

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL MÉMOIRE)

PAR
SANDRINE VALLÉE-OUIMET

UNE ANALYSE SITUATIONNELLE DU DISCOURS DES MÈRES AYANT
CHOISI UNE ALTERNATIVE À L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF :
ENJEUX POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

NOVEMBRE 2019

Sommaire

L'allaitement maternel est reconnu pour ses nombreux avantages sur la santé des bébés et des mères. Cependant, les mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif peuvent vivre de la culpabilité et parfois un sentiment d'échec. Cette problématique réaffirme l'importance de comprendre le vécu de ces mères afin de leur fournir un soutien et un accompagnement adéquat. Cette étude qualitative, inspirée des théories féministes, présente une analyse situationnelle des parcours de mères ayant choisi des alternatives à l'allaitement maternel exclusif. Pour effectuer cette analyse, neuf (9) mères ayant choisi des alternatives à l'allaitement maternel exclusif ont été interrogées lors d'entrevues semi-dirigées.

Les résultats de cette étude ont ensuite été analysés et interprétés en respect des principes de l'analyse situationnelle. Ils décrivent comment se construit le choix alternatif à l'allaitement maternel exclusif, situent ce choix à travers un ensemble de soins culturellement congruent à l'allaitement maternel et finalement, contrastent ce choix à la norme sociale de l'allaitement.

La discussion illustre le processus de négociation dans lequel s'engagent les mères à l'égard des différentes normes liées à l'allaitement. Cette négociation s'opère par l'intrication des normes sociales et professionnelles associées aux pratiques d'allaitement ainsi qu'au rapport au corps et aux injonctions relatives à la « bonne » maternité. Plusieurs

recommandations découlent de cette étude dont l'apport du rôle infirmier d'*advocacy*, l'importance d'une approche centrée sur les mères et le déploiement plus flexible des politiques d'allaitement.

Mots-clés:

allaitement, autonomie, maternité, processus décisionnel, analyse situationnelle, féminisme

Keywords:

breastfeeding, autonomy, maternity, decision making, situational analysis, feminism

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations	ix
Remerciements	xi
Introduction	xiii
Problématique	4
Bienfaits de l’allaitement maternel pour le nourrisson	5
Allaitement exclusif au Québec (Canada) : État des lieux	8
Évolution de la pratique infirmière en contexte d’allaitement et enjeux éthiques	11
Pertinence pour la pratique infirmière	14
Buts, objectifs et question de la recherche	15
Recension des écrits	17
Recension des écrits : méthodes, résultats et sélection	18
Recension des écrits : contenus	19
Choix du mode d’alimentation du nourrisson	20
Culture de soins entourant l’allaitement maternel exclusif	30
Normes sociales de l’allaitement maternel	40
Cadre de référence	52
Normativité sociale et impact de la culture sur le soin	53
Comprendre la normativité sociale à partir du modèle <i>sunrise</i>	61
Vers une compréhension socioculturelle des pratiques de l’allaitement	64
Méthodologie	67
Devis de recherche : L’analyse situationnelle	68
Influences théoriques de l’AS de Clarke	70
Influence d’une approche en analyse du discours	70
Influence de la théorie de l’acteur réseau	72
Influence de la cartographie situationnelle	73

Échantillonnage.....	75
Recrutement.	76
Collecte des données et outils.	79
Analyse des données.	81
Considérations éthiques.....	81
Critères de scientificité.....	82
Pertinence du sujet.	83
Rigueur.	83
La sincérité.	83
La crédibilité.	84
La résonance.....	85
La contribution significative.	85
L'éthique.	86
La cohérence.	86
Avantages et limites méthodologiques.....	87
Résultats	88
Description de l'échantillon	89
Thèmes émergents	91
Allaitement maternel exclusif : un objet de négociation du soin.	92
Ajustement des pratiques d'allaitement : entre restructuration et persuasion.	102
Allaitement maternel exclusif : entre normes et performances.	116
Discussion	102
Discours de confusion	137
Discours d'accommodement.....	139
Discours d'appréhension.....	142
Discours de résistance	143
Discours naturaliste.....	146
Discours dissociatif entre le non-humain et l'humaine.....	147
Discours de justification.....	149
Avantages et limites de la recherche	150
Recommandations selon les cinq axes infirmiers	152
Pratique.....	152

Gestion.	154
Formation.	155
Recherche.	156
Politique.	156
Conclusion	158
Références	17
Appendice A	178
Appendice B	180
Appendice C	182
Appendice D	184
Appendice E	186
Appendice F	188
Appendice G	192
Appendice H	196
Appendice I	200
Appendice J	227

Liste des tableaux

Tableau

1. Sélection des principales sources retenues.....19
2. Éléments applicables à la culture de soins favorable à l’allaitement maternel exclusif selon les facteurs du modèle sunrise..... 61
3. Caractéristiques sociodémographiques des participantes..... 91
4. Instrument de maintien pour l’allaitement..... 112
5. Synthèse de la deuxième partie des résultats.....115

Liste des figures

Figure

1. Modèle *sunrise* de Madeleine Leininger 59
2. Carte situationnelle de discours 137

Liste des abréviations

AS	Analyse situationnelle
CINAHL	<i>Current Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CHU	Centre hospitalier universitaire
DSP	Direction de la santé publique
IAB	Initiative amis des bébés
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LLLI	La ligue internationale La Leche
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UQO	Université du Québec en Outaouais

Sous le manteau de la prudence qu'on prend parfois pour de la sagesse, on reconnaît souvent la peur.

Gilles Vigneault.

Chaque culture est dominée par un modèle maternel idéal qui peut varier selon les époques. Qu'elles en soient conscientes ou non, il pèse sur toutes les femmes. On peut l'accepter ou le contourner, le négocier ou le rejeter, mais c'est toujours par rapport à lui qu'on se détermine en dernière instance

Elisabeth Badinter, 2010, p.172

Remerciements

Merci, spécialement, à toutes les participantes de cette étude. Vous entendre a été un réel plaisir et chacune de vous m'avez fait évoluer. Vous avez pris le temps, votre précieux temps, de me partager vos vécus avec tant d'authenticité, de bonté et d'émotions. Mes rencontres avec vous ont été transformatives et nourrissantes. Au-delà de la recherche, vous m'avez fait grandir et surtout m'avez encouragée à persévérer pour que vos voix soient entendues. Merci pour toute cette générosité.

Merci à ma directrice Monique Benoit. Monique, tu as été plus qu'une directrice. Tu es un modèle de femme inspirante et touchante. Nos partages ont été très enrichissants. Tu es une personne que j'admire avec un grand bagage d'expériences professionnelles et personnelles. C'est avec une belle sagesse que tu as toujours su me poser les bonnes questions pour me faire cheminer. Merci pour ta disponibilité, ton ouverture d'esprit et ta sensibilité à la conciliation familiale. Merci à mon codirecteur Pierre Pariseau-Legault. Pierre, il y a de ces gens que nous admirons et qui marquent nos vies. Tu en fais irrévocablement partie. Je te suis très reconnaissante pour toutes ces premières expériences scientifiques. Ta disponibilité, ton écoute authentique et respectueuse, tes précieux conseils et tes mots d'encouragement ont été grandement appréciés. Pierre, tu as un souci des gens qui t'entourent qui m'impressionne; une vraie boussole morale.

Merci à l'OIIQ et au MEES pour votre support financier qui m'a permis de mener à terme ce projet. Je vous suis très reconnaissante de votre implication à l'égard de l'avancement de la pratique infirmière et auprès des étudiants qui terminent leurs études de deuxième cycle.

Elisabeth, Laurent et #3, vous êtes venus au monde à travers cette folle aventure. J'ai eu la chance d'apprendre la maternité en écrivant sur celle-ci. Vous m'avez inspiré et encouragé

malgré vous, à garder espoir et concilier la famille dans tout ce tourbillon d'écriture. Vous êtes l'essence de ce projet et ma plus grande source de motivation. Francis, malgré tous ces moments volés pour écrire tu m'as encouragé et surtout tu as toujours cru en moi. Merci pour ton réconfort et ta confiance. Un si gros projet bouscule le couple et la famille, mais tu as toujours été présent pour moi; pour ce projet qui m'était précieux. Merci pour nos nombreuses discussions qui ont permis de faire évoluer ma pensée. Sans toi, je n'y serais indéniablement pas arrivé.

Merci à Manon, Robert et Micheline. Comme le dicton le dit si bien, il faut un village pour élever des enfants. Vous êtes mon village. Merci d'avoir pris tout ce temps avec vos petits-enfants. Merci mes amies. Corine, Laurie, Mélanie, vous m'avez fait rire quand tout devenait trop sérieux. Émilie, ta lunette avocate-anthropologiste, amenait toujours des réflexions pertinentes, sensibles et justes pour faire évoluer mes réflexions. Merci, Aure, pour nos nombreuses discussions sur l'allaitement. Merci à Francine pour ta disponibilité et ton souci de m'accorder du temps pour ce projet. Merci, Alain, d'avoir accepté que je prenne ces nombreuses journées d'écriture en m'absentant du travail. Merci à Virginie et Julien pour votre support moral. Merci aux professeurs qui m'ont partagé leurs savoirs : Sylvain Brousseau, Roseline Galipeau, Lucie Lemelin, Lili Lessard, Martine Mayrand-Leclerc et Eric Tchouaket Nguemeleu. Merci à ceux et celles que je n'ai pas nommés et qui, de près ou de loin, m'avez encouragée et stimulée.

Introduction

Le modèle de la maternité idéale est une conception évolutive retrouvée dans toutes les cultures. Selon Badinter (2010), les femmes se positionnent, de façon consciente ou non, par rapport à ce modèle. Le modèle de la maternité idéale actuellement valorisé propose que l'enfant soit mis au centre de la vie de la mère (Hays, 1996; Lee, 2008). Cette conception de la maternité cherche à éliminer toutes formes de risque entourant la santé de l'enfant. En contexte postnatal, l'alimentation, plus spécifiquement l'allaitement, serait au centre des discours portant sur les comportements de santé entourant la bonne maternité (Striley & Field-Springer, 2014). En l'occurrence, de nombreuses organisations internationales, dont l'Organisation mondiale de la santé (2019) (OMS ci-après) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2019) (UNICEF ci-après), appuient formellement l'allaitement maternel.

La littérature scientifique propose que cette forte association culturelle entre l'image de la bonne maternité et l'allaitement puisse octroyer un sentiment de culpabilité chez les mères qui optent pour des alternatives à l'allaitement maternel exclusif (Benoit, Goldberg & Campbell-Yeo, 2016; Chabrol, Walburg, Teissedre, Armitage & Santrisse, 2004; Earle, 2002; Groleau, Pizzaro, Molino, Gray-Donald & Semenic, 2016; Holcomb, 2017; Knaak, 2010; Labbok, 2008; Lee, 2008; Mander, 2008; Nihlén Fahlquist, 2016; Redshaw & Henderson, 2012). Il devient conséquemment important de concevoir comment les mères qui choisissent une alternative à l'allaitement maternel exclusif en viennent à négocier cette norme en période postnatale notamment dans le contexte de soins leur étant offert.

L'étude de Hvatum et Glavin (2016) propose qu'au-delà de la culpabilité et la honte de ne pas répondre aux attentes de cette norme favorable à l'allaitement, cette négociation que font

les mères a pour effet d'entraîner une impression d'enfreindre la loi lorsqu'elles cessent l'allaitement. Cet enjeu concerne directement la pratique infirmière, puisque la culture de soins favorable à l'allaitement est désormais appuyée par de nombreuses recommandations gouvernementales (MSSS, 2019) et professionnelles (OIIQ, 2015). De plus, selon Statistique Canada (2019b), 99 % des Québécoises, en 2017, avaient donné naissance en milieu hospitalier. Dans de telles circonstances, les infirmières se retrouvent, de toute évidence, au centre des discours et des pratiques portant sur la promotion de la santé et plus particulièrement sur les avantages de l'allaitement maternel (OIIQ, 2015).

Ce mémoire vise ainsi à faire l'analyse situationnelle des discours de mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif dans un contexte où ce mode d'alimentation du nourrisson est actuellement privilégié au sein de bon nombre d'institutions et des pratiques de soin. La première partie vise à positionner les enjeux entourant la problématique portant sur les mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif et décrira sommairement les buts, objectifs et questions associées à cette recherche. La seconde partie détaillera l'ensemble des écrits scientifiques portant sur le sujet. La troisième partie visera à définir le cadre de référence portant sur la normativité sociale à travers la théorie du soin transculturel de Madeleine Leininger (2002). Par la suite, la quatrième partie présentera la méthodologie choisie qui est l'analyse situationnelle d'Adèle Clarke (2005; Clarke, Friese, Washburn, 2018). La cinquième partie exposera les résultats de cette présente étude. La discussion sera étayée en sixième partie, qui portera également sur les retombées de cette recherche pour les infirmières et plus généralement pour l'évolution des connaissances en sciences infirmières.

Problématique

Dans cette partie, portant sur la problématique, nous décrivons les bienfaits de l'allaitement maternel pour le nourrisson, l'état des lieux relatif à l'allaitement exclusif au Québec, l'évolution de la pratique infirmière en contexte d'allaitement et les enjeux éthiques. Nous soulignons également l'importance de tels enjeux pour la pratique infirmière et présentons les buts, les objectifs et la question de recherche qui supporte le présent mémoire de maîtrise.

Bienfaits de l'allaitement maternel pour le nourrisson

L'allaitement maternel est reconnu pour ses nombreux avantages tant pour la santé de la mère que pour celle du bébé (Binns, Lee & Low, 2016). À cet effet, l'UNICEF (2019) rappelle que l'allaitement maternel est optimal pour le bébé, autant pour sa composition nutritive que son apport immunitaire unique. De plus, chez le bébé, l'allaitement serait un facteur de protection contre l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, l'asthme et les leucémies (UNICEF, 2019). Chez la mère, l'allaitement serait un facteur de protection contre le cancer du sein (Collaborative group on hormonal factor in Breast cancer, 2002) et de l'ovaire (UNICEF 2019). Ce positionnement favorable à l'allaitement maternel s'exprime par l'intermédiaire de plusieurs organisations internationales qui par les différentes normes qu'elles produisent, appuient formellement l'allaitement. C'est notamment le cas de l'OMS (2019) et de l'UNICEF (2019). Ainsi, depuis 1989, l'OMS et l'UNICEF soutiennent toutes deux concrètement cette « culture de l'allaitement maternel », que nous décrirons plus en détail lors des prochaines parties en nous appuyant sur les dix conditions pour un succès de l'allaitement maternel et leur implantation au Québec (MSSS, 2019).

Par la suite s'en sont suivies les déclarations d'Innocenti de 1990 et de 2005 portant sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. La déclaration de 1990 visait notamment l'allaitement maternel exclusif¹ pendant quatre à six mois. La déclaration de 2005 visait, quant à elle, l'amélioration des pratiques d'allaitement chez les mères, la consolidation des mesures de protection par le biais de politiques de santé et un objectif global d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois en continuant d'allaiter, par la suite, jusqu'à deux ans ou plus (UNICEF, 1990; UNICEF, 2005). C'est à travers ces déclarations qu'ont été lancées en 1991, toujours par l'OMS et l'UNICEF, les initiatives hôpitaux amis des bébés visant la création de milieux de soins où l'allaitement maternel exclusif allait constituer la norme (MSSS, 2019). Au Canada, les initiatives hôpitaux amis des bébés ont été réformés par l'initiative amis des bébés (IAB ci-après). L'IAB est désormais un programme international de support à l'allaitement qui vise à offrir le meilleur départ dans la vie de tous les enfants en encourageant l'allaitement (MSSS, 2019). Ces changements visaient une plus grande inclusion des différents milieux de soins fréquentés par les parents, dont les CLSC et les maisons de naissances (MSSS, 2019). Ces initiatives s'accompagnent notamment du contrôle des publicités portant sur les formules lactées (MSSS, 2019). Ces publicités doivent ainsi être remplacées par un message promotionnel de l'allaitement (MSSS, 2019). Actuellement, en concordance avec ces normes nationales et internationales, le Québec se positionne dans une culture institutionnelle favorable à l'allaitement. C'est donc sous l'égide de l'IAB que l'allaitement est promu à travers le Québec (MSSS, 2019).

¹ Dans le cadre de ce mémoire, il est entendu par choix alternatif tant un choix du mode d'alimentation du nourrisson fait initialement par les femmes/mères qui est autre que l'allaitement maternel exclusif qu'un choix alternatif suite à une phase d'essais de l'allaitement maternel exclusif.

C'est le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS ci-après) qui, depuis 2008, détient le mandat d'accréditer les établissements de santé en octroyant la certification IAB (MSSS, 2019). À cet égard, ce sont surtout les infirmières qui dans leur pratique, ont pour rôle de promouvoir l'allaitement et deviennent, par conséquent, les principales représentantes des normes entourant la culture de soins en faveur de l'allaitement (OIIQ, 2015). C'est ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ ci-après) s'est engagé à favoriser l'allaitement maternel exclusif les six premiers mois de vie du bébé avec l'aide de l'IAB (OIIQ, 1998). Concrètement, l'OIIQ invite ainsi toutes les infirmières à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement (OIIQ, 2015). La formation pratique des infirmières, dans le cadre de l'IAB, représente également un avantage considérable dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Dans un tel contexte, on peut dire que les infirmières deviennent des représentantes d'une culture de soins favorable à l'allaitement maternel exclusif.

Considérant l'impact de l'action gouvernementale dans la culture de soins favorable à l'allaitement ainsi que l'apport du rôle infirmier de promotion et de protection de l'allaitement, la présente partie du mémoire propose une description des enjeux de santé publique associés à l'allaitement. Un des indicateurs souvent nommés dans la description des enjeux québécois d'allaitement est le taux d'allaitement maternel exclusif. Il sera notamment question des mesures instaurées par le gouvernement du Québec afin d'augmenter ce taux. Ensuite, une présentation des initiatives visant à instaurer une culture institutionnelle de soins favorables à l'allaitement sera présentée. Les effets de ce positionnement sur les mères, spécialement celles qui choisissent une alternative à l'allaitement maternel exclusif, seront également synthétisés puisqu'ils occupent une place importante au sein de cette problématique. Le but et les objectifs de cette

recherche seront finalement articulés de façon à comprendre les enjeux de ce choix personnel dans un contexte où plusieurs établissements de santé instaurent une culture de soins favorable à l'allaitement.

Allaitement exclusif au Québec (Canada) : État des lieux

Alors que l'OMS et l'UNICEF encouragent conjointement l'exclusivité de l'allaitement pour les six premiers mois de vie du bébé (MSSS, 2019), le portrait de la situation canadienne en 2011-2012 présentait un taux d'allaitement exclusif de 26 %, après six mois de vie du nourrisson (Statistique Canada, 2015). En comparaison avec les autres provinces canadiennes, le Québec détiendrait un léger retard dans l'atteinte de ce taux qui était de 19% (Statistique Canada, 2015). Une étude britannique de Lee (2007) avait questionné 503 mères des nourrissons de moins de six mois, montrant que 405 d'entre elles avaient déjà donnée de la formule lactée. Cette situation signale que la pratique des mères à l'égard du choix de l'allaitement maternel exclusif n'a pas tellement changé depuis 2007.

Devant un tel état de fait, le gouvernement du Québec a rapidement mis en place des mesures favorisant l'allaitement pour les mères du Québec. La Direction de la santé publique (DSP ci-après) a émis quelques recommandations, dont le soutien de l'IAB² visant à augmenter le taux d'allaitement (DSP, 2011). Un des objectifs ministériels, depuis 2007, est donc que la totalité des établissements de santé du Québec ait entrepris l'implantation de l'IAB (Haiek, 2011). Actuellement, l'importance d'implanter l'IAB dans les établissements de santé québécois

² Il est démontré par l'essai clinique randomisé de Kramer et al. (2001) que l'IAB est autant un bon outil de promotion pour l'allaitement qu'un support adéquat pour ce dernier.

s'exprime à travers les mesures du programme national de santé publique (2015) (PNSP ci-après) 2015-2025 et par la politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2018). Le PNSP a pour mandat de définir et encadrer la globalité des services de la Santé publique dans le but de favoriser la santé des populations (MSSS, 2018). La politique de périnatalité quant à elle, encadre spécifiquement les soins de périnatalité avec l'aide de données probantes tout en précisant les clientèles visées par ces soins (MSSS, 2008).

Puisque le MSSS privilégie fermement l'implantation IAB dans les établissements de santé, celui-ci est devenu un des principaux vecteurs institutionnels de la culture actuelle en faveur de l'allaitement. (MSSS, 2019). Cela a conséquemment pour effet de positionner des établissements québécois de santé, au regard du mode d'alimentation des nourrissons, dans une culture institutionnelle de soins favorable à l'allaitement. La stratégie que représentent l'IAB et son implantation a différents effets sur la manière dont les soins sont offerts à l'unité des naissances. Par exemple, un des critères d'accréditation issue des 10 conditions pour un succès à l'allaitement de l'IAB³ propose que les professionnels de la santé doivent aider les mères à débiter l'allaitement dans les trente minutes suivant la naissance du bébé en installant le nourrisson en contact peau à peau (MSSS, 2019).

D'autres exemples de ces recommandations seraient de ne donner aucun aliment, boisson, tétine ou sucette au nouveau-né (MSSS, 2019). La littérature récente démontre également que l'accès aux informations relatives à l'alimentation du nourrisson, que cela concerne l'information disponible sur différents supports ou présentée aux parents par le personnel

³ Voir l'appendice A (p. 178) du présent document.

infirmier, subit des modifications importantes (Fallon, Komninou, Bennett, Halford & Harrold, 2017; Hunt & Thomson 2017; Hvatum & Glavin, 2016; Wirihana & Barnard, 2011).

Ainsi, la culture favorable à l'allaitement émerge de plusieurs documents d'information offerts en santé publique, dont le guide *Mieux vivre avec notre enfant* développé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2019). Ce guide de référence est remis aux femmes au tout début du suivi de la grossesse (INSPQ, 2019). Dans le recueil *La promotion de l'allaitement au Québec*, Chumova (2014) y dresse le portrait de l'évolution des présentations entourant l'allaitement véhiculées à travers ce guide. Par exemple, l'auteure propose qu'en 1979, le guide abordait des avantages et des inconvénients de l'allaitement en proposant que celui-ci soit une action exigeante tant sur le plan physique que psychologie (Chumova, 2014). En 2019, de tels inconvénients de l'allaitement n'apparaissent plus dans le guide (INSPQ, 2019). D'ailleurs, le lait maternel y est présenté de manière unique (INSPQ, 2019). L'aspect pratique de l'allaitement et le fait qu'il ne nécessite aucune préparation sont également présents dans le guide (INSPQ, 2019). La valeur ajoutée de l'allaitement, relativement à la santé de la mère et du bébé, est aussi un point central du guide (INSPQ, 2019). Ces changements semblent faire écho au texte introductif de la déclaration d'Innocenti (2005, p.2) dont le but est : « [...] de créer un environnement permettant aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants de choisir en pleine connaissance de cause une alimentation optimale, qui est définie comme un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois [...] ». En ce sens, le choix de ces représentations reflète ainsi l'évolution historique de la culture et positionne actuellement l'allaitement dans une culture de soin qui lui est favorable.

Gostin (2008) considère que l'accessibilité à l'information est une stratégie de santé publique utilisée par le gouvernement afin de favoriser l'adoption de comportements de santé sains générateurs d'un certain contrôle sur l'acquisition, l'utilisation, la rétention et la transmission d'informations véhiculées au grand public. Plusieurs études essentiellement exploratoires tendent à démontrer que l'accès à ces informations influence le parcours expérientiel des mères à l'égard des pratiques d'allaitement. Par exemple, Internet serait désormais, chez certaines mères, favorisé aux professionnels de la santé dans la recherche d'information portant sur les pratiques d'allaitement (Fallon & al., 2017). L'étude de Fallon et al., (2017) stipule également que seulement 36 % des mères de leur échantillon (601 mères) qui choisissent le biberon se sentent soutenues par les professionnels de la santé.

Évolution de la pratique infirmière en contexte d'allaitement et enjeux éthiques

La surveillance de la santé publique s'étend jusqu'à l'encadrement et l'évaluation des pratiques de soins (Gostin, 2008). En ce qui concerne les infirmières, l'OIIQ s'est aussi engagé depuis 1998 à favoriser l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé avec le support de l'IAB (OIIQ, 1998). Rappelons qu'au Québec, l'encadrement de la profession d'infirmière s'opère par l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec. Le devoir premier de l'OIIQ est la protection du public (OIIQ, 2019). À cet effet, l'OIIQ fixe différentes normes qui visent à encadrer la pratique, dont les *Standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité* (OIIQ, 2015). L'IAB permet aussi aux infirmières de soutenir leur rôle d'agent de changement en faveur de l'allaitement notamment à travers : des formations portant sur l'allaitement, un encouragement à soutenir le contrôle restrictif des publicités portant sur les formules lactées ainsi qu'une mise en place des dix

conditions pour un succès de l'allaitement maternel favorisée (MSSS, 2019). Concrètement, les infirmières sont assujetties aux lignes directrices de leur profession qui favorisent l'allaitement et l'IAB. Elles détiennent ainsi un rôle central dans l'implantation et le maintien d'une culture de soins favorable à l'allaitement.

L'ensemble de ces arguments avancé par l'OMS, L'UNICEF, la DSP et l'OIIQ illustrent une volonté assumée d'instaurer l'allaitement maternel exclusif en tant que norme et culture institutionnelle de soin. Bien que les qualités du lait maternel et de l'allaitement soient établies par la littérature scientifique (Colen & Ramey, 2014; Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, 2002; Gallup, Pipitone, Carrone & Leadholm, 2010), plusieurs enjeux éthiques sont également soulevés. En effet, les écrits scientifiques récents suggèrent que les infirmières pourraient être au carrefour, du point de vue de leur pratique, de plusieurs problématiques éthiques envers les femmes qui choisissent une alternative à l'allaitement. Ces problématiques sont de quatre ordres :

- 1) Une tension entre le rôle des infirmières en promotion de l'allaitement retrouvé dans les standards de la pratique aux soins de proximité en périnatalité (OIIQ, 2015) et une approche individualisée centrée sur la mère (Goberna-Tricas, Banus-Gimenez, Palacio-Tauste & Linares-Sancho, 2011) qui ne ferait pas le choix de l'allaitement;
- 2) Un risque d'entraver la relation de soin qu'elles entretiennent avec la patiente (Murphy, 1999). Il a été récemment suggéré que cette entrave ait aussi un effet sur la qualité de l'accompagnement offert aux mères (Fallon & al., 2017; Hunt & Thomson 2017; Hvatum & Glavin, 2016; Wirihana & Barnard, 2011);

- 3) Une augmentation de la culpabilité maternelle chez la patiente qui ne ferait pas le choix de l'allaitement (Chabrol & al. 2004; Earle, 2002; Knaak, 2010; Labbok, 2008; Lee, 2008; Mander, 2008; Nihlén Fahlquist. 2016; Redshaw & Henderson, 2012;); et plus généralement,
- 4) Un accroissement du sentiment d'échec des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement (Deacon, 2001; Lakshman, Ogilvie & Ong, 2009; Nihlén Fahlquist, 2016).

