lors de moments particulièrement difficiles. Il semble utile de préciser, à ce moment, que les participantes reconnaissent le soutien infirmier comme étant nécessaire à tous les niveaux de l'expérience de l'allaitement. Toutefois, certaines d'entre elles expriment également les lacunes en regard du soutien infirmier lors de leur séjour hospitalier. Isabelle relate bien ces faits :

« Pis j'ai eu une bonne infirmière sur le lot que j'ai eu, les autres parce qu'on a, j'pense à peu près e, en deux jours j'ai vu au moins cinq infirmières, que ce soit la nuit, le jour et tout, (...) pis y'ont pas toutes le, le même vouloir, (...) à l'hôpital je savais pas trop comment ça fonctionnait donc **j'me fais entièrement aux infirmières**, pis e j'ai été un p'tit peu **déçue** à ce moment là, mais pour le deuxième j'me f'eraï pas avoir (rire) ».

Ainsi, Isabelle, explique en ses mots, les lacunes du soutien infirmier en rapport à l'allaitement maternel à l'hôpital. Selon elle, les infirmières n'ont pas toutes la même volonté en ce qui concerne le soutien quant à l'allaitement maternel. De plus, Isabelle croit qu'à son deuxième bébé, il sera plus facile pour elle de faire la part des choses et de prendre des décisions par elle-même à l'hôpital. Elle ne sera pas obligée de s'en remettre aux infirmières, pour ce qui est de l'allaitement maternel, ce qui lui évitera une déception.

L'expérience des infirmières pour le soutien infirmier. Le sous-thème suivant, l'expérience des infirmières pour le soutien infirmier au niveau de l'allaitement maternel, revêt une importance capitale pour l'allaitement maternel. L'expérience de persistance à l'allaitement maternel des participantes en fait mention. L'expérience des infirmières fait partie du verbatim de trois des quatre participantes. L'extrait de Camille discute de la compétence des infirmières :

« J'étais ben insécure, vraiment très insécure (respiration) pis l'personnel infirmier était loin de m'rassurer parce que e... J'avais **des infirmières d'expérience le jour** qui étaient rassurantes, qui savaient comment m'aider, (respiration) pis d'un autre côté les, **les infirmières de soir ou de nuit, qui étaient des jeunes infirmières ben, j'leur demandais de l'aide pis e ouf, pouf y savaient pas quoi faire** e, j'ai même une infirmière qui a pris mon bébé et pis a me, « bon ben vous l'mettez au sein là cé pas ben compliqué là », pis ouf, ah! mon dieu, j'étais, je, j'étais vraiment e désespérée là ».

Camille fait la distinction entre les infirmières des différents quarts de travail. Ainsi, selon elle, les infirmières de jour représentent des infirmières d'expérience qui savent calmer l'insécurité reliée à l'allaitement, tandis que les infirmières des autres quarts, sont plus jeunes et ignorent comment aider la mère. Anne poursuit dans le même sens :

« À l'hôpital, e toutes les infirmières ça allait bien, j'ai été **très chanceuse au niveau des infirmières de jour** qui étaient e une qui était à peu près de e, e de mon âge qui avait un enfant et qui avait allaité, ça ça l'aide beaucoup, puis qui aidait beaucoup. (...) Puis e au niveau e j'ai eu peut-être une **difficulté au niveau de la e de l'infirmière qui travaillait de nuit**. Il faut dire aussi que peut-être que c'est e le bébé e ça allait bien quand même de ce côté, au niveau de, de mon bébé sauf que e son problème, le premier problème d'allaitement que j'ai eu c'est qu'elle ne fermait pas la bouche, elle avait la bouche tout grande ouverte et elle elle paniquait parce qu'elle avait soif mais elle ne comprenait pas qu'il fallait fermer la bouche (rire) sur le sein pour pouvoir têter (prend respiration), donc e

celle de jour ça allait bien, elle lui flattait le menton, ça allait bien sauf celle de nuit poussait sa tête sur mon sein et puis là la reculait en disant e « ça marche pas, là a veut pas a elle, elle ne veut pas boire e il faut lui donner un supplément, on va lui donner au doigt ça va être correct ».

Dans cet extrait, Anne reconnaît que l'expérience personnelle d'allaitement maternel de l'infirmière de jour contribue au soutien à l'allaitement. De plus, cette expérience d'allaitement de l'infirmière semble se traduire par des interventions adéquates prodiguées en situations d'allaitement difficiles.

Les résultats indiquent donc que l'expérience et les connaissances des infirmières ont un rôle à jouer au niveau du soutien relié à l'allaitement maternel, lequel contribue significativement à la persistance de la mère à allaiter son enfant.

La nécessité du soutien du conjoint. Quant à lui, la nécessité du soutien du conjoint fait également objet de discussion de la part de la totalité des participantes. En effet, les quatre mères interviewées estiment essentiel ce type de soutien pour persister au niveau de leur allaitement maternel. Isabelle affirme ce qui suit :

« E y'a **participé autrement**, c'est sûr que y'a pas allaité le bébé (rire) y a pas donné de lait au bébé, sauf que y'était là **présent** pour la, **la bercer** aussi, pour e **s'occuper bon l'hygiène**, pour la, **changer sa couche**, lui **donner son bain** de temps en temps, e aussi **s'occuper de moi**, **faire la, la bouffe** pour moi aussi pis pour lui, (rire) **faire le ménage** e, y'était là aussi quand j'allaitais y'était quand même **à côté de moi** aussi, cé sûre qui était pas inactif là, y'était pas passif là-dedans là, y **s'occupait plus de moi**, ça laisse plus de temps au père de s'occuper de la mère (rire) c'est peut-être **un avantage pour la mère** (rire) ».

En fait, pour Isabelle, comme pour les autres participantes, l'implication du père s'intègre au soutien à l'allaitement. Cette implication peut prendre différentes formes et représente une sorte d'appui à la mère qui allaite. Ainsi, le soutien du père se traduit par des activités associées aux soins du bébé (soins d'hygiène, réconfort, etc.) ou par une aide offerte directement à la mère (assistance et présence lors de l'allaitement, tâches ménagères, etc.). Conséquemment, ce type de soutien contribue à promouvoir la persistance de la mère à l'allaitement maternel.

L'importance du soutien informatif. Pour sa part, l'importance du soutien informatif, mentionné par la totalité des participantes, fait aussi objet de sous-thème. Le soutien informatif représente les connaissances théoriques et pratiques acquises par la

mère, soit par lecture personnelle ou lors de l'enseignement offert par l'infirmière surtout lors des cours prénataux. Par exemple, Isabelle mentionne : « C'est plus un manque d'informations pour le premier dans l'fond, le fait que j'ai pas allaité à la demande, **j'ai lu des livres** qui disaient tous, on allaite à la demande, sauf que rendu à l'hôpital c'est différent ce qu'on nous montre...»

En ce qui a trait aux connaissances théoriques, les mères interviewées considèrent les cours prénataux comme un endroit propice pour aborder le sujet de l'allaitement maternel. Quant aux connaissances pratiques, les participantes perçoivent qu'elle ne peuvent être développées que dans les ateliers pratiques, tels que ceux dispensés dans les cliniques d'allaitement maternel. Les participantes sont également d'avis que ce type de soutien s'avère important, surtout au niveau de la femme primipare. Enfin, tel que discuté par les participantes, le soutien informatif contribue au choix d'allaiter et à la persistance à l'allaitement maternel.

La présence du soutien de la famille. Les quatre participantes ont également abordé le soutien offert par la famille. Pour les mères interviewées, la famille représente toute personne qui de près ou de loin possède un lien de parenté avec elle. Le soutien de la famille n'est pas mentionné comme tel dans les verbatims, les participantes identifient plutôt la personne concernée. Bien que ce type de soutien s'avère important en général, la mère de la participante correspond au membre de la famille le plus souvent mentionné. Ainsi Marguerite affirme :

« **Mais les gens m'ont plus encouragé, même ma mère** a dit, a, ma mère qui n'a pas allaité, a m'dit «expliques comment ça fonctionne, montres-moi comment la p'tite a fait», pis, là j'lui disais que j'tirais mon lait, «ah! oui, comment tu fais ça, pis j'veux voir», pis, tsé fait qu'a m'posait beaucoup de questions, pis a l'a quand même 70 ans, a l'aurait pu dire, «r'gardes ça m'intéresse pas», mais au contraire, cé comme, «aye j't'encourage, pis cé l'fun, pis cé ben sain, pis avoir su j'aurais fait ça pour mes cinq enfants ».

Le soutien de la mère de Marguerite, sous forme d'encouragements, favorise chez cette participante le persistance à allaiter son enfant. Ainsi, le soutien maternel s'avère un soutien important qui fournit un encouragement durant l'expérience de l'allaitement. Dans le même ordre d'idées, les participantes ont également discuté du manque de

soutien maternel pouvant conduire à un certain questionnement en lien avec la persistance à l'allaitement. L'extrait de l'entrevue de Camille illustre bien cet aspect :

« J'voulais continuer à allaiter, mais là **ma mère un moment donné m'a dit « écoutes e e à un an e cé de l'inceste** », donc ça, ça été ça été vraiment e, e pouf ça été e comme une claque en plein visage, j'ai été estomaquée, cé mon dieu ma propre mère qui m'avait allaitée quand même pendant quelques mois e, qui m'disait que c'était de l'inceste d'allaiter de plus de douze mois, j'trouvais ça épouvantable (respiration) ».

Les commentaires de la mère de Camille provoquent chez elle, un certain questionnement en regard de la poursuite de son allaitement maternel. Toutefois, la distance qui les sépare lui permet de continuer son allaitement maternel, à l'insu de sa mère. Les propos de la mère peuvent donc favoriser ou au contraire, remettre en question, la persistance à l'allaitement maternel.

L'importance du soutien des pairs. Le soutien des pairs correspond à une forme de soutien important mentionnée par la majorité des participantes. Par exemple, les marraines d'allaitement représentent des femmes qui allaitent et qui offrent leur soutien aux mères qui prévoient allaiter ou qui allaitent. Les marraines d'allaitement mentionnées par les participantes font partie du Groupe Nourri-Source et se révèlent une véritable source de soutien des pairs comme le mentionne Marguerite :

« j'ai toujours eu une **marraine d'allaitement** qui m'appelait, (...) moi ça m'a aidé. Ah! j'ai une question, a m'appelait, ah! ben justement j'pensais pas l'appeler dans l'sens que je disais ah! j'ai pas de question, j'ai pas de question, mais quand elle appelle, j'me dis ah! oui j'en ai, tu m'fais penser à telle telle chose, fait que j'y demandais pis tout de suite c'était réglé... ».

Comme le souligne Marguerite, les mères ne réalisent pas toujours qu'elles ont des questions à poser en ce qui concerne leur allaitement ou parfois elles le réalisent mais les gardent pour elles-mêmes. Tel que mentionné par les participantes, ce type de soutien a un impact sur l'expérience d'allaitement maternel. En d'autres mots, les appels réguliers des marraines d'allaitement contribuent au soutien des mères qui allaitent et par ricochet, à la persistance à l'allaitement maternel.

Anne parle également de l'importance d'avoir le soutien des pairs : « le fait de **connaître des personnes e qui allaitent**, de voir, de continuer à voir des personnes

(rire) puis e, c'est, c'est beaucoup parce que sans ça je sais pas si, (...) mon allaitement aurait duré longtemps (rire) ou pas ». Le fait de connaître des personnes qui allaitent a permis à Anne de persister à allaiter. De plus, il semble que le soutien des pairs permet de prolonger l'allaitement en cours.

L'importance d'avoir un modèle d'allaitement. En lien avec le sous-thème précédent, l'importance d'avoir un modèle d'allaitement, fait également partie des verbatims des quatre participantes. En effet, il semble nécessaire pour les mères primipares d'avoir un modèle d'allaitement maternel auquel elles peuvent se référer. Anne parle de sa sœur comme étant un exemple d'allaitement maternel :

« **J'ai ma sœur qui a allaité longtemps**, (...) si j'avais des questions, premièrement j'l'avais vu allaiter, e ses deux derniers donc j't'étais pas nerveuse pour allaiter donc côté position moi c't'était comme naturel je voyais ma sœur et puis e la manière de le positionner compte pour beaucoup bien souvent e, j'pense que l'bébé le ressent lui aussi pour ça moi mon allaitement a été; moi j'trouve ça été bien là, où même au début là, même si e a l'oubliait certaines techniques là (éclat de rire) ».

Ainsi, Anne raconte comment le fait d'avoir un modèle d'allaitement maternel, surtout au niveau de la manière de positionner le bébé au sein, procure un soutien à l'expérience d'allaitement. En voyant sa sœur allaiter ses enfants, l'aspect positionnement du bébé au sein semble naturel pour elle et ne représente pas une difficulté. Ce type de soutien contribue alors à la persistance de l'allaitement maternel des participantes.

L'encouragement via le soutien des amis. Quant à lui, l'encouragement via le soutien des amis (es) détient aussi sa part d'importance au niveau de l'allaitement maternel, pour deux des participantes. Par exemple, au cours de l'expérience d'allaitement de Marguerite, toutes ses amies l'ont encouragée : « Moi, toutes, **toutes mes amies, y m'ont toutes encouragée**, remarque que, comme j'disais au début, moi c'tait bien clair que j'allaitais, que ton opinion soit positive, négative, que la voisine a l'aime pas ça, que les parents aiment pas ça, ça ne me dérangeait pas ». Bien que Marguerite s'avérait des plus déterminées à allaiter son enfant, peu importe ce que pensait son entourage, les encouragements de ses amies lui ont fourni un soutien visant à promouvoir sa persistance à l'allaitement maternel.

De ce fait, le thème de la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel revêt une importance significative, pour ce qui est de la persistance à l'allaitement maternel selon les participantes de l'étude. Pour sa part, le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel semble aussi nécessaire.

Le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel

Ce thème, évoqué par la totalité des participantes, correspond aux pratiques d'allaitement maternel et représentent l'ABC d'allaiter reconnu par des études scientifiques réalisées à ce sujet. Par exemple, Camille partage son expérience de non respect des pratiques reconnues d'allaitement :

« Mon bébé était dans, dans son p'tit panier pis là ben j'savais pas quoi faire avec, pis cé quoi allaiter quand y'é bien emmailloté pis qui dort. Là tu t'dis ben **allaiter à la demande**, cé quoi ça à la demande, mon bébé y dort, mais moi j'le savais pas qui fallait que j'prenne mon bébé pis que j'me le plogue au sein aux heures et demi, on m'dit allaite-le aux quatre heures à peu près, fait que moi j'prends ma montre je r'garde ça aux quatre heures, ça faisait 12 heures mon bébé y'a, y venait de naître, on essaie une première tétée qui a pas été extraordinaire, (respiration) montée laiteuse épouvantable, parce que là évidemment cé ben sûr cé arrivé cette chose là, pis malgré que je j'comprends pas encore aujourd'hui comment ça se fait que j'ai eu du lait parce que y'a pas tété tant que ça, mais bon j'devais en avoir suffisamment pour e pour en nourrir deux, (respiration) (...) fait qu'à l'hôpital ça été pénible. Bon conséquence, mon bébé y'a eu la jaunisse, parce que évidemment **les délais d'allaitement étaient trop longs**, e j'ai eu (...) de l'engorgement ».

Le témoignage de Camille illustre le non respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel telles: allaiter le plus tôt possible après l'accouchement et allaiter à la demande, lesquelles peuvent engendrer des conséquences graves sur l'issue et la persistance à l'allaitement maternel.

Ce thème comprend également deux sous-thèmes soit: a) l'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait; b) les pratiques techniques reconnues de l'allaitement.

L'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait. Les pratiques reliées aux substituts de lait relèvent de l'absence de respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel, sauf en cas exceptionnel (i.e. lorsque prescrit par le médecin et ce, dans des cas bien précis). Par exemple, Anne raconte l'incident qui s'est produit à l'hôpital :

« Moi je ne voulais pas, (...) finalement y'a eu une nuit que, e ben, j'ai su le lendemain matin, qu'ils lui avaient donné des suppléments e qu'ils étaient venu la chercher e dans, dans la chambre e parce qu'ils l'avaient apporté, ils me disaient qu'ils l'apportaient de l'autre côté pour l'examen pour la lumière pour pas me déranger qu'ils allaient venir la reporter dans 15 minutes c'est ce qui ont fait à peu près dans 15 minutes sauf que le lendemain, j'ai su qu'elle avait reçu des e **suppléments au doigt** (...) E après ça été très clair aux infirmières, j'ai demandé que ça soit écrit qu'elle ne reçoive pas de suppléments ».

Dans cette situation, l'infirmière n'a pas respecté la décision d'Anne quant à l'utilisation des suppléments de laits au doigt chez son enfant. Anne a remédié à cette situation en exigeant que l'on note au dossier son refus relatif à l'utilisation des substituts de lait. Il semble donc que cette façon de faire a permis d'éviter que les infirmières redonnent des compléments à son insu.

Les suppléments au doigt ne font pas partie des pratiques reconnues d'allaitement maternel, sauf sur avis contraire d'un médecin. De plus, de telles pratiques peuvent entraver l'issue de l'allaitement maternel.

Les pratiques techniques reconnues d'allaitement maternel. À prime abord, les pratiques techniques associées à l'allaitement peuvent sembler simples. Toutefois, il existe des recommandations de base à respecter afin de faciliter l'allaitement maternel. Par exemple, le bon positionnement du bébé au sein peut permettre d'éviter des gerçures à la mère. Camille parle de son expérience :

« J'appelais souvent les infirmières pour leur dire bon ça va pas bien, pouvez-vous m'aider bon, pis là un moment donné y'en a une a dit « ben là ça fait trois fois j'viens te l'montrer là », bon ok, fait qu'encore là je, bon ce qu'yé t'arrivé cé **qu'un meilleur positionnement (respiration), juste ça aurait été suffisant, pour régler le problème.** Donc gerçures, crevasses e avec ce sein là, fait que là j'anticipais les tétés, là un moment donné j'allaitais juste d'un sein, pouf en tout cas, finalement e j'continue d'allaiter pareil à travers tout ça e, j'pleure entre les tétés e, parce que bon j'ai tellement mal que là j'sais pu comment me soulager, la Lansinoh, aux gouttes de lait, bon tous les trucs e... »

Avec un certain recul, Camille demeure convaincue que certains désagréments de son allaitement auraient pu être évités seulement en corrigeant les positions d'allaitement. Pour Camille, comme pour d'autres participantes, l'infirmière se doit d'être au courant de ces pratiques techniques et intervenir à la lumière de ces connaissances.

En d'autres mots, l'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait et l'observation des pratiques techniques reconnues de l'allaitement favorisent le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel, lesquelles contribuent à promouvoir la persistance à l'allaitement maternel, tout en permettant d'éviter certaines difficultés. Enfin, la reconnaissance des bénéfices associés à l'allaitement maternel a également un rôle à jouer dans cette expérience.