Ces problématiques en viennent ainsi à sonder l'éthique des soins infirmiers lors de l'accompagnement des mères dans un contexte postnatal. Une récente étude Norvégienne a démontré que dans un contexte culturel favorable à l'allaitement, les mères désirent, non seulement adhérer à la norme culturelle, mais qu'il est difficile de s'y opposer (Hvatum & Glavin, 2016). Outre la culpabilité et la honte de ne pas répondre aux attentes culturelles, les femmes de cette étude avaient l'impression d'enfreindre la loi lorsqu'elles cessaient l'allaitement (Hvatum & Glavin, 2016). D'une part, bien qu'exploratoires, les résultats de l'étude norvégienne soulèvent un questionnement quant au processus de réprobation sociale des femmes/mères qui choisissent une alternative à l'allaitement (Hvatum & Glavin, 2016). D'autre part, ces résultats évoquent aussi les enjeux éthiques des soins entourant le choix du mode d'alimentation du nourrisson lors de l'accompagnement des mères en période postnatale (Hvatum & Glavin, 2016). En ce sens, la transmission d'informations éclairées sur le choix du mode d'alimentation du nourrisson (Chumova, 2014) ou encore l'apport de l'autonomisation des femmes (Redshaw & Henderson, 2012) dans les prises de décision sont des exemples d'enjeux éthiques soulevés dans la littérature.

Pertinence pour la pratique infirmière

Ces constats n'ont pas pour effet de contester les bienfaits de l'allaitement maternel sur le nourrisson ou sa mère. Ils soulèvent toutefois différentes questions relatives au soutien et à l'accompagnement pouvant être offert aux mères dans ce contexte. L'étude de Hvatum et Glavin (2016) remet en question le processus par lequel la rencontre des normes professionnelles et sociales en vient à influencer l'expérience des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement. Elle interroge également la manière dont la pratique infirmière peut contribuer, ou répondre, aux différents enjeux éthiques soulevés par cette situation. Au quotidien, ce sont avant tout les infirmières qui ont développé une expertise et qui fournissent l'accompagnement nécessaire à l'allaitement maternel puisqu'elles ont pour mission de le protéger, le soutenir et le promouvoir (Gathron, 2017; OIIQ, 2015). À cet effet, les normes professionnelles proposent, au regard de l'allaitement, que les infirmières « se servent de leur position privilégiée afin d'influencer les politiques des établissements de santé et les attitudes de la communauté » (OIIQ, 2015, p. 39).

La question n'est donc pas de savoir si l'allaitement maternel exclusif est une pratique à promouvoir : elle est plutôt de savoir comment les pratiques de soin faisant sa promotion peuvent influencer le parcours des femmes québécoises au regard du mode d'alimentation du nourrisson. Pour ce faire, il devient pertinent d'explorer l'espace normatif qu'occupe l'allaitement et ses alternatives dans des lieux tels que l'hôpital, le CLSC ou la maison des naissances, considérés porteurs d'une culture institutionnelle favorable à l'allaitement relativement aux éléments mentionnés plus haut.

Cette rencontre des normes sociales et professionnelles soulève un questionnement important et central dans le cadre de notre problématique. Si nous considérons l'importance précédemment exposée des politiques favorisant l'allaitement maternel exclusif, il semble tout aussi pertinent d'explorer comment s'exprime le choix libre et éclairé du mode d'alimentation du nourrisson dans un tel contexte culturel. Par exemple, plusieurs études ont interrogé le rôle de l'IAB, sur la préparation sécuritaire du lait maternisé et la stérilisation des tétines, qui s'étaient avérées insuffisantes (Hvatum & Glavin, 2016; Mander, 2008; Wirihana & Barnard, 2011).

Buts, objectifs et question de la recherche

Le but de cette recherche est de réaliser une analyse situationnelle du discours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif. Afin de bien cerner ce discours, l'approche choisie est celle développée par Adele Clarke (2005; Keller, 2013; Clarke, Friese & Washburn, 2018) qui consiste à réaliser une cartographie situationnelle identifiant les dimensions centrales aux discours des mères sur l'allaitement (sa valeur, les faits qui l'entoure, le « soi » et ses fonctions identitaires, les autres, etc.). L'approche de Clarke et ses collaboratrices (2018) se positionne dans une perspective intersectionnelle du féminisme. Cette approche permet d'approfondir le discours des mères en considérant le contexte social précis depuis lequel il émerge et notamment, en ce qui concerne la présente étude, celui d'une culture favorable à l'allaitement. Afin de bien cerner l'univers discursif dans lequel la norme de l'allaitement est véhiculée, le cadre théorique de cette recherche s'inspire de la théorie infirmière du soin transculturel de Madeleine Leininger (2002). Plus particulièrement à l'objet d'étude, le cadre théorique du soin transculturel de Leininger (2002) permet de décrire, avec l'apport du modèle

sunrise, les différents facteurs impliqués dans la culture de soin favorable à l'allaitement. Ce cadre théorique permet notamment d'observer le maintien, la négociation ou la restructuration du soin à travers les discours des mères qui choisissent une alternative à l'allaitement exclusif. Dans cette visée, l'analyse du discours des mères, qui choisissent une alternative à l'allaitement maternel exclusif, fait apparaître des enjeux de pouvoir liés aux discours dominants auxquels est associée la pratique infirmière. C'est dans ce contexte que la théorie de Leininger (2002) à la croisée de la posture féministe intersectionnelle et de l'analyse situationnelle d'Adèle Clarke (2005) viendra montrer comment s'inscrit les normes de l'allaitement maternel exclusif sur la pratique infirmière et l'impact de ces normes sur la décision des mères qui choisissent une alternative à l'allaitement maternel exclusif. Les objectifs de recherche sur lesquels est portée cette étude sont les suivants. Dans un premier temps, l'objectif principal est d'explorer comment s'articule le choix du mode d'alimentation du nourrisson par les mères qui optent pour une alternative à l'allaitement maternel exclusif. À ceci s'ajoute l'objectif secondaire qui vise à décrire l'influence des normes de l'allaitement sur la prise de décision des mères. L'objectif tertiaire sera finalement de décrire les effets d'un tel choix sur l'expérience générale de la maternité telle qu'elle est verbalisée au sein du discours des mères. Finalement, la question de recherche se lit comme suit : comment le choix d'une alternative à l'allaitement maternel exclusif est discursivement construit lorsqu'il se confronte aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales?

Recension des écrits

Cette partie du mémoire, portant sur la recension des écrits, vise à rassembler les articles scientifiques contemporains relatifs aux discours des mères choisissant des alternatives à l'allaitement exclusif. Nous y présentons la méthode employée, les résultats obtenus et la sélection des articles scientifiques retenus pour la recension des écrits. Les résultats de notre recension présentent l'allaitement sous la forme de trois grandes thématiques faisant référence aux objectifs de la recherche que sont : le choix d'alimentation du nourrisson; la culture de soin entourant l'allaitement et les normes sociales de l'allaitement maternel.

Recension des écrits : méthodes, résultats et sélection

La recension des écrits a été principalement réalisée à partir d'une recherche par mots-clés sur le moteur de recherche CINAHL, PsycARTICLES et MEDLINE. Dans cette recherche, les mots-clés utilisés ont été : *infirmi** ET *allaitement*, ET *autonomie* OU *consentement* OU *mères* OU *advocacy*. La recherche par mots-clés s'est effectuée en anglais pour répondre aux exigences des bases de données en sciences infirmières. Un total de 102 articles ont ainsi été répertoriés.

Compte tenu de la période globale du mémoire qu'aura duré la production de ce mémoire, qui s'est étalé sur quatre ans, une vérification sur les moteurs de recherche était faite tous les six mois afin de recenser les nouveaux écrits sur le sujet. Afin d'arriver à une saturation des écrits et puisque la quantité d'articles récents était peu satisfaisante, une recherche de type boule de neige a ensuite été effectuée à partir des listes de références des articles les plus pertinents et les plus récents (Tableau 1 de la page suivante). Les articles retenus devaient être rédigés en anglais ou en français. Sans être un critère de recherche en soi, la majorité des articles pertinents étaient de nature qualitative. Néanmoins, une trentaine d'articles incluant des données quantitatives

(recherches quantitatives et mixtes) ont été retenus (Tableau 1). La majorité des recherches provenaient de revues savantes portant sur la santé des mères, l'obstétrique, l'allaitement, les sciences infirmières, la sociologie, la médecine ou les études qualitatives. Considérant la petite quantité de recherches portant sur le sujet, le critère principal de rétention des articles était la pertinence globale pour la recherche. Différents écrits issus de la littérature grise, par exemple des textes de lois et des lignes directrices nationales ou internationales, ont aussi été consultés et inclus à la recherche. De plus, des sources monographiques provenant de la littérature grise et scientifique portant sur l'allaitement, le féminisme et la maternité ont aussi été considérées. Finalement, différents documents philosophiques ou portant sur la recherche qualitative ont aussi été consultés. L'approche de l'analyse situationnelle, justifie la rétention variée des sources de références, dont le documentaire est les sites Internet (Clarke & al., 2018). À cet effet, Clarke et ses collaboratrices (2018) encouragent fortement l'analyse de données complémentaires (narrative, visuelle ou historique) puisque ces référents constituent les discours ambiants qui sont indissociables à la situation analysée.

Tableau 1. Sélection des principales sources retenues

Recherches qualitatives	68
Recherches quantitatives et mixtes	30
Revue de la littérature	4
Sites Internet	45
Monographies	50
Documentaire	1

Tableau 1. Sélection des principales sources retenues, Vallée-Ouimet, S. 2019.

Recension des écrits : contenus

La recension des écrits a permis de faire ressortir trois grands thèmes principaux. Ces thèmes ont été extraits de l'ensemble des articles par les ressemblances thématiques qui

émergeaient à la suite de leur lecture. Cette catégorisation des thèmes a été faite de façon inductive et répond également aux trois objectifs de la recherche ci-haut mentionnés. Ces thèmes sont : le choix du mode d'alimentation du nourrisson, la culture de soins entourant l'allaitement maternel exclusif et les normes sociales relatives à l'allaitement maternel.

Choix du mode d'alimentation du nourrisson : Devenir parent est un statut qui implique son lot de devoirs et de responsabilités. À cet égard, l'article 33 du Code civil du Québec prévoit que les décisions que prennent les parents doivent toujours servir les intérêts de l'enfant (Code civil du Québec, 1991). À travers ces nombreux choix, une des premières décisions que devront faire les parents est celle du mode d'alimentation du nourrisson. Lorsque l'allaitement est choisi, ce choix implique plus spécifiquement la mère qui allaite. Nous verrons dans ce qui suit les différentes influences entourant le choix des mères du mode d'alimentation du nourrisson.

Choix. Jones et Stoppard (2011) jugent qu'il est primordial pour les femmes de pouvoir décider de la façon dont elles veulent alimenter leur bébé et ainsi disposer de leur corps. Le choix d'allaiter ou non se fait généralement avant l'accouchement, constat soulevé par plusieurs études, dont l'étude qualitative de Carroll Gallagher, Clarke, Lillar, et Begley (2015); l'étude mixte à devis quasi-expérimental et descriptif de Kjelland, Corley, Slusher, Moe et Brockopp (2014); l'étude à devis mixte de Kong et Lee (2004); ainsi que celle de Murphy (1999).

Même si ce choix appartient principalement à la mère, plusieurs éléments peuvent influencer ce dernier. Dans cette visée, l'allaitement outrepassa la conception d'un soin destiné uniquement à la mère. À cet égard, l'étude de cas de Gribble et Gallagher (2014) propose que

l'allaitement soit un droit humain qui doit être protégé afin de maximiser la santé des bébés. En ce sens, un des objectifs de l'IAB est d'offrir, avec le support de l'allaitement, le meilleur départ possible pour les nourrissons (MSSS, 2019).

Choix alternatifs. L'Étude de Fallon et al. (2017) visait à comprendre la pratique et les émotions entourant le choix de donner de la formule lactée. Les résultats ont démontré que 68% des 601 mères interrogées qui donnaient le biberon se sentaient stigmatisées, 67 % ressentaient de la culpabilité et 76 % sentaient le besoin de se justifier par rapport à la méthode alternative choisie (Fallon et al., 2017). Par ailleurs, la honte est aussi un sentiment retrouvé chez les 63 mères anglaises sondées dans l'étude qualitative de Thomson, Ebisch-Burton et Flacking (2015). Ainsi, les mères qui donnaient le biberon allaient même jusqu'à cacher ce dernier et ne voulaient pas informer le personnel de santé de leur choix en raison de la honte qu'elles ressentaient (Thomson & al., 2015). D'ailleurs, le discours verbal et non-verbal des professionnels de la santé faisait en sorte qu'une impression d'être inadéquate, ou de priver son bébé des bienfaits de l'allaitement, était souvent relatée par les mères de cette étude (Thomson & al., 2015).

Pour atténuer l'effet de la culpabilité maternelle chez les mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement, les résultats de l'étude de Holcomb (2017) identifient trois stratégies d'adaptation utilisées par les mères. Ces stratégies s'appuient sur les résultats de 22 entrevues en profondeur qui visaient à explorer comment les nouvelles mères gèrent les situations lorsque les expériences d'allaitement s'écartent des attentes qu'elles avaient au regard de l'allaitement (Holcomb, 2017). Les trois stratégies visent à : cadrer l'utilisation de la formule lactée tel un

choix, reconnaître l'effort qui a été mis dans l'allaitement et mettre l'accent sur la santé et le bien-être des mères (Holcomb, 2017). Selon l'auteur de cette étude, cette stratégie aurait permis aux mères d'adhérer aux injonctions de la « bonne maternité » sans toutefois limiter la compréhension de ces dernières à l'allaitement.

Une autre étude comparative menée auprès de 679 mères ayant choisi soit l'allaitement maternel exclusif, soit l'allaitement mixte soulignait un plus grand sentiment de culpabilité et un plus grand sentiment d'insatisfaction au regard du choix du mode d'alimentation chez les mères qui utilisaient une méthode mixte (Kominou, & al., 2016).

En revanche, choisir le biberon peut soulager certaines anxiétés liées au contrôle de la quantité du lait qui est ingérée, favoriser l'assurance et soulager certains parents (Lakshman & al., 2009). L'étude qualitative de Carroll et al. (2015) propose que les femmes qui choisissent le biberon considèrent que ce dernier est plus facile que l'allaitement et moins restrictif.

Les résultats de l'étude qualitative d'Earle (2002) ainsi que l'étude qualitative de Spencer, Greatrex-White et Fraser (2015) soulignaient que les mères optaient pour le biberon en dépit des connaissances sur les avantages de l'allaitement. Par ailleurs, d'autres facteurs tels que la perception de son corps peuvent influencer le choix des mères à l'égard de l'allaitement ou de la formule lactée (Fern, Buckley & Grogam, 2014). Ainsi, l'étude qualitative de Fern et ses collaborateurs (2014) a interrogé 40 mères, âgées entre 20 et 42 ans ayant tous donné naissance à un enfant dans les trois dernières années afin de connaître la relation que ces mères entretenaient avec leur corps et le choix du mode d'alimentation du bébé. Les mères qui

choisissent l'allaitement maternel auraient une vision plus fonctionnelle de leur corps (Fern & al., 2014). Parallèlement, les mères qui choisissent le biberon accorderaient une plus grande importance à l'esthétisme de leur corps (Fern & al., 2014). Cette étude soulève la relation faite entre le sein nourricier associé à une fonction biologique et le sein esthétique associé à un objet érogène (Fern & al., 2014). Ainsi, la relation que les femmes ont avec leurs corps pourrait teinter le processus décisionnel dans le choix du mode d'alimentation du nourrisson (Fern & al., 2014).

Facteurs sociodémographiques. L'étude anglaise de Vas Goncalves (2017) a analysé statistiquement 15 492 répondantes d'un questionnaire qui visait à connaître les corrélations entre les différents facteurs sociodémographiques ainsi que le choix d'utiliser le biberon. L'étude a démontré qu'au-delà d'un simple choix individuel, plusieurs facteurs sociodémographiques seraient positivement corrélés à la décision d'utiliser le biberon dont le jeune âge de la mère, le statut de célibataire, l'absence de travail et un niveau faible d'éducation. Le faible niveau d'éducation est un facteur défavorable à l'allaitement qui se retrouve aussi dans l'étude d'Ishak Adzan, Quan, Shafie, Rani et Ramli (2014).

Outre ces facteurs, l'utilisation du biberon se retrouverait davantage chez les mères qui ont plusieurs enfants, celles qui ont eu une césarienne ou un problème de santé suivant la naissance du bébé et finalement, celles qui sont entourées d'amies qui ont aussi choisi le biberon (Vas Goncalves, 2017). La naissance par césarienne est aussi un facteur défavorable à l'allaitement soulevé dans l'étude d'Ishak et al. (2014) qui a sondé 213 mères afin d'évaluer leurs attitudes concernant les pratiques alimentaires de leur bébé.

Profil éducatif. L'étude qualitative de Kim, Fiese et Donovan (2017), réalisée auprès de 15 femmes afro-américaines, soulève la présence d'un manque d'information sur l'allaitement. Ainsi subsisteraient des mythes culturels entourant l'allaitement (Kim & al., 2017) notamment à l'effet que, plusieurs femmes interrogées croyaient que l'allaitement était dispendieux, parce qu'il exigeait une excellente alimentation pour produire du bon lait (Kim & al., 2017).

L'influence de l'éducation sur l'allaitement a aussi été étudiée par Gojard (2003) qui souligne l'existence de deux modèles entourant le choix d'allaiter, la durée de l'allaitement et le sevrage. Or, les femmes provenant de classes sociales aisées ayant des diplômes d'études supérieures, seraient plus enclines à se référer aux discours savants tels que les discours favorables à l'allaitement (Gojard, 2003). Les femmes venant de classes sociales moyennes seraient, quant à elles, plus enclines à se soucier des conseils de la famille (Gojard, 2003).

Influence par les pairs. Une revue de la littérature effectuée par Atchan, Foureur et Davis (2011) souligne que les femmes qui ont une attitude favorable à l'allaitement ont été allaitées par leur mère ou ont des amies qui allaitent. L'entourage aurait ainsi un impact dans le processus décisionnel de l'allaitement puisque ce dernier serait influencé par plusieurs acteurs, dont les amis, la famille, le partenaire et les infirmières (Abramson, 1992; Deacon, 2001).

L'étude de Thomson, Crossland et Dykes (2012) quant à elle, met en lumière l'apport de l'appui des paires dans le maintien de l'allaitement chez les mères. Depuis 1956, La Ligue internationale la Leche (LILL ci-après) (2019) est un exemple d'appui par les pairs qui vise à aider bénévolement les mères dans leur allaitement. Cette ligue supportée par l'OMS et

l'UNICEF fait figure d'autorité au sein de plusieurs pays, dont le Canada. Elle vise à ce que les mères reçoivent du support par d'autres mères en s'appuyant sur le postulat que l'allaitement est la façon la plus naturelle de comprendre et satisfaire les besoins du bébé (LILL, 2019).

Influence des pères. Le positionnement hétéronormatif de cette partie fait référence aux résultats retrouvés dans la recherche littéraire, car les données probantes retenues visent principalement des résultats de recherche obtenus à travers des modèles de couples hétérosexuels. Ainsi, l'étude de Mueffelman et ses collaborateurs (2015) propose que le taux d'allaitement dès les premières semaines de vie du nourrisson soit plus élevé chez les 4690 femmes interrogées qui percevaient que l'allaitement était une préférence tant pour la grand-mère maternelle de l'enfant que pour le père du nourrisson. Plus spécifiquement au noyau familial, l'étude de Bennett, McCartney et Kearney (2016) a interrogé 417 pères irlandais afin de connaître leurs expériences et les défis d'avoir une partenaire qui allaite. Ainsi, 75 % des pères se disaient impliqués dans la prise de décision concernant le mode d'alimentation (Bennett & al., 2016). Toutefois, 77 % de ces pères se disaient mal préparés au regard de l'allaitement (Bennett & al., 2016). Toujours selon cette étude, 41 % des pères se sentaient dépourvu du temps de rapprochement physique avec leur bébé (Bennett & al., 2016). Ce constat a aussi été relaté dans l'étude de Thomson et Dykes (2011) puisque la frustration de ne pas pouvoir nourrir leur bébé se retrouvait chez les partenaires de mères allaitantes. Dans cette étude, l'allaitement mixte était présenté tel un compromis permettant le support du partenaire (Thomson et Dykes, 2011). Néanmoins, 49,4 % des participants de l'étude de Bennett et ses collaborateurs (2016) trouvaient qu'il était avantageux pour eux de ne pas à avoir à se lever la nuit pour partager les séances réservées aux boires.

Toujours au regard de l'influence des pères dans le processus décisionnel d'alimentation du nourrisson répondant au mode d'allaitement, l'essai clinique randomisé de Maycock et ses collaborateurs (2013) a permis de saisir l'influence d'une intervention d'éducation à l'allaitement pré et post natal chez 699 pères. Il a été démontré que le taux d'allaitement dans les couples ayant participé à l'intervention était de 81, 6 % après six semaines de naissance, comparativement au groupe contrôle qui était de 75, 2 % (Maycock & al., 2013). Finalement, la revue de la littérature de Namir, Brady et Gallagher (2017) propose qu'une attitude positive, une implication et un support des pères auprès des mères influencent positivement le choix et la durée de l'allaitement. Selon ces auteurs, l'attitude des pères serait influencée tant par l'environnement culturel, social que personnel (Namir & al., 2017). Dans cette visée, il serait pertinent d'inclure davantage les pères dans les interventions portant sur l'allaitement, car ils sont des acteurs importants tant pour le choix que pour la durée de l'allaitement (Namir & al., 2017). En contrepartie, l'étude de Carroll et ses collaborateurs (2015) se démarque par des résultats différents. Ainsi, les dix participantes de cette étude qualitative proposaient l'absence d'impact du conjoint dans le processus décisionnel du mode d'alimentation du bébé (Carroll & al., 2015).

Autonomie. L'autonomie est un concept central à la notion de choix du mode d'alimentation du nourrisson. Hirani et Olson (2016) proposent que l'autonomie fasse référence à l'habileté maternelle à prendre une décision affranchie. Lors de la décision libre des

femmes/mères⁴, les alternatives disponibles à l'allaitement devraient ainsi être connues (Hirani & Olson, 2016). Ce constat se retrouve dans l'étude de Jones et Stoppard (2011) qui proposent que le transfert d'informations alternatives à l'allaitement telles que l'utilisation du biberon favorise la prise de décision éclairée des femmes.

Ainsi, dans un contexte de soins, le partage de l'information entre le professionnel de la santé et la patiente permettrait un échange de pouvoir favorisant l'autonomie de cette dernière (Pariseau-Legault & Doutrelepon, 2015). Massé (2014) propose que le principe de l'autonomie s'applique à travers le consentement ou le refus informé des soins alloués. Pour qu'un consentement ou qu'un refus soit éclairé, ils doivent être faits en toute connaissance de cause incluant les informations nécessaires permettant à la patiente de faire son choix. (Pariseau-Legault & Doutrelepon, 2015).

Raisonnement éthique. Tout comme la définition du concept d'autonomie retenu de Hirani et Olson (2016), Miracle et Fredland (2007) considèrent aussi le raisonnement éthique comme étant un facteur important au processus décisionnel. Ainsi, une intervention éthique des professionnels de la santé inclut un transfert de connaissances sur les bienfaits et les risques de l'allaitement ainsi que les alternatives (Miracle & Fredland, 2007). À propos des informations reçues par les nouvelles mères, l'étude anglaise de Redshaw et Henderson (2012) visait à mieux comprendre les besoins des femmes pour amorcer et maintenir un allaitement en s'appuyant sur les réponses de 2 966 mères. Cette étude indiquait que les mères préféreraient être informées de

⁴ Le choix du mot mère a été retenu pour cette étude. Toutefois, lorsqu'il est question d'autonomie, c'est le choix de mère/femme qui est présenté

manière plus réaliste et honnête sur l'allaitement plutôt que de recevoir un discours idéaliste uniquement fondé sur la relation mère/enfant. Par exemple, ces femmes auraient aimé savoir que l'allaitement est un apprentissage qui nécessite du temps, tant pour la mère que pour le bébé (Redshaw & Henderson, 2012). Finalement, Redshaw et Henderson (2012), remettent en question les notions de liberté et d'autonomisation des nouvelles accouchées, car dans les résultats de leur étude qui présentait des expériences de naissance, les femmes se seraient senties infantilisées, contrôlées, et même non respectées par une prise en charge inappropriée. Les résultats de cette étude proposent un processus contradictoire à la définition d'autonomisation retenue pour cette recherche qui vise l'exercice significatif d'influence sur sa santé personnelle en favorisant sa capacité de contrôle sur les éléments jugés importants (Castro & al., 2016).

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que les résultats de l'étude de Sheehan, Schmied et Barclay (2009) puisque les femmes veulent aussi entendre les histoires de mères pour qui l'allaitement n'a pas été choisi ou pour qui l'allaitement a été difficile. Cela aurait pour effet de diminuer le sentiment de culpabilité des femmes qui choisissent une alternative à l'allaitement et permettraient de recevoir un enseignement honnête et réaliste (Sheehan & al., 2009). Par exemple, quand une mère a de la douleur, elle veut savoir qu'elle n'est pas la seule à souffrir (Sheehan & al., 2009).

Recherche d'informations. La famille, les pères, les paires et le personnel médical ne seraient pas les seules personnes impliquées dans l'éclaircissement du choix du mode d'alimentation du bébé. L'étude de McKeever et McKeever (2017) soulève l'importance de l'Internet dans la recherche de support et d'informations chez les 455 mères interrogées. Les

résultats de leur étude ont démontré une corrélation statistique entre le temps passé sur Internet et la durée de l'allaitement (McKeever & McKeever, 2017). Ainsi, plus les mères passent du temps sur Internet moins l'allaitement sera prolongé (McKeever & McKeever, 2017).

Les résultats de l'étude de Fallon et al. (2017) qui seront repris plus bas stipulent que le tiers des mères qui donne le biberon préfèrent Internet aux professionnels de la santé pour obtenir de l'information concernant l'alimentation du bébé. L'étude belge de Slomian, Bruyère, Reginster et Emont (2017) a sondé 349 mères sur Internet ayant des enfants de moins de deux ans afin de décrire leur utilisation d'Internet dans la recherche d'information en période postnatale. Indépendamment du statut socio-économique et de l'âge, 90,5 % des mères utilisent Internet en période postnatale pour chercher de l'information sur leur bébé ou sur elles-mêmes (Slomian & al., 2017). La raison principale serait d'être en mesure de trouver de l'information par soi-même (88,1 %) (Slomian, & al., 2017). Cela aurait pour effet d'augmenter la confiance et le sentiment de contrôle quant aux décisions à prendre concernant le bébé (Slomian, & al., 2017). Or, le sentiment de contrôle serait un des attributs permettant l'autonomie des mères au regard de l'allaitement selon la conception de Hirani et Olson (2016). Dans cette visée, l'étude quantitative de Gamble, Creedy et Terakle (2007) proposent aussi que les mères se soucient de la sécurité de leur bébé et recherchent une forme de contrôle quant aux prises de décision entourant les soins du nourrisson. Sans équivoque, le sujet le plus cherché sur Internet était l'allaitement (79,4 %), mais le tiers des mères chercherait de l'information concernant l'utilisation du biberon (Slomian & al., 2017). Finalement, 82,7 % des mères trouvaient que l'information était utile, mais la note moyenne donnée par les répondantes concernant la qualité de l'information trouvée sur Internet était seulement de 5,3/10 (Slomian & al., 2017).

Cette première section sur le choix de l'allaitement montre que l'alimentation du nourrisson est influencée par plusieurs facteurs qui ne sont pas toujours sous le contrôle de la mère. Les influences sont multiples et la dimension alternative à l'allaitement maternel exclusif fait apparaître des malaises qui relèvent assurément d'une éthique du soin. Nous verrons dans ce qui suit combien la culture du soin participe de cette culture de l'allaitement maternel exclusif.

Culture de soins entourant l'allaitement maternel exclusif : Cette seconde section de la recension des écrits traite de la culture des soins entourant l'allaitement. La culture du soin qui entoure l'allaitement s'inscrit sur un continuum sociohistorique allant de la médicalisation de l'allaitement et plus spécifiquement la dimension biomédicale de l'allaitement et sa critique; la gestion de l'allaitement par des professionnels ou des experts; l'utilisation de la technologie entourant l'allaitement; jusqu'à l'humanisation de l'allaitement et approche holistique du soin aux mères.

Médicalisation de la naissance. Pour certaines auteures adoptant une posture féministe, la médecine incarnait l'institution patriarcale (Benoit & al., 2016; Eden, 2012, Ehrenreich & English, 1982). Cette institution s'octroierait le contrôle du corps des femmes à l'aide d'interventions technologiques et de surveillance des corps par des approches biomédicales (Eden, 2012). Rivard (2014) propose que l'anesthésie lors de l'accouchement permette aux médecins de pratiquer leurs accouchements sur des patientes dociles.

Force est de constater que le mouvement de la médicalisation des naissances a vu ses débuts dans une perspective diamétralement opposée au contexte culturel actuel au regard de

l'allaitement. Ainsi, Gathron (2017) présente la médicalisation des naissances à un moment tournant de l'histoire moderne de l'allaitement, puisqu'elle serait associée de l'avènement de la formule lactée. C'est d'ailleurs dans l'objectif de contrecarrer les pratiques hospitalières axées sur l'utilisation de formules, par exemple la prescription de médicament visant à inhiber la production de lait chez la mère, que l'OMS s'est positionnée formellement en faveur de l'allaitement (Gathron, 2017). Subséquemment, c'est à partir d'un désir de protéger l'allaitement et en réaction aux pratiques hospitalières axées sur la formule lactée que l'alliance entre l'OMS et l'UNICEF a finalement mis sur pied l'IAB (MSSS, 2019).

Dimension biomédicale de l'allaitement. Battersby (2014) et Law (2000) stipulent qu'il faut différencier la lactation, un phénomène biologique, de l'allaitement qui est une pratique indissociable de la sphère sociale. Plus précisément, Eden (2012) stipule que la lactation serait une fonction physiologique qui s'inscrit facilement dans le cadre médical. Or, le phénomène de l'allaitement serait quant à lui influencé par la culture, les valeurs sociales évolutives, les contextes politiques et les contextes économiques (Eden, 2012).

À travers la médicalisation des naissances, plusieurs paramètres de l'allaitement sont désormais contrôlés par le champ médical. C'est notamment le cas de la nutrition du nourrisson, pour laquelle des horaires de boires et la prescription de formules lactée permettraient d'encadrer les ingestions du bébé (Eden, 2012). Les interventions médicales entourant la nutrition du nourrisson toucheraient, depuis 120 ans, trois axes principaux (Eden, 2012) que sont : la gestion de l'allaitement ou du lait humain par des professionnels ou experts; le

développement des technologies et des interventions; et, l'essor des recherches scientifiques et médicales portant sur l'allaitement maternel et le lait humain (Eden, 2012).

Gestion de l'allaitement par des professionnels ou des experts telle que vécue par les mères. La perception des mères sur le support des professionnels de la santé est un élément qui s'est démarqué lors de cette recension des écrits. Sheehan et ses collaborateurs (2009) ont effectué une théorisation ancrée à partir de laquelle elles ont interrogé 37 mères dans le but de connaître leurs attentes concernant le support des professionnels de la santé durant les six premières semaines suivant la naissance du nourrisson. Les résultats ont démontré qu'un support positif comprenait la disponibilité des professionnels, l'assistance technique, le support émotionnel et une certaine sensibilité au regard du vécu de la mère (Sheehan & al., 2009). Un support négatif comprenait un manque de disponibilité, une approche rude et directive, une variabilité des conseils donnés par rapport aux différents professionnels rencontrés et un manque de flexibilité (Sheehan & al., 2009). Les résultats de cette étude proposent que le support positif des professionnels de la santé favorise la confiance en soi des mères et qu'un support négatif induise l'effet contraire (Sheehan & al., 2009). Or, la confiance en soi serait un des facteurs d'influence dans la continuité de l'allaitement (Sheehan & al., 2009). En outre, les résultats de l'étude de Goberna-Tricas et ses collaborateurs (2011) ont démontré que les mères désirent une approche personnelle sans être uniquement technique afin de respecter leur autonomie est leurs valeurs.

Au-delà du support, l'approche professionnelle est parfois critiquée dans les recherches, car elle peut souligner un manque d'information concernant la présentation des alternatives à

l'allaitement maternel exclusif. Ce constat se retrouve dans l'étude de Mander (2008) qui met en évidence cette absence d'information portant sur l'utilisation du biberon dans les différents établissements adhérant à l'IAB. Les résultats de l'étude à devis mixte de Lee (2007) ont démontré que 80 % des mères avaient reçu de l'information concernant l'allaitement et seulement 47 % des mères avaient reçu de l'information concernant l'utilisation de la formule lactée. Ajoutons à cela les résultats de l'étude phénoménologique de Wirihana et Barnard (2011) qui propose que les mères qui donnent le biberon cherchent à obtenir de l'information par le personnel médical, mais demeurent insatisfaites.

En concordance à ces études, l'étude plus récente de Fallon et al. (2017) propose que seulement 36 % des mères qui choisissent le biberon se sentent appuyées par les professionnels de la santé. De plus, les mères de l'étude de Wirihana et Barnard (2011) présentaient un inconfort à demander de l'information sur l'utilisation du biberon et sentaient que le personnel hospitalier assumait d'emblée qu'elles savaient comment l'utiliser (Wirihana & Barnard, 2011). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Thomson et Dykes (2011) puisque les mères interrogées étaient surprises du peu d'information portant sur la formule lactée et de son utilisation. Ce manque d'information est un résultat qui ressortait de l'étude de Hvatum et Glavin (2016). Les résultats de cette étude proposent aussi que l'approche de soin convoitée dans une culture favorable à l'allaitement, qualifiée de « dogmatique » par les auteurs, ait pour effet de ne pas toujours répondre adéquatement aux réels besoins des mères (Thomson & Dykes, 2011, p.165, traduction libre).

Les résultats de la théorisation ancrée de Hunt et Thomson (2017) suggèrent que les mères avaient souvent l'impression que le personnel de la santé utilisait une approche fonctionnelle et théorique de l'allaitement dans le but de répondre à certaines directives. Cette approche avait pour résultat de positionner les mères dans deux catégories : celles qui suivent les règles et celles qui brisent les règles (Hunt & Thomson 2017). Hvatum et Glavin (2016) proposent en ce sens que les mères interrogées dans leur étude, qui n'avaient pas choisi l'allaitement, sentaient qu'elles enfreignaient la loi. De plus, les directives qui ont pour but d'augmenter le taux d'allaitement dans les hôpitaux auraient pour effet, selon Thomson et Dykes (2011), de stigmatiser les mères qui donnent le biberon à leur nourrisson. Ces directives permettent la certification IAB au Québec, par l'atteinte du taux d'allaitement maternel exclusif fixé à 75 % pour les hôpitaux (MSSS, 2019). D'ailleurs, les mères interrogées dans l'étude de Thomson et Dykes (2011) se disaient choquées de la rigidité des professionnels de la santé quant à l'adhésion aux politiques favorables à l'allaitement. Cette étude proposait aussi que les mères qui sont insatisfaites des services reçus se sentent moins enclines à se plaindre en raison du pouvoir d'expertise associé aux professionnels de la santé (Thomson & Dykes, 2011).

Il est néanmoins important de mentionner que les recommandations de l'OMS (1981; 2019) et l'UNICEF (2019) n'encouragent pas la dissémination d'informations portant sur l'utilisation des formules lactées en période prénatale. Selon ces mêmes recommandations, lorsque la mère choisit le biberon, elle devrait recevoir un enseignement adéquat à cet égard (OMS, 1981; OMS, 2019; UNICEF, 2016). De ce fait, dans leur revue systématique, Lakshman et al. (2009) mentionnent que cette recommandation ne serait pas toujours bien comprise

puisque certains professionnels de la santé n'offrent aucun support portant sur le biberon, et ce, même en période postnatale.

L'incontournable étude de Murphy (1999) ajoutait qu'il était délicat pour les infirmières d'apporter des informations sur les alternatives sécuritaires à l'allaitement quand leur formation positionne l'allaitement au centre des connaissances infirmières. Jung (2015) propose ainsi la notion de *lactivisme* pour décrire le contexte culturel actuel, engagé favorablement à l'allaitement. Dans de pareilles circonstances, les mères seraient plus enclines à chercher de l'information concernant les préparations lactées auprès de leurs amis et de la famille (Lakshman & al., 2009).

En outre, les femmes sondées dans l'étude de Lee (2007) vivaient de l'incertitude lorsqu'elles choisissaient de donner de la formule lactée. Plus encore, l'étude de McGrath et Philips (2009) montrait que la majorité des répondantes recevaient négativement la pression en faveur de l'allaitement véhiculé par le personnel de santé. L'étude soulignait qu'afin d'échapper à cette pression, certaines mères allaitaient à l'hôpital et donnaient le biberon dès le retour à la maison (McGrath & Philips, 2009).

Dans le même ordre d'idée, les résultats de l'étude phénoménologique interprétative de Spencer et al. (2015) proposaient que les mères puissent même projeter une fausse image de contrôle concernant l'allaitement. Les résultats obtenus à partir des 22 mères interrogées proposent que cette fausse image de contrôle et de calme puisse cacher des expériences négatives d'allaitement (Spencer & al., 2015). Finalement, cette fausse image de contrôle visait

à présenter une conformité morale et sociale qui associe l'image de la « bonne mère » à l'allaitement (Spencer & al., 2015). Cette association morale de l'allaitement et de l'image positive de la maternité sera détaillée dans la troisième section de la recension des écrits.

Usage des technologies en support à l'allaitement tel que vécu par les mères. Le second axe de la médicalisation de la nutrition du nourrisson traite du développement des technologies de support à l'allaitement (Eden, 2012). L'utilisation des technologies telles que le tire-lait permet aux femmes, entre autres, de quantifier le lait exprimé tout en permettant un allaitement exclusif dans les périodes où l'allaitement avec mise au sein est plus difficile, voire impossible. Notons que la satiété du nourrisson soulève une préoccupation importante dans l'abandon de l'allaitement. Santé Canada (2018) stipule qu'outre les enjeux techniques de l'allaitement, la principale raison des mères qui justifient la cessation de l'allaitement est l'impression de ne pas avoir assez de lait. Toutefois, Galipeau, Dumas et Lepage (2017) ont interrogé 123 mères canadiennes et n'ont pas soulevé de différence statistique entre l'insuffisance lactée perçue (subjective) et l'insuffisance lactée réelle (objective).

L'étude descriptive de Johns, Amir, McLachlan et Forster (2016) a interrogé 1003 mères australiennes pour faire le portrait de l'utilisation du tire-lait. Or, le tiers des femmes exprimaient du lait pour connaître la quantité donnée au bébé (Johns & al., 2016). Durant les 24 à 48 heures suivant la naissance des bébés, 60 % des mères avaient déjà utilisé le tire-lait (Johns & al., 2016). Après deux semaines de vie, 62 % des mères utilisaient régulièrement le tire-lait, dont 40 % l'utilisaient plusieurs fois par jour (Johns & al., 2016). Six mois après la naissance, 83 % des mères avaient utilisé le tire-lait (Johns & al., 2016). Seulement 10 % des mères évoquaient le

retour au travail comme raison de l'utilisation du tire-lait (Johns & al., 2016). En effet, les raisons principales d'utilisation évoquée étaient l'augmentation de la production de lait et le désir de sortir de la maison sans le bébé (Johns & al., 2016).

En conséquence, McCarter-Spaulding (2008) propose que la médicalisation des naissances ait eu l'effet de dissocier le corps des femmes du geste de l'allaitement. Dans cette perspective, l'allaitement serait facultatif au désir de donner du lait maternel à son nourrisson et le tire-lait permettrait une extraction du lait maternel pouvant par la suite être donné à la bouteille (McCarter-Spaulding, 2008). L'utilisation des technologies telles que le tire-lait et la bouteille sont des attributs qui seront détaillés au-delà de sa dimension biomédicale dans les prochaines parties du mémoire. En effet, tant l'approche méthodologique (Clarke, 2005; Clarke & al., 2018) que le cadre théorique utilisé (Leininger, 2002) considèrent l'importance des facteurs technologiques sur l'expérience humaine de l'allaitement.

Une autre avenue occasionnellement utilisée serait les produits naturels, dont les herbes et les tisanes aux propriétés galactogènes (Abascal & Yarnell, 2008). De ce fait, les galactagogues visent principalement la stimulation de la production lactée et leur utilisation serait en augmentation au Canada et aux États-Unis (Wambach & Riordan, 2016). Les données quant à l'efficacité probante de ces substances sont encore parcellaires. Les lignes directrices de Santé Canada (2018) abordent en ce sens puisque ni l'efficacité des galactagogues médicaux ni l'efficacité des herbes galactogènes ne seraient démontrées. Les galactogènes ne devraient être utilisés qu'en dernière instance (Santé Canada, 2018). Actuellement, le Dompéridone et le Metoclopramide seraient les deux principaux médicaments utilisés afin d'augmenter la

production de lait chez la nouvelle accouchée (Abascal & Yarnell, 2008; McGuire, 2018). Finalement, afin de soulager la douleur aux mamelons, augmenter la confiance maternelle de l'allaitement ou diminuer les reflux du bébé, certains parents peuvent se retourner vers la frénotomie chez les nourrissons qui détiennent une ankyloglossie (Ghaheri, Cole & Mace, 2018). Cette intervention a pour visée de couper le frein de la langue. Certains dentistes ont ainsi développé cette expertise visant à supporter les allaitements difficiles liés aux freins de langues trop courts (Kotlow, 2011). Néanmoins, Webb, Hao et Hong (2013) suggèrent que malgré les avantages objectifs et subjectifs de cette procédure, le nombre de recherches de haute qualité étudiant cette pratique est encore peu nombreuses. Dans cette visée, la société canadienne de Pédiatrie propose que l'ankyloglossie soit relativement fréquente chez les nouveau-nés, mais n'entraîne pas nécessairement une difficulté de l'allaitement et encore moins la nécessité d'une frénotomie, réservée pour les cas plus graves (Rowan-Legg, 2018).

Humanisation de l'allaitement et approche holistique du soin à la mère. Les études de Battersby (2014) puis Carroll et ses collaborateurs (2015) critiquent l'approche biomédicale de l'allaitement. Elles proposent que les besoins des mères soient au centre des soins et non l'allaitement (Battersby, 2014; Carroll & al., 2015; Fallon & al., 2017). Knaak (2010) soulève que le discours médical de l'allaitement basé sur ses bienfaits en vient à présenter ce choix comme étant une obligation morale. Pour répondre aux besoins des mères, l'étude de Fallon et ses collaborateurs (2017) propose que le soutien à l'allaitement doive considérer les dimensions holistiques de la personne, être sécuritaire et respecter les choix de la mère. D'ailleurs, Gamble et ses collaborateurs (2007) soulèvent l'importance que doivent accorder les professionnels de la santé aux préférences des mères pour pouvoir répondre adéquatement à leurs besoins.

Ainsi, les résultats de l'étude de Sheehan et ses collaborateurs (2009) proposent que les soins doivent être moins centrés sur l'enfant et orientés davantage vers les mères. L'importance d'un soin holistique orienté vers la mère est un élément qui se retrouve fréquemment dans les écrits (Burns, Fenwick, Sheehan, & Schmied, 2013; Fallon & al., 2017; Hick, 2006; Sheehan & al., 2009; Thomson & al., 2012). Cette orientation de soin s'arrime à l'approche professionnelle de certaines sages-femmes qui, dans l'étude de Burns et ses collaborateurs (2013), priorisaient la relation mutuelle avec la mère, le partage du pouvoir et des responsabilités, ainsi que l'utilisation de questions ouvertes. Le but de cette étude était d'analyser le discours de 36 sages-femmes ayant eu des échanges avec 77 mères afin de décrire le langage et les pratiques entourant l'allaitement lors de la première semaine de vie du nourrisson (Burns & al., 2013). Dans cette étude, l'approche de soin centralisée sur la mère se retrouvait seulement dans 11 % des interactions entre les sages-femmes et leurs patientes (Burns & al., 2013). En contrepartie, 80 % des sages-femmes utilisaient un discours d'expert dans le transfert d'information portant sur l'allaitement et comparaient le lait maternel à de « l'or liquide » (Burns & al., 2013, p.62, traduction libre). Finalement, 11 % des interactions rapportées dans cette étude proposaient un discours naturaliste de l'allaitement qui induisait une facilité et une capacité de toutes mères à allaiter pour celles qui étaient suffisamment engagées à vouloir le faire (Burns & al., 2013).

Il est utile de noter que les approches de médicalisation et d'humanisation des naissances, dont les fondements semblent opposés, sont encore aujourd'hui présentes dans le paysage culturel de la maternité et de l'allaitement. En effet, les paradigmes de la médicalisation des naissances et de l'humanisation des naissances proposée par Rivard (2014), mais présenté sous forme de mouvement naturalisme selon Badinter (2010), coexisteraient dans le monde des

naissances actuel. Toutefois, même si les mères qui accouchent à l'hôpital ne sont pas malades, elles seront considérées comme des « patientes » puisqu'elles doivent se soumettre aux règles biomédicales de cette institution (Laurendeau, 1987).

Pour conclure cette section sur la culture de soins entourant l'allaitement il faut souligner combien la place de la médicalisation, la gestion de l'allaitement par les professionnels et les experts en allaitement ainsi que les technologies montrent l'importance d'une humanisation de l'allaitement et une approche holistique de soin aux mères qui nourrissent leur enfant peu importe le mode d'alimentation.

Normes sociales de l'allaitement maternel : De ces nombreux comportements entourant l'allaitement, que ce soit pour les avantages qu'il procure, ou l'image qu'il projette, choisir d'allaiter son enfant est une pratique sociale. L'allaitement s'inscrit ainsi dans un cadre culturel particulier (Eden, 2012), car au-delà de l'apport nutritif que représente le lait pour le nourrisson, il se réfère à une implication morale (Murphy, 1999), identitaire (Fern & al., 2014; Knaak, 2010; Lee, 2008), sociale (Battersby, 2014; Kjelland & al., 2014), culturelle et émotionnelle (Fallon & al., 2017). L'allaitement répond ainsi à des normes sociales, individuelles et culturelles spécifiques.

Cette troisième section de la recension des écrits présente les différentes normes entourant l'allaitement. Dans un premier temps, les avantages de l'allaitement seront présentés. Ensuite, la rencontre des espaces normatifs publics et privés sera explorée. Finalement, la pression sociale relative à l'allaitement, souvent verbalisée par les mères, sera exposée.

Avantages de l'allaitement. L'allaitement est reconnu pour ses nombreux bénéfices. Le guide des soins infirmiers de périnatalité (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2019) propose aux infirmières que le lait maternel est la meilleure façon de nourrir son bébé. Sur le plan social, l'allaitement serait écologique puisqu'il réduit la pollution associée à la production, au transport et aux emballages des formules lactées (Wolf, 2007). Au regard de la santé, les avantages de l'allaitement maternel sont nombreux. Les normes scientifiques de l'allaitement stipulent que plus la mère allaite longtemps, plus celle-ci augmente ses facteurs de protection contre le cancer du sein (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, 2002) et de l'ovaire (UNICEF 2019).

L'étude de Gallup et al. (2010) propose même que les femmes interrogées qui allaitaient leur bébé, comparativement à celles qui donnaient le biberon, aient eût significativement un score moins élevé sur l'échelle de dépression postnatale d'Edinburg. Cette différence statistique considèrerait le contrôle de plusieurs variables, dont l'âge, l'éducation, le revenu et le statut matrimonial (Gallup & al, 2010).

Selon l'INSPQ (2019), le lait maternel est composé de plus de 200 ingrédients qui s'adaptent aux besoins changeants du nourrisson. Par exemple, la quantité de calories, de protéines, de gras et de lactose varient considérablement durant le premier mois de vie du nourrisson (Wambach & Riordan, 2016). De plus, l'essai clinique randomisé d'Edmond, Zandoh, Quigley, Amenga-Etego et Owusu-Agyei (2006) considère qu'un allaitement amorcé lors du premier jour de vie diminue de 16,3 % les causes de mortalités néonatales. Selon ces

mêmes auteurs, si l'allaitement est amorcé dans la première heure de vie du nourrisson, le taux grimpe à 22,3 % (Edmond & al., 2006). Dans le même ordre d'idée, à travers l'étude descriptive de DiFrisco et al. (2011) il est proposé que l'allaitement maternel entamé dans la première heure de vie soit positivement associé à la poursuite d'un allaitement exclusif dans les quatre semaines suivant le départ de l'hôpital. Les résultats de l'étude de Colen et Ramey (2014) ont aussi démontré, en isolants 11 variables sociodémographiques, que l'allaitement et la durée de l'allaitement étaient tous deux avantageux pour la santé de l'enfant. Selon l'UNICEF (2019) et Wambach et Riordan (2016), l'allaitement maternel est optimal pour le bébé, tant pour sa composition nutritive que son apport immunitaire unique tout en étant un facteur de protection contre l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, l'asthme et les leucémies infantiles. En termes de sécurité, ces auteurs proposent que l'allaitement soit un facteur de protection contre la mort subite du nourrisson (Santerre & Fortin, 2011).

Partage des espaces publics et privés. Le partage des espaces privé et public est un enjeu important pour les mères. L'auteure Pam Carter (1995) à travers son recueil *feminism, breast and breastfeeding* positionne les enjeux féministes de l'allaitement par rapport au partage des sphères publiques/privées ainsi que l'érotisation des seins. Elle propose que les assises du partage des espaces privé/public se réfèrent à la domination patriarcale duquel découlent le pouvoir, le savoir et l'autorité de la sphère publique (Carter, 1995). La sphère privée, associée à la féminité, représenterait grossièrement le travail domestique subordonné au patriarcat dominant (Carter, 1995). La frontière entre ces sphères est flexible et variable d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre (Carter, 1995). Finalement, l'érotisation des seins émanerait du discours dominant, souvent hétéronormatif, voulant que le sein appartienne nécessairement à la

sexualité de la femme (Benoit & al., 2016; Carter, 1995). Plusieurs articles scientifiques recensés reflètent cette construction théorique, dont Russel et Ali (2017) qui abordent les enjeux de l'allaitement en public ainsi que Callaghan et Lazard (2012) qui traitent de la présentation sociale du sein érotique. Ces écrits portent sur l'allaitement en public, l'érotisation des seins et les interventions intrusives du personnel médical.

Allaitement en public. L'étude ontarienne de Russel et Ali (2017) a interrogé 1276 personnes en général afin d'observer les attitudes au regard de l'allaitement en public. Les résultats proposent que 75 % des répondants trouvaient acceptable pour une mère d'allaiter son enfant au restaurant ou dans les centres commerciaux (Russel & Ali, 2017). Les personnes qui manifestaient une perception négative de l'allaitement en public n'avaient pas d'enfant ou avaient un niveau d'éducation plus bas (Russel & Ali, 2017). Néanmoins, la recension des écrits réalisée par Atchan, et al. (2011) souligne que les pères interrogés dans les études étaient majoritairement inconfortables avec l'allaitement en public.

En contrepartie, l'étude de Bennett et ses collaborateurs (2016) qui cherchait à connaître les expériences et les défis des pères dont la partenaire allaitait montre que seulement 9,4 % des hommes sondés étaient mal à l'aise de voir une femme allaiter en public. Ce taux grimpait à 34 % quand il était question de leur partenaire qui allaitait en public (Bennett & al., 2016). L'étude de Magnusson, Thackeray, Van Wagenen, Davis, Richards et Merrill (2017) a évalué la perception de 502 hommes américains âgés de 21 à 44 ans sur l'allaitement à travers des images de femmes qui allaitent dans l'espace public et privé. Les résultats proposent que les images

d'allaitement en public étaient perçues moins favorablement que celle présentant l'allaitement dans l'espace privé (Magnusson & al., 2017).

Érotisation des seins. L'étude de Callaghan et Lazard (2012) a permis d'analyser le discours de parents, qui s'exprimaient sur des sites Internet leur étant destinés, afin d'explorer les représentations sociales entourant l'alimentation des nourrissons. L'étude faisant appel aux principes de santé publique en allaitement, référait à la représentation sociale de la femme en tant que mère; la représentation sociale de leur sexualité; la conceptualisation du sein comme objet érotique plutôt que nourricier. Certaines lois entourant l'allaitement allaient même jusqu'à protéger le choix d'allaiter dans l'espace public (Callaghan & Lazard, 2012). Par exemple, en Écosse, la loi protège et encadre l'allaitement maternel en public (Citizens advice Scotland, 2015). McCarter-Spaulding (2008) ainsi que l'étude de Groleau et al. (2016) proposent que la perception sociale du sein en tant qu'objet érogène entraîne un embarras de l'allaitement dans la sphère publique.