Ainsi, les quatre thèmes identifiés contribuent tous à la persistance de la mère à allaiter son enfant.

L'essence du phénomène

Tel que mentionné au chapitre trois, la dernière étape de l'analyse des données de van Manen (1990), représente la structure, l'essence du phénomène. Selon van Manen (1990) une bonne description se construit de manière à ce que la structure de l'expérience se révèle à nous afin que l'on puisse en saisir la nature et la signification. L'étape d'émergence de l'essence du phénomène s'associe à la réduction eidétique et a pour but de rendre universel ce qu'il y a de particulier (Husserl, 1913). En d'autres mots, l'essence doit englober les thèmes ci-haut mentionnés et capturer l'universalité de l'expérience vécue. Ainsi, un seul des thèmes ne peut représenter l'ensemble du phénomène. Par exemple, l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel n'a pas la même signification que l'essence qui émerge de l'étude et qui s'avère : **L'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant** (figure 1).

L'engagement profond de la mère à travers sa détermination résulte donc des quatre thèmes suivants qui représentent : 1) l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel; 2) l'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel; 3) la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel et enfin; 4) le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel. L'engagement profond et la détermination de la mère semblent essentiels dans le processus global d'allaitement maternel et surtout, en ce qui concerne la persistance à l'allaitement maternel.

Par exemple, le premier thème, l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel, fait appel à l'engagement profond et à la détermination de la

mère puisque c'est ce qui lui permet de surmonter les obstacles qui se présentent à elle plus facilement. Par conséquent, il semble que l'option d'abandonner l'allaitement, en présence d'obstacles, semble peu probable pour les mères engagées et déterminées à poursuivre leur allaitement maternel. Les mères reconnaissent les obstacles à l'allaitement comme difficiles à franchir et relativisent l'importance de ces obstacles en fonction de leur opinions personnelles. Toutefois, c'est à travers leur profond engagement et leur détermination qu'elles peuvent franchir les obstacles qui se présentent à elle, tout au cours de l'allaitement. L'engagement profond et la détermination à travers la résolution de problèmes permettent alors de persister à allaiter.

Il semble que l'engagement profond et la détermination de la mère lui permettent de vivre une expérience globale enrichissante d'allaitement maternel, second thème de cette étude. En effet, la mère apprécie son allaitement, elle en savoure les bons moments, elle le qualifie même d'un grand geste d'amour et d'expérience à vivre absolument dans la vie d'une femme. Les mères semblent heureuses et fières d'avoir persisté à allaiter malgré tout ce qui se sont présentés à elles. De plus, cette expérience s'avère enrichissante pour elles et pour leur bébé. Il semble que le fait qu'elles soient engagées profondément à allaiter de même qu'elles soient déterminées à persister à allaiter leur a fait apprécier davantage leur expérience globale d'allaitement.

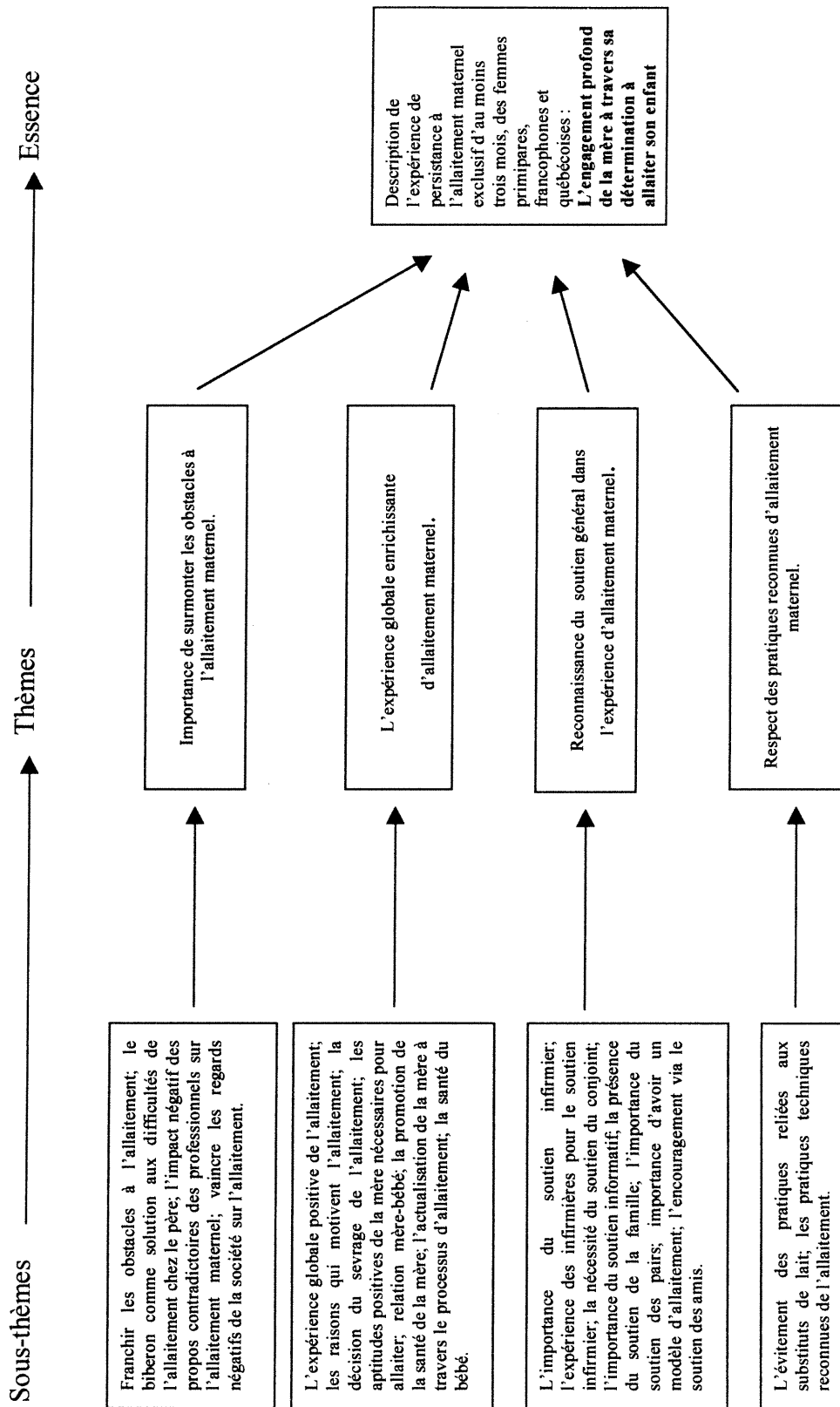


Figure 1 : Processus d'analyse phénoménologique, du particulier à l'universel.

Avec du recul, les participantes interrogées reconnaissent le soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel, troisième thème identifié lors de l'analyse des verbatims. Bien que toutes les formes que peut prendre ce soutien s'avèrent nécessaires à la persistance à l'allaitement maternel, il semble que des lacunes au niveau du soutien général aient été dénotées au niveau de l'expérience d'allaitement maternel des participantes. Toutefois, elles ont persisté à allaiter en raison de leur engagement profond ainsi qu'à leur détermination préalable à allaiter, même en l'absence d'une ou de plusieurs formes de soutien, selon le cas. Or, elles ont mentionné qu'elles auraient apprécié la présence du soutien manquant, allant même jusqu'à affirmer que ce dernier leur aurait toutefois facilité la tâche. Il semble donc, que malgré le manque de soutien sous ses diverses formes, les mères engagées profondément envers leur allaitement et déterminées à allaiter ont persisté à allaiter. De plus, l'engagement et la détermination permettent la recherche de soutien manquant.

Le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel représente le dernier thème et s'avère tout à fait nécessaire dans la persistance à l'allaitement maternel. Il semble que lors du séjour hospitalier, le non-respect de ces pratiques par les professionnels de la santé et plus particulièrement les infirmières, a affecté la confiance des mères de l'étude envers ces professionnels. En effet, ces mères semblaient préalablement engagées et déterminées à allaiter. Elles se sont donc bien informées à propos de l'allaitement et ce, avant d'accoucher. Par exemple, lorsque confrontée à des pratiques douteuses, concernant l'allaitement maternel, de la part de certaines infirmières, l'engagement profond et la détermination d'une mère envers son allaitement lui a permis de refuser que l'on administre des compléments à son bébé, étant assurée que cette pratique mettrait en péril son allaitement maternel. Cette participante a donc exigé que son refus de complément soit inscrit à son dossier. Cette mère a fait preuve d'engagement et de détermination face à son allaitement et cette attitude lui a permis de persister à allaiter en dépit des croyances de l'infirmière. Une autre participante, bien qu'elle soit engagée profondément à allaiter, remettait en question les pratiques de l'infirmière en ce qui a trait à la cohabitation mère-bébé. Toutefois, elle n'a pas parlé de ces doutes à l'infirmière, croyant qu'elle était sûrement dans le tort. Bien qu'elle n'ait pas verbalisé ses inquiétudes à l'infirmière, elle sait maintenant qu'elle avait tout-à-fait

raison. Elle affirme, d'ailleurs, qu'elle ne s'en laissera pas imposer au deuxième bébé. La détermination que possède maintenant cette mère renforcera sa confiance en elle au prochain allaitement, lui permettra de s'affirmer en présence d'infirmières qui ne respectent pas les pratiques reconnues d'allaitement maternel et, de façon tributaire facilitera sa persistance à l'allaitement maternel.

Ainsi, les résultats obtenus au niveau de cette étude témoignent de l'essence de l'expérience de persistance à l'allaitement maternel exclusif des femmes primipares, francophones et québécoises comme l'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant. Le chapitre suivant correspond à la discussion des résultats, ainsi qu'aux liens réalisés avec les études scientifiques appropriées.

Chapitre cinquième

La discussion des résultats

Ce chapitre aborde la discussion des différents thèmes de l'étude, ainsi que de l'essence du phénomène. La discussion des résultats se fait en lien avec les écrits scientifiques, abordés lors du deuxième chapitre de même qu'avec la philosophie de « caring » de Watson (1985, 1988, 1999), utilisée comme toile de fond dans le cadre de cette étude. Les implications et les recommandations pour la gestion, la clinique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières, terminent ce chapitre.

Tel que mentionné lors du deuxième chapitre, l'expérience de persistance à l'allaitement maternel telle que vécue par les femmes qui allaitent, ne s'avère pas une voie empruntée par de multiples chercheurs, d'où l'aspect novateur d'une telle étude. Il semble nécessaire de remémorer, à cet instant, que l'essence de l'expérience de persistance à l'allaitement maternel pour les quatre participantes de l'étude signifie **l'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant**. De plus, cette essence émerge des quatre thèmes qui suivent : 1) l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel; 2) l'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel; 3) la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel; et 4) le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel. Ainsi, la discussion des résultats porte d'abord sur chacun des thèmes ci-haut identifiés.

L'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel

Ce thème, explicite en lui même, démontre l'importance, pour la mère, de surmonter les obstacles afin de persister à allaiter. Tel que vu au quatrième chapitre, les obstacles s'avèrent multiples et représentent tout ce qui peut entraver l'expérience d'allaitement maternel de la mère.

Les obstacles ainsi que leur intensité varient, de personne en personne. D'ailleurs, pour Watson (1988), la personne constitue un être-dans-le-monde qui perçoit et vit des expériences de santé. L'être-dans-le-monde est unique et se compose d'une âme, d'un corps et d'un esprit indivisibles, indissociables et recherche continuellement l'harmonie entre ces trois sphères. D'où la nécessité d'identifier, de comprendre et de respecter les obstacles de la personne afin de favoriser, le plus possible cette harmonie et de façon tributaire, la persistance à l'allaitement maternel. La recherche de cette harmonie, lorsque confrontée à un ou à plusieurs obstacles, semble pouvoir prendre

plusieurs formes. L'espoir que les obstacles soient surmontés en représentent une. À ce sujet, Maclean (1990) a également identifié qu'une des raisons pour lesquelles les mères persistent à allaiter représente l'espoir que les difficultés vont passer.

La fatigue de la mère, mentionnée par les participantes de cette étude, présente surtout au cours des premiers mois, constitue un obstacle majeur à franchir. Cet obstacle semble également bien reconnu par plusieurs chercheurs. En effet, plusieurs recherches ont établi que la fatigue chez la mère influence la durée de l'allaitement maternel (Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998; Wambach, 1998; Santé Canada, 2000a).

D'autre part, les résultats de la présente recherche ont identifié, comme obstacle, la difficulté spécifique en début de l'allaitement. Toutefois, les délais que représente cette période varient selon les auteurs. Lepage et Moisan (1998) affirment que le premier mois d'allaitement est crucial et qu'une forte proportion de mères qui allaitent, accusent des problèmes avec leur allaitement. Quant aux résultats de la présente étude, deux des participantes mentionnent un délai de trois mois avant de pouvoir apprécier leur allaitement, les deux autres ne précisant pas la longueur de cette période.

Le biberon comme solution aux problèmes d'allaitement, chez le père, représente aussi un obstacle à allaitement maternel pour trois des participantes interrogées. Il apparaît, que pour certains pères, le fait de donner un biberon au bébé représente la solution à certaines difficultés associées à l'allaitement, notamment, à la fatigue de la mère. Bien que les mères comprennent la motivation de leur conjoint, elles entretiennent toutefois des doutes quant à la motivation à long terme de leur conjoint en ce qui concerne le fait de donner le biberon à leur bébé. Bien que cela s'avère le cas pour les participantes de cette étude, il semble que d'autres recherches arrivent à des conclusions différentes. Ainsi, selon Séguin et coll. (1998), certaines mères croient que le biberon permet au père de s'impliquer davantage, ce qui peut, toutefois, mettre en péril le succès de l'allaitement maternel.

Pour leur part, les propos contradictoires des professionnels représentent également un obstacle à l'allaitement maternel, tel que mentionné par les participantes du présent projet. Plusieurs auteurs (Beeken & Waterston, 1992; Agnew, 1993; Rajan, 1993; Coreil et al., 1995; Levitt et coll., 1995) corroborent ce phénomène, c'est-à-dire

que les renseignements médiocres et contradictoires des professionnels de la santé, au sujet de l'allaitement maternel, mettent en péril ce dernier. Les participantes de cette étude affirment d'ailleurs que des informations plus uniformes favoriseraient l'allaitement maternel, ce qui semble bien rejoindre les propos de Jetté (1997).

Les résultats de cette étude indiquent qu'il semble nécessaire de vaincre les regards négatifs de la société sur l'allaitement. Ce qui ne semble pas représenter une mince affaire. L'ensemble des participantes se sont dites préoccupées par ces regards de la société, surtout au niveau de la persistance à l'allaitement. Que se soit au niveau de l'aspect sexuel des seins, du choix d'allaiter, ou du sevrage de l'allaitement, elles se préoccupent de ce que la société pense à cet égard. De plus, lorsqu'elles allaitent en public, elles se disent préoccupées par le respect envers elles-mêmes et les gens qui les entourent. Elles ne se dévoilent donc pas inutilement et optent pour la discrétion. Toutefois, aucune participante n'a mentionné avoir ou vouloir cesser son allaitement en fonction de cette donnée et elles précisent même qu'elles perçoivent une plus grande acceptation de la société face à l'allaitement maternel. Trado et Hugues (1996), rapportent des éléments similaires. Ces auteures concluent que les mères perçoivent leurs seins comme sensuels et c'est pour cette raison, entre autres, qu'elles allaitent peu en public. Aussi, selon elles, l'engagement à l'allaitement dépend fortement du soutien de la société en général.

Dans sa recherche phénoménologique, Bottorff (1990) émet une réflexion quant à la persistance à l'allaitement maternel. Selon elle, on peut comparer la persistance à allaiter à celle de poursuivre une diète ou un programme d'exercices. Ainsi, toutes les femmes rencontrent des obstacles, frôlent même l'abandon ou cessent tout simplement. Selon elle, la différence entre la persistance à l'allaitement maternel et la persistance au niveau d'une diète ou d'un programme d'exercice, représente l'impact qu'a la décision d'arrêter d'allaiter. En effet, arrêter de suivre une diète implique, généralement, des conséquences pour la personne elle-même. Or, l'allaitement maternel et surtout son sevrage, a un impact non seulement sur la mère mais sur son enfant aussi. Selon Bottorff, ceci explique pourquoi certaines mères persistent à allaiter malgré les obstacles qui se présentent à elles.

Ainsi, plusieurs auteurs font également état de l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel afin que la mère puisse percevoir son expérience d'allaitement comme étant positive.

L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel

L'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel fait référence à l'appréciation positive que fait la mère de son expérience d'allaitement maternel. Ce thème englobe l'expérience globale positive d'allaitement, les raisons qui motivent la décision d'allaiter dès le départ, la décision du sevrage de l'allaitement, les aptitudes positives nécessaires de la mère pour allaiter, la relation mère-bébé, la promotion de la santé de la mère, l'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement, ainsi que la santé du bébé.

L'expérience globale positive d'allaitement fait l'unanimité chez les participantes. Certaines parlent d'un grand geste d'amour et d'autres vont même jusqu'à affirmer que les mères qui décident de ne pas allaiter ratent une très grande expérience. Dans son étude, Maclean (1990) a également identifié cet aspect comme étant une des raisons pour lesquelles les mères persistent à allaiter. En effet, elle mentionne qu'une fois la période de six mois passée, la plupart des mères apprécient leur allaitement et le trouvent facile. Elle englobe d'ailleurs la persistance à l'allaitement dans les récompenses pour la mère.

En ce qui concerne les raisons qui motivent l'allaitement, les mères interrogées dans le cadre de la présente étude croient que l'allaitement représente la meilleure façon de nourrir leur bébé et que le lait maternel constitue le meilleur lait, elles y voient donc plusieurs bénéfices. Avec raison d'ailleurs, puisque l'UNICEF (1992) affirme que le lait maternel s'avère, de façon incontestable, infiniment supérieur à tous les produits fabriqués jusqu'à maintenant. L'*American Academy of Pediatrics* (1997) partage ces propos et précise que le lait maternel est propre à notre espèce et qu'on ne lui connaît pas d'égal. D'ailleurs, selon Bottorff (1990), la perception d'offrir ce qu'il y a de meilleur à son bébé, est fréquente. Ainsi, la notion de « cadeau », qui peut être offert uniquement par la mère, prend un sens tout à fait particulier et rejoint, explique Bottorff, la validation de la féminité et de la maternité.

De telles croyances en regard de l'allaitement maternel se retrouvent pour l'ensemble des participantes interrogées dans cette étude. Les croyances en regard à l'allaitement maternel ont un impact sur l'issue de l'allaitement maternel pour chacune des participantes. Selon Watson (1988), les croyances qu'a une personne ne se banalisent pas; elles se respectent plutôt afin d'accroître ou de maintenir la santé et l'harmonie de cette personne. Ces croyances font partie du champ phénoménal de la femme qui décide d'allaiter et de poursuivre son allaitement. Aussi, Watson suggère à l'infirmière, dans sa philosophie du « caring », de promouvoir la confiance et l'espoir de la personne.