Dans cette visée, l'étude de Thomson et ses collaborateurs (2015) propose que les mères soient plus enclines à rester à la maison et chercher des endroits calmes pour éviter d'allaiter en public considérant que cette activité soit encore marginalisée. L'image de l'érotisation des seins serait de surcroît renforcée par les médias (Atchan & al., 2011). Toutefois, les mères de l'étude de Thomson et ses collaborateurs (2015) disaient qu'allaiter son enfant dans les endroits publics entraînerait une exposition du corps sexué de la femme tandis que donner le biberon entraînerait le sentiment de ne pas donner le meilleur départ à son enfant. À cet effet, l'étude de McBride-Henry (2010) stipule que puisque le sein appartient à la sphère privée, les mères remarquaient

voir peu de femmes allaiter publiquement. Si bien que ces dernières auraient peu de modèles d'allaitement public et cela aurait pour effet d'influencer leur choix concernant le mode d'alimentation du nourrisson (McBride-Henry, 2010). Ces résultats se retrouvent aussi dans l'étude de Thomson et Dykes (2011). Bref, l'étude de Carroll et al. (2015) en viennent au constat que les femmes n'ont pas assez de modèles de mères qui choisissent d'allaiter dans la sphère publique et que cette présentation culturelle aurait pour effet de soutenir le choix du biberon.

La honte d'allaiter en public est un résultat qui se retrouve aussi dans l'étude de Thomson et Dykes (2011) puisque les femmes ont l'impression de violer les normes sociales associées à l'exposition des seins dans un endroit public pouvant être interprété comme une partie sexualisée de leur corps. Kim et al. (2017) en viennent au même constat, en affirmant que l'allaitement en public serait une barrière au choix d'allaiter, selon les mères ayant participé à leur étude.

Afin de surmonter l'allaitement en public, certaines mères vont préférer utiliser le tire-lait pour éviter d'exposer leur sein. À cet effet, l'étude de Sheehan et Bowcher (2016) a analysé trois publicités présentant des tire-laits. Les résultats de l'étude proposaient que la proximité entre le bébé et la mère fût bien présentée, mais qu'il n'y ait pas de présence des seins (Sheehan & Bowcher, 2016). Dans cette perspective, le lait serait présenté tel un produit pouvant être prodigué sans le geste de l'allaitement (McCarter- Spaulding, 2008; Sheehan & Bowcher, 2016).

Finalement, l'étude de Thomson et Dykes (2011) propose que certaines mères trouvent les interventions concernant l'allaitement invasives et parfois irrespectueuses de leur espace

privé. Par exemple, lorsque le bébé ne veut pas boire et que les professionnelles de la santé insistent en prenant à plusieurs reprises le sein de la mère pour le mettre dans la bouche du bébé, l'approche peut être vécue de façon embarrassante, intrusive et déplaisante (Thomson & Dykes, 2011). Cette intervention serait vécue négativement par les mères (Thomson & al., 2015).

L'ensemble de ces constats réaffirme l'expression populaire selon laquelle « Le personnel est politique » (*The personal is political* ou *The Private is political*) (Encyclopaedia Britannica, 2019), utilisé par le mouvement féministe à partir des années 1970 et suggérant que l'expérience des femmes est fondamentalement influencée par différentes dynamiques de pouvoir modulées par le genre.

Pression sociale d'allaiter pour être une bonne mère. Les résultats de l'étude de Hunt et Thomson (2017) proposaient que les mères ressentent de la pression sociale, culturelle et personnelle à allaiter. L'étude de Spencer et ses collaborateurs (2015) propose que certaines mères qui n'aimaient pas allaiter prétendent le contraire afin de répondre à la pression sociale et la pression des professionnels de la santé. De plus, l'étude de Carroll et ses collaborateurs (2015) souligne que certaines mères qui ont choisi le biberon vont aller jusqu'à prétendre envisager l'allaitement durant les visites prénatales pour que les professionnels de la santé cessent de parler d'allaitement. Toutefois, les résultats de l'étude de Spencer et ses collaborateurs (2015) suggéraient que le sentiment de jugement vécu par les femmes de cette étude était présent même si les professionnels de la santé ne les jugeaient pas. Selon l'étude de Gojard (2003), ce sentiment s'expliquerait par une plus grande intériorisation de la norme

sociale de l'allaitement chez les femmes. Cette intériorisation proviendrait du discours d'expertise relatif à l'allaitement.

Sentiment de honte. Les résultats des études de Thomson et ses collaborateurs (2015), ainsi que de Taylor et Wallace (2012) ont démontrés que peu importe le choix d'allaiter, ou de donner le biberon, le sentiment de honte est récurrent. En somme, allaiter ou donner le biberon entrainerait tous deux une honte qui serait associée au fait de ne pas répondre aux idéaux culturels de ce que doit être une femme et de ce que doit être une mère (Taylor & Wallace, 2012). Plus généralement, la vulnérabilité physique et psychologique de nouvelles mères reliée à la naissance peut rendre les femmes plus susceptibles de ressentir de la honte (Thomson & al., 2015). Au-delà du sentiment de la honte, donner le biberon entrainerait, pour plusieurs mères, son lot de sentiment négatif.

Culpabilité, colère et sentiment d'échec du lien d'attachement. La recension systématique des écrits proposée par Lakshman et al. (2009) montre que ces sentiments que sont : la culpabilité, la colère, un sentiment de pression, des inquiétudes, un sentiment d'échec, de la honte et de l'incertitude font partie intégrante de la vie des mères interrogées qui avaient donné le biberon. Ces sentiments négatifs seraient plus présents lorsque la mère n'avait pas planifié de donner de la formule lactée durant la grossesse (Fallon & al., 2017; Lakshman & al., 2009). Dans cette visée, l'étude de Thomson et Dykes (2011) propose que les trois vecteurs de culpabilité chez les mères pour qui l'allaitement n'a pas fonctionné soient : l'impression d'avoir un moins bon lien d'attachement avec le bébé, l'impact sur le rôle maternel et les bénéfices pour la santé. Les sentiments de culpabilité et d'échec étaient aussi présents chez les mères de l'étude

de Nihlén Fahlquist (2016). Cette étude propose même qu'il y ait certaines mères qui n'auraient pas apprécié l'expérience de l'allaitement, car elles avaient l'impression de perdre leur liberté, de se sentir coincées ou en manque de contrôle sur leur vie (Nihlén Fahlquist, 2016). Le sentiment d'échec retrouvé chez plusieurs des mères interrogées faisait référence à l'échec de la maternité, puisque l'allaitement est socialement présenté comme étant la meilleure option pour le bébé et que toutes les mères peuvent allaiter si elles y mettent assez d'efforts (Nihlén Fahlquist, 2016). Lee (2008) et Wolf (2007) proposent ainsi de voir la culpabilité et le sentiment d'échec comme l'expression de l'intériorisation d'une conception de la maternité intensive. Ce concept présente non seulement l'enfant comme objet central dans la vie de la mère, mais décrit aussi le rôle maternel comme une dévotion complètement orientée vers le développement du plein potentiel de ce dernier (Hays, 1996; Lee, 2008).

Perception d'être une mauvaise mère. Concernant les bénéfices pour la santé, Lee (2007) propose que la notion de maternité risquée soit culturellement associée à la formule lactée. D'ailleurs, dans leur analyse de discours portant sur des discussions retrouvées en ligne suivant un article qui traiterait de l'allaitement, Striley et Field-Springer (2014), ont conceptualisé trois niveaux de risques concernant le mode d'alimentation du nourrisson. Selon ces auteurs, le risque serait une construction sociale qui génère, chez les mères, la peur profonde d'être une « mauvaise mère » et que l'alimentation serait au centre du discours portant sur la maternité (Striley & Field-Springer, 2014).

Le premier niveau traite du risque physique qui serait présenté par les normes scientifiques des bienfaits de l'allaitement (Striley & Field-Springer, 2014). Le second niveau aborde les

risques sociaux et moraux qui seraient représentés par la peur d'être jugée comme une « mauvaise mère » ou voir même rejetée socialement lorsque le biberon est choisi (Striley & Field-Springer, 2014). À travers ces risques, il y aurait l'intériorisation des bons comportements à adopter pour être une « bonne mère », dont celui d'allaiter, afin d'être accepté socialement (Striley & Field-Springer, 2014). Cette conception de la maternité s'arrime avec la notion de sacrifice au féminin présenté par Badinter (2010) ainsi que Margavio Striley et Field-Springer (2014). Un tel sacrifice, selon Niquette (2014), implique une attente de performance à l'allaitement maternel qui, si elle n'est pas accompagnée d'autres activités, peut mener à une difficulté à performer dans les autres sphères de la société.

S'éloigner de la norme sociale est répréhensible. La pression ressentie par les mères peut s'exprimer par une forme de jugement moral autour de leur décision concernant le mode d'alimentation choisi (Hunt & Thomson, 2017). Plusieurs auteurs, dont Badinter (2010) ont suggéré que la mère pouvait vivre une forme de culpabilisation lorsqu'elle s'éloignait de la norme sociale associée au modèle exclusif de l'allaitement maternel. Les études de Chabrol et al. (2004), Earle (2002), Hunt et Thompson (2017), Knaak (2010), Labbok (2008), Lee (2007; 2008), Mander (2008), Redshaw et Henderson (2012), Spencer et al. (2015) et de Thomson et Dykes (2011) en viennent à ce même constat.

La performance de l'allaitement est présente dans les résultats des études de Spencer et al. (2015) ainsi que Carroll et al. (2015) qui présentent un constat similaire puisque l'allaitement exclusif ne serait pas toujours adapté à la vie familiale. De plus, Kim et al. (2017) ainsi que Ishak et al. (2014) proposent que le retour au travail soit une barrière importante au succès à

l'allaitement. Toujours au regard de la performance de l'allaitement, certaines femmes peuvent se retourner vers un support médical pour maximiser la production de lait (McGuire, 2018). Cette performance de l'allaitement peut ainsi créer une tendance à la médicalisation par galactogogues (Wambach & Riordan, 2016) ou pour par l'utilisation de procédures médicales telles que la frénotomie (Rowan-Legg, 2018).

De Montigny (2014) souligne que l'image favorable de la maternité corrélée à l'allaitement peut influencer le choix du mode d'alimentation du nourrisson. Cette image favorable pourrait influencer le processus menant au choix à l'allaitement. À cet effet, plusieurs études appuient les propos de McCarter-Spaulding (2008) qui montre l'importance de positionner l'allaitement au-delà d'un simple choix individuel puisque ce dernier s'inscrit dans un contexte culturel (Callaghan & Lazard, 2012; Groleau & al., 2016; Holcomb 2017). En conséquence, puisque l'allaitement maternel est présenté par les experts de la santé comme étant le meilleur choix et que le sein, culturellement, se retrouve dans une dichotomie opposant l'érotisation du sein versus la fonction nutritive de ce dernier, le choix d'allaiter ou non son bébé est socialement constitué (Callaghan & Lazard, 2012).

Finalement, le troisième niveau de risque retrouvé dans l'étude de Striley et Field-Springer (2014) se réfère à la nature de la femme qui, par défaut, doit se sacrifier pour être une bonne mère (Striley & Field-Springer, 2014). Ce niveau fait écho au mouvement naturaliste de l'allaitement qui présente ce dernier comme étant biologiquement déterminé (Striley & Field-Springer, 2014).

Pour conclure cette troisième section, portant sur les normes sociales de l'allaitement maternel, il faut comprendre que les avantages de l'allaitement reposent surtout sur les bienfaits pour l'enfant et l'abandon des mères, qui en tout temps se rendent disponibles à l'allaitement dans l'espace privé et public où elles vivent des inconforts évidents. Cette pression sociale de l'allaitement place aussi les femmes face au discours de la « bonne mère » une entité bien questionnable puisqu'elle élimine par le fait même, l'identité de femme. Ce sont là l'ensemble des normes sociales liées à l'allaitement maternel qui provoqueraient chez certaines un sentiment de honte, de la culpabilité, de la colère et un sentiment d'échec du lien d'attachement. S'éloigner des normes sociales est répréhensible et expose les mères au jugement social. La prochaine partie porte sur le cadre de référence sur lequel l'étude a porté.

Cadre de référence

Puisque cette recherche vise à faire l'analyse situationnelle du discours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement dans une culture de soin favorable à l'allaitement, le choix du cadre de référence des soins transculturel de Madeleine Leininger (2002) permet de bien cerner les enjeux transculturels qui gravitent autour du choix des mères. Cette partie portant sur le cadre de référence du mémoire poursuit trois objectifs précis. Il vise d'abord à décrire la normativité sociale à la lumière de la théorie du soin transculturel de Madeleine Leininger (2002). Il vise également à identifier les facteurs entourant l'importance de cette théorie pour comprendre le processus de maintien, de négociation et de restructuration du soin en contexte d'allaitement et de choix alternatifs à l'allaitement. Il vise enfin, plus globalement, à formuler une compréhension socioculturelle des pratiques de l'allaitement. L'intérêt des travaux de Leininger et des approches sociales du soin, notamment les approches issues du courant féministe, seront finalement discutées, à la lumière de la problématique et des objectifs de ce projet de recherche.

Nous tenterons de comprendre combien la normativité sociale de l'allaitement maternel exclusif influence la culture du soin à partir du modèle *sunrise* de Leininger. Ce sera à partir de ce modèle que nous pourrons comprendre les différentes pratiques socioculturelles, incluant des alternatives à l'allaitement maternel exclusif et questionner la pratique infirmière à la lumière de ce modèle d'analyse.

Normativité sociale et impact de la culture sur le soin

L'expérience des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif s'insère dans le contexte sociopolitique et culturel qu'il est important de considérer afin d'en

saisir le sens profond. En effet, chaque expérience d'allaitement est influencée par différentes normes. La compréhension de ces normes et de leurs effets sur les mères est susceptible de soutenir l'émergence de pratiques plus sensibles à leur vécu.

Aussi, les normes associées à l'allaitement, promues par l'OMS, l'UNICEF et l'OIIQ font référence à des normes professionnelles relatives à l'allaitement. Ces normes internationales sont entrecroisées par les normes sociales ciblant le rapport au corps, ainsi que celles contribuant à définir les comportements attendus de la « bonne mère ». Ces normes visent à circonscrire et différencier les pratiques socialement acceptées et prohibées. Les parties précédentes du mémoire ont démontré qu'elles ont également pour objectif d'instaurer une culture de soin favorable à l'allaitement, particulièrement dans les pratiques de soin. Suivant cette logique, l'emploi d'un cadre théorique doté d'une forte sensibilité culturelle semble tout indiqué. Un tel cadre permet en effet de mieux comprendre, décrire et situer le discours des mères, qui ont adopté un modèle alternatif à l'allaitement, dans un contexte culturel précis. Il facilite également la valorisation du savoir expérientiel des mères afin de tendre vers le développement de pratique de soin culturellement congruente et contribuant à la santé et au bien-être de ces dernières.

Culture du soin. Selon Leininger et McFarland (2006), la culture se définit comme étant des règles et des convictions qui guident les humains pouvant être représentées par des éléments matériels ou non matériels. Elle évoque les règles et les convictions qui guident les personnes d'une même culture (Leininger & McFarland, 2002; 2006). En contrepartie, les personnes provenant d'une sous-culture se distinguent par des besoins différents de ceux partagés par la culture dominante (Leininger & McFarland, 2002; 2006). La population visée par cette

recherche représente les mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif dans un contexte de soin culturellement favorable à l'allaitement et donc, symbolisent la sous-culture. En toute logique, elles constituent ainsi une sous-culture qui, lorsqu'elle se heurte à la culture dominante, est susceptible de provoquer une négociation ou une restructuration des pratiques de soin.

Au regard de la culture dominante du soin en matière d'allaitement et afin d'offrir un soin sécuritaire, l'infirmière qui est à l'écoute des besoins de la parturiente peut ajuster ses soins de différentes façons soit un offrant un maintien, une négociation ou une restructuration du soin (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Dans cette visée, la négociation du soin propose à l'infirmière de faciliter ce dernier avec le support d'actions ou de décisions aidantes qui demeurent culturellement congruentes et significatives pour la personne soignée dans son processus de bien-être (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). La restructuration du soin traite davantage de l'accompagnement qu'offre l'infirmière, en accord avec la personne soignée, afin de changer ou de restructurer son style de vie dans une perspective de bien-être général (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Le maintien du soin se retrouvait, quant à lui, dans l'application des normes favorables à l'allaitement exclusif sans égard aux besoins différents de la mère.

Selon Leininger et McFarland (2006), le soin s'inscrit principalement à travers l'action du *caring*. Le soin doit être professionnel et respectueux de la personne (Leininger & McFarland, 2002; 2006). La personne qui attribue le soin doit être sensible aux significations culturelles qui sont importantes pour la personne (Leininger & McFarland, 2002; 2006). En

suivant ce raisonnement de Leininger et McFarland (2002; 2006) on peut comprendre que les infirmières qui sont incitées à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement (OIIQ, 2015) viseraient ainsi la congruence des soins attribuée aux attentes, besoins et valeurs de la personne les recevant (Leininger & McFarland 2002; 2006). Selon Leininger et McFarland (2002; 2006), le soin et la culture doivent être considérés de façon holistique, tel un tout indissociable.

Soin transculturel et savoirs infirmiers. Les sciences infirmières disposent de plusieurs courants de pensée, dont le *caring*. Le *caring* s'inscrit dans le paradigme infirmier de la transformation (Pepin, Ducharme & Kérouac, 2017). Dans ce paradigme, le vécu de chaque personne est unique et en constante évolution (Pepin & al., 2017; Newman, Smith, Pharris & Jones, 2008). Par ailleurs, le *caring* est présenté telle une école de pensée humaniste à travers laquelle la dignité humaine est au premier plan (Krol & Legault, 2008). Cette approche vise une promotion de la santé holistique qui englobe tant le corps, l'âme que l'esprit (Pepin & al., 2017; Krol & Legault, 2008).

C'est à travers l'école du *caring*, que se positionne la théorie du soin transculturel de Madeleine Leininger. Cette théorie présente les soins en misant sur la sécurité des personnes tout en respectant leur culture (Leininger & McFarland, 2002; 2006). Dans ce contexte, le « soin » est également porteur d'une culture spécifique étant favorable à l'allaitement. Cela a pour effet d'induire une négociation entre la culture de soin et la culture de la personne soignée qui, parfois, opte pour une alternative à l'allaitement. C'est dans ce contexte précis et par l'intermédiaire de cette rencontre entre deux cultures que les pratiques de soin sont soit négociées ou restructurées (Leininger & McFarland, 2002; 2006).

La théorie de Leininger vise donc à permettre aux infirmières d'offrir des soins sécuritaires et culturellement congruents. Dans la littérature, l'importance du *caring* dans les soins infirmiers entourant la maternité est non-équivoque. Par exemple, les résultats de l'étude de Goberna-Tricas et ses collaborateurs (2011) proposaient que les femmes, dans un contexte de soin entourant la maternité, désirent que les professionnels de la santé soient empathiques et possèdent une attitude de *caring*. Dans le même ordre d'idée, les résultats de l'étude norvégienne de Hvatum et Glavin (2016) soulevaient aussi l'importance pour le personnel hospitalier de considérer le vécu comme étant unique à la personne sans égard au choix du mode d'alimentation du nourrisson (Hvatum & Glavin, 2016).

Plus concrètement, l'infirmière peut être amenée à côtoyer des personnes soignées également porteuses d'une culture particulière pouvant représenter des valeurs, idéaux et préférences distinctes. Selon la théorie des soins transculturels, ces personnes représentent une sous-culture (Leininger & McFarland 2006; 2002). Or, l'infirmière doit, dans sa pratique, faire preuve d'ouverture ainsi que d'introspection afin de ne pas imposer sa propre culture de soin (Leininger & McFarland 2002; 2006). Pour ce faire, l'infirmière doit considérer les risques de biais d'imposition d'aveuglement culturel, d'ethnocentrisme et d'uniculturalisme (Leininger & McFarland 2002; 2006). Dans ce contexte, les sous-cultures à l'allaitement font référence aux femmes qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif telles que l'utilisation de formules lactée, ou l'allaitement mixte. Compte tenu ce qui précède, c'est à travers le concept de l'enculturation et avec une approche de *caring* que l'infirmière s'ouvre aux sous-cultures (Leininger & McFarland 2002; 2006). Cette recherche vise à faire l'analyse situationnelle du

parcours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement dans une culture de soin wui lui est favorable. Le choix de ce cadre de référence permet de bien cerner les enjeux transculturels qui gravitent autour du choix des mères. Selon Leininger et McFarland (2002; 2006), le soin et la culture doivent être considérés de façon holistique, tel un tout indissociable. Afin de représenter cette conception, Leininger (2002) a élaboré le modèle *sunrise* présenté ci-après.

Figure 1- Modèle sunrise de Madeleine Leininger (2002)

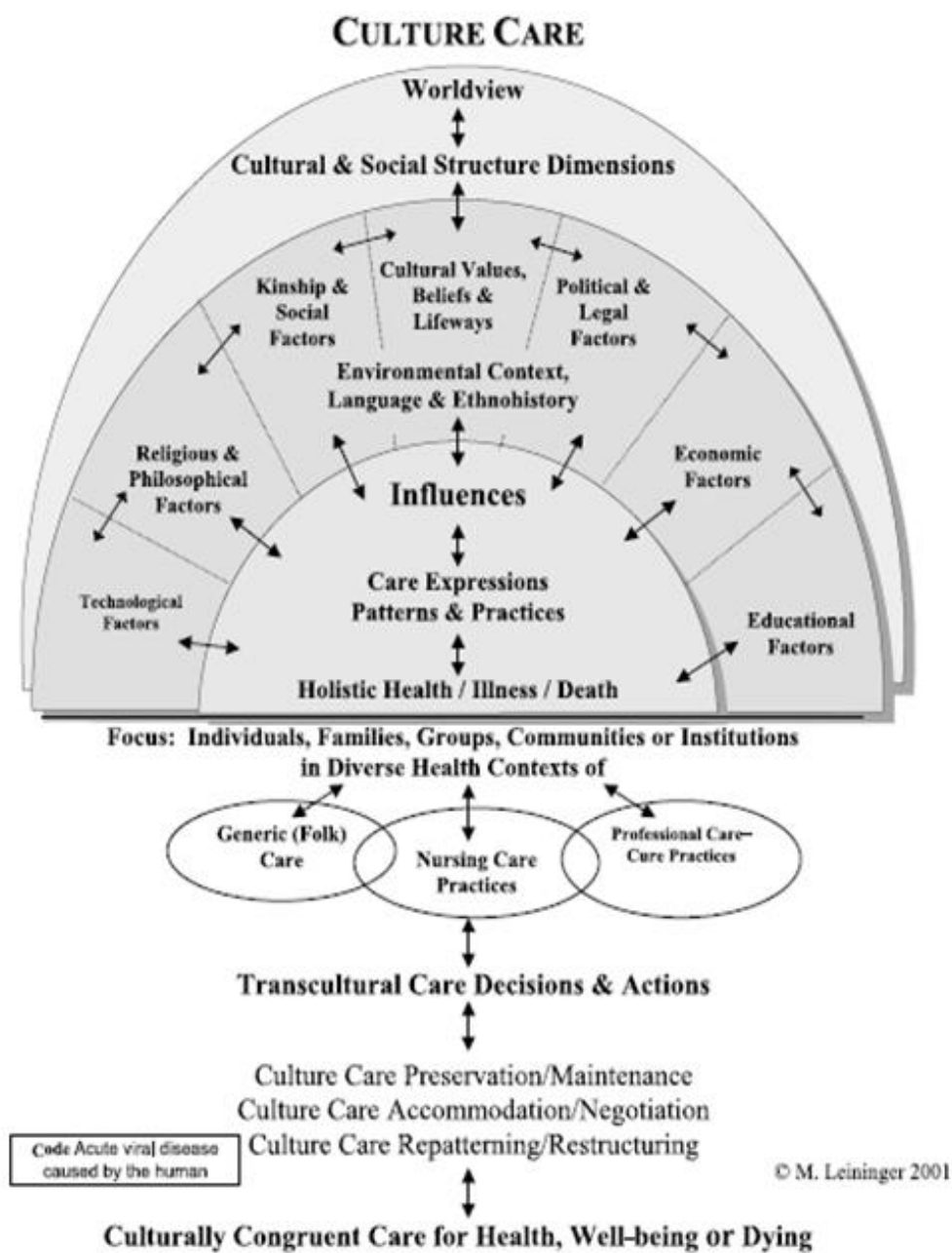


Figure 1. Modèle *sunrise*, Leininger, M. 2002.

Ce modèle offre un point de vue général et graphique sur l'ensemble de l'entité culture-soin et la façon dont l'infirmière oriente ses soins afin d'être culturellement congruente (Leininger & McFarland 2002; 2006). Les décisions infirmières s'appuient sur le soin générique de la culture, la pratique infirmière et la norme professionnelle (Leininger & McFarland 2006). La finalité du modèle *sunrise* est d'offrir un soin sécuritaire et culturellement congruent (Leininger & McFarland 2006). Pour ce faire, le modèle propose trois décisions ou actions finales qui peuvent être prises par l'infirmière soit : la préservation du soin, l'accommodation du soin ou la restructuration du soin (Leininger & McFarland, 2006).

Le modèle *sunrise* comprend sept facteurs qui s'inscrivent dans la structure culturelle et sociale permettant à l'infirmière de justifier des soins culturellement congruents à la culture favorable à l'allaitement. Ces facteurs sont : technologiques, religieux et philosophiques, associés aux valeurs culturelles, aux croyances et au style de vie, ainsi que les facteurs politiques et légaux, économiques, éducationnels, familiaux et sociaux. (Leininger & McFarland 2002; 2006). Tout comme Clarke (2005), Leininger et McFarland (2006) soulignent l'importance du contexte historique ainsi que du langage dans la compréhension sociale d'un phénomène. Or, la théorie du soin transculturel utilise le terme d'ethnohistoire pour traiter du contexte historique. L'histoire d'une culture additionnée au contexte environnemental et au langage seraient à considérer dans les facteurs famille/réseau social, valeurs culturelles, croyances, style de vie ainsi que dans l'arène politique et légale (Leininger & McFarland, 2002).

Comprendre la normativité sociale à partir du modèle *sunrise*.

Comme la seconde partie de la recension des écrits le démontre, c'est à travers l'instauration de soins infirmiers culturellement favorables à l'allaitement que ces facteurs du modèle *sunrise* en viennent à consolider cette pratique en tant que norme. En quelques mots, une norme sociale porte sur:

[D]es règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence (Baril & Paquette, 2012, p.6).

Cette norme favorable à l'allaitement n'est toutefois pas hégémonique. Elle s'inscrit plutôt dans un pluralisme normatif au sein duquel différentes normes se rejoignent ou se heurtent avec une force variable. Au cours de la section suivante, le modèle *sunrise* facilitera la compréhension de la rencontre de ces différentes normes, plus précisément la rencontre des normes favorables à l'allaitement maternel exclusif au vécu des mères qui, malgré ce contexte, choisissent un mode d'alimentation alternatif au lait maternel. Les différents facteurs du modèle *sunrise* permettent de considérer les éléments applicables à la culture de soins favorable à l'allaitement. Ces éléments seront succinctement détaillés dans le tableau qui suit.

Tableau 2. *Éléments applicables à la culture de soins favorable à l'allaitement maternel exclusif selon les facteurs du modèle sunrise*

Facteurs du modèle sunrise	Éléments applicables à la culture de soins favorable à l'allaitement maternel exclusif
Facteurs technologiques	-le tire-lait, outil matériel technologique qui permet l'expression du lait maternel (INSPQ, 2019). -Selon les soins infirmiers de périnatalité : « il faut enseigner à toutes les mères comment extraire leur lait manuellement » (Lowdermilk & al., 2019, p. 902).
Facteurs religieux et philosophiques	-le cadre biomédical serait désormais un vecteur de la norme sociale remplaçant, dans certaines cultures, la religion (Massé, 2014). -Lee (2008; 2007) appuie aussi l'existence du nouveau paradigme culturel de la santé publique à travers lequel la notion de comportements risqués pour la santé est mise en lumière. Dans cette visée, le choix de la formule lactée au détriment de

	<p>l'allaitement serait culturellement présenté comme étant un risque pour la santé des bébés (Lee, 2008).</p> <p>-De plus, les normes de la santé publique participent à un certain contrôle social quant au choix des informations véhiculées sur les comportements à adopter afin de maximiser la santé (Gostin, 2008). Par conséquent, en ne présentant que les bienfaits de l'allaitement ainsi que les risques de la formule lactée la santé publique opère une rationalité particulière dans la rétention et la distribution d'information au regard des comportements de santé privilégiés, faisant ici référence à l'allaitement maternel exclusif (Thomson & al., 2015; Wolf, 2007).</p> <p>-L'approche de l'humanisation des naissances serait aussi un facteur philosophique (Rivard, 2014)</p>
<p>Facteurs liés aux valeurs culturelles, aux croyances et aux styles de vie</p>	<p>-selon Opp (2001), les normes se réfèrent généralement à des actions, mais peuvent aussi influencer les croyances, les attitudes ainsi que les buts et à celles-ci correspondent différents types de sanctions lorsqu'elles ne sont pas respectées. Sans cette visée, les vecteurs en promotion de la santé auraient un impact sur le style de vie des personnes.</p> <p>-La norme sociale entourant l'allaitement maternel inscrirait la mère qui allaite son enfant dans le paradigme de la « bonne mère » (Carter, 1995; Chabrol & al., 2004; Desrochers & Renaud, 2014; Jung, 2015; Knaak, 2010; Lee, 2008; McBride-Henry, 2010; Murphy, 1999, Spencer & al., 2015).</p> <p>-Certaines mères ressentent une forme de compétition entre celles qui allaitaient et celles qui donnaient de la formule lactée (Lee, 2008).</p> <p>-Une distance de ladite norme pourrait entraîner de la culpabilité chez les mères qui orientent davantage l'alimentation du nourrisson vers des alternatives à l'allaitement maternel telles que l'utilisation de formule lactée (Earle, 2002; Knaak, 2010; Labbok, 2008; Lee, 2008; Mander, 2008; Nihlén Fahlquist, 2016; Redshaw & Henderson, 2012; Chabrol, & al., 2004).</p>
<p>Facteurs politiques et légaux</p>	<p>-différentes organisations nationales et internationales favorisent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie (INSPQ, 2019; OIIQ, 1998; OMS, 2019; UNICEF, 2019).</p> <p>-Même si le fait de ne pas allaiter son enfant n'entraîne aucune réprobation légale, les résultats de l'étude norvégienne démontreraient que les mères avaient l'impression d'enfreindre la loi quand elles cessaient l'allaitement (Hvatum & Glavin, 2016).</p> <p>- Le Code civil du Québec précise que les décisions que prennent les parents doivent toujours servir les intérêts de l'enfant (Code civil du Québec, 1991)</p>
<p>Facteurs économiques</p>	<p>-l'allaitement est présenté telle une façon de réduire les coûts dans le milieu de la santé (Bartick & al., 2017; UNICEF, 2012). L'allaitement diminuerait les maladies gastro-intestinales, les maladies respiratoires, l'otite moyenne et l'entérocolite nécrosante (UNICEF, 2012). Dans cette visée, les coûts défrayés par les personnes en moins bonne santé seraient plus onéreux souscrivant l'allaitement et ses bénéfices dans une visée économique du système de la santé.</p> <p>-Jung (2015) juge qu'il faut déboursier en moyenne 785 \$ US pour l'ensemble d'une expérience d'allaitement aux États-Unis. Ces frais incluent les vêtements d'allaitement, les tubes de lanoline, les coussins d'allaitement, les compresses d'allaitement et les draps d'allaitement. Il faudrait ajouter 135\$ US aux utilisatrices du tire-lait (sacs d'entreposage, bouteilles, etc.) excluant le coût très variable de la machine en soi (Jung, 2015).</p> <p>-En contrepartie, l'allaitement est généralement présenté dans les sociétés occidentales comme étant un choix économique puisque ce geste est gratuit. (INSPQ, 2019).</p>

Facteurs éducationnels	<p>-la culture de soin favorable à l'allaitement est bien représentée dans la formation des infirmières. Par exemple, <i>les soins infirmiers en périnatalité</i> proposent que ces derniers doivent considérer : les différentes positions d'allaitement, la mise au sein, le calcul de la fréquence des tétées, l'expression du lait, la durée des tétés l'enseignement aux parents des indicateurs de tétées efficaces (Lowdermilk & al., 2019).</p> <p>-Gojard (2003) propose que les femmes ayant des diplômes d'études supérieures soient plus enclines à intérioriser la norme sociale de l'allaitement décliné par le discours biomédical.</p> <p>-Un plus haut niveau d'éducation ressortirait, dans certaines études, comme étant un facteur favorable au fait de choisir l'allaitement (Ishak & al., 2014; Vas Goncalves, 2017).</p>
Facteurs familiaux et sociaux	<p>-l'étude de Mueffelman et ses collaborateurs (2015) proposait que l'influence du père et de la grand-mère maternelle de l'enfant aient un impact sur le choix de l'allaitement.</p> <p>-Le nombre d'enfants retrouvé au sein de la famille pourrait aussi avoir une influence dans le processus décisionnel des mères puisque la multiparité pourrait avoir un impact positif sur le choix du biberon (Ishak & al., 2014).</p> <p>-Les résultats des études de Spencer et al. (2015) ainsi que Carroll et al. (2015) proposait que l'implication de l'allaitement exclusif ne soit pas toujours adaptée à la vie familiale.</p>

Tableau 2. *Éléments applicables à la culture de soins favorable à l'allaitement maternel exclusif selon les facteurs du modèle sunrise*, Vallée-Ouimet, S. 2019.

Dans cette visée, l'infirmière, dans sa pratique, peut préserver le soin favorable à l'allaitement pour la mère qui désire allaiter, accommoder le soin pour la mère qui formule un choix partagé ou exprime certaines hésitations, ou finalement restructurer le soin pour la mère qui choisit de ne pas allaiter. Dans le contexte de ce projet de recherche, l'intérêt du modèle *sunrise* relève conséquemment de sa capacité à modéliser différents éléments culturels participants à l'expérience des mères en contexte de non-allaitement exclusif et donc, au processus de négociation ou de restructuration du soin.

À travers le modèle *sunrise*, il est possible de constater que tous ces facteurs ont une influence sur la pratique et l'expression du soin. Ces facteurs ont aussi une influence sur la manière dont le soin, la santé ou même la mort sont perçus (Leininger, 2002). Effectivement,

même la mort n’y échappe pas puisque dans la culture favorable à l’allaitement, celui-ci est présenté tel un facteur de protection contre la mort subite du nourrisson (Santerre et Fortin, 2011). À la lumière de ces éléments, force de constater que, pour les mères choisissant un mode d’alimentation alternatif à l’allaitement, les enjeux de négociation ou de restructuration d’un soin culturellement congruent sont nombreux. Pourtant aucune étude ne s’est inspirée du modèle *sunrise* et des travaux de Leininger afin de mieux comprendre ces enjeux pour la pratique infirmière.

Vers une compréhension socioculturelle des pratiques de l’allaitement.

La théorie du soin transculturel de Leininger a permis de mettre en lumière, avec l’apport du modèle *sunrise* (Leininger, 2002), les facteurs culturels entourant le présent projet de recherche. Plus précisément, c’est à partir du modèle *sunrise* de Leininger (2002) qu’il est possible d’apprécier la normativité sociale se référant ici aux normes de l’allaitement maternel exclusif et à leurs effets sur les mères s’écartant de celles-ci.

Dans le contexte de cette recherche, la normativité sociale de l’allaitement maternel exclusif vise à amener une compréhension des enjeux normatifs liés au processus de maintien, de négociation et de restructuration du soin (Leininger, 2002). À travers les nombreuses initiatives visant à promouvoir l’allaitement, dont l’IAB, l’infirmière doit assister à certaines formations portant sur l’allaitement, offrir un apprentissage de l’allaitement de qualité aux mères, adhérer au contrôle des publicités portant sur les formules lactées, favoriser la mise en place des dix conditions pour un succès de l’allaitement, etc. (MSSS, 2019). Concrètement, ces éléments deviennent des représentations non matérielles de la culture favorable à l’allaitement,

éléments convoités par l'analyse situationnelle de Clarke (2005; Clarke & al., 2018) qui sera développée dans la prochaine partie de ce mémoire. Dans de telles circonstances, le choix d'une alternative à l'allaitement devient ainsi un enjeu vécu par les représentantes de cette sous-culture. L'apport de la théorie de Leininger est ainsi de favoriser une compréhension socioculturelle des pratiques d'allaitement des mères lorsque ces dernières s'éloignent des normes caractérisant les pratiques de soin à cet égard.

La normativité sociale et plus particulièrement les travaux de Leninger (2002) permettent ainsi de faire une lecture contextualisée sous forme d'analyse situationnelle de l'expérience et du discours de ces mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement. Comme cette partie en fait la démonstration, ce cadre de référence s'inscrit harmonieusement au contexte contemporain de l'allaitement et des nombreux enjeux féministes qui y sont associés. L'analyse situationnelle se positionne principalement dans le féminisme postmoderne et la théorie critique intersectionnelle (Clarke & al., 2018). En ce sens, Clarke et ses collaboratrices (2018) jugent que les théories féministes mettent en lumière l'hétérogénéité des situations et visent la justice sociale tout en donnant une voix aux minorités. Olesen (2011), stipule que l'approche intersectionnelle féministe d'Adele Clarke a permis de faire évoluer ce type d'étude qui vise à faire la lumière sur la construction des rapports sociaux tout en contestant les notions du pouvoir. Selon Im (2010), les infirmières qui font des recherches féministes questionnent les discriminations retrouvées dans le système de santé et observent des populations qui reçoivent moins de services ou qui sont minoritaires dans les études. L'importance épistémique de la pertinence d'une sensibilité aux théories féministes dans les études portant sur l'allaitement maternel est un constat soulevé par Benoit et al. (2016). Au-delà du modèle *sunrise* et afin de

saisir ces notions de pouvoir, s'ajoute ainsi l'importance du langage dans la théorie du soin transculturel de Leininger. L'approche féministe de l'AS, convoité par Clarke et al. (2018), concède une grande importance aux travaux portant sur le discours tel que développé par le philosophe Michel Foucault. À cet effet, le pouvoir serait inhérent au savoir et c'est l'analyse du discours qui permet d'observer les différents enjeux de pouvoir qui s'y rattachent (Foucault, 1972). Tant Clarke et al. (2018) que Foucault (1994) stipulent que la société serait constituée de différentes formes de pouvoir pouvant se retrouver dans toutes ses strates, dont les institutions de santé. Finalement, l'analyse situationnelle du discours des mères que cette recherche vise ainsi à comprendre comment le choix d'une alternative à l'allaitement se confronte aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales.

Méthodologie

Dans cette présente partie du mémoire, la méthodologie de la recherche sera présentée. En premier lieu, le choix de l'analyse situationnelle (Clarke & al., 2018) sera brièvement justifié au regard du sujet d'étude. En second lieu, la méthode d'échantillonnage sera détaillée. Dans cette section, le choix du type de recrutement sera d'abord expliqué. Les outils de la collecte de donnée seront ensuite présentés, soit le canevas et le déroulement des entrevues. Finalement, la procédure d'analyse des données sera précisée. En troisième lieu, les considérations éthiques, les critères de scientificité ainsi que les limites et les avantages de cette étude seront exposés.

Devis de recherche : L'analyse situationnelle

L'analyse situationnelle, notamment développée par Clarke (2005; Clarke & al., 2015; Clarke & al., 2018) trouve ses fondements au sein de la recherche qualitative et plus précisément de la théorisation ancrée. Wertz et ses collaborateurs (2011) décrivent la théorisation ancrée comme étant une méthode de recherche organisée, itérative et inductive. Cette approche a d'abord été élaborée et disséminée par Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss à travers leur livre : « The discovery of grounded theory » (Glaser & Strauss, 1967). Les deux chercheurs ont, par la suite, travaillé séparément (Wertz & al., 2011). Anselm Strauss a poursuivi sa formation au département de sociologie de l'Université de Chicago (Wertz & al., 2011). Le courant de pensée de l'école de Chicago se démarque par une sociologie urbaine orientée vers des problématiques sociales et politiques (Coulon, 2012). Afin d'actualiser la théorisation ancrée vers le tournant de la postmodernité, Adele Clarke, étudiante d'Anselm Strauss, a élaboré l'analyse situationnelle (AS ci-après) (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015; Clarke & al., 2018).

L'AS de Clarke (2005; Clarke & al., 2015; Clarke & al., 2018) se démarque par un désir d'aller au-delà du sujet de recherche connu. Elle vise à déplacer la perspective principale sur la

personne, comme acteur social central, afin d'observer l'ensemble de l'univers social dans lequel elle évolue. Cela s'opère par une analyse du discours incluant l'importance des silences, et en misant sur l'influence du non humain. Pour Clarke (2005; Clarke & al., 2015; Clarke & al., 2018), le non humain représente notamment les produits culturels, la technologie, les animaux, les médias, les anticorps et tant d'autres objets ayant une influence sur le monde vécu. L'AS est une approche flexible permettant de répondre aux besoins de plusieurs types de recherches qui visent à accorder une visibilité aux différences et faire parler les silences (Clarke & al., 2015). La précédente partie a permis de définir le cadre de cette étude qui positionne les pratiques institutionnelles entourant l'allaitement maternel exclusif dans un contexte de culture dominante. L'AS favorise ainsi la compréhension des choix différents à l'allaitement que font les mères, actrices centrales à la problématique, se confrontant aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales qui représentent l'ensemble de l'univers social dans lequel elles évoluent.

Clarke et ses collaboratrices (2015) distinguent l'AS de la théorisation ancrée traditionnelle par plusieurs éléments. Selon Clarke (2005), les premiers travaux de Glaser et Strauss, réalisés dans les années 1960, s'apparentaient davantage au positivisme qui observait des cas négatifs au regard d'une certaine normalité binaire, adoptaient une tendance à la simplification des phénomènes étudiés, recherchaient une forme de pureté ou d'objectivité des résultats et s'inspiraient de la loi normale. Clarke (2005) préfère mettre la lumière sur les diversités et les complexités, remplace les cas négatifs par la notion de différences, remplace les fréquences par les positions et note l'importance des concepts sensibilisants inspirés de Blumer (1969). Ces concepts sensibilisants représentent davantage un guide d'observation qu'une direction formelle à suivre dans l'analyse des données. Ces éléments s'inscrivent ainsi dans la

même trame que les objectifs de recherche des études féministes postmodernes en sciences infirmières (Im, 2010).

La méthodologie proposée par Clarke (2005; 2015) possède de nombreuses influences théoriques. En ce sens, Clarke (2005; Clarke & al., 2015) présente l'AS comme étant une théorie/méthode. Cette vision s'appuie sur le désir de percevoir l'ontologie et l'épistémologie dans leur intégralité et de façon indivisible (Clarke & al., 2015). L'apport des études féministes est considéré transversalement aux trois racines d'influence propres à son approche (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015) expliquées ci-après, car selon cette dernière, l'interactionnisme symbolique et la théorisation ancrée sont des théories féministes implicites.

Influences théoriques de l'AS de Clarke

Les trois racines d'influence à l'analyse situationnelle de Clarke font essentiellement appel à une approche en analyse du discours, la théorie de l'acteur réseau et la cartographie situationnelle (Clarke & al., 2015; 2018).

Influence d'une approche en analyse du discours. Historiquement, l'interactionnisme symbolique serait une théorie inscrite à travers l'école de pensée de Chicago et qui aurait été décrite de prime abord par George Hébert Mead (1972) pour être ensuite reprise par Blumer (1969). Mead (1972) considère que les mondes sociaux représentent l'univers du discours et que ce dernier permet l'interaction entre les personnes. La perspective émique de l'interactionnisme symbolique de Mead permet une compréhension des significations et des actions telles que décrites par les acteurs sociaux (Morrisette, 2011). Blumer (1969) considère que

l'interactionnisme symbolique, au-delà du cadre d'étude et d'analyse, propose les idées de base qui réfèrent et représentent les sujets afin d'évoquer la société et les conduites humaines. Selon Morrissette, Guignon et Demazière (2011), les interactionnistes considèrent l'univers social comme étant constamment en construction et que sa mouvance résulte d'interactions, d'interprétations et d'ajustements entre les individus par rapport à leurs perceptions et leurs négociations des significations et des normes. Clarke (2005) critique le processus social de base qui s'inscrit dans cette école de pensée et favorise les variétés des situations. Tout comme Foucault (1972), Clarke (2005) accorde une importance aux analyses complémentaires (visuelles, narratives et historiques) visant à mieux saisir les sujets d'étude dans leur globalité et permettant d'orienter la théorisation ancrée vers le tournant postmoderne proposé par l'AS.

À travers l'analyse narrative, Foucault (1972) aborde le concept de l'ordre du discours, car le discours représenterait une force productive permettant l'organisation des individus et des collectivités. Foucault mise sur l'influence du discours dominant agissant en périphérie des interactions sociales et humaines (Seibold, 2011). Pour Foucault (1972), le discours dominant serait immanent au champ social et il se retrouverait à travers plusieurs sphères de la société, dont les médias, la médecine, les institutions et les lois. Clarke (2005) associe Foucault aux interactionnistes dans la mesure où toute action serait une interaction. Selon Foucault (1994), il existerait non pas une forme de pouvoir dans la société, mais une juxtaposition des différents pouvoirs. Plus spécifiquement à cette recherche, Foucault (1994) met en lumière l'existence des différents rapports aux pouvoirs dans le monde de la santé, dont ceux entourant la maternité. Tout comme Clarke (2005, Clarke & al., 2015), Foucault (1994) considère une étendue de possibilité dans les modèles et les façons de présenter les pouvoirs. Selon Clarke (2005) et

Seibold (2011), Foucault considérait comme essentielles les notions du pouvoir dans les recherches, tandis que Strauss considérait l'action comme un concept de premier ordre. Or, Clarke et ses collaboratrices (2015) proposent une liaison entre ces deux visées. Finalement, l'importance du discours dans l'analyse serait une des manifestations de l'orientation postmoderne de l'AS (Clarke & Leigh Star, 2008). Pour Foucault (1972), le savoir est indissociable du pouvoir et le discours permettrait de positionner le pouvoir observé à travers son analyse. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse de discours des mères sera utilisée afin de développer une meilleure compréhension des effets de la culture de soin actuelle favorable à l'allaitement sur ces mères qui sont investies par les différentes normes sociales de la maternité.

Influence de la théorie de l'acteur réseau. L'influence de Latour (2005) et la théorie de l'acteur réseau s'expriment à travers l'importance que Clarke (2005) accorde au non-humain. Le non-humain comme défini par Leininger et McFarland (2006) regroupe les objets matériels qui se retrouvent dans une culture donnée. Blumer (1969) positionne l'interactionnisme symbolique comme étant une forme d'interface formée des objets physiques, sociaux ou abstraits, se référant au non humain dont parle Clarke (2005) qui renvoie à la nature et reflète la signification que la personne lui donne. Clarke (2005) souhaite que l'AS permette de comprendre et d'élaborer la signification spécifique du social à travers les contextes de vie en opposition à la théorisation ancrée conventionnelle qui vise à générer des théories d'actions humaines sur un phénomène d'étude à travers un processus social de base. Clarke (2005; Clarke & al., 2018) met l'emphasis sur la complexité et la pluralité des situations tout en accordant une importance marquée pour le « non humain ». Selon Clarke (2005), les méthodes de recherche qui ne considèrent pas l'influence des réalités matérielles dans les processus humains ne seraient

pas adaptées aux réalités postmodernes. Dans cette visée, une importance marquée pour les objets immanents de la culture de soins favorable à l'allaitement sera considérée lors de la collecte et l'analyse des données.

Influence de la cartographie situationnelle. Clarke (2005) critique la matrice de base de la théorisation ancrée traditionnelle voulant rendre visibles des conditions spécifiques et structurelles d'une situation. Elle propose plutôt une présence des conditions intrinsèques à la situation. À cet effet, elle remplace la conception de facteurs qui détiendraient une influence sur la situation par des éléments indissociables qui émanent de la situation (Clarke & al., 2015).

Selon Clarke (2005), les éléments de la situation affectent et constituent les éléments entourant la situation. Les contextes deviennent essentiels et les éléments conditionnels à une situation donnée doivent être analysés de façon constitutive de la situation et non tel un cadre rigide (Clarke, 2005). Clarke (2005) remplace les niveaux macro-, meso- et micro-systémiques par la présence ou l'absence d'un élément. La transition des mondes sociaux de la théorisation ancrée vers l'AS s'inscrit principalement dans la cartographie de ceux-ci (Clarke & al., 2015). Ainsi, les mondes sociaux font référence à des regroupements collectifs de différentes tailles dans lesquels les participants génèrent des perspectives partagées (Clarke & al., 2018). Quand plusieurs mondes sociaux s'entrecroisent de conflits, de différents points de vue ou de différentes expertises, l'analyse se concentre sur l'arène qui regroupe les différents mondes sociaux émergeant du sujet d'étude (Clarke & Leing Strar, 2008 Clarke & al., 2018). Clarke (2005; Clarke & al., 2018) propose finalement trois cartes d'analyse situationnelle afin d'approfondir l'analyse des données en ce sens, soit la carte situationnelle, la carte du monde

social/arène et la carte positionnelle. Ces cartes peuvent être utilisées systématiquement à toute l'analyse des données ou sous forme de contribution (Clarke, 2005) (voir les appendices B, C, D et J).

Premièrement, la **carte situationnelle** permet de mettre en lumière les différents éléments de la situation (humain, non-humain, symbolique, culturel, politique, etc.) (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). Elle offre un regard sur toutes les données pertinentes à la situation et une analyse des relations entre les éléments (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). La carte situationnelle peut ensuite s'ordonner selon certaines catégories proposées, sans être exclusives (Clarke, 2005). Au-delà d'une utilisation strictement analytique, Clarke (2005) propose d'élaborer plusieurs cartes situationnelles préalablement à la recherche et tout au long du déroulement de la collecte de donnée. Dans le cadre de cette recherche, une carte d'analyse situationnelle désordonnée et une carte ordonnée (voir l'appendice B) ont été reproduites suivant la recension des écrits, préalablement à la collecte de données.

Deuxièmement, la **carte du monde social/arène** (voir l'appendice C) permet une interprétation des organisations sociales, des institutions et des discours (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). Les discours et les négociations entre les acteurs impliqués dans les arènes sont mis en lumière (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). Cette carte n'assume pas de sens unidirectionnel ni d'influence directe, car elle propose une fluidité dans les négociations, des limites communicatives et les contradictions des nombreux discours (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). La construction des mondes sociaux passe par les différentes négociations entre les acteurs, collectivités, organisations, institutions et discours (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015).

Troisièmement, la **carte positionnelle** (voir l'appendice D) exprime les différentes prises de position et les absences de prise de position, pouvant être contradictoire et variable, par rapport à un axe donné d'une situation analysée. (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015; 2018). Les positions discursives sont représentées comme éléments centraux (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015). Finalement, conformément aux approches féministes, l'hétérogénéité et les complexités sont toujours représentées (Clarke, 2005; Clarke & al., 2015; 2018).

Échantillonnage

La population visée par cette étude est composée de mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans un contexte de soin culturellement favorable à l'allaitement. Selon Polit et Beck (2017), les études qualitatives détiennent de petits échantillons qui ne sont pas déterminés aléatoirement, car l'objectif de ces études ne vise pas la généralisation du phénomène à l'étude. Ainsi, l'échantillon de cette étude comprend neuf mères âgées entre 26 et 40 ans, dont quatre primipares et cinq multipares qui ont toutes choisi des alternatives à l'allaitement exclusif et qui ont accouché au Québec après 2008. Puisque cette étude s'appuie sur le postulat que la culture dominante actuelle au Québec est favorable à l'allaitement, le choix l'année 2008 représente la date à laquelle le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est octroyé le mandat de certification des établissements IAB (MSSS, 2019). Avant 2008, c'était le Comité canadien pour l'allaitement qui œuvrait en la matière (MSSS, 2019). Cette transition symbolise un marqueur dans le temps à l'égard de la norme sociale de l'allaitement dans les institutions de santé québécoises. C'est à partir de cette date que le MSSS s'octroie le mandat normatif puisqu'il devient, tel que défini par Baril et Paquette (2012) le modèle qui régit les

règles de conduite socialement partagées dans le domaine de la santé et plus particulièrement de l'allaitement. Dans cette visée, ce transfert propose une prise en charge plus spécifique au contexte culturel québécois du processus d'agrément. Bref, pour faire partie de cette étude, les trois critères d'inclusion qui devaient être satisfaits sont : être une mère, avoir donné naissance à un enfant après 2008 au Québec et avoir choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif.