Au moment des entrevues, les raisons du sevrage de l'allaitement demeurent inconnues pour les participantes qui allaitent encore. La plupart d'entre elles prévoient allaiter jusqu'à un an. Cette période correspond soit au retour au travail ou à la période qui leur semble adéquate pour allaiter. La participante pour laquelle le sevrage de son allaitement maternel est terminé, évoque le retour au travail, l'été, la période des vacances et une place en garderie, comme raisons de sevrage de son allaitement. Plusieurs écrits scientifiques font état des principales raisons de sevrage de l'allaitement maternel. Par exemple, Maclean (1990) a identifié deux périodes s'avérant plus critiques en ce qui a trait au sevrage de l'allaitement. Premièrement, la période entre la huitième et la dixième semaines de post-partum représente la période où la mère fait face à la fatigue. L'autre période représente celle où la mère dépasse la période d'allaitement qu'elle croit normale. Ceci rejoint la perception de la majorité des participantes de la présente étude.

Plusieurs auteurs ont également identifié le retour au travail comme une raison évoquée pour cesser l'allaitement (Piper & Parks, 1996; Bourgoin et al., 1997; Lepage et Moisan, 1998; Santé Canada, 2000a). Pour Hedstrom (1991), la combinaison, allaitement et travail, peut s'avérer possible. Bien que cette combinaison peut prendre différentes formes, elle demeure quand même difficile à réaliser. Pour ce qui est de l'exemple ci-haut mentionné, la participante affirme qu'en plus de son retour au travail, elle a atteint une période d'allaitement respectable, selon elle, ce qui motive son sevrage.

Quant à elles, les aptitudes positives de la mère en regard à l'allaitement maternel, s'avèrent d'une grande importance dans sa réussite et dans sa poursuite. Les participantes mentionnent plusieurs de ces aptitudes qu'elles croient nécessaires afin de persister à allaiter. Ces aptitudes font d'ailleurs objet de résultats d'une étude phénoménologique à ce sujet. Ainsi, Maclean (1990) discute des aptitudes nécessaires à la mère qui désire persister à allaiter. Parmi celles-ci, notons la préparation mentale de la mère aux difficultés potentielles. Les participantes interrogées dans le cadre de la présente étude ont affirmé vouloir continuer à allaiter même si les obstacles auxquels elles étaient confrontés s'avéraient difficiles à surmonter. Ceci corrobore, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, les résultats de Maclean (1990), à ce sujet.

En ce qui concerne la relation mère-bébé, les participantes interrogées parlent du rapprochement que l'allaitement maternel favorise entre la mère et le bébé. Cette situation semble privilégiée et seul l'allaitement maternel le permet. On peut remarquer ici, que la relation de « caring » implique un puissant niveau d'engagement du soignant vers la personne soignée, dans ce cas-ci, de la mère envers son enfant. Une mère qui allaite est en relation avec elle-même et avec son bébé. Ceci laissant sous-entendre les notions de « caring » de Watson, nécessaires selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, à la persistance de l'allaitement maternel. La relation mère-bébé se retrouve d'ailleurs au niveau des écrits scientifiques. Ainsi, Lepage et Moisan (1998) affirment qu'une des raisons d'allaiter, citées par les mères qui allaitent, réside dans les avantages psychologiques d'une relation privilégiée avec l'enfant.

De plus, dans l'étude qualitative de Leff, Gagne et Jefferis (1994), les mères décrivent l'allaitement comme un processus interactif complexe qui résulte d'une satisfaction mutuelle des besoins de l'enfant et de la mère, les participantes de leur étude la décrivant comme un processus naturel qui favorise l'attachement entre la mère et l'enfant. Ces résultats corroborent ceux du présent projet en matière d'attachement entre la mère et l'enfant. Les participantes de Leff, Gagne et Jefferis (1994) parlent de rythme, de donner et de prendre, ce qui représente des aspects de l'allaitement maternel qui impliquent des efforts de coopération de la part de la mère et de l'enfant. Les participantes du projet actuel parlent de la notion de don et discutent de la même façon, des différents aspects de l'allaitement qui impliquent des efforts de coopération de la

part de la mère. Toutefois, en ce qui concerne les efforts de coopération de l'enfant, elle semblent démunies face à cette situation et discutent plutôt du manque de coopération de l'enfant en employant des termes tels : « refuse le sein » et « hurle lorsqu'elle voit le coussin d'allaitement ».

La promotion de la santé de la mère représente un sous-thème peu discuté par les participantes interrogées dans le cadre de la présente recherche. Bien que certaines d'entre elles reconnaissent les effets bénéfiques qu'a l'allaitement sur la santé de la mère, la plupart d'entre elles accordent une plus grande valeur à l'impact que procure l'allaitement sur la santé de l'enfant. Toutefois, les écrits scientifiques à propos de ce sujet précis semblent absents.

Tel qu'identifié dans les résultats présents, un autre aspect important au niveau de la persistance à l'allaitement, consiste en l'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement. Au niveau des recherches scientifiques, notons que cette notion n'est pas abordée clairement sous ce vocable. Leff, Gagne, Jefferis (1994), pour leur part, parlent plutôt d'atteinte du rôle maternel désiré. Inspirée par Maslow, Watson (1988) discute de l'actualisation de la personne comme étant un des besoins humains, lesquels contribuent à promouvoir l'harmonie corps-âme-esprit. Selon Watson (1988), l'harmonie corps-âme-esprit correspond à la santé, qui signifie également une expérience subjective chez une personne. L'expérience de persistance à l'allaitement maternel peut donc représenter une expérience de santé pour la mère, qui s'actualise en allaitant. La santé d'une personne, explique Watson, correspond à la cohérence entre ce qu'elle perçoit d'une part et ce qu'elle vit vraiment, d'une autre. La cohérence entre la perception qu'a la mère de son allaitement et ce qu'elle vit vraiment correspond à une situation de santé pour elle. Pour les participantes, l'actualisation semble optimisée une fois que les obstacles à l'allaitement maternel s'avèrent franchis. Aussi, l'actualisation de la mère à travers le processus d'allaitement lui permet de vivre une expérience globale positive d'allaitement maternel.

Toutefois, l'ensemble des mères qui allaitent dans cette étude le font pour les bénéfices que procure l'allaitement sur la santé de l'enfant. Ainsi, pour elles, le lait maternel fournit une immunité, a un impact sur certaines maladies infantiles et fait une

différence lors de la vaccination du bébé. Aussi, le fait que le bébé soit joufflu, en bonne santé, gagne du poids, s'endort au sein signifient, pour elles que l'allaitement va bien. Par exemple, Lepage et Moisan (1998) concluent également qu'une des principales raisons qui incitent les mères à allaiter correspond aux avantages physiques pour le bébé. Ces auteurs expliquent que l'allaitement maternel représente d'ailleurs l'un des facteurs les plus bénéfiques pour garantir une bonne santé néonatale, infantile et infanto-juvénile, ainsi que la croissance et le développement de l'enfant. De plus, Dionne (1996) atteste que l'allaitement augmente l'efficacité des vaccins administrés à l'enfant.

Ainsi, plusieurs écrits corroborent les sous-thèmes entourant l'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel comme contribuant à la persistance à allaiter son enfant.

La reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel

Les participantes interrogées dans le cadre de la présente étude ont évoqué le besoin de soutien, sous plusieurs formes, comme étant fondamental et ce, du moment de la prise de décision d'allaiter, jusqu'au sevrage de l'allaitement maternel. Ainsi, une future mère qui a déjà vu allaiter, qui a été allaitée, qui a déjà eu des modèles d'allaitement, qui a participé à des cours prénataux et qui possède des connaissances en regard de l'allaitement, pourrait persister davantage à allaiter son enfant. Le profil des participantes de l'étude indique que la majorité ont déjà vu allaiter, la moitié d'entre elles ont eu un modèle d'allaitement et/ou ont été allaitées, les quatre participantes se disent bien informées pour ce qui est de l'allaitement maternel et trois d'entre elles ont participé à des cours prénataux. De la même façon, les résultats de recherche dénotent que le soutien au cours du séjour hospitalier et/ou en maison de naissance, ainsi que le soutien une fois de retour à la maison s'avèrent essentiels à la persistance de l'allaitement maternel. Au niveau des écrits scientifiques, le soutien représente aussi un atout important pour le succès de l'allaitement maternel et ce, pour plusieurs chercheurs (Saint-Jacques, 1988; OMS, & UNICEF, 1989; Rajan, 1993; Dunne, & Fuerst, 1995; Mulford, 1995; OMS, 1996; Jetté, 1997; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998).

Les conclusions de la présente recherche reconnaissent le soutien infirmier comme étant crucial pour la persistance à l'allaitement maternel. Que ce soit l'infirmière

des cours prénataux qui aborde en profondeur ou non le sujet, l'infirmière de la salle d'accouchement qui s'avère la première à pouvoir amener le bébé à la mère pour l'allaitement, les infirmières de chaque quart de travail à l'endroit où accouche la mère, l'infirmière du CLSC ou d'un groupe communautaire, toutes représentent une source de soutien pour la mère. Les participantes interrogées constatent le lien privilégié qui se tissent entre elles et l'infirmière, le rôle crucial que joue l'infirmière dans leur allaitement, ou à l'opposé les déceptions liées à leurs attentes préalables quant à cette forme de soutien. Plusieurs (OMS et UNICEF, 1989; Santé Canada, 2000a) affirment que le personnel de la santé est disposé à encourager les comportements bénéfiques pour la santé et que les membres du personnel de la santé constituent un des meilleurs moyens d'augmenter l'adoption et la durée de l'allaitement maternel. Selon Beeken et Waterston (1992), un bon soutien à l'allaitement maternel devrait comprendre une pratique qui reflète étroitement les règles hospitalières. Bien que le soutien professionnel demeure important à l'allaitement maternel, il n'en n'est pas toujours ainsi. Les participantes de l'étude de Trado et Hugues (1996) ont également affirmé qu'elles n'ont pas reçu de soutien de la part des infirmières durant leur séjour hospitalier.

Toutefois, les professionnels de la santé ne représentent pas tous des sources de soutien pour l'allaitement maternel. Selon Trado et Hugues (1996), ceci serait principalement dû à un manque de connaissance ou de compréhension de leur part. Selon Watson (1989), le soin se définit comme un processus intersubjectif d'humain-à-humain nécessitant le «caring» en tant qu'idéal moral de même que des connaissances scientifiques. Watson explique que la qualité de la relation entre le soignant et la personne soignée représente l'élément le plus significatif dans la détermination de l'efficacité de l'aide apportée. Selon elle, la sensibilité que présente l'infirmière dans la situation interpersonnelle donnée, constitue sa ressource la plus thérapeutique pour ses soins. Watson reconnaît que l'infirmière doit établir une relation d'aide-confiance entre elle et la personne soignée.

Watson (1999) convient toutefois que le soin est influencé par l'environnement, puisque l'infirmière et son environnement s'avèrent indissociables. De par les verbatims des participantes interrogées dans le cadre de cette recherche, il semble qu'il y ait des lacunes au niveau du soutien provenant des professionnels de la santé œuvrant dans les

centres hospitaliers. Cependant, selon elles, le soutien offert par le CLSC s'est avéré salubre pour leur allaitement maternel. Au niveau des écrits scientifiques, on retrouve le même genre de discours quant à la nécessité du soutien une fois de retour à la maison, sans toutefois comparer les institutions. Ainsi, notons que dans plusieurs écrits, le soutien que la mère reçoit après son congé de l'hôpital demeure particulièrement important (Courville, 1995; Lepage et Moisan, 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998).

D'autres part, les résultats de la présente étude indiquent que l'expérience des infirmières semble nécessaire pour offrir un soutien infirmier. En effet, il apparaît que la majorité des participantes interrogées font davantage confiance aux infirmières de jour, qui ont plus d'expérience pour ce qui est de l'allaitement maternel. Aussi, il est mentionné que l'expérience personnelle des infirmières revêt sa part d'importance au niveau de leur crédibilité. Bien qu'aucune étude ne corrobore ces résultats, Patton et al. (1996) reconnaissent que les infirmières ont besoin de formation continue afin qu'elles n'entravent pas la promotion de l'allaitement maternel.

La nécessité du soutien du conjoint caractérise une forme de soutien essentiel pour toutes les participantes de l'étude. Ce fait semble d'ailleurs corroboré par plusieurs études. Selon Séguin et coll. (1998), le soutien du conjoint apparaît être important au niveau du choix d'allaiter. Tandis que pour Courville (1995), de même que Lepage et Moisan (1998), le conjoint représente une source d'aide importante pour l'allaitement en général. Toutefois, la faiblesse du soutien du conjoint d'une des participantes ne semble pas avoir influencé sa persistance à allaiter, bien qu'elle aurait souhaité plus de soutien de la part de ce dernier, ce qui lui aurait facilité la tâche, selon elle.

À la lumière des résultats de la présente recherche, l'importance du soutien informatif représente les informations sur l'allaitement que se procure ou qui est procuré aux mères. Ainsi, la lecture sur l'allaitement avant l'accouchement, les cours prénataux et la documentation audio-visuelle ou écrite qui est remise aux femmes correspondent au soutien informatif. Ce type de soutien revêt de l'importance pour l'allaitement maternel en général et semble reconnu par les participantes. En effet, les participantes témoignent que les connaissances qu'elles possédaient sur l'allaitement leur ont permis de dévier

certaines pratiques hospitalières et de confronter certaines infirmières quant à leur pratique afin de persister à allaiter leur enfant. Le soutien informatif est corroboré par plusieurs études et s'avère important en ce qui a trait à l'initiation et à la durée de l'allaitement maternel (McNatt, & Freston, 1992; Séguin et coll., 1998) et ce, plus particulièrement au début de l'allaitement (Trado & Hugues, 1996).

La présence du soutien de la famille semble noté et apprécié chez la majorité des participantes ayant contribué à cette étude. Toutefois, lors de lacunes de cette forme de soutien, les mères avouent en souffrir, voir même vouloir mettre fin à leur allaitement. Entre autre, le soutien maternel s'avère le plus important pour elles et il en va de même pour les participantes de l'étude de Trado et Hugues (1996). De plus, les belles-mères jouent aussi un rôle important dans l'expérience d'allaitement et semblent défavoriser le choix de leur belle-fille. Les écrits scientifiques présentent bien ce paradoxe. Ainsi, plusieurs auteurs (Matich & Sims, 1992; Serafino-Cross & Donovan, 1992; Giugliani, Waleska, Caiaffa, Vogelhut, Witter, & Perman, 1994; Courville, 1995) concluent que le choix de la mère en ce qui concerne sa décision d'allaiter son enfant semble relié au soutien qu'elle reçoit des personnes de son entourage. Pour leur part, Lepage et Moisan (1998) notent que le réseau immédiat représente celui qui a le plus déconseillé la mère d'allaiter.

Les résultats de la présente étude ont également fait ressortir le soutien des pairs. En effet, l'ensemble des participantes relèvent l'effet bénéfique d'aller dans des rencontres d'allaitement pour voir des femmes allaiter, pour les encourager à persister ou d'avoir du soutien téléphonique de la part d'une marraine d'allaitement. Plusieurs CLSC ont saisi l'importance de cette forme de soutien, font la promotion des cliniques d'allaitement et assurent la formation de mairaines d'allaitement et ce, à l'aide entre autres de groupes comme Nourri-Source.

L'importance d'avoir un modèle d'allaitement s'est avéré également significatif pour la persistance des participantes à allaiter leur enfant. En effet, la moitié des participantes affirment que le fait d'avoir un modèle d'allaitement les a incitées à allaiter et à persister dans leur allaitement. Les mères ont avoué que ces personnes les motivaient à persister d'allaiter malgré les embûches qui se présentaient à elles. Les

résultats de l'étude de Bottorff (1990) confirment ces propos. Cette auteure explique que les mères recherchent une personne qui les motive puisqu'elles ont, ajoute-elle, besoin d'encouragement, d'aide et de soutien.

Dans le même ordre d'idée, l'encouragement via le soutien des amis représente aussi une forme de soutien utile aux mères qui allaitent. Bien que ce soutien n'apparaît pas primordial pour elles, il aide quand même leur allaitement. Séguin et coll. (1998) appuient et précisent cette information, au niveau de leur étude portant cependant sur les femmes défavorisées, en affirmant que le soutien de la meilleure amie de la mère semble être important au niveau du choix d'allaiter.

Ainsi, plusieurs auteurs font également état de la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement afin que la mère puisse persister à allaiter son enfant.

Le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel

Ces pratiques s'avèrent reconnues par les écrits scientifiques comme favorisant l'allaitement maternel. L'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait et les pratiques techniques reconnues de l'allaitement font partie des expériences des participantes interrogées dans le cadre de la présente recherche.

Les résultats démontrent que l'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait s'avère important aux yeux des participantes, afin de favoriser la persistance à l'allaitement. Bien qu'elles affirment avoir évité les pratiques reliées aux substituts de lait, elles y ont pensé à maintes reprises lors des situations difficiles qu'elles ont vécues. Une d'entre elles a reçu un échantillon de substituts de lait lors de son hospitalisation. Une autre s'est vu imposer, à son insu, un complément de lait à son bébé, lors de son séjour hospitalier, la situation vécue ne nécessitant pas cette intervention, selon la mère.

L'OMS et l'UNICEF (1981) condamnent la distribution d'échantillons gratuits de préparations lactées, car cette pratique influence de façon négative l'allaitement maternel. Pourtant, bien que les pratiques reliées aux substituts de laits soient condamnées, il semble que les pratiques reliées aux substituts de lait s'avèrent populaires, ici au Québec. L'enquête, réalisée par Levitt et coll. (1995) et produite par l'Institut canadien de la santé infantile, affirme que la moitié des hôpitaux offrent, à

leurs bébés allaités, des liquides autres que le lait maternel. Notons que 30% des hôpitaux québécois y ont recours. Remarquons que 57% des hôpitaux québécois distribuent de façon automatique des échantillons de préparation lactée et 82% de ces hôpitaux ont des contrats exclusifs avec un fabricant de ces préparations (Levitt et coll., 1995). De plus, selon Charest (1996), 60 à 70% des hôpitaux du Québec, donnent systématiquement des échantillons cadeaux de préparations lactées, des biberons d'eau ou de lait. Par conséquent, soulignent plusieurs auteurs, la réception gratuite de lait maternisé sous forme d'emballage-cadeau, à l'hôpital, joue un rôle néfaste dans la poursuite de l'allaitement (Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Société canadienne de pédiatrie et coll., 1998), surtout chez les femmes primipares (Frank, & Wirtz, 1987). Trado et Hugues (1996) proposent même d'insérer un tire-lait dans les ensembles cadeaux remis à l'hôpital, à la place des substituts de lait. Les pratiques reliées aux substituts de lait s'avèrent condamnées par les participantes, les écrits scientifiques, ainsi que par les institutions internationales. Il semble donc essentiel de respecter les faits établis à cet égard, afin de favoriser l'allaitement maternel. De plus, il demeure important de respecter les pratiques reconnues de l'allaitement.

Le respect des pratiques techniques reconnues de l'allaitement s'est avéré important pour les participantes interrogées. Ainsi, elles mentionnent le respect de l'allaitement à la demande, de la cohabitation mère-bébé, et allaiter le plus tôt possible après la naissance comme favorisant la persistance à l'allaitement maternel. Toutefois, elles reconnaissent avoir eu des difficultés à ces égards lors de leur séjour hospitalier. Les écrits scientifiques confirment les résultats de l'étudiante-chercheuse. Ainsi, l'incidence de l'allaitement maternel et le maintien de celui-ci sont augmentés si on favorise un contact mère-enfant dès la naissance (Matthews, 1993; OMS, 1996) et si la cohabitation mère-bébé est respectée (OMS, 1996; Lepage et Moisan, 1998; Séguin et coll., 1998; Santé Canada, 2000a). Selon Séguin et coll. (1998), les pratiques hospitalières influencent fortement la durée globale de l'allaitement. Allaiter tôt après l'accouchement (Santé Canada, 2000a) et développer de bons « patterns » d'allaitement à l'hôpital (Matthews, 1993) s'avèrent bénéfiques pour promouvoir l'allaitement. De plus, Séguin et coll. (1998), tout comme Santé Canada (2000a), sont d'avis que le calcul

de la durée de la tétée et l'allaitement selon un horaire fixe semblent en lien avec l'interruption prématurée de l'allaitement maternel.

Selon Levitt et coll. (1995), 82% des hôpitaux permettent à la mère de nourrir son bébé à la demande. De plus, 89% des hôpitaux canadiens possèdent des chambres servant à la cohabitation et ces dernières servent environ 16 heures par jour au Canada mais seulement que 6,5 heures par jour au Québec (le taux le plus bas au Canada). D'une autre part, 99,6% des hôpitaux de l'enquête affirment qu'ils remettent le bébé dès la naissance à la mère, pour qu'elle puisse l'allaiter.

Enfin, les résultats de la présente étude indiquent que les pratiques techniques reconnues de l'allaitement maternel s'avèrent cruciales à la bonne réussite, de même qu'à la persistance de l'allaitement. Le portrait des centres hospitaliers québécois est révélateur de la situation québécoise de l'allaitement maternel (Levitt et coll., 1995). Ce portrait sombre, comparativement à la majorité des centres hospitaliers des autres provinces, exception faite des provinces maritimes, doit donner le son de cloche aux différents acteurs du réseau de la santé désirant l'augmentation des taux d'allaitement. Enfin, Trado et Hugues (1996) suggèrent de réviser les pratiques hospitalières afin d'optimiser le choix de l'allaitement maternel.

En d'autres mots, le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel revêt une importance particulière en situation d'allaitement maternel comme le confirment les écrits scientifiques.

Finalement, les quatre thèmes ci-haut discutés s'avèrent intégrés au cœur de l'essence qui vise à décrire le phénomène de persistance à l'allaitement maternel.

L'essence du phénomène

Ainsi, le phénomène de la persistance à l'allaitement maternel pour la mère qui le vit se décrit comme : **l'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant**. En effet, il semble que cette détermination soit à l'épreuve de tout, plus forte que tout. Ainsi, malgré les difficultés qui se présentent aux mères, avec une détermination préalable et constante, elles peuvent non seulement les surmonter mais aussi tirer profit de ces expériences afin de persister à allaiter leur enfant avec amour.

Bottorff (1990), qui a également étudié le phénomène de persistance à l'allaitement, parle d'engagement à travers un de ses thèmes. Selon elle, l'engagement s'avère important, au niveau de la réussite de l'allaitement maternel. L'engagement nécessite de tenir bon, d'être ferme. Ainsi, les mères ne se sentent pas obligées d'allaiter, mais elles ressentent d'une autre façon, le devoir d'allaiter dû à leur engagement volontaire initial. Selon Bottorff (1990), l'engagement à allaiter de la mère, représente une aptitude nécessaire dans la persistance à allaiter. Toutefois, selon elle, lorsque les liens de l'engagement se forment, la liberté des mères se perd au même moment. Or, avec chaque lien formé, mentionne l'auteure, de nouvelles possibilités d'approfondissement et d'enrichissement de la vie s'ouvrent à elles.

Pour sa part, Maclean (1990) reconnaît qu'il existe quelques raisons pour lesquelles les mères persistent à allaiter : la conviction que l'allaitement maternel est meilleur, l'espoir que les difficultés vont passer, la préparation mentale aux difficultés potentielles, l'engagement de terminer une tâche débutée et enfin, vivre les aspects enrichissants de l'allaitement en le continuant.

Par conséquent, l'essence de la présente étude corrobore les résultats des recherches respectives de Bottorff (1990) et Maclean (1990), en ce qui a trait à l'engagement profond des mères à leur allaitement maternel. Toutefois, à la connaissance de l'étudiante-chercheure, aucun autre écrit scientifique n'a identifié cet aspect relatif à la persistance de l'allaitement maternel.

Les implications pour la gestion, la clinique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières

Les implications pour la gestion infirmière

Tout comme les recommandations du M.S.S.S. (2001), les résultats de cette étude conduisent à la nécessité de renouveler les soins et services offerts dans les établissements de santé du Québec, en regard à l'allaitement maternel. Par exemple, les verbatims des participantes interrogées révèlent qu'il s'avère essentiel de revoir les pratiques d'allaitement, surtout en centre hospitalier, afin de favoriser l'allaitement maternel. Aussi, la reconnaissance du besoin de concertation entre les professionnels et les établissements, ainsi que du besoin de formation des professionnels de la santé doivent être non-seulement reconnus par les gestionnaires, mais doivent faire objet de restructuration dans un avenir rapproché. De plus, l'aménagement d'aire d'allaitement, de garderies en milieu de travail et la flexibilité des employeurs en ce qui concerne les employées qui allaitent, s'avèrent de mise plus que jamais. Ces mesures pourraient contribuer, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, à l'atteinte des objectifs du M.S.S.S. (2001) en matière de taux d'allaitement maternel à atteindre pour 2007.

Les implications pour la clinique infirmière

Il est démontré clairement, au niveau des verbatims des participantes interrogées, qu'il s'avère important pour les mères de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel. Les infirmières de tous les milieux doivent donc appuyer leur enseignement sur les obstacles possibles pouvant survenir lors de l'allaitement maternel et doivent également offrir des éléments de solutions à ces adversités. Guidée par l'essence ayant émergé de cette étude, l'étudiante-chercheuse estime qu'il serait avantageux que les infirmières puissent mettre l'emphase sur la détermination et l'engagement profond de la mère envers son allaitement, ainsi que sur les aspects enrichissants, de même que les bénéfices que procure la persistance à l'allaitement. Tel que l'indique l'analyse des données, elles pourraient aussi fournir le plus grand éventail de soutien possible, afin de favoriser cette persistance à l'allaitement maternel, et ce non seulement pour la mère, mais pour son conjoint également. De plus, l'étudiante-chercheuse demeure convaincue que les infirmières représentent les personnes de choix pour respecter les pratiques

reconnues d'allaitement maternel. Bien qu'il y a des lacunes au niveau de la compétence des infirmières qui œuvrent surtout en centre hospitalier et plus précisément, dans les quarts de soir et de nuit. Les attitudes qui vont à l'encontre du désir de la mère, de la part de certaines infirmières, ainsi que les faiblesses de leurs interventions ont été soulignés par les participantes. Il semble donc nécessaire de réviser et de réajuster les interventions infirmières à tous les niveaux et ce, à l'aide de formation adéquate.

Les implications pour la recherche infirmière

L'analyse des entrevues menées dans le cadre de cette recherche a révélé l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement afin de persister à allaiter. De plus, le soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel semble tout aussi important, plus particulièrement celui des infirmières avant, pendant et après l'accouchement. Aussi, il pourrait s'avérer utile d'explorer sous un angle qualitatif, l'impact du soutien social et de l'expérience personnelle d'allaitement des infirmières qui interviennent auprès des mères qui choisissent d'allaiter et auprès de celles qui persistent à allaiter. L'étudiante-chercheuse estime qu'il est aussi primordial d'explorer l'expérience d'assistance à l'allaitement maternel du conjoint, de même que la dynamique du couple qui vit une expérience de persistance à l'allaitement maternel. Le soutien de la famille, des pairs, des amies, ainsi que les conséquences d'avoir préalablement un modèle d'allaitement, sur la persistance à allaiter méritent tout autant que les chercheurs s'y intéressent. De plus, bien qu'étudié profondément de façon quantitative, le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel semble être peu étudié qualitativement. D'une autre manière, il semble que peu de chercheurs ont exploré l'engagement profond de la mère envers son allaitement maternel et qu'aucun jusqu'à présent ne s'est arrêté sur la détermination de la mère à allaiter. En effet, tous ces sujets s'avèrent peu ou pas explorés et représentent, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, un aspect de grande importance au niveau de la persistance à l'allaitement maternel.

Les implications pour l'éducation en sciences infirmières

Puisque les compétences infirmières et les propos contradictoires des professionnels de la santé semblent constituer un élément important en ce qui a trait à la

persistance à l'allaitement maternel des participantes de cette étude, il apparaît pertinent de reconsidérer les pratiques de formations continues chez les infirmières œuvrant à tous les niveaux de l'allaitement maternel. Que ce soit aux cours prénataux, en CLSC, en Centre Hospitalier, ou en maison de naissance, les résultats de cette étude démontrent l'importance que revêt l'éducation des infirmières dans ce domaine bien précis des soins pré, per et post-partum. Ainsi, à la lumière des verbatims des participantes interrogées, l'éducation des infirmières doit mettre en évidence l'impact majeur des propos contradictoires, des croyances personnelles erronées, des connaissances scientifiques périmées, ainsi que des pratiques non-reconnues en ce qui concerne la persistance de l'allaitement maternel.

Les recommandations pour la gestion, la clinique, la recherche
et l'éducation en sciences infirmières.

Les recommandations pour la gestion infirmière

Les gestionnaires représentent les personnes de choix pour ce qui est de favoriser des changements organisationnels. Ces derniers peuvent faire en sorte que leur établissement favorise l'allaitement maternel. Alors, puisqu'il s'avère essentiel de revoir les pratiques d'allaitement, l'étudiante-chercheure suggère aux gestionnaires de faire en sorte que les substituts de lait, inclus dans les emballages cadeaux offerts aux mères au départ de l'hôpital, soient remplacés par des tire-lait accompagnés d'instructions détaillées sur le mode d'emploi de ces derniers. Cette pratique ne vient pas à l'encontre de l'allaitement et pourrait contribuer à promouvoir la persistance à l'allaitement maternel. De plus, l'étudiante-chercheure suggère de favoriser des normes de travail souples et des pratiques de travail flexibles qui favorisent la persistance à l'allaitement maternel des employées, puisque les études démontrent clairement la cessation de l'allaitement maternel au retour au travail. Finalement, l'étudiante-chercheure croit que l'instauration de procédés qui favorisent la concertation, la communication et les enseignements uniformes inter-établissements, se fait pressante et justifiée. Ainsi, l'offre de formation continue auprès des professionnels de la santé qui touchent de près ou de loin à l'allaitement maternel est recommandée et ce, plus particulièrement aux infirmières qui détiennent une place de choix auprès des familles, afin de favoriser, entre

autres, les pratiques reconnues de l'allaitement maternel. Pour sa part, le Comité canadien pour l'allaitement maternel peut soutenir les centres qui le désirent, à devenir Amis des bébés.

Les recommandations pour la clinique infirmière

L'étudiante-chercheure croit que les infirmières qui œuvrent en obstétrique, en post-partum, en petite-enfance-famille, qui donnent des cours prénataux, ou qui travaillent en maison de naissance détiennent une responsabilité personnelle de formation continue en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Il existe plusieurs façons de maintenir ses connaissances à jour. Bien sûr, la formation continue s'avère souhaitable, bien que la conjoncture actuelle du réseau de santé semble rarement permettre une telle pratique. Toutefois, quelques moyens économiques apparaissent tout aussi adéquats : assister à des colloques annuels où présentent des sommités en matière d'allaitement maternel, être bénévole pour des organismes experts en la matière, s'abonner à des revues qui traitent de l'allaitement maternel, faire partie du Comité canadien pour l'allaitement maternel, etc. Selon l'étudiante-chercheure, ces derniers représentent des moyens gagnants de parfaire ses connaissances scientifiques en matière d'allaitement maternel.

À la lumière des résultats de cette étude, l'étudiante-chercheure suggère que les infirmières accordent une grande importance aux croyances et perceptions de la mère afin de favoriser l'allaitement maternel. En effet, il semble nécessaire d'explorer, de respecter, de reconnaître et de comprendre l'expérience personnelle d'allaitement maternel de chaque femme. Chaque mère vit à sa façon cette expérience et l'exprime aussi de façon unique. En effet, Watson (1988) reconnaît l'importance de cette unicité à travers le dixième facteur caratif, qui représente la reconnaissance de forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles. Ce facteur caratif se base sur l'expérience subjective et personnelle de la personne comme fondement de la compréhension. Afin que l'expérience d'allaitement s'avère positive, il apparaît nécessaire de considérer chaque expérience d'allaitement maternel comme unique. Bien qu'il existe des similitudes dans les expériences positives d'allaitement, tel que mentionnées à l'aide des thèmes et de l'essence, chaque mère possède ses connaissances personnelles, son parcours particulier et son expérience unique d'allaitement. L'étudiante-chercheure est

donc convaincue que de reconnaître cette unicité s'avère tributaire de l'engagement, du soutien et de la pratique de « caring » de l'infirmière, lesquels sont nécessaires afin de promouvoir chez la mère son engagement, sa détermination et sa persistance à l'allaitement maternel. En effet, tout comme Watson (1988), l'étudiante-chercheure définit le « caring » comme un idéal moral impliquant un profond niveau d'engagement et de respect vis-à-vis la personne soignée. Le « caring » professionnel se veut une façon spéciale d'être en relation avec les autres et soi-même (Watson, 1999). La notion de respect de soi et des autres, mentionnée par les participantes apparaît donc essentielle au bon succès de l'allaitement maternel et se doit d'être considérée. De plus, cette étude regroupe des participantes de niveau socio-économique élevé. Bien qu'elles soient dans les meilleures conditions pour allaiter, il semble qu'elles vivent aussi des difficultés en ce qui a trait à leur allaitement maternel. Ces constatations peuvent donc permettre aux infirmières de favoriser le même engagement à l'allaitement chez des femmes de niveaux socio-économiques plus faible. L'étudiante-chercheure recommande donc aux infirmières de tenir compte de cette composante essentielle, lors de ses interventions auprès de leurs patientes. D'une autre façon, l'étudiante-chercheure recommande aux infirmières de favoriser l'implication du père et ce, dès la prise de décision d'allaiter. Mais bien sûr, pour favoriser la compréhension du phénomène de l'allaitement, il s'avère essentiel de favoriser la recherche à ce sujet.

Les recommandations pour la recherche infirmière

Il paraît essentiel à l'étudiante-chercheure que le développement des connaissances en sciences infirmières s'oriente vers des horizons peu ou pas explorés. La pertinence et la nécessité des études qualitatives phénoménologiques a été établie au cours des chapitres précédents. Toutefois, la faible quantité de ce genre d'études en ce qui concerne l'allaitement maternel demeure inquiétante. Ce type de méthodologie, associé à la théorie du « caring » de Watson comme toile de fond, apparaît à l'étudiante-chercheure, tout à fait justifié pour comprendre un phénomène aussi complexe que l'allaitement maternel.

Par exemple, à la lumière les résultats de la présente étude, l'étudiante-chercheure suggère d'étudier, sous un angle qualitatif, l'implication du père au niveau de

l'expérience globale de l'allaitement maternel. Enfin, les participantes de la présente étude étant toutes québécoises, de niveau scolaire universitaire et de classe socio-économique élevée, explorer les significations qu'accordent les femmes de diverses cultures et classes socio-économiques permettrait d'enrichir l'état des connaissances au niveau de ce phénomène.

Les recommandations pour l'éducation en sciences infirmières

De par la nature des résultats qui ont émergé de cette étude, l'étudiante-chercheuse suggère, dès le départ, d'enseigner aux futures infirmières les pratiques reconnues pour l'allaitement maternel. À cette fin, les professeures en sciences infirmières se doivent d'optimiser leur enseignement et de mettre elles-mêmes à jour leurs connaissances à ce sujet. L'allaitement maternel représente un sujet étudié par plusieurs chercheurs et les connaissances évoluent de façon spectaculaire. L'étudiante-chercheuse considère qu'il est de la responsabilité de chacune de tenir ses connaissances scientifiques à jour en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Tel que discuté précédemment, de façon idéale, une formation continue doit être offerte à tous les professionnels de la santé qui travaillent dans les secteurs touchés par l'allaitement et plus spécifiquement, les infirmières. Il va sans dire que les différents milieux, que se soit le milieu public, privé, communautaire ou hospitalier, détiennent un rôle incontestable dans l'issue de chaque allaitement maternel des mères qui les côtoient.

Conclusion

En dépit de nombreuses recherches réalisées à ce jour en regard de l'allaitement maternel, peu d'études ont porté sur sa persistance selon la perspective de la mère qui allaite son enfant. S'inspirant de la théorie du « caring » de Watson (1985, 1988, 1999) comme toile de fond, le but de cette étude qualitative, consistait à décrire et comprendre la persistance à l'allaitement maternel exclusif d'au moins trois mois, des femmes, primipares, francophones et québécoises. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès d'un échantillon de convenance formé de quatre participantes primipares, francophones, nées au Québec et vivant avec un conjoint né au Québec, qui ont accouché vaginalement, qui ont allaité exclusivement pendant au moins trois mois, et qui voulaient partager leur expérience d'allaitement. Quatre thèmes ont émergé de l'analyse des données effectuée à l'aide de la méthode phénoménologique de van Manen (1990). Ainsi, pour les participantes, persister à allaiter leur enfant signifie : 1) l'importance de surmonter les obstacles à l'allaitement maternel; 2) l'expérience globale enrichissante d'allaitement maternel; 3) la reconnaissance du soutien général dans l'expérience d'allaitement maternel; et 4) le respect des pratiques reconnues d'allaitement maternel. La dernière étape de l'analyse a révélé « **l'engagement profond de la mère à travers sa détermination à allaiter son enfant** » comme essence au phénomène étudié.