Recrutement. Selon l'étude de Slomian et al. (2017), il existerait une grande utilisation du réseau Internet chez les mères en période postnatale et le sujet le plus recherché portait sur l'allaitement maternel. Selon Ryan (2013), les femmes de 18 à 25 ans seraient les plus susceptibles de répondre au recrutement ciblé en ligne. D'autre part, l'utilisation des technologies serait un élément congruent à la méthodologie convoitée puisque Clarke (2005; Clarke & al., 2015) souligne l'importance de son utilisation afin d'être en accord avec le contexte de postmodernité qu'elle décrit. Ces éléments évoquaient ainsi la pertinence d'utiliser un mode de recrutement par Internet. Par ailleurs, ce type de recrutement faciliterait l'accès aux populations moins visibles, populations souvent convoitées dans une analyse situationnelle (Bender, Cyr, Arbuckle & Ferris, 2017; McInroy, 2016). Le recrutement en ligne se démarquerait aussi par son efficacité⁵.

⁵ L'étude de Reed, Simmonds et Corner (2009) a comparé le mode de recrutement en ligne et le mode de recrutement traditionnel fait en personne. Pour obtenir 50 participants, cinq semaines étaient nécessaires pour le recrutement en ligne comparativement à 9 mois pour le recrutement traditionnel (Reed & al., 2009).

Étant donné que la population visée par cette étude est composée de mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement maternel exclusif (sous-culture) et puisque le recrutement par Internet facilite l'accès aux populations moins visibles, ceci justifie par le fait même la convenance d'utiliser ce type de recrutement (Bender & al., 2017; McInroy, 2016).

Enfin, l'étude de McKeever et McKeever (2017) a interrogé 455 mères d'enfants de moins de quatre ans pour connaître les réseaux en ligne sur lesquels elles allaient chercher de l'information concernant leur bébé. Sur ce point, les sites les plus fréquentés étaient babycenter.com et Facebook. (McKeever & McKeever, 2017). Avec ses millions d'abonnés, Facebook est un réseau populaire et convoité (Facebook, 2019). C'est pour cette raison que le recrutement a été fait à partir de ce moteur de conversation et d'échange existant entre les mères.

Suivant les recommandations de McInroy (2016) et dans le but de favoriser la crédibilité et la fiabilité de l'étude, un profil Facebook a été créé uniquement dans le but de faire le recrutement pour cette étude. Les coordonnées utilisées étaient celles rattachées au courriel de l'université d'attache, soit l'Université du Québec en Outaouais (UQO⁶). Sur ce profil, il était possible de retrouver un descriptif précisant le but de l'étude, les coordonnées nécessaires pour y participer, les critères d'admissibilités, la procédure pour faire partie de l'étude, ainsi que le logo de l'UQO (voir l'appendice E). C'est à partir de messages privés qu'il était possible, pour les participantes, de communiquer avec la chercheuse. À cet effet, Gélinas, Pierce, Winkler, Cohen, Fernandez Lynch et Bierer (2017) indiquent l'existence de deux modes de recrutement

⁶ Ceci avait aussi pour effet de protéger la vie privée de la chercheuse. Afin de minimiser l'accès aux informations personnelles de la chercheuse durant le recrutement, tous les paramètres de confidentialité ont été activés sur sa page personnelle et son nom a été modifié.

en ligne soit le mode actif et le mode passif. Le mode passif a été employé afin de permettre aux participantes de rejoindre directement la chercheuse sur une base volontaire et d'être mises au courant de l'existence de l'étude à partir d'affiche présentée au grand public en opposition à un recrutement ciblé par des critères particuliers (Gélinas et al., 2017). Cette forme de recrutement avait pour effet de favoriser une participation libre et volontaire, éviter les biais d'imposition et favoriser l'anonymat. Par la suite, l'échantillonnage s'apparentait à une technique par boule de neige telle que décrite par Polit et Beck (2017) puisque les personnes étaient invitées à partager sur leur propre page Facebook l'information retrouvée sur l'affiche en ligne. Afin d'éviter un effet de surreprésentation, l'affichage n'a été relancé qu'une seule fois.

Le recrutement en ligne visait ainsi à rejoindre un maximum de personne plus facilement (Bender & al., 2017; Gelinas & al., 2017; Ryan, 2013). Afin de protéger la vie privée des participantes, aucune donnée personnelle n'a été collectée en ligne à partir des profils Facebook. Par le fait même, aucune donnée collectée n'a été diffusée à partir de la page Facebook servant au recrutement pour cette recherche. Aucun commentaire n'a été publiquement adressé ni par la chercheuse ni par les personnes recrutées. La page Facebook de la recherche est restée active durant la période de recrutement et la période de collecte de données soit l'été 2018 et a été fermée à l'automne 2018. Le paramètre de confidentialité ne permettant pas de voir les amies Facebook inscrites à la liste de la chercheuse a été activé pour maximiser la confidentialité des demandes d'amie.s. Les mères intéressées à participer étaient invitées à inscrire leur nom, prénom et leur courriel à travers un message privé sur Facebook.

Reed, Simmonds et Corner (2009) stipulent que le partage d'adresse courriel peut engendrer une possibilité de retrouver la personne, ce qui aurait pour effet d'augmenter le risque que l'identité des participantes soit dévoilée. Certaines considérations ont ainsi été prévues pour éviter une telle situation. La chercheuse a contacté les participantes à partir de l'adresse de l'UQO vers leur courriel dans le but d'obtenir leur numéro de téléphone ainsi qu'un rendez-vous téléphonique qui, lui, visait à expliquer le projet d'étude et obtenir le consentement éclairé. Suivant la discussion téléphonique, si la participante désirait toujours participer, un rendez-vous pour l'entrevue était fixé. Aucune donnée ni relative à l'entrevue ni sociodémographique n'a été collectée en ligne. La collecte des données se faisait strictement en personne afin de pouvoir référer adéquatement si les participantes ressentaient un inconfort et permettre aux participantes d'avoir le contrôle libre et éclairé des informations qui étaient transmises.

Lors de la rencontre, les détails de la recherche ainsi que le formulaire de consentement écrit ont été expliqués une seconde fois à la participante qui était invitée à lire le formulaire de consentement. Il était précisé que le consentement pouvait être retiré en tout temps pour la totalité de l'entrevue ou encore pour des questions spécifiques auxquelles elles ne voulaient pas répondre, et ce, sans préjudice. La confidentialité des données a été assurée par la codification des noms et prénoms des participantes. De plus, les verbatim des entrevues sont conservés et protégés par mot de passe dans l'ordinateur de la chercheuse. Les formulaires papier sont conservés sous clés dans les bureaux des directeurs de la recherche.

Collecte des données et outils. Les approches méthodologiques qualitatives et plus spécifiquement l'AS accordent une importance de la proximité du chercheur à sa recherche

(Clarke & al.,(2015; Mathar, 2008). Suivant cette particularité méthodologique des recherches qualitatives, une approche réflexive permettant de mieux saisir l'influence de la chercheuse dans les différentes étapes de l'étude devait être considérée. À cet effet, puisque la chercheuse est une femme, une mère et une infirmière qui a vécu deux accouchements dans un contexte québécois après 2008, plus précisément pendant le processus de recherche (collecte et analyse des données), plusieurs réflexions personnelles d'introspection ont été rédigées afin d'être sensible aux risques de biais d'imposition de son propre vécu de mère et d'infirmière. Ces réflexions visaient aussi une vigilance quant à ses propres conceptions d'infirmière et de mère afin de s'y distancier et favoriser le discours des participantes à l'étude.

La collecte de données qui a eu lieu durant l'été 2018, débutait seulement une fois que le consentement était signé (voir l'appendice F). La collecte de données a été réalisée à partir de questionnaires sociodémographiques (voir l'appendice G) et d'entrevues semi-dirigées auprès des mères recrutées et intéressées. Le canevas d'entrevue (voir l'appendice H) a été rédigé au regard des thèmes préalablement exposés dans la recension des écrits. Les entrevues duraient approximativement une heure trente minutes. Les entrevues se réalisaient selon les dispositions des participantes, au moment qu'elle choisissait et à l'endroit qu'elle préférait. Une conciliation avec le nouveau-né, si applicable, était proposée lors de la conversation téléphonique permettant à celui-ci d'être présent durant l'entrevue. Malgré cette proposition, aucune participante ne s'est présentée à l'entrevue avec son bébé. Finalement, les entrevues étaient enregistrées sous bande audio. Durant tout le processus de la collecte des données, un journal de bord et des rapports pots-entrevues ont été rédigés afin de documenter certaines impressions émergentes au

processus de recherche visant à appuyer les données les plus sensibles. Ces documents sont conservés, sous code, dans l'ordinateur de la chercheuse.

Analyse des données. Conformément aux assises de l'analyse situationnelle (2005; Clarke & al., 2015), l'analyse des données s'est effectuée simultanément à la collecte des données. Ceci avait pour objectif d'adapter les entrevues au regard des thèmes qui émergeaient. Dans le cadre de ce mémoire, une carte situationnelle a été systématiquement élaborée pour chacune des participantes. En outre, chacun des verbatim a été analysé sous forme d'extraction de codes, regroupé par la suite en sous-codes, catégories et thèmes. Finalement, une carte situationnelle désordonnée (voir l'appendice J) a été schématisée pour l'ensemble de thématiques émergentes incluant les discours répondant à la situation d'étude. Cette carte est présentée dans la partie portant sur les résultats. Les deux autres cartes d'analyse (monde social/arène et positionnelle) ont été élaborées seulement lorsque certaines participantes avaient un positionnement discursif significatif ou lorsque l'arène présentait un chevauchement de plusieurs mondes sociaux ou des confrontations des discours. Bref, ces deux dernières cartes d'analyse ont davantage été utilisées sous forme de contribution à l'analyse globale finale de la dernière carte situationnelle qui incluait l'ensemble des discours.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a été approuvé par le comité éthique de l'UQO (voir l'appendice I). Le formulaire de consentement de chaque participante a été expliqué oralement à plusieurs reprises, soit au téléphone et avant l'entrevue. Les participantes étaient aussi invitées à lire le

formulaire de consentement. La confidentialité des données a été et est toujours respectée. Conformément aux exigences du comité éthique, les données seront conservées pour une période de huit ans. À cet effet, la durée de cette période s'explique par un désir d'utiliser ultérieurement les données pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la santé réalisée par l'étudiante, comme une thèse de doctorat par exemple. Les mêmes règles éthiques au projet actuel s'appliquent à ce second consentement. À cet égard, les participantes ont toutes signé un formulaire de consentement pour une utilisation secondaire des données. Les enregistrements audios, les verbatim et les cartes analytiques sont conservés et protégés par mot de passe dans l'ordinateur de la chercheuse. Les documents papier (formulaire de consentement et questionnaires sociodémographiques anonymes) sont conservés, sous clés, dans les bureaux institutionnels des directeurs de recherche. L'accès au document est autorisé à la chercheuse et ses directeurs⁷. Aucune compensation financière n'a été offerte aux participantes. Les bénéfices anticipés et présentés aux participantes étaient l'avancement des connaissances sur le sujet ainsi que la possibilité d'exprimer son vécu avec la possibilité de se retirer à tout moment, sans conséquence.

Critères de scientificité

Les critères de scientificités retenus pour ce projet de recherche de type qualitatif sont les propositions de Tracy (2010) énumérées ci-dessous.

⁷ Il est précisé dans ledit formulaire que : *notamment à des fins de contrôle et de vérification, les données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*

Pertinence du sujet. À travers ce critère, Tracy (2010) considère plusieurs éléments, dont la recherche d'un sujet, la pertinence, la signification, le caractère opportun et l'intérêt. Ainsi, l'intérêt et la pertinence de cette recherche sont de combler le manque de connaissance sur le vécu des femmes qui optent pour des alternatives à l'allaitement. De plus, le sujet est significatif et opportun à l'AS (Clarke, 2005), car il cherche à donner une visibilité aux personnes en marge puisque les participantes de l'étude évoquent la présence d'une sous-culture aux normes de l'allaitement.

Rigueur. La problématique et la recension des écrits soulèvent les concepts théoriques proposés à l'étude. Les données, l'échantillon, le contexte, la collecte des données ainsi que le processus d'analyse ont été détaillés et respectés selon les assises de l'AS. À cet effet, toute la collecte de donnée a été faite par la chercheuse ainsi que la transcription des verbatim. Cela a eu pour effet de permettre à cette dernière une immersion complète dans les données recueillies échelonnée sur une période de temps significative de 8 mois. La tenue d'un journal de bord et des formulaires post-entrevue sont aussi des éléments de rigueur considérés dans cette recherche qualitative puisqu'ils permettent la réflexivité.

La sincérité. Tracy (2010) considère que les meilleurs chercheurs, à travers leur sincérité, ont une bonne conscience d'eux-mêmes et démontrent de l'empathie ainsi que de la gentillesse envers les participants. L'honnêteté et l'authenticité sont des éléments centraux à la sincérité de Tracy (2010). La transparence est aussi un élément central à la sincérité de Tracy (2010). Chacune des participantes a reçu un message personnalisé de remerciement suite aux entrevues. La chercheuse s'est aussi engagée à remettre un résumé aux participantes qui avaient manifesté

de l'intérêt à cet égard. L'importance de l'introspection exige une constante évaluation de ses valeurs et peut s'exprimer à travers l'utilisation d'un journal de bord (Tracy, 2010). En effet, l'identité d'infirmière et de mère de la chercheuse est porteuse d'un vécu expérientiel qui influence différentes étapes de la recherche passant de la formulation des questions d'entrevue à l'analyse des données (Pariseau-Legault, 2018). L'introspection critique permet de non seulement reconnaître et positionner ces influences, mais de se distancer et de critiquer l'impact de ces influences professionnelles et personnelles sur la tenue et les aboutissements de cette recherche (Pariseau-Legault, 2018). La transparence s'est manifestée par l'ouverture honnête aux défis présentés et la façon de les relever, le respect de l'ordre des auteurs, les remerciements aux participants et le niveau d'implication dans la recherche.

La crédibilité. La crédibilité s'exprime à travers une bonne description impliquant des détails concrets, des représentations du non verbal ainsi que la capacité de rendre visible ce qui n'a pas été nommé verbalement (Tracy, 2010). Cette proposition s'inscrit dans l'importance qu'accordent Clarke et al. (2015) au non humain à travers l'AS. La « multivocalité » de Tracy (2010) met l'emphase sur la diversité des opinions et s'inscrit en accord avec les visées des études féministes qui ont grandement influencé Clarke (2005; Clarke & al., 2015). Le journal de bord a ainsi permis de documenter de façon transparente et réflexive les différents aléas du processus de recherche. Tant le journal de bord que les rapports post-entrevue ont permis de prendre un temps de réflexion sur les non-dits. De plus, la tenue du journal de bord a permis à la chercheuse de prendre conscience de ses perceptions personnelles et professionnelles sur les propos des participantes afin de pouvoir interroger ces préconceptions sur le matériel de collecte. Cependant, la cristallisation, la triangulation et la réflexion commune qui consiste à valider les

résultats avec les participants de l'étude ne seront pas retenues pour exprimer la crédibilité de l'AS, car les études critiques postmodernes réfutent la conception d'une réalité commune à tous (Clarke, 2005; Tracy, 2010).

La résonance. D'abord, la résonance chez Tracy (2010) propose que les chercheurs reflètent adéquatement les propos des participantes. Dans la section des résultats, de nombreuses citations sont présentées et analysées, reflétant cette volonté de résonance. De plus, la façon dont est présentée l'analyse des données permet aux lecteurs d'éprouver de l'empathie à l'égard des témoignages des participantes. Le mérite esthétique du texte permet d'interpeller le lecteur à travers un travail de rédaction artistique, introspectif et émotif (Tracy, 2010). Il va sans dire que la conception des cartes d'analyse représente en soi un travail artistique (voir les appendices B, C, D et J). De plus, selon Tracy (2010), la transférabilité des études qualitatives s'exprime à travers des descriptions détaillées et une accessibilité invitante pour les lecteurs. Ainsi, la transférabilité ne permet pas une généralisation des résultats, mais permet au lecteur une compréhension du phénomène lui permettant d'extrapoler le vécu des recherches à d'autres situations (Tracy, 2010). Ces détails ont été considérés dans le rapport post-entrevue. Ces rapports étaient remplis immédiatement après l'entrevue et détaillaient des éléments qui ne sont pas retrouvés dans les verbatim tels que le type de prise de contact, le lieu de l'entrevue, les contenus forts ou oubliés lors de l'entrevue, les perceptions de la personne rencontrée, dont ses expressions à la fois faciales, langagières, sa gestuelle, etc.

La contribution significative. La contribution significative de la recherche permet un avancement des connaissances, des pratiques ou des politiques (Tracy, 2010). La contribution

significative permet de rendre visible ce qui était caché faisant écho à un des objectifs de l'AS (Clarke, 2005; Tracy, 2010). Tracy (2010) considère que la signification théorique permet une compréhension nouvelle de certaines conceptualisations et celle-ci serait retrouvée à travers l'AS proposée par Clarke (2005; Clarke & al., 2015). Pour Tracy (2010), la signification heuristique permet une orientation future des recherches à travers un questionnement, une influence politique ou encore un avancement dans les pratiques. Différentes recommandations ont été émises à la suite de cette recherche au regard de la pratique infirmière, le plan politique, de la formation, de la recherche et de la gestion en sciences infirmières. De plus, la contribution significative se retrouve aussi dans le processus libérateur manifesté par certaines participantes suite aux entrevues.

L'éthique. Au-delà de la crédibilité des données, l'éthique procédurale fait référence à l'ensemble des considérations qui circonscrivent les risques de falsifications, d'oubli ou de façonnage des données (Tracy, 2010). Elle permet un consentement libre et éclairé à la participation de l'étude ainsi qu'une présentation des risques et des avantages pouvant être rencontrés, éléments priorisés lors de cette recherche (Tracy, 2010). L'éthique procédurale accorde une importance à la confidentialité des données (Tracy, 2010). Le fait de rendre anonyme les propos des participantes ainsi que de garder sous codes les données colligées sont des exemples de l'éthique procédurale considéré dans cette recherche.

La cohérence. La cohérence fait référence à l'atteinte des buts fixés, à l'accomplissement des convictions, à l'harmonisation des méthodes aux théories et paradigmes utilisés ainsi que le respect de la littérature dans les questions de recherche, les méthodes et les résultats (Tracy,

2010). Tout comme Clarke (2005), la cohérence décrite par Tracy (2010) met en lumière les variations des données ou les pluralités des vérités afin d'être au diapason du postmodernisme. À cet effet, la diversité des sources sollicitées (tableau 1) s'inscrit en cohérence avec l'analyse de données complémentaires sollicitées par l'AS. De plus, l'importance de la dimension non-humaine dont parlent Clarke et ses collaboratrices (2018) a été articulée aux éléments matériels de la culture retrouvés dans la théorie transculturelle de Leininger et MacFarland (2006). De plus, les résultats et leurs interprétations ont été discutés avec les directeurs du mémoire.

Avantages et limites méthodologiques

L'avantage principal de cette recherche est l'avancement des connaissances sur un sujet qui touche à la fois le discours marginal de certaines mères et la pratique infirmière. La durée des entrevues a permis de recueillir de riches discours développés sur le sujet d'étude tout en donnant une voix à ces mères dont on ne soupçonne pas nécessairement un tel niveau d'insatisfaction notamment à l'égard de la pratique infirmière. L'orientation et le choix des questions d'entrevue ont permis d'explorer l'ensemble du contexte dans lequel se réalisent les choix alternatifs à l'allaitement exclusif. Finalement, la taille de l'échantillon et le choix d'un paradigme de recherche qualitatif ne permettent pas de généraliser les résultats. Ils servent plutôt à comprendre la spécificité et l'unicité des réalités vécues. Une limite de cette recherche demeure chez certaines participantes, le temps écoulé entre le moment de l'entrevue et l'expérience de naissance. Cette période maximale de neuf ans aurait-elle pu altérer la mémoire?

Résultats

L'analyse des résultats a permis de répondre aux trois objectifs de recherche exposés dans la problématique. Dans un premier temps, l'objectif principal était d'explorer comment s'articule le choix du mode d'alimentation du nourrisson par les mères qui optent pour une alternative à l'allaitement exclusif. L'objectif secondaire visait à décrire l'influence des normes culturelles de l'allaitement sur la prise de décision des mères. Finalement, l'objectif tertiaire visait à décrire les effets d'un tel choix sur leur discours portant sur la maternité.

Cette présente partie arbore les résultats de la recherche en deux volets. Dans un premier temps, la description de l'échantillon de cette étude sera présentée. Dans un deuxième temps, les résultats d'analyse obtenus à partir des thèmes qui ont émergé et recueillis à partir des entrevues semi-dirigées seront développés. Conformément aux objectifs de la recherche, les résultats se regroupent en trois grands thèmes visant ainsi à faire ressortir les discours des participantes. D'abord le maintien des normes culturelles de l'allaitement maternel exclusif ensuite, la restructuration du soin de l'allaitement maternel exclusif et finalement, la négociation du choix alternatif à l'allaitement maternel exclusif.

Description de l'échantillon

Cette étude a été réalisée auprès de neuf (9) mères, âgée 26 à 40 ans qui ont choisi des alternatives à l'allaitement exclusif. Dans les sections qui suivent, les noms et prénoms des participantes ont été remplacés par un sigle alphanumérique afin de préserver leur anonymat. Ces mères ont témoigné individuellement sur leur parcours avec l'aide d'entrevues semi-dirigées et d'un questionnaire sociodémographique. Les participantes étaient toutes en union avec un homme. Une majorité de sept (7) participantes était en union libre tandis que deux

participantes étaient mariées. Concernant le niveau d'éducation, six participantes détenaient un diplôme d'études universitaire. La majorité des participantes avaient un revenu annuel individuel plus élevé que 45 000\$. Les mères ont partagé des expériences de choix alternatifs à l'allaitement exclusif qui dataient de 5 mois à 9 ans.

La plupart des participantes (7) ont pris un congé parental de six mois à un an tandis que deux participantes ont pris un congé parental de plus d'un an suivant la naissance de leur(s) enfant(s). Lors de l'entrevue, quatre (4) participantes ont partagé leur expérience de primipare et toutes les autres avaient eu deux expériences d'accouchement. Une des participantes attendait son troisième enfant lors de l'entrevue. L'ensemble des participantes totalisait quatorze (14) expériences d'accouchement. De ces naissances, la très grande majorité des bébés (11) était de sexe masculin.

Toutes les participantes ont eu un accouchement en milieu hospitalier et une participante avait sollicité le support d'une accompagnante à la naissance durant l'accouchement. Au regard du choix du mode d'alimentation du dernier bébé, quatre participantes décrivaient leur choix comme étant de la formule lactée exclusivement et cinq participantes décrivaient leur choix comme étant un mélange entre du lait maternel, obtenu par mise au sein ou extraction⁸ et de la formule lactée.

⁸ L'extraction du lait fait ici référence au fait d'extraire le lait du sein de la mère soit manuellement ou mécaniquement avec l'aide d'un tire-lait (Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, 2017).

Tableau 3. *Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=9)*

Données sociodémographiques	Nombre de participants	Pourcentage (%)
Âge en 2018		
Entre 26 et 30 ans	4	44,0%
Entre 31 et 35 ans	1	11,0%
Entre 36 et 40 ans	4	44,0%
Dernier diplôme scolaire obtenu		
Secondaire	1	11,0%
Collégial	2	22,0%
Baccalauréat	4	44,0%
Maîtrise	2	22,0%
Statut matrimonial		
Conjoint de fait	7	78,0%
Mariée	2	22,0%
Durée du congé parental		
De six mois à un an	7	78,0%
Plus d'un an	2	22,0%
Nombre d'enfants		
Un enfant	4	44,0%
Deux enfants	5	56,0%

Tableau 3. *Caractéristiques sociodémographiques des participantes*, Vallée-Ouimet, S. 2019

Thèmes émergents

Dans cette section, les thèmes émergents des résultats obtenus à partir des neuf (9) entrevues seront présentés. Conformément à l'analyse situationnelle, les thèmes seront présentés de façon descriptive avec une considération particulière aux discours incluant les silences; soit les éléments qui sont absents des discours (Clarke, 2005). Clarke et ses collaboratrices (2018) accordent une importance marquée aux silences, car l'analyse complète d'une situation implique les acteurs invisibles ou les éléments non-humains détenant moins de pouvoir; laissés souvent sous silence. Un des objectifs de l'AS est de déplacer l'objet d'étude sur ce qui n'est pas connu;

ce qui est mis sous silence pour attribuer une visibilité aux minorités et offrir une analyse complète de la situation d'étude (Clarke & al., 2015; 2018). Le silence permet ainsi d'apprécier les enjeux de pouvoir dans la situation analysée.

De plus, dans le but d'apprécier les représentations culturelles matérielles telles que définies par Leininger et McFarland (2002 ; 2006) et afin d'être congruente à l'analyse situationnelle de Clarke (2005 ; Clarke & al., 2015; 2018), une importance pour le non humain a été considérée. Clarke considère autant les humains que les non-humains comme étant intégrés au champ social. Cela inclut les représentations matérielles de la culture et les discours (Clarke & al., 2018). Rappelons que pour Clarke (2005; Clarke & al., 2015; 2018), le non humain représente tant les objets culturels (la tétérille par exemple), la technologie (le tire-lait par exemple), que les médias (Internet par exemple). En résumé, une attention particulière aux objets émanant de la culture favorable à l'allaitement a été accordée (Tableau 4). Finalement, l'IAB ainsi que les directives de la santé publique, éléments non-humains de la culture favorable à l'allaitement et porteurs de discours, ont aussi été considérés dans l'analyse.

Allaitement maternel exclusif : un objet de négociation du soin. Le premier grand thème qui est ressorti des données amassées est la construction du choix alternatif à l'allaitement exclusif. Puisque les questions d'entrevue visaient principalement à comprendre le parcours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif, la notion de choix s'avérait être le fils conducteur des partages. Ainsi, c'est avant tout le processus de négociation d'un tel choix qui ressortait de l'analyse des résultats comme un élément incontournable de la problématique à l'étude. Ce thème a été divisé en trois sous-thèmes. Ces sous-thèmes ciblés à travers les

témoignages recueillis sont : le choix initial, les contraintes décisionnelles et l'éclaircissement du choix.

Malgré quelques nuances dans le témoignage⁹ des femmes à propos des choix initiaux du mode d'alimentation du premier enfant, lesquelles seront détaillées ci-après, ces dernières avaient toutes le désir personnel d'allaiter leurs enfants en période de préconception : « J'ai fait beaucoup de lectures sur le sujet et moi je m'étais toujours dit que j'allais allaiter mes enfants » (P8) ou encore : « Moi c'était clair que je voulais allaiter » (P9).

Comme le témoignage des participantes 8 et 9 l'illustre, le choix du mode d'alimentation du nourrisson était présent avant la naissance de leur enfant. Les motifs de ce choix seront présentés dans la section suivante. Ce constat va dans le même sens que les études soulevées dans la littérature qui proposaient que le choix du mode d'alimentation du nourrisson se fait généralement avant l'accouchement (Carroll & al., 2015; Kjelland & al., 2014; Kong & Lee, 2004; Murphy, 1999).