Corroborant les écrits scientifiques disponibles, les verbatims des participantes de cette étude ont démontré que les femmes qui choisissent d'allaiter de nos jours possèdent pas ou peu d'exemples d'allaitement, leur mère représentant la génération qui apportait une plus grande valeur aux substituts de lait. Il y a donc eu un fossé inter-générationnel en ce qui a trait à la transmission du savoir, des pratiques et de l'exemple d'allaitement maternel. Ceci amenant, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, des jugements de valeurs à l'intérieur de la cellule familiale proche et étendue, auxquels l'infirmière doit s'attarder. Par ailleurs, il s'avère essentiel de sensibiliser l'infirmière à intégrer le père dès les débuts, voire même, dès la prise de décision d'allaiter. L'expérience d'allaitement qui s'en suit ne pourra être que plus harmonieuse. Ainsi, dans un contexte de restructuration du réseau de la santé et de congé précoce en post-

partum, il apparaît nécessaire de voir les répercussions d'un renouvellement de nos pratiques sur l'allaitement maternel.

De plus, le regard qu'a la société sur l'allaitement s'est avéré important aux yeux des mères interrogées dans le cadre de cette recherche. Hélas, ce regard ne facilite pas toujours la persistance à l'allaitement maternel. Par exemple, les structures organisationnelles ne semblent pas favoriser les pratiques d'allaitement, le seul fait de ne pas posséder de salle d'allaitement représente une lacune évidente. De même, les faiblesses gouvernementales en ce qui concerne le retour au travail après l'accouchement ne favorisent pas l'allaitement maternel, pour leurs parts, puisque ce ne sont pas toutes les femmes qui peuvent bénéficier du nouveau congé de maternité d'un an. Inspirée par une philosophie du « caring » (Watson, 1979, 1888, 1999), l'étudiante-chercheuse considère que l'infirmière doit s'impliquer au niveau macroscopique, i.e. au niveau de l'enseignement du grand public, du lobbying auquel les différents acteurs du réseau de la santé font face quotidiennement, de même qu'au niveau de la politique. Enfin, dans la perspective gouvernementale de voir grimper les taux d'allaitement d'ici 2007, il s'avère primordial d'arrêter nos priorités sur le phénomène de l'allaitement maternel.

Les références

Agnew, T. (1993). Breastfeeding support. Ottawa: Santé et Bien-Être Social Canada.

Agnew, T., & Gilmore, J.A. (1996). Multicultural perspective of breastfeeding in Canada. Ottawa: Health Canada.

American Academy of Pediatrics. (1997). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 100(6), 1035-1039.

Anderson, J. (1989). The phenomenological perspective. In Morse, J. (Ed). Qualitative nursing research: A contemporary dialogue. Rockville: Aspen.

Assemblée Mondiale de la Santé. (1994). La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Quarante-septième Assemblée Mondiale de la Santé. Données incomplètes.

Association pour la Santé Publique du Québec. (1999). Le PÉRISCOOP. Journal d'Informations Périnatales, 4(1), 8-10.

Barber, C., Abernaty, T., Steinmetz, B., & Charlebois, J. (1997). Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. Canadian Journal of Public Health, 88(4), 242-245.

Beaudry, M., & Aucoin-Larade, L. (1989). Who breastfeeds in New-Brunswick, when and why? Canadian Journal of Public Health, 80, 166-172.

Beaudry, M., et Dufour, R. (1991). Facteurs de réussite de l'allaitement maternel au Nouveau-Brunswick: Information et conditions de travail compatibles. Canadian Journal of Public Health, 82(5), 325-330.

Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16(3), 254-267.

Beeken, S., & Waterston. (1992). Health services support of breastfeeding: Are we practicing what we preach? British Medical Journal, 305, 285-287.

Bell, K.K., & Rawlings, N.L. (1998). Promoting breast-feeding by managing common lactation problems. The Nurse Practitioner, 23(6), 102-106.

Benner, P. (1983). Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 19, 21-34.

Benner, P. (1985). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. Advances in Nursing Science, 8(1), 1-14.

Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health and illness. Thousands Oaks, CA: Sage.

Beske, E.J., & Garvis, M.S. (1982). Important factors in breast feeding success. Maternal Child Nursing, 7, 174-179.

Bottorff, J.L. (1990). Persistence in breastfeeding: A phenomenological investigation. Journal of Advanced Nursing, 15, 201-209.

Bourgouin, G.L., Lahaie, N.R., Rhéaume, B.A., Berger, M.G., Dovigi, C.V., Picard, L.M., & Sahai, V.F. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. Canadian Journal of Public Health, 88(4), 238-241.

Braveman, P., Egerter, S., Pearl, M., Marchi, K., & Miller, C. (1995). Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. Pediatrics, 96(4), 716-724.

Brundtland, G.H. (2000). Technical consultation on infant and young child feeding (conférence). Genève: O.M.S.

Buckner, E. & Matsubara, M. (1993). Support network utilisation by breastfeeding mothers. Journal of Human Lactation, 9(4), 231-235.

Burns, N., & Groves, S. (1997). The practice of nursing research conduct, critique and utilisation. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders.

Cara, C. (1997). Manager's subjugation and empowerment of caring practices: A relationnal caring inquiry with staff nurses. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center. Denver, Colorado.

Cara, C. (1999a). La phénoménologie de Max van Manen. Document de travail non publié. Traduction française. Montréal: Université de Montréal.

Cara, C. (1999b). Notes de cours non publiées. Méthodologie de la recherche: SOI 6103. Montréal: Université de Montréal.

Carty, E.M., & Bradley, C.F., (1990). A randomized, controlled evaluation of early post-partum hospital discharge. Birth, 17(4), 199-204.

Charest, A. (6 mars 1996). L'alimentation des nourrissons chez les femmes primipares du Québec. L'Actualité Médicale, p.13-15.

Coates, M., & Riordan, J. (1992). Breastfeeding during maternal or infant illness. NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing, 3(4), 683-694.

Cohen, M.Z. (1987). A historical overview of the phenomenological movement. Image, 19(1), 31-34.

Comité canadien pour l'allaitement. (1996). Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement. Ottawa: Comité canadien pour l'allaitement.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CÉTS). (1997). Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum. Montréal: CÉTS.

Coreil, J., Bryant, C.A., Westover, B.J., & Bailey, D. (1995). Health professional and breastfeeding counseling: Client and provider views. Journal of Human Lactation, 11(4), 265-271.

Courville, F. (1995). Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel: Un élément clé du soutien en soins infirmiers. Mémoire non publié. Université Laval, Québec.

Crost, M., et Kaminski, M. (1998). L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Archives de Pédiatrie, 5(12), 1316-1326.

D'Anjou, J., Amyot, R., Carle, A., et Lapointe, N. (1997). Nourri-Lait: Un groupe d'entraide fondé sur le marrainage. L'infirmière du Québec, 4(6), 21.

Delahaye, M.C. (1990). Tétons et tétines: Histoire de l'allaitement. Paris: Éditions Trame Way.

Denehy, J.A. (1992). Interventions related to parent-infant attachment. Nursing Clinics of North America, 27(2), 425-443.

Dionne, S. (janvier 1996). Le lait maternel: Un lait fait sur mesure! Conférence donnée à St-Jérôme.

Dionne, S. (mai 1999). Doit-on supplémenter les bébés allaités? Conférence donnée à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Dix, D. (1991). Why women decide not to breastfeed. Birth, 18(4), 222-225.

Dubois, L., & coll. (2000). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec. Québec: Institut de la statistique du Québec.

Duckett, L., Henly, S.J., & Garvis, M. (1993). Predicting breast-feeding duration during the post-partum hospitalization. Western Journal of Nursing Research, 15(2), 177-198.

Dunne, G., & Fuerst, K. (1995). Breastfeeding by a mother who is triple amputee: A case report. Journal of Human Lactation, 11(3), 217-218.

European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition Committee on Nutrition. (1982). Uniqueness of human milk. Acta Paediatrica Scandinavica, Supplement, 302, 5-10.

Ewing, G., & Morse, J.M. (1989). Paradoxical priorities in breast feeding research: Challenges for new direction. The Journal of Advanced Nursing, 6(2), 25-29.

Fédération des CLSC du Québec. (1996). Volet 6: Virage ambulatoire périnatalité. Québec: Collection, La transformation du réseau.

Field, P., & Morse, J. (1985). Nursing research: The application of qualitative approaches. Rockville, MD : Aspen.

Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (1992). Adoptez l'initiative des hôpitaux amis des bébés. Manuel du programme. Genève, Suisse: UNICEF.

Frank, D., & Wirtz, S. (1987). Commercial discharge packs and breastfeeding counselling. Effects on infant feeding practices in a randomized trial. Pediatrics, 80(6), 845-854.

Gadamer, H.G. (1976). Philosophical Hermeneutics. Linge, D. (Ed.). London: University of California Press..

Gerrard, J.W. (1974). Breast-feeding: Second thoughts. Pediatrics, 54, 757-764.

Giorgi, A. (1988). Validity and reliability from a phenomenological perspective. In Baker, W., Mos, L., Rappard, H., & Stam, H. (Eds.). Recent trends in theoretical psychology (pp. 167-176). New-York: Springer-Verlag.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Myer, R., & Pires, A.P. (Eds.). La

recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Éditions gaétan Morin.

Giugliani, E.R.J., Caiaffa, W.T., Vogelhut, J., Witter, F.R., & Perman, J.A. (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. Journal of Human Lactation, 10(3), 157-161.

Hartmann, P.E. (1987). Lactation and reproduction in Western Australian Women. Journal of Reproduction Medecine, 32, 543-547.

Hedstrom, L.W. (1991). A prospective study documenting women's experiences of combining breastfeeding and employment. Doctoral dissertation. Chicago: Rush University, College of Nursing.

Heidegger, M. (1927). Being and Time. New-York, Harper & Row.

Heidegger, M. (1962). Being and Time. London: SCM Press.

Helsing, E. (1990). Supporting breastfeeding: What governments and health workers can do. European experiences. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 31, 69-76.

Hewat, R.J., & Ellis, D.J. (1984). Breast-feeding as a maternal child team effort: Women's perceptions. Health Care for Women International, 5, 437-452.

Hill, PD. (1991). Predictors of breast-feeding duration among WIC and non-WIC mothers. Public Health Nursing, 8(1), 46-52.

Hill, P., Humenick, S.S., Argubright, T.M., & Aldag, J.C. (1997). Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. Public Health Nursing, 14(4), 227-234.

Horta, B.L., Victora, C.G., Menezes, A.M., & Barros, F.C. (1997). Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. American Journal of Epidemiology, 146(2), 128-133.

Husserl, E. (1913). Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. In Jahrbuch für Philosophie und phänomenologie Forschung. Translated (1931) as ideas: A general introduction to pure Phenomenology (Boyce Gibson W.R. trans.). Allen and Unwin: London.

Husserl, E. (1970). Logical investigations (2 vols) (J.N. Findley, trans.). New-York: Humanities Press.

Infact Canada (automne1998). Newsletter, 1-8.

Institut Canadien de la santé infantile. (1996). Lignes directrices sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenants en soins de la santé. Ottawa: Auteur.

Jetté, S. (1997). Promotion et soutien de l'allaitement maternel. L'infirmière du Québec, 4 (4), 19-26.

Jones, F., & Green, M. (1996). British Columbia Baby-Friendly Initiative: Ressources Developed Throught the BC Breastfeeding Resources Project. Vancouver: The Baby-Friendly Initiative.

Kearny, M.H., Cronenwett, L.R., & Reinhardt, R. (1990). Cesarean delivery and breast-feeding outcomes. Birth, 17(2), 97-103.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., et Major, F. (1994). La Pensée Infirmière. Laval: Éditions études vivantes.

Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21, 827-836.

Kurinu, N., Shiono, P.H., Ezrine, S.F., & Rhoads, G.G. (1989). Does maternal employment affect breastfeeding ? American Journal of Public Health, 79(9), 1247-1250.

Kvist, L.J., Persson, E., & Lingman, G.K. (1996). A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. Midwifery, 12(2), 85-92.

La Leche League International. (1991). Breastfeeding Answer Book. Franklin Park, Illinois: La Leche League International.

Lawrence, R.A. (1994). Breastfeeding: A guide for the medical profession (4th ed.). St-Louis: Mosby Company.

Leff, E.W., Gagne, M.P., & Jefferis, S.C. (1994). Maternal perceptions of successful breastfeeding. Journal of Human Lactation, 10(2), 99-104.

Lepage, M.C., et Moisan, J. (1998). Étude sur l'alimentation du nourisson chez les femmes primipares du Québec. Québec: M.S.S.S., Direction de la santé publique du Québec.

Levitt, C., Hanvey, L., Avard, D., Chance, G., et Kaczorowski, J. (1995). Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Ottawa: Santé Canada et institut canadien de la santé infantile.

Maclean, H. (1990). Women's experience of breastfeeding. Toronto: University of Toronto Press.

Martinez, G.A., Dodd, D.A., & Samartgedes, J. (1981). Milk feeding patterns in the United States during the just twelve months of life. Pediatrics, 68, 863-868.

Martinez, G.A., & Stahle, D.A. (1982). The recent trend in milk feeding among wic infants. American Journal of Public Health, 72, 68-71.

Mattews, K. (1993). Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. Journal of Human Lactation, 9, 243-247.

Mattews, M., Webber, K., McKim, E., Banoub-Baddour, S., & Laryea. (1995). Infant feeding practices in Newfoundland and Labrador. Canadian Journal of Public Health, 86(5), 296-300.

Matthews, M.K. (1988). Developping an instrument to measure infant breastfeeding behaviors. Midwifery, 5, 3-10.

Matich, JR., & Sims, LS. (1992). A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. Social Science and Medecine, 34(8), 919-927.

McNally, E., Hendricks, S., & Horowitz, I. (1985). A look at breast-feeding trends in Canada (1963-1982). Canadian Journal of Public Health, 76, 101-107.

McNatt, M.H., & Freston, S.F. (1992). Social Support and lactation Outcomes in Postpartum Women. Journal of Human Lactation, 8(2), 73-77.

Merleau-Ponty, M. (1956). What is phenomenology? Cross Currents, 6, 59-70.

Merleau-Ponty, M. (1964). The primacy of perception. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1992). Politique de périnatalité. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

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

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). L'allaitement maternel au Québec: Lignes Directrices. Québec: Gouvernement du Québec.

Morse, J.M. (1989). "Euch! Those are for your husband!" Examination of cultural values and assumptions associated with breastfeeding. Health Care for Women International, 11, 223-232.

Mulford, C. (1995). Swimming upstream : Breastfeeding care in a nonbreastfeeding culture. Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal Nursing, 24(5), 464-474.

Munhall, P.L. (1988). Ethical considerations in qualitative research. Western Journal of Nursing Research, 10(2), 150-162.

Munhall, P.L. (1994). Qualitative research: Proposals and reports: A guide. New-York: National League for Nursing Press.

Munhall, P.L. & Oiler, C.J. (1986). Nursing research: A qualitative perspective. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

Munhall, P.L. & Oiler Boyd, C. (1993). Nursing research: A qualitative perspective. New-york: National League for Nursing Press.

Myres, A. (1983). Résultats de l'enquête nationale sur les modes d'alimentation des nourrissons au Canada. Canada: Santé et Bien-être social.

Nolan, L., & Goel, V. (1995). Sociodemographic factors related to breastfeeding in Ontario: Results from the Ontario health survey. Canadian Journal of Public Health, 86(5), 309-312.

Nylander, G. (mars 1997). Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi. Dossiers de l'allaitement. Hors-série.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (1998). Prise de position- Allaitement maternel. Québec: O.I.I.Q.

Oiler, C. (1982). A phenomenological approach in nursing research. Nursing Research, 31, 178-181.

Oiler, C. (1986). Qualitative methods: Phenomenology. In Moccia, P. (Ed.). New approaches to theory development (pp. 75-103). New-York: National League for Nursing.

Oiler Boyd, P. (1988). Phenomenology: A foundation for nursing curriculum. In National League for Nursing (Ed.). Curriculum revolution: Mandate for change. New-York: National League for Nursing.

Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. Advances in Nursing Science, 5, 49-63.

O'Neil, M. (1978). Santé communautaire et communauté: De l'influence de deux conceptions de la communauté sur les interventions québécoises en éducation sanitaire. Données incomplètes.

Organisation Mondiale de la santé. (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève: O.M.S..

Organisation Mondiale de la Santé et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (1989). Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'O.M.S. et du FISE. Genève, Suisse: OMS.

Organisation Mondiale de la Santé, et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (1990). Déclaration "Innocenti" sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Florence, Italie: OMS et UNICEF.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). Prociding an appropriate contraceptive method choice: What health workers need to know. Genève, Suisse: OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (1994). Soins essentiels au nouveau-né. Genève, Suisse: OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (1996). Progress Report, 1993-1995. Genève, Suisse: OMS.

Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. Journal of Advanced Nursing, 26, 187-193.

Palmer, S., Avery, A., & Taylor, R. (1979). The influence of obstetric procedures and social and cultural factors on breastfeeding rates at discharge from the hospital.

J Epidemiol Community Health, 33, 248-252.

Parse, R., Coyne, A., & Smith, M. (1985). Nursing Research: Qualitatives Methods. Bowie, MD: Brady Communications.

Parse, R. (1987). Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques. Philadelphia: Saunders.

Parse, R. (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. Nursing Science Quaterly, 3(1), 9-17.

Patton, CB. , Beaman, M. , Csar, N., & Lewinski, C. (1996). Nurses attitudes and behaviors that promote breastfeeding. Journal of Human Lactation, 12(2), 11-15.

Piper, S., & Parks, P.L. (1996). Predicting the duration of lactation: Evidence from a national survey. Birth, 23(1), 7-12.

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

Ray, A.M. (1991). Phenomenological method for nursing research. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), Summer research conference monograph: Nursing theory, research & practice (pp 163-176). Detroit: WSU Press.

Reeder, F. (1987). The phenomenological movement. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19(3), 150-152.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Estrie. (1995). Allaitement maternel: Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes. Québec: Direction de la santé publique et de l'évaluation.

Riordan, J., & Auerbach, K. (1993). Breastfeeding and human lactation. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Ryan, AS. (1997). The resurgence of breastfeeding in the United-States. Pediatrics, 99(4), 121-125.

Ryan, A.S., Rush, D., Krieger, F.W., & Lewandowski, G.E. (1991). Recent declines in breast-feeding in the U.S.A., 1984 through 1989. Pediatrics, 88(4), 719-727.

Saint-Jacques, A. (1988). L'allaitement maternel, entre l'échec et le succès. Nursing Québec, 8(1), 29-33.

Santé Canada. (1994). Soutien à l'allaitement maternel, Partie 1. Ottawa: Centre d'édition du gouvernement du Canada.

Santé Canada. (1998). Système canadien de surveillance périnatale. Allaitement maternel. Toronto: Comité canadien pour l'allaitement.

Santé Canada. (2000a). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: Lignes Directrices Nationales. Ottawa: Auteur.

Santé Canada. (2000b). Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ottawa: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Santé Canada, Statistiques Canada, et Le Centre Canadien d'information sur la Santé. (1999). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne: Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997. Santé Canada, Statistiques Canada, et Le Centre Canadien D'information sur la Santé.

San Giovanni, J.P., Parra-Cabrera, S., Colditz, G.A., Berkey, C., & Dwyer, J.T. (2000). Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long-chain polyunsaturated fatty acids as they relate to visual resolution acuity in healthy infants. Pediatrics, 105(6), 1292-1298.

Sayers, G., Thornton, L., Corcoran, R., & Burke, M. (1995). Influences on breast feeding initiation and duration. Irish Journal of Medical Science, 164(4), 281-284.

Scarlett, D., Cargill, M., Lyn-Sue, J., Richardson, S., & McCaw-Binns, A. (1996). Breastfeeding prevalence among six-week-old infants at University Hospital of the West Indies. West Indian Journal, 45(1), 14-17.

Séguin, L., St-Denis, M., Loiselle, J., et Potvin, L. (1993). Stresseurs chroniques, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez des primipares défavorisées. Montréal: Université de Montréal.

Séguin, L., Goulet, L., Frohlich, K., Dumas, M.E., et Desjardins, L. (1998). Le rôle de l'environnement social pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées. Montréal: Université de Montréal.

Serafino-Cross, P., & Donovan, P. (1992). Effectiveness of professional breastfeeding home-support. Journal of Nutrition Education, 24(3), 117-122.

Société Canadienne de Pédiatrie, et la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. (1996). La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme. Paediatrica Child Health, 1(2), 165-169.

Société Canadienne de Pédiatrie, Les Diététistes du Canada, et Santé Canada. (1998). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Ottawa: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux du Canada.

Speigelberg, H. (1976). The phenomenological movement: Vols. I and II (2nd ed.). The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Sullivan, J., & Jones, L.C. (1986). Breast feeding adoption by low-income black women. Health care women international, 7, 295-309.

Trado, M.G., & Hughes R.B. (1996). A phenomenological study of breastfeeding WIC recipients in South Carolina. Advanced Practice Nursing Quaterly, 2(3), 31-41.

Van Manen, M. (1984). Practicing phenomenological writing. Phenomenology and pedagogy, 2(1), 36-69.

Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. New-York: State University of New-York University Press.

Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement: Implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing, 22, 791-799.

Wambach, K.A. (1998). Maternal fatigue in breastfeeding primiparas during the first nine weeks postpartum. Journal of Human Lactation, 14(3), 219-229.

Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown and Company.

Watson, J. (1985). Nursing: Human science and human care. A theory of Nursing. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. Nursing Science Quaterly, 1(4), 175-181.

Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. Nursing Science Quaterly, 10(1), 49-52.

Watson, J. (1999). Postmodern nursing and beyond. Edinburgh: Churchill Livinstone.

Whitley, N. (1978). Preparation for breastfeeding: A one year follow up of 34 nursing mothers. Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal Nursing, 7(3), 44-48.

William, P.L., Innis, S.M., & Vogel, A.M.P. (1996). Breastfeeding and weaning practices in Vancouver. Canadian Journal of Public Health, 87(4), 238-241.

Annexe A

Les dix règles du code international de commercialisation des substituts de lait maternel,
selon l'OMS et l'UNICEF (1981)

- 1) Interdiction de la promotion au grand public.
- 2) Interdiction de donner des échantillons gratuits.
- 3) Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins sanitaires.
- 4) Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mères.
- 5) Pas de cadeaux ou d'échantillons personnels aux agents de santé.
- 6) Pas d'images de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
- 7) Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
- 8) Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement maternel et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- 9) Pas de promotion de lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliment pour nourrissons.
- 10) Tous les produits doivent être de bonne qualité; la date limite doit être indiquée; des termes comme "humanisé" ou "maternisé" ne sont plus admis.

Annexe B

**Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, selon l'OMS et l'UNICEF
(1989)**

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

Annexe C

Les dix lignes directrices pour les infirmières et infirmiers, selon l'OIIQ (1998)

- 1) L'infirmière doit reconnaître la supériorité du lait maternel,
- 2) elle encourage cette façon d'alimenter un nourrisson,
- 3) elle reconnaît les avantages de l'allaitement maternel à tous les niveaux,
- 4) elle enseigne aux parents et elle les soutient au niveau de l'allaitement maternel,
- 5) elle base sa pratique sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS et UNICEF, 1989),
- 6) elle appuie le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981),
- 7) elle veille à la continuité des soins et au soutien des mères qui allaitent,
- 8) elle crée ou soutient des projets qui ont pour but de modifier les attitudes et les valeurs qui influent sur la décision d'adopter ou de poursuivre l'allaitement maternel,
- 9) elle tient à jour ses compétences à ce niveau,
- 10) elle participe à des recherches pour favoriser la pratique de l'allaitement maternel.

Annexe D

Les cliniques d'allaitement maternel

Les cliniques d'allaitement maternel qu'offre le CLSC sélectionné, se donnent en collaboration avec le groupe Nouri-Source et leurs marraines d'allaitement. Ces cliniques tiennent lieu les mercredi am.

Voici le tableau des statistiques de la clinique d'allaitement de ce CLSC, pour la période du premier novembre 2000 jusqu'au 31 mars 2001.

Nombre de visite à la clinique	Pourcentage des mères
1	31%
2 à 5	34%
6 à 10	18%
11 à 20	15%

De plus, ce CLSC a comptabilisé le taux d'allaitement de sa clientèle, selon leur niveau de scolarité.

Le niveau de scolarité	Pourcentage des mères
Moins que le secondaire 5	0.8%
Diplôme d'études professionnelles	7%
Diplôme d'études collégiales	27%
Baccalauréat	55%

Annexe E

Le processus de « bracketing » de l'étudiante-chercheure

Le processus de « bracketing » de l'étudiante-chercheuse selon

Van Manen (1984;1990), Benner (1994) et Paley (1997)

Les capacités de l'étudiante-chercheuse

L'étude proposée vise une compréhension de l'importance du phénomène de l'allaitement maternel dans toute sa complexité. Le contexte de restructuration du système de la santé au Québec, les compressions budgétaires ainsi que le congé précoce en obstétrique, avec lesquels nos infirmières doivent oeuvrer présentement, augmentent la complexité du sujet à l'étude. Donc, une grande ouverture d'esprit semble requise en tout temps, l'étudiante-chercheuse étant elle-même impliquée dans ce contexte de travail. Aussi, les années de travail dans le domaine de la périnatalité ont permis d'acquérir les connaissances, les techniques et la dextérité nécessaires afin de bien maîtriser, à ce jour, ce domaine autant intéressant que complexe.

La situation personnelle de l'étudiante-chercheuse

L'étudiante-chercheuse, ayant allaité pendant une période de plus de six mois au cours de l'étude, doit reconnaître les préconceptions qu'elle a au niveau de l'allaitement maternel, afin que sa situation personnelle n'altère pas cette étude. De plus, elle possède tous les critères de sélection des participantes de l'étude, ceci rendant le processus de « bracketing » encore plus pertinent. Ce processus est d'ailleurs essentiel afin de promouvoir la rigueur scientifique de l'étude phénoménologique en cours.

L'étudiante-chercheuse qui allaite au cours de l'étude, vit et savoure pleinement son expérience d'allaitement, malgré les difficultés rencontrées. En effet, comme le souligne Maclean (1990), l'étudiante-chercheuse a éprouvé des difficultés en regard de la persistance à l'allaitement, entre la huitième et la dixième semaines de post-partum. Elle éprouvait à ce moment, une très grande fatigue, presque de l'épuisement physique et mental. L'étudiante-chercheuse s'est motivée, à ce moment, en pensant à la notion de don, par lequel son bébé allait obtenir le meilleur pour favoriser sa santé. Ces deux semaines ont été excessivement difficiles à surmonter. Le pas vers l'abandon étant très

près d'être franchi. Heureusement, par la suite, l'allaitement est devenu une pratique très simple pour l'étudiante-chercheuse, à nouveau reposée.

Le processus de « bracketing » se fait avant les rencontres avec les participantes et tout au long de l'étude (van Manen, 1984; 1990; Benner, 1994; Paley, 1997). Ainsi, l'étudiante-chercheuse maîtrise ses sentiments, ses croyances et ses attentes en regard de l'allaitement maternel afin qu'elle demeure ouverte à l'expérience vécue des participantes. L'étudiante-chercheuse possède plusieurs croyances en regard de l'allaitement maternel. Il semble d'ailleurs nécessaire que cette dernière explique ses propres croyances à propos de l'allaitement, pour éviter qu'elle interprète ou qu'elle applique des évidences objectives de la nature du phénomène d'allaitement maternel (van Manen, 1984). En effet, elle croit aux effets bénéfiques multiples qu'a l'allaitement maternel sur la santé de la mère et de l'enfant allaité. Aussi, elle partage l'opinion de plusieurs auteurs qui affirment que l'allaitement maternel contribue à promouvoir la santé générale de l'enfant allaité, qu'il réduit les risques de certaines maladies et qu'il protège contre les allergies et la mort subite du nourrisson. Elle croit aussi aux effets bénéfiques de l'allaitement maternel chez la mère, tels que: la réduction des risques d'obésité, d'ostéoporose, d'hémorragie en post-partum, de cancer du sein et des ovaires et la diminution des risques d'engorgement et de mastite. De plus, elle reconnaît les effets positifs de l'allaitement maternel aux niveaux émotionnels, psychologiques et de l'attachement parent-enfant. Elle croit aussi que plusieurs facteurs (tels que vu dans la recension des écrits), influencent la décision d'allaiter, sa durée et sa qualité. Elle croit donc que l'allaitement maternel constitue le meilleur aliment à donner à un bébé et qu'allaiter signifie le plus beau présent à s'offrir et à offrir à son nouveau-né et ce, pour la vie.

L'étudiante-chercheuse a aussi des croyances quant au « caring ». Elle croit que le « caring » constitue le meilleur moyen de comprendre l'expérience d'allaitement maternel des participantes de cette étude. Puisque ce dernier représente l'essence des soins infirmiers, qu'il est l'idéal moral de l'infirmière, qu'il nécessite un engagement corps-âme-esprit avec la participante et qu'il n'existe qu'à travers une relation transpersonnelle, le « caring » permettra à l'étudiante-chercheuse de comprendre l'expérience d'allaitement des participantes de l'étude. Aussi, l'étudiante-chercheuse

partage les définitions et les significations des quatre concepts du métaparadigme infirmier, tel que prôné dans les écrits de Watson (1979, 1988, 1990, 1999). Ainsi, elle voit la personne comme un être-dans-le-monde, unique et qui possède un corps-âme-esprit indissociables. Cette personne interagit avec l'environnement interne et externe, c'est deux derniers s'influçant constamment. De plus, la santé constitue l'unicité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit de cette personne. Celle-ci recherche d'ailleurs une signification à l'expérience de santé vécue. Finalement, le soin signifie, entre autres, d'aider la personne à trouver une signification à son existence. Il se réalise via une transaction intersubjective de « caring ». L'étudiante-chercheuse reconnaît donc les théories et les faits scientifiques en regard de l'allaitement maternel et du « caring ». Aussi, la recension des écrits a contribué au processus de « bracketing ». La recension est donc complète et elle contient toutes les informations nécessaires, en regard de l'allaitement maternel.

Annexe F

La lettre explicative de la recherche

Lettre explicative de la recherche

Laval, 5 septembre 2001

Bonjour,

Je m'appelle Manon Allard et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Dirigée par mes deux directrices, Chantal Cara et Joëlle De Courval, je réalise présentement une étude, portant sur l'allaitement maternel.

Le but de cette étude consiste à décrire et à comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement maternel, telle que vécue par les mères primipares francophones et québécoises qui ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois. L'allaitement maternel détient un taux plutôt inquiétant au Québec, actuellement. Il semble donc important de comprendre l'expérience d'allaitement des mères et surtout d'explorer ce qui les a incité à poursuivre l'allaitement, malgré certaines difficultés.

Votre participation à cette étude consistera à participer à deux entrevues d'environ une heure avec l'étudiante-chercheure, à l'endroit de votre choix. La première a pour but de discuter de votre expérience personnelle d'allaitement maternel. Au début de cette rencontre, l'étudiante-chercheure vous demandera de signer un consentement à l'étude et de compléter un questionnaire de données socio-démographiques. La deuxième rencontre, plus courte, a pour mission la validation de la première entrevue. Pour participer à cette étude, il s'avère bien sûr nécessaire de vouloir partager votre expérience d'allaitement maternel! De plus, il est important d'avoir seulement un enfant, de l'avoir allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois, d'être une femme québécoise née au Québec et vivre avec un conjoint québécois (mariée ou non) né au Québec, d'être francophone et d'avoir accouché de façon vaginale. Pour toute information supplémentaire, ou pour prendre un rendez-vous dans le but de procéder à la première entrevue, vous pouvez me contacter à mon numéro de téléphone personnel, ci-bas.

Votre collaboration à mon projet m'est précieuse, car elle m'aidera à comprendre le phénomène d'allaitement maternel chez les femmes primipares et francophones, au Québec. Cependant votre participation est libre et vous pouvez vous retirer en tout temps, au cours de l'étude.

De plus, je tiens à vous faire part que nous avons l'approbation et la collaboration entière du comité d'éthique de l'Université de Montréal.

Bien à vous,

Manon Allard, inf., M.Sc. (cand.).

Tél. (514) 343-7414

Annexe G

Le consentement à l'étude

Renseignements aux participantes

Titre de l'étude:

L'expérience de persistance à l'allaitement maternel
des femmes primipares, francophones et québécoises.

Chercheure responsable :

Étudiante-chercheure :

Manon Allard, inf., M.Sc. (cand.).

Adresse : Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Téléphone : (514) 343-7414

Chercheuses collaboratrices :

Directrices :

Chantal Cara, inf, Ph.D.

Joëlle De Courval, inf, M.Sc.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Introduction

L'allaitement maternel représente la meilleure et la plus ancienne forme d'alimentation du nouveau-né. Il constitue d'ailleurs le moyen optimal d'assurer une meilleure santé et une meilleure alimentation du bébé, ainsi qu'un solide attachement mère-enfant. Or, bien que le taux d'allaitement initial des femmes primipares québécoises est supérieur à celui de l'ensemble des femmes de la province de Québec, l'abandon de l'allaitement entre la naissance et le troisième mois de vie du bébé est plus important pour les mères primipares. Cela suggère donc, à l'avis de l'étudiante-chercheure, qu'une attention particulière doit leur être portée. En effet, il semble primordial de voir, auprès de ces mères en particulier, ce qui influence leur motivation ainsi que leur persistance à allaiter durant au moins trois mois.

But de la recherche

Décrire et comprendre l'expérience de persistance à l'allaitement maternel, telle

que vécue par les mères primipares, francophones et québécoises qui ont allaité de façon exclusive pendant au moins trois mois.

Objectifs de la recherche

L'étude en cours a pour objectif de comprendre et de décrire votre expérience d'allaitement maternel.

Modalités de participation à l'étude

Votre participation à l'étude consiste à deux entrevues d'environ une heure chacune, à l'endroit de votre choix. Lors de la première entrevue, en tant qu'étudiante-chercheuse, je vous demanderai, tout simplement, de me parler de votre expérience d'allaitement maternel, telle que vous l'avez vécue. De plus, lors de la première rencontre, vous complétez un questionnaire de données socio-démographiques, afin que je puisse bien connaître votre contexte d'allaitement. Lors de la deuxième entrevue, je validerai avec vous le contenu de la première entrevue. Vous êtes invitée, tout au cours de l'entrevue, à poser toutes les questions que vous désirez.

Conditions de participation de la participante

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous rencontriez les conditions suivantes : vouloir partager votre expérience d'allaitement maternel, avoir seulement un enfant, avoir allaité de façon exclusive cet enfant pendant au moins trois mois, être une femme québécoise née au Québec et vivre avec un conjoint québécois (mariée ou non) né au Québec, être francophone et avoir accouché de façon vaginale.

Avantages à participer

Votre participation pourrait, entre autres, accroître, bonifier et enrichir éventuellement votre expérience d'allaitement maternel. Ceci serait possible en partageant les bons et les moins bons aspects de votre d'allaitement vécu et en trouvant des solutions possibles, si nécessaire, avec l'étudiante-chercheuse. Aussi, les femmes québécoises en général, pourraient bénéficier des résultats de cette étude, à laquelle vous pouvez participer. En effet, plus le phénomène de l'allaitement maternel sera compris, plus le taux d'allaitement maternel pourrait augmenter au Québec, l'allaitement bonifiant la santé des mères et des nourrissons.

Risques et inconforts

Il se peut, au cours des entrevues, que vous ressentiez soit de la gêne à exprimer votre expérience d'allaitement, soit de la fatigue ou tout autre inconfort, malaise ou inconfort. Soyez à l'aise de les partager avec l'étudiante-chercheuse, à ce moment.

Participation volontaire et retrait ou exclusion de l'étude

Votre participation est entièrement volontaire. Ainsi, vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser verbalement l'étudiante-chercheuse de cette étude.

Caractères confidentiels des informations

Les entrevues seront enregistrées sur bande audio. Soyez assurée de la confidentialité des données que vous communiquerez à l'étudiante-chercheuse au cours des entrevues et du respect de votre anonymat. Votre nom n'apparaîtra pas dans les verbatims des entrevues, l'étudiante-chercheuse employant un système de codification numérique. Aussi, votre nom et votre adresse ne seront pas entrés dans la base de données informatisées. Les dossiers de l'étude ne seront en aucun cas mis à la disposition d'un tiers, à l'exception des deux directrices de l'étude, qui seront autorisées à écouter ces enregistrements. De plus, à la fin de l'étude, les bandes audio seront détruites.

Questions sur l'étude

Si vous avez des questions au sujet de cette étude ou en cas d'urgence, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec l'étudiante-chercheuse :

Manon Allard

Téléphone : (514) 343-7414

Cellulaire :

Travail :

Éthique

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable de ce projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, Madame Jocelyne St-Arnaud au numéro de téléphone suivant: (514) 343-7619. Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée s'avère insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-Josée Rivest au numéro de téléphone suivant:(514) 343-2100.

Formulaire de consentement libre et éclairé

Titre de l'étude :

L'expérience de persistance à l'allaitement maternel
des femmes primipares, francophones et québécoises.

Chercheure responsable (étudiante-chercheure)

Manon Allard, inf., M.Sc. (cand.).

Je (nom en lettres moulées de la participante), _____, déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom en lettres moulées de l'étudiante-chercheure) _____, et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.
Je sais que je peux me retirer en tout temps, sans préjudice.

Signature de la participante: _____.

Date: _____.