Choix initial de l'alimentation du nourrisson. Malgré le fait que la plupart des participantes désiraient initialement allaiter, celles-ci envisageaient ce choix seulement si l'expérience se présentait positivement, et ce, sans égard au nombre de grossesses vécues, témoignant par le fait même une certaine forme d'hésitation. Cette anticipation se retrouve dans les propos de cette participante : « Je vais voir si ça (l'allaitement) fonctionne, je vais voir si ça ne fonctionne pas. Je ne me forcerai pas, je ne m'obstinerai pas. Si ça ne fonctionne pas, ça ne fonctionne pas. » (P4).

⁹ Les parenthèses dans les citations sont des ajouts de l'auteure qui vise à apporter des précisions

Dans le discours des participantes, il y avait deux motifs fréquemment évoqués à l'égard du choix initial. Conformément aux bienfaits sur la santé du lait maternel que l'UNICEF (2019) et l'OMS (2019) véhiculent, le premier motif était l'apport de l'allaitement sur la santé du nourrisson. L'apport immunitaire de l'allaitement était présenté chez cette participante : « Je voulais vraiment nourrir mon enfant, c'était dans le but de lui donner mes anticorps » (P9).

La santé se présentait aussi de façon dichotomique à la maladie puisque la maladie était exposée tel un état pouvant être évité par l'allaitement. Cette conception de la santé se retrouvait dans les partages suivants : « Au niveau de la santé de l'enfant, c'était que ça (l'allaitement) favorise les anticorps et que les enfants risquaient moins d'être malades » (P7). [Et] « Il (ton enfant) va avoir moins de maladies avec l'allaitement » (P4).

Le second motif était l'apport de l'allaitement sur le lien d'attachement entre la mère et le bébé. La proximité entre la mère et son bébé retrouvée dans un contexte d'allaitement est un avantage véhiculé dans les écrits scientifiques et la littérature grise (Santerre & Fortin, 2011). Les propos de cette participante font l'état de cette présentation sociale : « Je pense que ce qui était vendeur, vendu je devrais plutôt dire, c'est toute l'idée du rapprochement entre la maman et l'enfant » (P4). En contrepartie, Thomson et Dykes (2011) soulèvent qu'un des vecteurs de la culpabilité chez les mères pour qui l'allaitement n'a pas fonctionné était l'impression d'avoir un moins bon lien d'attachement avec son bébé. Cette crainte a ainsi été soulevée par cette participante : « Moi j'avais peur de ne pas allaiter et de ne pas créer un lien » (P1).

Les propos des participantes démontrent que le choix de l'allaitement, ou de la transition vers la formule lactée est toujours celui des femmes/mères, puisqu'il s'agit d'un droit à l'auto-détermination vis-à-vis de leur corps. L'implication des conjoints s'exprimait de différentes façons, mais les participantes présentaient généralement le choix de manière définitive : « Il (conjoint) disait si ça ne fonctionne pas, bien ça ne fonctionne pas et tu arrêtes quand tu veux. Puis, il a respecté ça quand je lui ai dit : j'arrête. Il ne m'a pas poussé, à continuer d'essayer. C'était correct » (P2). Le choix de l'allaitement avec une mise au sein répondait à une logique analogue et représentait pour ce couple, un fardeau : « Il était pour cela, mais en même temps il savait que c'est moi qui allais avoir tout le fardeau de l'allaitement si je le faisais. Surtout au sein. Tu prends la décision que tu veux et je vais vivre avec cela » (P5).

Contrairement aux résultats de l'étude de Carroll et ses collaborateurs (2015) qui présentaient une absence d'impact des conjoints dans le processus décisionnel du mode d'alimentation du bébé, deux participantes ont nommé l'impact significatif des limites du conjoint dans la cessation de l'allaitement : « Je me suis fait la réflexion (d'avoir dit à mon conjoint) : je suis contente que ce soit toi qui es arrivé au constat (limite de l'allaitement). Puis c'est lui qui a pris la décision d'aller chercher le lait (maternisé) » (P4).

Puisqu'allaiter son enfant est un choix qui implique principalement la femme/mère, Jones et Stoppard (2011) proposent qu'il soit essentiel pour ces dernières de pouvoir décider de la façon dont elles veulent alimenter leur bébé et disposer de leur propre corps. Or, plusieurs études ont relaté l'importance du conjoint dans le choix du mode d'alimentation du nourrisson. Ainsi, l'étude de Bennett et ses collaborateurs (2016) stipulait que 75 % des pères se disaient impliqués

dans le processus décisionnel concernant le mode d'alimentation du nourrisson. Une seule participante positionnait son choix dans la perspective de faire plaisir à son conjoint : « À la base, je n'étais pas pour l'allaitement (...) Mon conjoint, lui, il était plus pour cela. Selon lui, c'est à ça que ça sert la poitrine des femmes. Donc, je lui avais promis d'essayer » (P2). Ces propos présentent l'allaitement telle une fonctionnalité primaire du corps se rattachant au mouvement naturaliste de l'allaitement.

Les contraintes décisionnelles. Plusieurs participantes ont remis en question le réel choix qui avait été fait à l'égard du mode d'alimentation du bébé. L'association entre l'image de la « bonne mère » et l'allaitement est fortement retrouvée dans la littérature (Carter, 1995; Chabrol & al., 2004; Jung, 2015; Knaak, 2010; Lee, 2008; McBride-Henry, 2010; Murphy, 1999; Spencer & al., 2015). Cette association semble être une perception contraignante au choix puisque Striley et Field-Springer (2014) évoquent que les femmes qui veulent être de « bonnes mères » détiennent ainsi moins de choix. Subséquemment, on retrouve des mères qui souhaitent répondre favorablement aux injonctions sociales. Elles conservent leur capacité de choisir, mais une telle capacité doit être négociée au regard des contraintes « symboliques », c'est-à-dire aux choix que ferait une bonne mère. Les propos de cette participante évoquent par ailleurs l'expérience d'une mère qui souhaite répondre favorablement aux injonctions sociales, mais qui en raison de contraintes « réelles » ne peut le faire : « Je ne me sentais tellement pas bien de ne pas être capable (d'allaiter). Ce n'était pas mon choix » (P9). Bien que ce processus de contrainte soit différent dans les deux cas, l'un étant symbolique et l'autre référant plutôt à des contraintes propres à la mère, un tel choix se trouve au cœur de différents facteurs d'influence.

Cette perception de choix imposé semble aussi s'expliquer par la perception de la supériorité du lait maternel qui se retrouvait dans le discours de la plupart des participantes. Tel que : « La formule c'est moins bon. Le fer dans l'allaitement c'est mieux » (P7). Le guide *Mieux-vivre avec son enfant* présente à cet effet les minéraux comme étant un des 200 ingrédients uniques retrouvés dans le lait maternel (INSPQ, 2019). Or, Thomson et ses collaborateurs (2015) proposent que le fait de donner le biberon entraîne le sentiment de ne pas donner le meilleur départ à son enfant. L'IAB associe également l'allaitement comme le fait « d'assurer à chaque enfant, le meilleur départ possible dans la vie » (MSSS, 2019). Les propos de cette participante illustrent aussi la représentation sociale du lait maternel comme étant supérieur aux autres modes d'alimentation : « On avait justement lu beaucoup sur le lait maternel, c'est la meilleure des options » (P4). La déception relative au choix du biberon est présentée par cette participante qui dénote une contrainte au réel choix qui est fait: « On dirait que si tu te gardes une porte ouverte pour l'allaitement, le biberon est comme en dépit. Mais jusqu'où tu te rends, dans le fond ? » (P9)

Éclaircissement du choix. D'abord, les bénéfices de l'allaitement faisaient partie du discours de toutes les participantes. Par exemple, la simplicité a été évoquée : « Moi je trouvais ça (l'allaitement) simple et efficace » (P6). Une autre participante a aussi fait mention de l'aspect pratique de l'allaitement : « C'est pratique, tu as tout le temps du lait à la portée de main, à la bonne température » (P5). Finalement, cette participante évoquait le bien-être général voir même l'intelligence : « Ton enfant il va être mieux. Il va être plus brillant quasiment là » (P7). Cette participante évoque ainsi l'association retrouvée dans la culture populaire entre l'intelligence et l'allaitement. Toutefois, l'incontournable essai clinique randomisé de Kramer qui s'échelonne

désormais sur 17 ans a récemment démontré que l'impact de l'allaitement sur les fonctions cognitives ne serait pas statistiquement significatif (Seungmi & al., 2018). En contrepartie, peu de participantes abordaient directement les désavantages de l'allaitement.

Par ailleurs, Lee (2008) appuie l'existence d'un paradigme culturel de la santé publique qui met l'emphase sur les comportements risqués pour la santé. Le choix de la formule lactée au détriment de l'allaitement serait culturellement présenté comme étant un risque pour la santé des bébés (Striley & Field-Springer, 2014; Lee, 2008). De plus, la santé publique détient un certain contrôle sur le choix des informations transmises sur les comportements à adopter, ou à éviter, pour optimiser la santé (Gostin, 2008). Certains auteurs, dont Thomson et ses collaborateurs (2015) ainsi que Wolf (2007) stipulent qu'en ne présentant que les bienfaits de l'allaitement, ainsi que les risques de la formule lactée, la santé publique opère une rationalité particulière dans la rétention et la distribution d'information au regard des comportements favorables (allaitement) ou risqués (formule lactée) pour la santé. L'association symbolique de la formule lactée aux risques pour la santé peut s'expliquer par l'absence de présentation des désavantages l'allaitement, voir même des avantages du biberon.

Toutes les participantes ont néanmoins nommé l'impact négatif que pouvait avoir l'allaitement sur la santé mentale des mères. Plus précisément, la plupart énonçaient : la fatigue et la charge de temps passé à allaiter. Malgré cela, ces éléments n'étaient pas énoncés directement sous forme de désavantage de l'allaitement. L'épuisement, les impacts sur la santé mentale et sur la santé physique ont été nommés par cette participante : « J'aurais aimé que ça (l'allaitement) fonctionne, mais j'ai fait le choix. Entre être épuisée pour pouvoir donner du lait

(maternel), choisir d'être une maman plus en forme et plus patiente.» (P8). La fatigue et l'atteinte des limites personnelles est présentée dans l'extrait suivant : « Elle (la mère de la participante) m'avait dit, donne-lui un biberon. Ma mère a dit : Là, tu vas (*t'épuiser*). [...] Je n'en pouvais plus, je ne dormais pas » (P9). Une participante présentait bien la charge de temps qu'impliquait l'allaitement et qui empiétait sur les autres soins entourant la parentalité qu'elle désirait vivre telle que le fait de donner le bain à son bébé. Ce présent extrait permet de constater que le choix de ne pas allaiter, en raison de la fatigue, adopte un sens particulier pour cette participante qui souhaite participer aux autres éléments significatifs de la vie familiale¹⁰.

Je trouvais ça plate, parce que tu n'apprécies pas nécessairement les moments que tu passes avec ton bébé parce que tu es trop fatiguée. Ou bien si, par exemple, j'allais dormir, pendant ce temps-là, mon chum il donnait le bain, donc je manquais des bons moments. Je voulais être là aussi pour le bain! Si je voulais tout le temps être là, bien dans le fond je ne dormais jamais. Donc c'était d'une évidence qu'il fallait arrêter (l'allaitement) (P5).

Plusieurs participantes ont abordé certains avantages subjectifs de la formule lactée donnée par le biberon. Les avantages personnels les plus notés étaient : un retour au travail plus rapide, le partage des boires avec le père et une plus grande liberté d'action. Ishak et ses collaborateurs (2014) proposent aussi que le retour au travail soit une barrière importante au succès à l'allaitement. Les propos de cette participante appuient ce constat : « Je dirais même que c'était plus favorable (en parlant du biberon). On intègre plus rapidement l'enfant à la garderie, ça m'a permis de retourner plus rapidement au travail » (P4). De plus, Bennett et ses collaborateurs (2016) proposaient que 41 % des pères de leur étude se sentaient dépourvus du temps de rapprochement physique avec leur bébé quand la mère allaitait. Le partage des boires retrouvé avec l'utilisation du biberon était ainsi un avantage personnel pour cette participante :

¹⁰ L'âge des participantes (P5), (P8) et (P9) se situait entre 26 ans et 30 ans

(Le biberon) permet de créer le lien aussi avec le père (...) Ce n'est pas tout le temps moi qui vais le (le bébé) coucher. Parce je n'allaité pas (...). Il y'en a qui garde ce moment-là. Mais non. Avec mon conjoint. Donc, ça peut être mon conjoint, ça peut être moi. C'est les deux (P1).

L'étude de Nihlén Fahlquist (2016) présentait des propos de participantes qui associaient l'allaitement au manque de liberté d'action. De façon analogue, Badinter (2010) proposait que ce soit le biberon qui constitue le symbole d'une forme de liberté chez certaines femmes. Les propos de cette participante évoquent bien l'association entre la liberté d'action et l'utilisation du biberon :

Si je voulais sortir, j'avais quand même la liberté de pouvoir laisser (le bébé) à papa, ou mes parents, ou peu importe. Sans me sentir mal ou (me) dire (qu') il faut que je sois revenue dans une heure parce qu'il a soif (P2).

En ce qui concerne les désavantages de la formule lactée donnée par le biberon, la logistique de la préparation, les coûts et le manque d'information en général ont été rapportés à plusieurs reprises. Comme l'illustrent les propos d'une participante, les différentes présentations de la formule lactée nécessitent des étapes de préparation et une stérilisation des outils impliqués dans le processus de préparation. D'ailleurs, la revue systématique des écrits de Lakshman et ses collaborateurs (2009) soulignait un grand nombre d'erreurs de préparation et des lacunes concernant le respect des règles d'hygiène et de sécurité lors de ces préparations.

(II) fallait moins brasser longtemps (en parlant de la formule lactée sous forme de liquide concentré), parce que l'autre (en parlant de la formule lactée sous forme de poudre) faisait des petits morceaux. Mais je sais que des fois je faisais bouillir l'eau (et que) je prenais le fouet, mais que le fouet n'avait pas été stérilisé avant. *Ben coudonc* ! Dans le fond, on l'a échappé cette fois (P3).

Les coûts associés à la formule ont été soulevés par cette participante : « Pour une année, ça (la formule lactée) nous a coûté un petit peu moins que 1000\$. C'est sûr que ça dépend des

moyens » (P2). Le manque d'information générale sur l'utilisation des formules lactées est un élément grandement retrouvé dans la littérature (Fallon & al., 2017; Hvatum & Glavin, 2016; Lee, 2007; Mander, 2008; Thomson & Dykes, 2011). Plus spécifiquement, Wirihana et Barnard (2011) font l'état de l'insatisfaction des mères qui cherchent à obtenir de l'information portant sur les formules lactées auprès du personnel médical. L'extrait suivant illustre bien cette insatisfaction vécue par la participante :

Tu n'as pas de soutien non plus. Moi j'ai une amie pour qui l'allaitement n'avait pas fonctionné. Donc je me suis beaucoup référé à elle, mais l'infirmière du CLSC ne m'avait pas guidé sur comment augmenter les quantités de lait dans le biberon (...) même le pédiatre ne savait pas trop quoi me dire. Tu manques un peu de ressources (P9).

Ensuite, trois participantes ont vécu une expérience transitionnelle et ont utilisé seulement le tire-lait pour obtenir et donner leur lait (maternel) avec ajout graduel de formule lactée. Ces dernières ont soulevé quelques constats uniques à ce type d'expérience. Ainsi, une participante abordait le tire-allaitement exclusif (TAE ci-après) tel un choix en soi et un mode de vie.

Parce que j'ai aimé ça (le tire-allaitement). J'avais tous les avantages de donner mon lait. Sans avoir à me briser les seins (...) J'étais aux toilettes, j'ai tiré mon lait. Elles (en parlant d'une mère sur un forum de tire-allaitement exclusif) mettent ça dans le frigidaire, et elles rapportent ça à la maison le soir. Elles continuent leur tire-allaitement après être retournées travailler donc c'est comme devenu un, un style de vie (P8)

Pour deux participantes, cette transition a permis de diminuer la douleur associée à une mise au sein difficile. De plus, une participante a soulevé l'intérêt de visualiser les différentes étapes de la transformation du lait maternel.

On trouvait donc que les enfants, au début, ils avaient l'air de boire, de boire, de boire ... mais qu'ils avaient quand même faim. Puis c'est ça qu'on voyait avec le tire-lait. Tu voyais vraiment le dépôt, le sédiment avec le lait un peu plus liquide. Puis ça nous a fait voir (...) qu'il faut qu'ils têtent jusqu'à ce que... Dans le fond l'allaitement ce n'est pas une question de *timing* : en 20 minutes, il n'a plus faim.

Des fois, ça peut prendre 40-45 minutes. Et puis là, on se disait, il se rend là. Il se rend jusqu'au lait gras (P4).

Finalement, une dernière participante s'est exprimée sur la commodité de conservation du lait maternel.

J'ai trouvé ça (le tire-allaitement) facilitant, dans le sens où le lait maternel se conserve, une fois qu'il a été exprimé (extrait), de 4 à 6 heures. Moi, je sortais beaucoup, alors j'exprimais (pouvais extraire) mon lait puis je le mettais dans un biberon. J'étais bonne de 4 à 6 heures peu importe où (j'étais) et que le bébé avait soif, mon biberon était prêt. Je n'avais pas besoin de faire chauffer. J'ai trouvé ça facilitant (P5).

Seule une participante a pratiqué, sur une longue période de temps¹¹, l'allaitement mixte avec mise au sein et l'utilisation de la formule lactée. L'expérience de l'allaitement mixte présenté de cette façon n'a pas été abordée par les autres participantes qui ont davantage vécu la mixité de l'allaitement telle une période de transition suite aux difficultés d'allaitement rencontrées. À cet effet, la plupart des participantes avaient une vision fusionnelle du choix du mode d'alimentation puisqu'il était souvent question du sein seulement ou du biberon uniquement. Voici un extrait qui présente la vision unique d'une participante qui appréciait la liberté offerte par le biberon, mais qui aimait aussi la simplicité de l'allaitement durant la nuit puisqu'aucune préparation n'était nécessaire: « J'avais la liberté du lait maternisé, mais j'avais le côté pratique de l'allaitement la nuit » (P6).

Ajustement des pratiques d'allaitement : entre restructuration et persuasion. La culture de soin relative à l'allaitement, telle que nous la connaissons au Québec, s'inscrit dans deux mouvements d'influence épistémiques qui coexistent dans le monde hospitalier. Ces

¹¹ 10 mois pour le premier bébé et 13 mois pour second bébé

mouvements sont la médicalisation des naissances et la culture de soin favorable à l'allaitement. Leur rencontre participe à l'émergence et au maintien de pratique de soin qui, au contact des mères choisissant une alternative à l'allaitement exclusif, doivent s'accommoder (Leininger, 2002). Ce processus d'accommodement implique différents rapports de force qui seront exposés dans cette section.

Actuellement, dans le contexte particulier du Québec, il est possible de dire que l'accouchement est un acte médical puisque 99 % des mères québécoises ont donné naissance à leur bébé à l'hôpital durant l'année 2017 (Statistique Canada, 2019b). Il faut savoir que l'accouchement n'a pas toujours été pratiqué en milieu hospitalier et il se fait parfois même dans des maisons de naissances. Les objectifs du mouvement de l'hospitalisation des naissances visaient principalement à réduire : les douleurs, les mortalités et les morbidités qui se rattachent aux grossesses, à l'accouchement et aux soins du nouveau-né (Renaud & al. 1987). À travers la médicalisation des naissances, le contrôle de paramètres, dont les ingestions du bébé, aurait historiquement été facilité avec la venue de la formule lactée (Eden, 2012). En contrepartie, la huitième des dix conditions pour un succès de l'allaitement maternel, critère d'accréditation des établissements certifiés par l'IAB, propose que l'allaitement à la demande de l'enfant doive être encouragé (MSSS, 2019). Cette proposition serait ainsi en rupture avec un allaitement quantifié et cadré selon un horaire qui se retrouverait davantage dans le paradigme de la médicalisation des naissances. Pourtant, la coexistence de ces deux mouvements telle que proposée par Rivard (2014) serait concrètement retrouvée dans les propos d'une participante qui expose la rencontre de ces deux paradigmes dans le guide *Mieux-Vivre avec son enfant* :

Mes amies qui allaitent se font demander la quantité de lait que bébé boit (...) C'est écrit dans le *Mieux-Vivre*, un bébé de tant de mois est (censé) boire tant de quantité.

Mes amies qui allaitement me le disent, mais je ne sais pas qu'elle quantité (il boit)
(P2)

La rencontre de ces deux paradigmes semble aussi influencer la manière dont les mères répondent aux questions du personnel infirmier à propos de la quantité de lait bu durant un allaitement au sein. À cet effet, le *Guide de santé postnatale neuf mois plus tard* (Ross, 2003) propose aux professionnels de la santé de surveiller certains signes observables pour savoir si le bébé boit assez de lait maternel (nombre de mictions, comportement du bébé après la tétée, quantité et couleurs des selles, l'état des seins et la prise de poids du nourrisson en sont des exemples). Une participante présentait sa réponse aux infirmières de cette façon : « Je sais juste combien de boire il a eu et combien de temps. (...) Tu ne peux pas parler, selon moi, d'allaitement exclusif et de quantité de lait » (P2). L'allaitement exclusif à la demande véhiculée par l'IAB et l'action de quantifier les boires traduit la rencontre de la médicalisation des naissances et la culture de soin favorable à l'allaitement exclusif. Cette participante ne serait pas la seule à vivre un manque de congruence dans les informations recueillies en périodes postnatales. Ainsi, une participante proposait que ces discours contradictoires fussent porteurs de conséquences sur elle et pouvait générer de l'incertitude : « Le discours n'est pas toujours uniforme. Pour certains parents, c'est difficile de s'y retrouver et ça peut même créer du stress, parce que tu ne sais plus à qui te fier » (P5).

Effet des pratiques de soins médicalisées sur le vécu des mères. La dimension médicalisée de l'accouchement a été soulignée par certaines participantes. Cette dimension implique nécessairement le médecin dans la procédure de l'accouchement et parfois, un contrôle médical de la douleur. Rappelons, notamment, que toutes les participantes de cette étude ont choisi un accouchement en milieu hospitalier. L'extrait suivant présente la médicalisation des

naissances comme une approche en rupture avec le mouvement naturaliste, puisque pour cette participante l'accouchement naturel ferait référence à un contrôle de la douleur par des stratégies non médicales telles que la musique ou le fait de tamiser les lumières à une absence de contrôle de la douleur par la médicalisation.

C'est très médical pour moi comme acte (l'accouchement). Je vais accoucher, je veux que, s'il y a un problème il fasse clair, que le médecin voit ce qu'il fait qu'il n'a pas besoin de me crier après (en faisant référence à la présence de musique lors de certains accouchements) (...) Moi je ne rêvais pas d'un accouchement naturel, pas d'épidurale. (P3)

La surcharge de travail des infirmières a été relevée par plusieurs participantes. Malgré l'impact de la surcharge sur les soins, les participantes manifestaient une certaine empathie par rapport à cette réalité. À propos du soin des seins : « Les infirmières m'en avaient un peu parlé, mais c'est tout le temps : Vite, vite, là. Je les comprends, parce que c'était épouvantable. C'est épouvantable leurs conditions de travail » (P1). Le vécu de cette participante suggère un manque de disponibilité du personnel infirmier qu'elle associe à la surcharge de travail.

Plusieurs participantes ont soulevé l'existence d'une expertise en allaitement, témoignant la gestion de l'allaitement par des professionnels experts en la matière. Le développement d'une expertise en allaitement serait pour Eden (2012) un des trois axes visés par la médicalisation de la nutrition du nourrisson. Le terme « spécialiste » a été utilisé par deux participantes: « On a vu une *pro* en allaitement (...) la spécialiste en allaitement » (P1). [Et] « Une infirmière en lactation, elle était spécialisée là-dedans » (P8).

Parfois, l'expertise associée à la nutrition du nourrisson se justifiait à partir d'éléments non humains tels que la courbe de croissance. De cette expertise pouvait découler un discours autoritaire, voir même culpabilisant ressenti par cette participante :

Il (le pédiatre) regarde sur la courbe (de croissance), puis il me chicane : Oui, bien là ton enfant, il ne prend pas assez de poids. Tu n'allaites pas assez. Bien là, comment ça je n'allaites pas assez ? En même temps, je me disais : comment on fait pour allaiter plus. (P4)

Le discours d'expertise sur l'allaitement dont adhèrent les professionnels de la santé était, pour certaines participantes, un enjeu de pouvoir positionnant par le fait même la mère dans une situation de soumission à l'autorité. Les mots « influençable », « ne connais pas » et « embobiner » choisis par cette participante font l'éloge d'un manque de contrôle perçu par cette dernière. Le sentiment de contrôle, exercé par la mère, serait pourtant un des attributs du concept d'autonomie dans un contexte d'allaitement proposé par Hirani et Olson (2016).

Parce que si tu es moins influençable, et que tu ne connais pas ça, et que, disons, soit quelqu'un qui n'a pas d'éducation, soit quelqu'un qui ne connaît pas du tout le milieu médical, bien tu te fais *embobiner* là-dedans. Facilement (P6).

Certains enjeux de pouvoir entre l'expertise médicale et l'autonomie de la mère étaient présents au sein du vécu des participantes. Ces enjeux de pouvoir ont été exprimés à différents niveaux. Le manque de contrôle sur la situation et l'emprise du cadre médical était bien présenté par cette participante qui attribue la fin de l'hospitalisation, le congé, aux critères unilatéralement définis par l'autorité médicale. L'allaitement devenait pour elle un enjeu pour son congé de l'hôpital, puisque la prise de poids du bébé était insatisfaisante selon les paramètres médicaux établis : « Il (bébé) faut qu'il mange. Il a perdu presque deux livres. Vous ne me laissez pas sortir de l'hôpital s'il ne prend pas de poids, mais vous refusez qu'il prenne autre chose que le sein » (P6). Cet extrait illustre la cohabitation souvent difficile entre les approches de médicalisation de soin et celles plus favorables à l'allaitement exclusif. Elle suggère également le processus de culpabilisation systématique des mères qui se retrouvent au cœur de ces tensions.

Une participante a utilisé la forme symbolique : « Elle (l'infirmière) est arrivée avec ses *gros sabots* dans notre chambre pour nous expliquer (la mise au sein) » (P1). Dans cet extrait, l'infirmière est présentée par sa rudesse et est positionnée comme une figure d'autorité qui expliquerait la mise au sein aux femmes devenues mères. Or, les résultats de l'étude de Sheehan et al (2009) proposaient qu'une approche rude et directive des professionnels de la santé fût décrite par les mères comme étant un support négatif. Conséquemment, ce support négatif ne serait pas favorable au développement de la confiance en soi chez les mères, un des facteurs d'influence dans la continuité de l'allaitement maternel (Sheehan & al., 2009).