Je, (nom en lettres moulées de l'étudiante-chercheure) _____, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées de la participante): _____.

Signature de l'étudiante-chercheure: _____.

Date: _____.

Témoin autre qu'un individu associé au projet

(nom en lettres moulées) _____.

Signature du témoin : _____.

Date : _____.

Annexe H

La grille entrevue

Exemples de questions pour faciliter la réflexion chez la participante,
van Manen (1984, 1990).

1. Pouvez-vous me décrire votre expérience d'allaitement maternel, telle que vous l'avez vécue (ou telle que vous la vivez)?
2. Au moment où vous avez rencontré le plus gros obstacle à votre allaitement maternel, pouvez-vous me décrire cet obstacle et ce qui vous a fait persister à allaiter?
3. Pouvez-vous me décrire un exemple particulier, de votre expérience d'allaitement, un incident qui demeure présent à votre esprit?
4. Qu'elle est la signification de l'allaitement maternel, pour vous?

Annexe I

Le questionnaire socio-démographique

L'expérience de persistance à l'allaitement maternel, des femmes primipares,
québécoises et francophones.

Questionnaire socio-démographique.

Participante: (code)_____.

Date:_____.

1. Vous habitez qu'elle région (ville):_____.
2. Quel est votre numéro de téléphone:_____.
3. Quel est votre âge? _____.
4. Quel est l'âge de votre conjoint? _____.
5. Quel est votre statut marital actuel:
 - mariée
 - conjointe de fait
 - célibataire
 - veuve
 - séparée
 - divorcée
 - autre
6. Avez- vous eu d'autres grossesses (sans avoir mené l'enfant à terme)?
 - oui non.
7. Quel est votre niveau de scolarité:
 - primaire
 - secondaire
 - collégial
 - universitaire
8. Quel est votre revenu familial annuel?
 - Inférieur à 14,999\$
 - 15,000 à 29,999\$
 - 30 à 49,999\$
 - 50 à 79, 999\$
 - Supérieur à 80, 000\$

7. À quelle date avez-vous accouchée? _____.

Questions concernant votre séjour à l'hôpital.

1. Avez-vous expérimenté la cohabitation mère-bébé? oui non.
2. Si vous avez répondu oui à la question précédente, pendant environ combien d'heures par jour? _____.
3. Vous a-t-on offert des substituts de lait maternel en cadeau, lors de votre hospitalisation? oui non.
4. Avez-vous eu des informations contradictoires de la part du personnel infirmier, en ce qui a trait à votre allaitement? oui non.

Si oui, lesquelles?

_____.

Questions concernant la période de post-partum.

1. Avez-vous eu recours à de l'aide pour votre allaitement, une fois de retour à la maison? oui non. Si oui, quel genre d'aide était-ce? (Cochez toutes les cases appropriées).
 - L'infirmière du CLSC.
 - Un groupe d'aide à l'allaitement maternel (ex: La Leche, Nourri-Source).
 - Un membre de la famille.
 - Votre conjoint.
 - Une amie.
 - Autre (précisez): _____.
2. Vous avez allaité pendant combien de temps? _____.
3. Allaitiez-vous encore en ce moment? oui non.
4. Si vous avez répondu oui à la question précédente, vous prévoyez allaiter jusqu'à ce que votre bébé ait quel âge? _____.

Merci!

Annexe J

Le certificat d'éthique

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

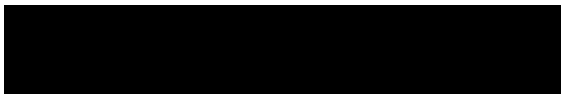
Titre du projet : L'expérience de persistance à l'allaitement maternel de femmes primipares francophones et québécoises

Sous la direction de : Chantal Cara

À la réunion du 28 mai 2001, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité et experte en éthique, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant de l'École d'optométrie et le représentant du Département de kinésiologie.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Ce certificat est émis pour la période du : 29 août 2001 au 29 août 2002.



Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.
Présidente, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619

Le 29 août 2001.

Annexe K

Les tableaux des données socio-démographiques
des participantes

Tableau i
Données Socio-Démographiques
des participantes

Participant (Nom fictif)	Âge	Primipare	Sexe du bébé	Participant et conjoint : francophones et nés au Québec	Statut	Revenu familial Annuel	Niveau de scolarité	Particularités
#1 : Anne	28 ans	Oui	Féminin	Oui	Conjointe de fait	Plus de 80 000\$	Universitaire	◆ Mairaine d'allaitement
#2 : Marguerite	34 ans	Oui	Féminin	Oui	Conjointe de fait	50 000- 79 999\$	Universitaire	◆ Maison de naissance
#3 : Isabelle	27ans	Oui	Féminin	Oui	Mariée	Plus de 80 000\$	Universitaire	◆ Mairaine d'allaitement ◆ Sa mère a allaité
#4 : Camille	31 ans	Oui	Masculin	Oui	Mariée	Plus de 80 000\$	Universitaire	◆ Mairaine d'allaitement
Moyenne	30 ans					Plus de 80 000\$		◆ A été allaitée

Tableau ii
Données concernant la grossesse et l'accouchement
des participantes

Participant (Nom fictif)	Grossesse Planifiée	Participation à des cours prénataux	Complications durant la grossesse	Moment de l'accouchement	Type d'accouchement	Complications durant l'accouchement
#1 : Anne	Oui	Oui	Non	40	Vaginal	Non
#2 : Marguerite	Oui	Non	Non	42 et 2/7	Vaginal	Non
#3 : Isabelle	Oui	Oui	Non	39	Vaginal	Application de la ventouse
#4 : Camille	Oui	Oui	Non	36 et 4/7	Vaginal	Non
Moyenne				39 et 3/7		

Tableau iii
Données sur les pratiques hospitalières
vécues par les participantes

Participantes (nom fictif)	Premier allaitement après la naissance	Cohabitation Mère-bébé	Réception de substituts de lait en cadeau	Informations contradictaires du personnel infirmier
#1 : Anne	45 minutes	Oui	Non	Oui
#2 : Marguerite	6 heures	Oui	Non	Non
#3 : Isabelle	10 minutes	Oui	Non	Non
#4 : Camille	12 heures	Oui	Oui	Oui
Moyenne	4.73 heures			

Tableau iv
Données concernant l'allaitement maternel
des participantes, de retour à domicile.

Participantes (nom fictif)	Aide à l'allaitement	Allaitement maternel exclusif pour au moins trois mois	Durée de l'allaitement maternel, au moment de l'entrevue	Allaitement présentement en cours	Âge du bébé auquel le sevrage est prévu
	Infirmière du CLSC				
	Nourri-Source				
#1 : Anne	Conjoint Membre de la famille	Oui	15 mois	Oui	Inconnu
	Nourri-Source				
#2 : Marguerite	Conjoint Sage-femme	Oui	4 ½ mois	Oui	12 mois
	Nourri-Source				
#3 : Isabelle	Conjoint Infirmière du CLSC Membre de la famille Amie	Oui	7 mois	Oui	12 mois
	Membre de la famille				
#4 : Camille	Membre de la famille Infirmière du CLSC	Oui	14 mois	Non	14 mois
Moyenne			10,13 mois		

Annexe L

Le tableau des sous-thèmes

des participantes

Tableau v

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes	Participantes				Fréquence	Total
	# 1	# 2	# 3	# 4		
Franchir les obstacles à l'allaitement	42	7	20	40	4	109
Les raisons qui motivent l'allaitement	10	27	15	14	4	66
Aptitudes positives nécessaires pour allaiter	20	14	7	6	4	47
L'importance du soutien infirmier	17	1	4	20	4	42
Les pratiques techniques reconnues de l'allaitement	3	6	10	12	4	31

Tableau v
Sous-thèmes pour chacune des participantes (suite)

Sous-thèmes	Participantes				Fréquence	Total
	# 1	# 2	# 3	# 4		
La nécessité du soutien du conjoint	9	11	1	6	4	27
L'importance du soutien informatif	6	1	6	8	4	22
Expérience globale positive de l'allaitement	4	5	4	9	4	22
Relation mère-bébé	3	9	1	1	4	14
Santé du bébé	1	8	3	1	4	13

Tableau v (suite)

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes	Participantes				Fréquence	Total
	# 1	# 2	# 3	# 4		
La présence du soutien de la famille	6	2	3	2	4	13
Vaincre les regards négatifs de la société sur l'allaitement	2	4	1	1	4	8
Importance d'un modèle d'allaitement	4	1	1	1	4	7
Le biberon comme solution aux difficultés de l'allaitement, chez le père	9		2	3	3	14

Tableau v (suite)

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes	Participantes				Fréquence	Total
	# 1	# 2	# 3	# 4		
Actualisation de la mère à travers le processus de l'allaitement	1	8		4	3	13
Le besoin de compétence des infirmières pour le soutien infirmier	3		2	4	3	9
L'importance du soutien des pairs	1	6	1		3	8
La promotion de la santé de la mère	3	12			2	15

Tableau v (suite)

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes	Participant				Fréquence	Total
	# 1	# 2	# 3	# 4		
Propos contradictoires des professionnels			1	8	2	9
L'évitement des pratiques reliées aux substituts de lait		2		6	2	8
La décision du sevrage de l'allaitement			1	5	2	6
L'encouragement via le soutien des amis (es)	3	2			2	5

Annexe M

L'entrevue d'Isabelle

<p>Étudiante-chercheure : Bonjour Isabelle.</p> <p>Participantante : Bonjour.</p> <p>Étudiante-chercheure : Pouvez-vous me décrire votre expérience d'allaitement telle que vous l'avez vécue ou telle que vous la vivez encore?</p> <p>Participantante : Ça bien été, juste le début, e le départ qui a été plus compliqué, e ça été difficile parce que e, un elle avait besoin de boire souvent, donc c'était pas e aux trois heures comme j'pensais que ça pouvait être (rire) e, a demandait le sein régulier a l'a souvent soif, pis elle a voulait toujours être avec nous autres, donc c'était difficile de, de la déposer quelque part, faire autre chose là, juste de dormir, mais e, j'dirais ça pris un bon deux semaines avant que ça aille bien, au bout d'un mois là ça allait beaucoup, beaucoup mieux là, pis après e, à partir de trois mois a l'avait aucun problème là, et pis j'ai pas eu de problème e, aucune gerçure, douleur, engorgement ou des choses qui ont été douloureuses. (rire)</p>	<p>Perception de difficulté reliée à la fréquence des boires.</p> <p>Perception de difficulté reliée au fait que le bébé demande la présence constante des parents.</p> <p>Perception que l'allaitement maternel va beaucoup mieux après un mois.</p> <p>Perception que l'absence de problème physique relié à ses seins ont facilité son allaitement maternel.</p>
<p>Étudiante-chercheure : Vous dites que la période qui a été la plus difficile, c'était au moment où votre bébé demandait pour le sein constamment.</p> <p>Participantante : C'est ça, ou e si elle tétait c'était pas nécessairement qu'a l'avait tout le temps soif, mais elle voulait toujours être sur moi ou avec moi, donc c'était dur de coucher tout seul dans son lit (rire) a voulait pas dormir dans son lit, dans une bassinette, fait que j'avais mis le moise à côté de notre lit, puis e a voulait pas dormir dedans</p>	<p>Perception de difficulté reliée au fait que le bébé demande la présence constante de sa mère.</p>

<p>non plus, dès que je la déposais même si a dormait à côté de moi pis je la déposais, e c'tait sûre qu'elle se réveillait, pis e là a pleurait jusqu'à temps que je l'a reprenne pis des fois même fallait que je la remette vraiment au sein pour que, pour qu'a se calme. Il fallait savoir quand elle avait soif ou quand elle voulait avoir autre chose c'était dur à déterminer, pour ça que, a dormait pas longtemps non plus là, a l'avait jamais l'air satisfaite, cé ça qui était dur.</p>	<p>Perception que le bébé ne dort que dans les bras de sa mère. Perception que de mettre le bébé au sein contribue à le calmer. Perception de difficulté à déterminer les raisons pour lesquelles le bébé demande le sein. Perception que le bébé n'a jamais l'air satisfait.</p>
<p>Étudiante-chercheure : Vous dites qu'elle n'avait jamais l'air satisfaite...</p> <p>Participant : E ben c'tait plus difficile au début, même j'y e, comme j'avais de la difficulté, j'pensais qu'elle avait toujours soif, donc j'avais l'gout d'y donner autre chose, un supplément pour la satisfaire, pis e, c'est ça, j'ai, j'ai résisté à cet envie finalement là (rire), mais on a quand même été acheter une bouteille (rire), mais on l'avait, mais c'est, c'est ça, c'est ça, juste d'aller acheter le lait c'tun peu comme un sentiment d'échec, finalement j'me suis e pas résignée mais j'ai, j'ai persévéré, un moment donné ça c'est rentré e dans l'ordre. A l'avais moins, elle était plus satisfaite, plus, un p'tit peu plus longtemps, des périodes un p'tit peu plus longues.</p>	<p>Perception que de résister à l'envie de donner un supplément pour satisfaire la soif du bébé représente ce qui est le plus difficile au début d'un allaitement. Perception de sentiment d'échec relié à l'achat de substitut de lait. Perception que la persévérance à l'allaitement permet que les problèmes rentrent dans l'ordre.</p>
<p>Étudiant-chercheure : Vous parlez de persévérance pour l'allaitement maternel, voulez-vous préciser (rire)?</p> <p>Participant : C'est ça les débuts c'est toujours, j'pense que pour pas mal tout le monde, d'après c'que j'ai vu, c'est e, c'est difficile, e y'a, c'est là où c'qu'on rencontre les, les, des, des embûches, on est très fatiguée, parce qu'on vient d'accoucher, pis on, on dort beaucoup moins, le</p>	<p>Perception que les débuts de l'allaitement sont difficiles. Perception que la fatigue représente une embûche à l'allaitement.</p>

bébé dort moins e, puis e là c'est ça tout est à revoir, pis on sait pas comment non plus, le bébé non plus y sait pas comment téter e, c'était tout e, tout est nouveau, donc c'est pour ça qu'au début c'est difficile.

Pis y faut persévérer, ou sinon, on manque notre coup pis e si on tombe à commencer à donner des, des suppléments, après ça ben e, on peut e compromettre l'allaitement pis on manque notre coup (rire).

Étudiante-chercheuse :

Vous dites que vous avez connu des embûches à votre allaitement maternel, mais que malgré ces dernières, vous avez persisté à allaiter?

Participant(e) :

E, j'suis, e j'ai demandé de l'aide e, j'veux dire, au bout de la deuxième semaine, j'suis allée e, au e, au CLSC, voir les e, les marraines de Nourri-source pour qui e qui me donne un p'tit peu plus d'être avec d'autres personnes qui allaitent pis voir e c'que c'était parce qu'on entend e autour e par les, la belle-mère, la mère, pis e, toutes sortes de choses, ah ben toi quand t'es née, ben au bout de deux semaines tu mangeais déjà du Pablum, pis e là a ce demande, là j'l'ai lu dans tous les livres qui faut pas faire ça, (rire) est-ce que des, j'm'en porte pas plus mal aujourd'hui d'avoir pris du pablum à deux semaines, est-ce que je devrais l'faire moi aussi, ou peut-être plus lui donner autre chose que juste du lait, fait que, c'est ça qui, y faut persévérer dans l'sens que, fallait pas que, fallait que j'fasse confiance en moi et non pas e, pis d'aller voir des gens qui étaient ferrés dans, dans le domaine et non pas prendre tout ce qui passe autour parce que un moment donné là si j'écoutais tout le monde là j'aurais eu beaucoup de, j'aurais lâché (rire).

Perception que le manque d'expérience de la part de la mère et du bébé représente une difficulté à l'allaitement.

Importance de la persistance à l'allaitement maternel.

Perception que de donner des suppléments peut compromettre l'allaitement maternel.

Importance d'aller chercher le soutien des marraines Nourri-Source.

Importance de passer du temps avec d'autres personnes qui allaitent.

Perception que de lire dans les livres, permet de savoir l'exactitude des propos des gens qui l'entourent quand à la période d'introduction du Pablum.

Perception que de se faire confiance contribue à la persévérance à l'allaitement maternel.

Importance des experts en allaitement pour la persévérance à l'allaitement.

Perception que d'avoir écouté l'influence négative des gens l'aurait conduit à cesser l'allaitement maternel.

Étudiante-chercheuse :

C'était votre moyen à vous de persévérer à allaiter. Plus tôt, vous me parliez de votre mère et de votre belle-mère qui vous disaient...

Participant :

Hum hum, e ben c'est ça ma mère elle c'est, elle a déjà allaité ma mère, mais la troisième, ma sœur qui est plus jeune que moi, e mon frère et moi par contre on a eu le biberon, e pour elle, bon c'est, c'était plus de, a connaissait un peu l'allaitement sauf que tsé elle l'avait peut-être vécu différemment, donc e c'était pas les vraies pratiques à ce moment là puis e, pour elle, même si on avait pu donner de la nourriture ça aurait pas dérangé là, je sais pas si a l'a allaité exclusif non plus, je, je me souviens pas, e, mais c'est vrai, a l'a, ça aurait pas, elle m'incitait de d'essayer d'y donner autre chose, «ah la p'tite a encore faim» ou a l'a c'tait, c'est ça qui était difficile. Pour ce qui est de la belle-mère, a l'a pas dit grand chose par exemple, elle a, elle, a disait juste que, qu'elle avait donné des biberons pis que, c'est, ça avait pas été très compliqué parce que elle mettait le biberon avec une serviette enroulée dans le lit pis e, ça pas été compliqué, ça pas été ben ben dure finalement des allaiter, (rire) sauf que c'était, comme un peu j'me sentais que j'y donnais, que j'me donnais du trouble pour e peut-être c'que ça allait donner au bout du compte, mais e juste e les bienfaits de l'allaitement, c'était ça m'aidait à continuer, parce que je l'savais que ça allait être meilleur que recourir à du e modifié là. Pis j'ai ma belle-soeur qui a eu un bébé un mois avant moi, elle c'est son deuxième, pis elle a allaité le premier, pis le, le deuxième aussi, pis ça pis, elle j'ai trouvé ça plus encourageant quand qu'a m'a dit «allaitez un bébé c'est le premier mois qui est le plus difficile, au bout d'un mois tu vas voir ça va mieux aller», ben elle son garçon lui ça allait bien, c'était e vraiment e, lui y buvait

Perception que l'expérience d'allaitement de sa mère diffère de nos pratiques d'aujourd'hui.

Perception de difficulté reliée à l'incitation de la mère à donner d'autres aliments.

Perception que les propos de sa belle-mère lui fait sentir qu'elle se donne du trouble à allaiter pour se que ça donne au bout du compte.

Perception que les bienfaits de l'allaitement aident à continuer.

Perception qu'allaiter est meilleur que de donner du lait modifié.

Perception de l'encouragement de sa belle-sœur lorsqu'elle partage son expérience d'allaitement maternel.

<p>aux trois heures, y dormait entre les boires, pis e y'avait, quand qui avait des périodes de réveil e, ça y pleurait tout le temps, mais moi la mienne c'était e réveillée quasiment tout le temps, puis e, quand que, c'était l'heure de la faire boire, ben là a dormait, pis c'tait c'était ben compliqué là (rire). J'aurais aimé ça dès le départ avoir eu plus d'informations e avant d'accoucher, savoir e, se mettre dans l'idée là, on m'a dit c'était aux trois heures fallait l'allaiter, pis à l'hôpital y me l'apportait aux trois heures e, là ici c'est, l'enfant y'avait pleuré avant ça changeait rien e, eux autres c'était, c'taux trois heures. J'avais dans l'idée que c'était aux trois heures fallait que j'allaite.</p>	<p>... Suite.</p> <p>Perception que le fait que le bébé dort aux heures des boires, est compliqué.</p> <p>Importance d'avoir plus d'informations sur l'allaitement avant d'accoucher.</p> <p>Perception que le personnel de l'hôpital ne favorise pas l'allaitement à la demande.</p>
<p>Étudiante-chercheuse : À l'hôpital, ils vous amenaient votre enfant aux trois heures pour la faire boire?</p>	
<p>Participant(e) : Oui, c'est ça si elle dormait ils l'a réveillaient, pis ils me l'apportaient, pis des fois a pleurait avant puis e si j'étais pas enclin à lui donner le sein tout de suite, c'tait, je j'suivais c'qu'on me disait de faire finalement (rire).</p>	<p>Perception d'impuissance face aux pratiques d'allaitement du personnel.</p>
<p>Étudiante-chercheuse : Vous avez dit que vous auriez aimé ça avoir plus d'informations, en regard à l'allaitement maternel avant l'accouchement?</p>	
<p>Participant(e) : Oui, j'aurais aimé avoir e peut-être un cours plus e étendu sur le sujet, ou e, e avoir des cours pratiques aussi que vous donnez au CLSC avec e, des mannequins pis des, des gens qui, qui ont déjà allaité, pis avoir les bonnes informations dès le départ, pour pouvoir, rendu à l'hôpital e, pouvoir prendre les décisions moi-même, là je à l'hôpital je savais pas trop comment ça fonctionnait</p>	<p>Perception que d'avoir des cours pratiques d'allaitement avant l'accouchement, aurait favorisé sa prise de décision quant aux pratiques hospitalières concernant l'allaitement maternel.</p>

donc j'me fais entièrement aux infirmières, pis e j'ai été un p'tit peu déçue à ce moment là, mais pour le deuxième j'me ferai pas avoir (rire). Alors pour le deuxième, à ce moment là j'vais plus e l'avoir, j'vais plus l'avoir à côté de moi, là elle était dans un p'tit cubicule à côté, quand que la porte est fermée on entendait pas vraiment que le bébé pleurait, donc j'vais e, le, le prochain j'aimerais ça l'avoir vraiment à côté de moi, j'l'avais demandé un moment donné pour qu'elle dorme avec moi, mais e il fallait laissé toutes les lumières allumées, parce que elle est, elle faisait une, un p'tit peu de jaunisse, pis moi dormir avec de la lumière, j'suis pas capable, je j'aurais pas été capable de dormir, à ce moment là j'ai, j'ai dit ok, cé ça, j'pense que la prochaine fois là, je l'inclus pas là si ils me le mettent au sein, le faire boire le plus souvent possible pour qu'il élimine la, la bilirubine, c'est pas e juste la lumière qui est en cause, fait que j'aimerais ça pour le prochain l'avoir plus avec moi, pis répondre vraiment à la demande, et non pas attendre que le bébé soit pâmé ou e ou d'avoir à le réveiller, ça j'suis pas, j'ai pas compris le principe de réveiller un bébé quand qui dort, après ça a dormait au sein, pis ça prenait une heure et demi l'allaiter, pis j't'ait, c'tait décourageant, pis là heure et demi l'allaiter pis une heure et demi plus tard ils me le rapportait pareil là, (rire) c'était, c'est ça, c'est pour ça que ça parti un peu croche là, dans l'fond.

Étudiante-chercheure :

Vous parlez d'allaiter à la demande pour votre deuxième bébé...

Participant(e) :

Je l'aurais fait pour le premier. C'est plus un manque d'informations pour le premier dans l'fond, le fait que j'ai pas allaité à la demande, j'ai lu des livres qui disaient tous, on allaite à la demande, sauf que rendu à l'hôpital c'est différent ce qu'on nous montre, c'est pas tout le temps, ils nous l'amènent aux trois heures, c'est ça, on nous dit c'est aux trois heures.

Perception d'être déçue de s'être fier entièrement aux infirmières.

Perception qu'au deuxième bébé, elle ne se fera plus avoir, elle aura le bébé à côté d'elle.

Importance de l'augmentation de la fréquence des allaitements lors d'une jaunisse.

Importance d'allaiter à la demande.

Perception que de ne pas allaiter à la demande est décourageant.

Perception que de ne pas allaiter à la demande est relié au manque d'information.

Perception que les pratiques hospitalières diffèrent des informations lues.

<p>Pis j'ai eu une bonne infirmière sur le lot que j'ai eu, les autres parce qu'on a, j'pense à peu près e, en deux jours j'ai vu au moins cinq infirmières, que ce soit la nuit, le jour et tout, donc c'tait e, c'est pour ça e, y disent pas toutes la même chose, pis y'ont pas toutes la même connaissance non plus e, sur l'allaitement; pis y'ont pas toutes le, le même vouloir, ben ça je n'ai eu plusieurs qui, qui insistaient pour donner des e, des suppléments e, y'en a une qui en a donnée une fois, donc c'est e, ça faite sauter un boire à ce moment là, tsé, c'est pas la bonne chose j'trouve qui était à, à faire à ce moment là, là, tsé.</p> <p>c'est de montrer les, les bonnes techniques dès le départ,</p> <p>j'aurais aimé avoir plus le bébé plus souvent avec moi,</p> <p>y'était là, sauf que on m'disait pas vraiment quoi faire (rire),</p> <p>ou on m'disait pas les bonnes choses à faire (rire).</p> <p>Étudiante-chercheuse :</p> <p>Pouvez-vous me décrire un exemple particulier, un moment, un incident en ce qui a trait à votre expérience d'allaitement naturellement et qui demeure encore présent à votre esprit?</p> <p>Participante :</p> <p>Événement négatif ou positif (rire) faut que ce soit un ou l'autre (rire).</p> <p>Étudiante-chercheuse :</p> <p>Oui,</p> <p>Participante :</p> <p>E, (silence) e j'ai pas d'idée, peut-être me donner un exemple pour</p>	<p>Perception que les infirmières ne disent pas les mêmes choses à propos de l'allaitement maternel.</p> <p>Perception que les infirmières n'ont pas toutes le même vouloir face à l'allaitement.</p> <p>Perception que de donner des suppléments n'est pas la chose à faire pendant l'allaitement.</p> <p>Importance de montrer les bonnes techniques dès le départ.</p> <p>Perception de ne pas avoir eu le bébé assez souvent avec elle, à l'hôpital.</p> <p>Perception que les infirmières ne lui disaient pas quoi faire pour allaiter.</p> <p>Perception que les infirmières ne disaient pas les bonnes choses à faire par rapport à l'allaitement maternel.</p>
--	--

<p>que je réussisse à en donner un.</p> <p>Étudiante-chercheuse : Lorsqu'on vous parle de votre allaitement, de votre expérience d'allaitement, est-ce qu'il y a quelque chose qui vient à votre esprit?</p> <p>Participantante : Moi j'trouve que ça été très positif. C'est sûre que le début est difficile mais là e, j'trouve que ça va tellement mieux, puis e, j'aurais d'la misère même à aller, donner du lait e de (rire) de vache, de modifier, de, de faire le, le saut, e j'pense ça va être difficile pour moi de sevrer le bébé là, j'pense cé plutôt moi qui va falloir que je sèvre (rire) plutôt que le bébé, donc e en gros j'trouve que c'est un bon rapport que j'ai avec ma fille, pis e c'est quelque chose qui est juste entre elle et moi, pis que, pis e, pis que y'a juste moi qui peut lui donner pour le moment, et puis e, j'trouve que c'est la meilleure chose que j'peux faire pour elle.</p>	<p>Perception que l'expérience d'allaitement est positive. Perception que les débuts de l'allaitement sont difficiles. Perception de difficulté pour la mère, à sevrer le bébé. Perception que l'allaitement favorise un bon rapport mère-bébé. Perception que l'allaitement maternel représente la meilleure chose qu'elle peut faire pour son bébé.</p>
<p>Étudiante-chercheuse : Quelle est la signification de l'allaitement maternel pour vous?</p> <p>Participantante : E de prendre soin, le meilleur soin qu'on peut donner à un bébé. La meilleure chose que j'peux, le meilleur cadeau que j'peux lui faire e à la naissance, lui donner e les bienfaits de l'allaitement. Étudiante-chercheuse : Donc ce que vous dites, c'est que vous avez le sentiment de donner le meilleur à votre bébé, lorsque vous allaitez?</p>	<p>Perception que l'allaitement maternel représente le meilleur soin à donner au bébé. Perception que les bienfaits que procure l'allaitement maternel représentent le meilleur cadeau à faire au bébé.</p>

<p>Participant :</p> <p>Oui c'est ça, mais j'suis très, tsé pis là, y'en a qui vont dire aussi que c'est beaucoup prenant, ça prend beaucoup de temps, pis j'pas libre, mais j'me dis c'est juste quelques mois de ma vie sur une vie, que je, sur quatre-vingt ans là, c'est, c'est quoi là un an de, allaiter un bébé pis pour elle ça peut lui donner la santé aussi d'avoir moins de problèmes d'allergie qui vont la suivre toute aussi toute sa vie à ce moment là, fait que c'est e vraiment lui e, lui donner e d'la santé, pis e, fait que j'ai fait attention pendant ma grossesse, c'était une suite logique d'allaiter, puis de faire attention à elle. Parce que l'alimentation c'est quelque chose qui est primordial pour e le la santé et le bien être.</p>	<p>Perception que pour certaines personnes l'allaitement est très prenant en terme de temps et de liberté.</p> <p>Perception que l'allaitement représente que quelques mois d'une vie.</p> <p>Perception qu'allaiter représente une suite logique à la grossesse en terme de faire attention au bébé.</p> <p>Perception que l'alimentation est primordiale pour la santé et le bien-être.</p>
<p>Étudiante-chercheure :</p> <p>Vous avez aussi mentionné que les autres vous disaient que c'était prenant.</p>	
<p>Participant :</p> <p>Oui, oui beaucoup de, de gens c'est ça qui pensent, «ah va falloir que tu te lèves la nuit e, puis e, ça peut pas être ton chum qui te remplace, pis tout ça, mais en fait j'trouve que c'est encore moins compliqué parce que le bébé, j'avais juste à l'prendre le mettre à côté de moi, a buvait pis des fois on s'endormait ensemble, pis c'est, c'tait l'affaire de quelques minutes et j'étais pas complètement réveillée, j'avais pas besoin de me lever, d'aller faire chauffer le, le biberon, même si le lait est déjà prêt dans bouteille, faut quand même le réchauffer, faut allumer les lumières, faut faire chauffer de l'eau, donc ça prend, on est déjà très réveillé là, mais lui e, c'est ça j'la prenait à côté de moi dans la p'tit, le p'tit moïse, pis j'la faisait boire, cinq minutes pis c'était fini là, pis e y'en a qui vont dire (rire), «ah oui c'est ton mari pourrait le faire lui aussi», sauf que, la plupart du temps, j'veux pas dire que c'est, (petit rire)</p>	<p>Perception que beaucoup de gens pensent que le conjoint ne peut remplacer la mère pour l'allaitement durant la nuit.</p> <p>Perception que l'allaitement maternel n'est pas compliqué comparativement au biberon, surtout la nuit.</p> <p>Perception que certaines personnes affirment que le père contribue à donner le biberon.</p>

<p>que tous les, les maris font pas e font pas attention à leurs enfants, du tout, mais e y vont faire ça un temps, mais après ça y vont plus se délaissier ou e, faut dire aussi que mon mari y travaille, donc j'voulais qui puisse quand même dormir pour pouvoir e, y va quand même travailler le lendemain e, fait que j'voulais qui puisse avoir comme une bonne nuit, pour que quand lui y revient du travail il puisse s'en occuper un p'tit peu aussi, mais la nuit, c'est, c'était moi qui s'en occupait.</p>	<p>Perception que les pères ne donnent pas plus le biberon.</p>
<p>Pis j'trouvais ça beaucoup moins compliqué là, e d'allaiter la nuit que de donner le biberon.</p>	<p>Importance de respecter le sommeil du père qui travaille.</p>
<p>C'est que j'pouvais sortir partout où que j'voulais aller, c'tait tout le temps prêt, j'quittais, j'ai commencé à sortir pour aller magasiner et tout, et y'a y'a des places maintenant qu'on peut allaiter e plus e tranquille, ça c'est, j'pouvais aller magasiner pis j'avais pas a, j'pouvais y aller le la longueur de temps que je voulais mais si y'avait fallu que j'aïlle un biberon, ça, ça aurait été plus compliqué pour trouver un endroit pour le préparer, pour toutes les préparer, faut faire attention au, au froid, au chaud, e fait que c'est ça qui aurait été plus compliqué, je trouve, donc dans l'allaitement, c'est ça qui est avantageux, pis e c'est e aussi c'est très réconfortant pour le bébé là quand qu'on allaite partout, si e a se met à pleurer pour x raison, des fois juste la mettre au sein, pas parce qu'a l'a faim, mais juste parce qu'a besoin de réconfort, c'est, c'est suffisant pour la calmer,</p>	<p>Perception qu'allaiter est moins compliqué que de donner un biberon, surtout la nuit.</p>
<p>pis ça, ça peut être agréable (rire).</p>	<p>Perception qu'allaiter permet de sortir partout.</p>
<p>Étudiante-chercheuse : Vous parliez aussi de votre conjoint, que les gens disaient : «oui mais ton conjoint peut pas participer». J'aimerais que vous précisiez votre pensée, à ce sujet.</p> <p>Participant(e) : E y'a participé autrement, c'est sûre que y'a pas allaité le bébé</p>	<p>Perception que de donner un biberon dans un endroit public, est compliqué.</p> <p>Perception qu'allaiter est réconfortant pour le bébé.</p> <p>Perception que l'allaitement est suffisant pour calmer un bébé.</p> <p>Perception qu'allaiter un bébé pour le calmer peut être agréable.</p> <p>Importance d'impliquer le père dans les soins au bébé, en période d'allaitement maternel.</p>

(rire) y a pas donné de lait au bébé, sauf que y'était là présent pour la, la bercer aussi, pour e s'occuper bon l'hygiène, pour la, la changer sa couche, lui donner son bain de temps en temps, e aussi s'occuper de moi, faire la, la bouffe pour moi aussi pis pour lui, (rire) faire le ménage e, y'était là aussi quand j'allaitais y'était quand même à côté de moi aussi, cé sûre qui était pas inactif là, y'était pas passif là-dedans là, y s'occupait plus de moi, ça laisse plus de temps au père de s'occuper de la mère (rire) c'est peut-être un avantage pour la mère (rire).

Étudiante-chercheuse :

Est-ce que vous voulez ajouter autre chose à ce qui a trait à votre expérience d'allaitement?

Participant :

C'est pas mal ça, que c'est une belle expérience qui vaut la peine d'être vécue et qui faut être persévérant au début, pis e après ça, ça va e ça va de soit, pis même c'est plus avantageux j'trouve, pis là j'regarde ça avec un recul, pis les, les premières semaines ça été dure, sauf que c'est, c'est rien comparativement à ce que je, je j'lui ai donné finalement.

Fait qu'a va être contente de moi (rire).

Étudiante-chercheuse :

Je vous remercie beaucoup Isabelle.

... Suite.

Importance que le père s'occupe des tâches ménagères durant l'allaitement.

Perception que le père n'est ni passif, ni inactif lors de l'allaitement maternel.

Perception que l'allaitement représente une expérience qui vaut la peine d'être vécue.

Importance de la persévérance au début. Perception que l'allaitement est plus avantageux.

Perception que les difficultés d'allaitement du début, ne sont rien comparativement à ce que l'allaitement donne finalement.

Perception que son enfant va être contente d'elle.

Addendum

Modifications apportées lors de la 2^e entrevue de la participante 3 (Isabelle, nom fictif)

Deuxième entrevue réalisée via entrevue téléphonique d'une durée de trois quart d'heure, le 3 mars 2002. Participante en accord avec le contenu et l'analyse de l'entrevue, à l'exception de trois passages.

1) Passage du verbatim :

« ...je n'ai eu plusieurs qui, qui insistaient pour donner des e, des suppléments e, y'en a une qui en a donnée une fois, donc c'est e, ça faite sauter un boire à ce moment là, tsé, c'est pas la bonne chose j'trouve qui était à, à faire à ce moment là, là, tsé. »

Analyse originale (page 9, troisième analyse) :

Perception que de donner des suppléments n'est pas la chose à faire pendant l'allaitement.

Commentaire de la participante :

Je voudrais préciser mon idée en ajoutant : surtout au début de l'allaitement.

Analyse modifiée :

Perception que de donner des suppléments n'est pas la chose à faire pendant l'allaitement, surtout au début de l'allaitement.

2) Passage du verbatim :

« ...sauf que, la plupart du temps, j'veux pas dire que c'est, (petit rire) que tous les, les maris font pas e font pas attention à leurs enfants, du tout, mais e y vont faire ça un temps, mais après ça y vont plus se délaissé... ».

En référence à l'utilisation du biberon.

Analyse originale (page 12, première analyse):

Perception que les pères ne donnent pas plus le biberon.

Commentaire de la participante :

Participant 3 (Isabelle, nom fictif), suite.

Ce que je voulais dire est qu'après quelques jours, les pères se fient aux mères et ne donnent plus le biberon.

Analyse modifiée :

Perception que les pères ne donnent pas plus le biberon, car après quelques jours, ils se fient aux mères.

3) Passage du verbatim :

« ... ou e, faut dire aussi que mon mari y travaille, donc j'voulais qui puisse quand même dormir pour pouvoir e, y va quand même travailler le lendemain e, fait que j'voulais qui puisse avoir comme une bonne nuit, pour que quand lui y revient du travail il puisse s'en occuper un p'tit peu aussi, mais la nuit, c'est, c'était moi qui s'en occupait. »

Analyse originale (page 12, deuxième analyse) :

Importance de respecter le sommeil du père qui travaille.

Commentaire de la participante :

Je voulais préciser : qui travaille à l'extérieur de la maison.

Analyse modifiée :

Importance de respecter le sommeil du père qui travaille à l'extérieur de la maison.