Une autre participante a davantage fait référence au langage non verbal de l'infirmière responsable de ses soins : « Je revois l'infirmière dans la porte de la chambre qui dit : Vous choisissez de donner le biberon. Avec (...), les mains sur les hanches. Je dis *oui*. Bien, elle dit, on n'en a pas ici » (P9). Si le choix des mots rend explicite l'absence de disponibilité quant au choix alternatif à l'allaitement exclusif, les enjeux de pouvoirs s'expriment aussi par différentes stratégies plus informelles et persuasives telles que les attitudes et l'utilisation d'une posture d'autorité. Ce constat appuie plusieurs études qui ont soulevé le manque d'information et de support apporté par le personnel de la santé concernant l'utilisation de la formule lactée (Hvatum & Glavin, 2016; Thomson & Dykes, 2011; Wirihana & Barnard, 2011).

Les enjeux de pouvoir s'exprimaient aussi par la transgression de certaines limites personnelles de la part des infirmières envers les participantes. En effet, certaines des interventions auxquelles ont été soumises les participantes ont été perçues comme intrusives et irrespectueuses. Ces résultats se retrouvent dans l'étude de Thomson et Dykes (2011). Par

exemple, lorsque le bébé ne veut pas boire et que les professionnelles de la santé insistent en prenant à plusieurs reprises le sein de la mère pour le mettre dans la bouche du bébé, l'approche peut être vécue de façon embarrassante, intrusive et déplaisante (Thomson & Dykes, 2011).

L'inconfort associé à cette intervention a été explicitement formulé par une participante :

Puis à un moment donné, elle (l'infirmière) me prend. Il y a mon sein, mon fils, ma main. Elle, elle met sa main par-dessus puis elle pousse. Je disais, moi, ça me fait mal, c'est sûr que ça lui fait mal (P3)

L'intervention intrusive et irrespectueuse était clairement exprimée par cette participante qui parle de sa « bulle », faisant ici référence à son intimité :

Souvent, je le (bébé) prenais, je l'allaitais. Elle (l'infirmière) me disait : essaie cette position-là. Elle changeait bébé de place, elle prenait mon sein, pour le mettre dans la bouche de bébé. Un moment donné, j'ai dit : *Tu es dans ma bulle*. J'ai dit : *lâche-moi, on va réessayer plus tard, moi je ne suis pas là*. Il fallait que je le (le bébé) réveille. Elle le déshabillait, pour qu'elle boive. Non. Je n'étais plus dans le respect. (P1)

Cette intrusion dans l'espace privée était exprimée par cette participante qui présente la notion du soi et de son consentement non réclamé avant d'effectuer une intervention qui touche l'enfant: « Puis une infirmière, qui te touche le sein, prend ton bébé comme ça, c'est, à moi. C'est mon enfant. Ne prends pas mes choses » (P7). Une participante a même soulevé le sentiment de dépossession de son corps, soulevant par le fait même une forme d'objectification du sein présenté tel un instrument servant uniquement à nourrir le bébé :

Un moment donné, à l'hôpital, je me disais, ok, mon corps ne m'appartenait plus. La première fois, l'infirmière avec le tire-lait elle m'a ouvert la jaquette. Prit le sein. Ramasser le tire-lait. (...) Moi j'avais mal, je voulais juste m'en aller chez moi, c'était juste ça, donc *pogne les*, mes seins, à la limite, fais juste nourrir (P9)

Ce sentiment d'intrusion dans l'intimité des participantes représente bien la perméabilité des frontières entre les espaces privé et public dans un contexte d'allaitement tel que proposé par Carter (1995). Le pouvoir, le savoir et l'autorité des acteurs de la sphère publique seraient

ici représentés par le personnel médical. La sphère privée, soit, le sein de la participante serait ici un objet départagé du corps ne servant qu'à nourrir le bébé. Cette déconstruction du corps s'arrime bien au paradigme de la médicalisation des naissances qui vise un contrôle de paramètres spécifiques, la lactation, dissociée de l'allaitement comme pratique corporelle, culturelle et sociale (Eden, 2012).

Effet de la culture du soin favorable à l'allaitement sur le vécu des mères. Afin de justifier le positionnement culturel des soins reçus, certaines participantes citaient l'autorité des instances gouvernementales. Par exemple: « Santé Canada préconise l'allaitement par rapport à la formule » (P1). Pour d'autres, cette culture de soin favorable à l'allaitement était décrite tel un environnement culturel adhérent à une idéologie favorable à l'allaitement. Cette participante fait directement référence à l'IAB :

Je trouvais dommage aussi que les hôpitaux ont la bannière, amis des bébés. C'est, amis des bébés, mais, selon l'allaitement. C'est amis des bébés pour l'allaitement, mais pour moi amis des bébés c'est de s'adapter aux besoins du bébé et de la maman (...) je trouve que ça ne reflète pas la réalité. Bien, ça reflète la réalité d'un environnement où l'on prône que l'allaitement exclusif. Mais ça ne reflète pas la réalité d'une maman qui n'est pas capable d'allaiter, ou que ça ne fonctionne pas avec son bébé, ou qui veut juste autre chose. Ça ne reflète pas cette réalité-là. Mais ça reflète la réalité des hôpitaux qui prônent l'allaitement exclusif (P2).

Une participante questionnait aussi l'existence d'un taux d'allaitement à atteindre. Un taux d'allaitement fixé à 75 % est effectivement un des critères d'agrément à l'obtention de la certification IAB en milieu hospitalier (MSSS, 2019) : « Un moment donné, je me suis demandé s'il n'avait pas une cote sur le nombre de mères qui allaitent » (P9). Hunt et Thomson (2017) proposent ainsi que les mères ont souvent l'impression que le personnel de la santé utilise une approche fonctionnelle et théorique de l'allaitement dans le but de répondre à certaines directives. À travers cette culture de soin favorable à l'allaitement exclusif, une participante a

décrit une forme de contrôle de l'information et une absence conséquente de support à sa décision :

Elle (l'infirmière) est venue, nous voir et nous a dit : *on le savait, que tu ne pouvais pas allaiter, mais on ne pouvait pas te le dire. On savait que ça ne marcherait pas. Mais on est tellement pro-allaitement* (P7)

L'OMS (1981) et L'UNICEF (2019) ne recommandent pas la dissémination d'informations portant sur l'utilisation des formules lactées en période prénatale. Néanmoins, lorsque la mère choisit le biberon, elle devrait recevoir un enseignement adéquat à cet égard (OMS, 1981; UNICEF, 2019). Les propos de la participante appuient ainsi le constat de Lakshman et ses collaborateurs (2009) qui jugent que ces recommandations ne seraient pas toujours bien comprises dans la pratique puisque certains professionnels de la santé n'offrent aucun support portant sur le biberon en période postnatale. Une autre participante ajoutait : « Dès que cette personne-là a pris sa décision (référant aux mères), qu'elle (l'infirmière) soit en accord ou pas avec toi, il faut que tu la respectes. Ça devient du respect de l'humain » (P6).

Une autre forme de contrôle de l'information a été mentionnée relativement aux renseignements retrouvés sur les contenants de formule lactée : « (Sur) le lait en formule (le contenant) c'est écrit : *Nous préconisons l'allaitement, le lait maternel* » (P1). Le commerce de la formule lactée s'est aussi retrouvé dans le témoignage d'une participante qui décrivait comment ce commerce s'organise au sein des établissements de santé pour distribuer leurs produits : « Dans le fond, l'hôpital c'est qu'ils ont chaque, je ne sais pas si c'est chaque mois, ou chaque six mois, ils ont une compagnie qui leur fournit le lait (...). Ça change » (P7). Cette rotation vise essentiellement à répondre au Code international de commercialisation de substitut du lait maternel, critère de certification IAB (MSSS, 2019).

Cette norme prévoit un contrôle commercial de la formule lactée à plusieurs égards, dont l'interdiction d'approvisionnement gratuit de laits artificiels, tétines ou biberon. Dans cette visée, une participante a exposé la rencontre de considérations normatives parfois contradictoires à l'égard de l'allaitement. Ces conditions normatives s'articulent autour de rapports de force entre les exigences du marché (production de formule lactée) et la réalité de santé des populations auxquelles font face, notamment, les gouvernements occidentaux.

Selon Gostin (2008), l'approche interventionniste de la santé publique, qui vise à persuader les individus d'adopter de bons comportements de santé, serait justifiée par la méfiance du libre marché à informer objectivement le public des comportements risqués pour la santé. Toutefois, le contrôle des formules lactées par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) se heurte aux principes du libre marché récemment défendu dans la presse par l'administration du président actuel¹² des États-Unis.

L'administration Trump (président américain au moment de l'entrevue), par rapport à la *World Health Organisation* donc l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, parce qu'il voulait faire inclure, dans une de leur politique la primauté de l'allaitement et justement l'administration américaine avait refusé d'inclure cette clause-là (P4).

Les études de Thomson et ses collaborateurs (2012) ainsi que de Mueffelman et ses collaborateurs (2015), ont souligné l'importance du support des pairs dans le maintien de l'allaitement chez les mères qui désiraient allaiter. Outre les infirmières et les médecins, les marraines d'allaitement étaient fréquemment citées par les participantes comme vecteur de cette

¹² Été 2018

culture de soin favorable à l'allaitement. Les marraines d'allaitement représentent des mères qui supportent bénévolement d'autres mères dans leur allaitement (Nourri-Source, 2019).

Je (marraine d'allaitement) vais venir chez toi, je vais t'aider à réessayer. Il est trop tard. Mon enfant est déjà à la formule. Tu ne viendras pas. Puis, elle est beaucoup déçue qu'à l'hôpital je ne l'appelle pas, ça ne marche pas. Mais, ne viens pas me voir à l'hôpital. C'est un moment que je veux avec mon conjoint. C'est vraiment ça. Dans le fond, elle était déçue que je n'aie pas plus essayé (P6)

Pour une des participantes, la marraine d'allaitement a été présentée comme étant une alternative possible à sa situation de montée laiteuse tardive. Les études d'Ishak et ses collaborateurs (2014) ainsi que Vas Goncalves (2017) ont montré que les naissances par césarienne étaient un facteur défavorable à l'allaitement en raison du risque accru d'avoir une montée laiteuse tardive, ce qui était le cas pour cette participante. Pour cette mère, la formule lactée n'était pas présentée telle une alternative possible.

*Tu as eu une césarienne avant terme. Ça se peut que ça prenne du temps à ton corps. Mais là, ça n'arrivait toujours pas. Je fais quoi là ? Elle a dit (l'infirmière) : *Bien non, ton bébé en a assez (du lait maternel)*. Elle était plus rassurante puis elle a dit : *Tu vas voir il y a les marraines d'allaitement, les cliniques d'allaitement (P9)*.*

La culture favorable à l'allaitement exclusif fait appel à différents instruments qui visent à maintenir l'allaitement. Le recours à une cuillère, au contenant à médicament, à une seringue et à une téterelle faciliterait cette culture. Un grand nombre des participantes trouvaient la logistique de ces outils souvent laborieuse et insatisfaisante. Le tableau 4, ci-dessous, présente ces outils à partir du vécu des participantes à cette étude.

Tableau 4 : Instruments de maintien pour l'allaitement

Cuillère :	Puis une heure après avoir allaité, tu dois tirer ton lait. Puis ce que tu aurais récolté, faut le donner à la cuillère. (...) Une cuillère en plastique. De cafétéria. Un peu tranchante sur le bord. (...) Voyons donc. C'est un bébé. Je n'étais pas prête à ça. (...) Voir que je vais lui donner le peu (de lait recueilli, puis il (le bébé) se débattait. (...) De toute façon, j'en avais tellement pas, c'est ça qui est ridicule (P9).
Contenant à médicaments :	Ils ont essayé ça, le gobelet, la petite affaire de médicaments. C'est ce qui a le mieux marché. Puis c'est vraiment un hasard, c'est l'infirmière qui a dit c'est assez. Mais elle ne voulait pas essayer le biberon (P6).
Seringue :	Je tirais le colostrum, en fait je prenais le colostrum avec des massages, dans un petit <i>cup</i> (récipient) qui donnait puis, après cela, il (le personnel hospitalier) le mettait dans une seringue, et puis on lui donnait avec le doigt (P2).
Téterelle :	Ils (le personnel hospitalier) m'ont dit, bon prends une téterelle. Mais une téterelle, c'est comme une tétine en silicone, que tu mets, pour qu'il y ait un bout qui colle. Ça ne marchait pas, le petit (bébé) s'enrageait parce que ça arrachait. Ça ne tenait pas. On a dit, ok, tirer le lait ça ne fonctionnait pas non plus. Et puis, on s'est mis les deux (couple) à pleurer (P7).

Tableau 4. *Instruments de maintien pour l'allaitement*, Vallée-Ouimet, S. 2019.

Le tire-lait a aussi été nommé comme instrument s'intégrant aux pratiques et à la culture de soin favorable à l'allaitement exclusif. Ces mêmes outils sont également utilisés par les approches médicalisées de l'allaitement. Selon McCarter-Spaulding (2008), la médicalisation des naissances aurait permis, avec le tire-lait, de dissocier la lactation du phénomène de l'allaitement. Ainsi, la mise au sein serait facultative au désir de donner du lait maternel à son nourrisson et le tire-lait permettrait, en plus, de quantifier les boires (Johns & al., 2016). Sur ce point, une participante s'inscrivait en rupture avec la façon dont était utilisé le tire-lait en milieu hospitalier.

Je n'ai jamais, jamais, jamais, jamais, tiré mon lait pour le (bébé) faire boire. On dirait qu'ils (le personnel hospitalier) m'ont vraiment écœuré. C'est comme s'ils m'avaient coupé le goût. Ils m'ont écœuré en me levant la nuit, en m'obligeant (P6).

Le biberon, quant à lui, était soit ignoré, mis sous silence ou présenté dans une perspective de peur. Cette peur était justifiée par le risque associé au refus ultérieur du sein chez le nourrisson. Dans cette visée, une des conditions (la neuvième) pour un succès de l'allaitement maternel, critère d'agrément IAB, propose d'interdire les tétines aux bébés allaités au sein (MSSS, 2019). Or, certaines mères qui offrent le biberon ou la suce à son enfant se sont senties coupables vis-à-vis de cette pratique :

C'était que si je donnais la suce, il (le bébé) allait s'habituer et il n'allait plus vouloir faire l'effort de téter. Donc, à partir du moment où moi je lui donne une suce, moi je lui donne un biberon, puis que suite à cela, il ne tète plus, c'est de ma faute (P3).

À cet effet, les soins infirmiers de périnatalité présentent le risque de la confusion entre le sein et la tétine chez le nouveau-né durant les premières semaines de vie (Lowdermilk & al., 2019). Cela serait expliqué par la différence dans le développement des habiletés motrices orales exigées pour un allaitement comparativement à la succion d'une tétine (Lowdermilk & al., 2019). Dans ce contexte, une participante a mentionné que cette peur allait à l'encontre des expériences positives associées à la maternité.

On te fait tellement peur du fait que le bébé ne reprendra pas le sein. S'il (le bébé) a goûté à un biberon. Puis moi là-dessus ça n'a pas été ça. J'ai un 100 % de vécu où mes deux bébés ont repris, 100 % le sein (...) On te fait peur avec la suce, puis avec ci, puis avec ça. (...). C'est ridicule parce qu'on empêche des femmes de vivre des beaux moments, je pense (P6).

Cette peur, affirme une autre participante, rendrait ainsi tout échec de l'allaitement exclusif impossible : « Jamais qu'elle (l'infirmière) ne m'a dit : *Écoute, si vraiment tu vois que ça ne marche pas, tu peux aller vers des biberons. Jamais!* Cela n'a jamais été une possibilité proposée. Jamais, jamais. Jamais » (P9). Pourtant Jones et Stoppard (2011), proposent que le

transfert d'informations alternatives à l'allaitement dont l'utilisation du biberon, soit favorable au processus décisionnel éclairé.

Pour terminer, l'approche centrée sur la personne était fréquemment soulevée par les participantes. Plusieurs auteurs critiquent l'approche biomédicale de l'allaitement et proposent que les besoins des mères soient au centre des soins. (Battersby, 2014; Benoit & al., 2016; Carroll & al., 2015; Fallon & al., 2017). Pour une des participantes, cette approche centrée sur la personne a été significative dans son parcours. Les propos de la participante exposent les dimensions relationnelles du soin qui peuvent fournir un accompagnement individualisé, favorable aux normes de l'allaitement exclusif, aux nouvelles mères.

On s'entend-tu que dans le milieu de la santé, tu en fais des affaires en deux heures. Tu en pèses des bébés. Puis elle (l'infirmière) s'est assise et elle m'a écoutée. Puis elle m'a donné des conseils et a vraiment fait une super *job* (P6).

Certaines études ont mis en lumière l'importance de la relation entre les professionnels de la santé et les mères. Par exemple, une approche personnalisée respectueuse de leur autonomie serait importante pour les mères (Goberna-Tricas & al., 2011). De plus, quelques auteurs proposent que les aspects relationnels du soin englobent une approche holistique, respectueuse et sécuritaire (Carroll & al., 2015; Fallon & al., 2017).

Le tableau synthèse qui suit résume cette seconde partie des résultats portant sur la rencontre des deux paradigmes : la médicalisation des naissances et de la culture de soins favorable à l'allaitement exclusif. La synthèse s'appuie sur l'ensemble des résultats de cette section, sur plusieurs auteures féministes préalablement citées (Badinter, 2010; Carter, 1995; Eden, 2012; Rivard, 2014) et sur *La pensée infirmière* de Pepin et al., (2017).

Tableau 5 : Synthèse de la 2^e partie des résultats

	Culture de soin favorable à l'allaitement	Médicalisation des naissances	Tensions issues de la cohabitation des deux paradigmes
Focalisation	Femme	Sein	Enfant
Processus	Allaitement (social)	Lactation (biologique)	Nutrition
Approche	Holistique	Technique	Centrée sur l'enfant
Principe directeur	Autonomisation	Assujettissement au savoir expert	Assujettissement normatif

Tableau 5. *Synthèse de la 2^e partie des résultats*, Vallée-Ouimet, S. 2019.

Ainsi, au fil de l'analyse des résultats de cette section, une tension importante est apparue au sein du discours des participantes. Cette tension s'expliquerait notamment par la cohabitation des deux paradigmes relatifs à l'allaitement (Rivard, 2014) et aurait pour effet d'induire un sentiment de culpabilisation ou d'incertitude chez plusieurs participantes. Tout comme l'analyse situationnelle le propose (Clarke, 2005), les frontières entre les discours dominants sont fluides et communicatives. Ainsi, cette rencontre peut être parfois harmonieuse et parfois discordante.

Allaitement maternel exclusif : entre normes et performances. La norme sociale de l'allaitement se présente en plusieurs déclinaisons à travers principalement quatre sous-thèmes centraux qui sont le partage des espaces privé et public, l'atteinte aux normes sociales, le commerce de l'allaitement ainsi que la pression sociale d'allaiter. Ces sections décrivent les différentes dimensions qui participent à la force des normes et à la puissance de leurs effets sur les mères et sur le maintien des pratiques de soins favorables à l'allaitement exclusif.

Partage des espaces publics et privés. La séparation entre l'espace privé et l'espace public est, sans équivoque, manifeste quand il est question d'allaitement du nourrisson en public. Certaines participantes ont vécu l'expérience de l'allaitement en public tandis que d'autres se sont questionnées sur leur niveau d'aisance à cet égard :

Je me posais la question un moment donné j'attendais pour un rendez-vous avec mon médecin, puis je vois une femme, qui met son tablier. Ha! Puis je me dis, je ne sais pas moi si ça fonctionne, si je vais me cacher pour allaiter, ou si je ne suis pas à l'aise. Je trouve ça beau une femme qui allaite. C'est la vie, puis le corps est tellement bien fait. Mais, je ne sais pas si j'aurais été à l'aise, à ce niveau-là (...) Plus par pudeur (P1).

Les participantes qui ont abordé cette thématique ont décrit unanimement des règles informelles de la pratique de l'allaitement dans les espaces publics. Premièrement, tout comme le présente cette participante, l'allaitement en public doit être discret et caché : « L'allaitement en public, c'est beaucoup caché. Les mamans vont mettre un petit drap » (P6). Ces propos appuient les résultats de l'étude de Thomson et ses collaborateurs (2015) qui stipulent que les mères soient plus enclines à rester à la maison et chercher des endroits calmes pour éviter d'allaiter en public. Une autre participante abordait en ce sens : « En même temps, je n'ai pas eu beaucoup d'occasions (d'allaiter en public). Mais j'ai quand même essayé de me cacher » (P3). Les propos des participantes suggèrent que la distinction entre les espaces publics et privés en vient à déterminer comment les pratiques d'allaitement sont mises en place.

La pudeur était un obstacle fréquemment évoqué par les participantes au regard de l'allaitement en public. La pudeur s'exprime principalement en présence d'autres personnes. Le malaise de cette participante s'appuyait sur la façon dont elle avait été éduquée : « Moi je ne suis pas quelqu'un qui va m'exposer. Je n'aurais pas été à l'aise d'allaiter comme le monde, de

me sortir le sein devant mon beau-père. Je n'ai pas été élevée de cette manière » (P9). McBride-Henry (2010) abonde en ce sens, puisque le choix du mode d'alimentation du bébé pourrait ainsi être influencé par le manque de représentation de mères qui allaitent publiquement. Une autre participante manifestait son positionnement dans le même sens : « Jamais je n'aurais mis mes seins à l'air devant mes parents (pour allaiter) » (P2). Dans cette visée, McBride-Henry (2010) explique que puisque le sein appartient à la sphère privée, l'allaitement en public est peu affiché. Cette participante, quant à elle, présentait son allaitement en public par rapport au souci des autres puisqu'elle ne voulait pas imposer l'acceptation du sein public : « Je ne faisais pas exprès de lever (le chandail) puis faire, voilà le sein. C'est naturel, acceptez » (P4). Le malaise de l'allaitement en public s'étendait, pour une participante, jusqu'au fait de voir des femmes allaiter publiquement et de ne pas être à l'aise de partager le même espace qu'elles.

Donc, de voir, elle (membre de la famille) qui le faisait (allaiter publiquement) et moi je me sentais mal de rentrer dans la même pièce qu'elle quand elle allaitait. Même si elle, ça ne lui dérangeait pas, elle le faisait. Elle se cachait un peu, mais reste que c'est, quand qu'elle changeait de seins tu voyais tout, je me sentais mal et gênée pour elle. Donc quand je savais qu'elle allaitait, je restais dans la cuisine, j'esquivais du regard, parce que je me disais, je n'ai pas à voir cette partie-là de son corps (P2)

Cette même participante avait intériorisé ce malaise du partage des pièces communes de la maison avec sa famille, ce qui avait pour effet indirect de restreindre l'accès aux endroits partagés à ses parents. Cette participante présente un dilemme entre la liberté de tout un chacun de partager les pièces communes et le risque de voir un sein sans nécessairement y consentir. En d'autres termes, elle soulève la rencontre de deux modes d'action individuels opposés pouvant parfois coexister, soit celui d'allaiter librement et celui de ne pas désirer voir publiquement le sein d'une femme.

Après ça je me dis, si moi j'allait, que je me mets les seins à l'air, j'avais l'impression aussi que j'obligeais les gens peut-être être mal à l'aise ou détourner le

regard. C'est comme ma perception de, si je veux allaiter, je me mets les seins à l'air, je vais peut-être obliger à mon père, ma mère, à ne pas rentrer dans cette pièce-là parce que je suis en train d'allaiter, de comme détourner (le regard). Je te parle, tu me parles de devoir détourner le regard parce que je suis en train d'allaiter (P2).

Les trames narratives des participantes permettent de constater que le maintien de la culture favorable à l'allaitement exclusif, dans certaines circonstances, n'atteint pas la sphère publique et que cela a pour effet de confiner les mères à la sphère privée. Ainsi, la culture favorable à l'allaitement aurait tendance, dans certains cas, à maintenir les femmes dans la sphère privée, loin de la sphère publique et de l'espace du travail salarié.

Sentiment d'enfreindre les normes sociales. Les normes relatives à l'allaitement, participant à la définition de ce que devrait être une « bonne mère », peuvent se heurter à différentes normes plus générales immanentes au monde social. Par exemple, la teneur privée du geste de l'allaitement s'exprimait pour certaines participantes par la connotation sexuelle qui est socialement attribuée aux seins.

Les seins ont quand même une perception sexuelle. (...) on entendait disons c'est quasiment la même nature qu'une fille sexy (...). Parce que justement le sein est associé au sexuel. Je sais que justement à Montréal, dans une piscine publique, un moment donné, il y a une femme, ça avait fait les nouvelles. Une femme qui a allaité puis on lui a dit : *Bien non madame. C'est trop. Vous en démontrez trop.* Moi j'étais outrée parce que, voyons, il n'y a rien de sexuel là-dedans (P1).

Thomson et Dykes (2011) proposent que l'association du sein à l'érotisme dans l'imaginaire culturel soumette les mères, qui allaitent en public, au sentiment d'enfreindre les normes des comportements socialement tolérés. À cet égard, deux participantes ont identifié une dichotomie entre le sein érotique et le sein nourricier. Cette dichotomie s'exprime par la difficulté d'investir les seins sexuellement dans un contexte d'allaitement. « J'avais aussi une certaine réticence, au niveau de la sexualité. Pour moi, si j'l'allait, je lui (conjoint) avais dit, tu

n'y touches plus (en se référant aux seins). Pour moi, il y avait une barrière à faire entre c'est soit pour le plaisir ou pour l'allaitement » (P2).

Finalement, le choix du biberon devient, pour cette participante, le symbole d'un partage égalitaire des tâches entre les deux parents indépendamment des sexes : «

Ce n'est jamais déséquilibré sur ce que je peux faire, et donc, forcément, sur ce que je dois faire. Je n'ai jamais senti que ça revenait juste à moi. C'est vraiment partagé. Alors qu'à partir du moment où c'est moi qui a les seins, je n'ai pas le choix de la faire (...), ça contribue à ce que le père prenne la place qu'il doit prendre. (P3)

La représentation sociale de l'allaitement comme un acte relevant de la sphère privée additionné à dichotomie entre le sein nourricier et le sein érotique représente, ici, les différents paradoxes qui ressortent de la confrontation entre les normes de l'allaitement et les normes sociales. Cette confrontation peut ainsi avoir pour effet d'augmenter le niveau de malaise à propos des comportements attendus (Groleau & al., 2016).

Allaitement comme objet commercial. Le commerce de l'allaitement est un élément qui n'a jamais été directement abordé dans de la littérature scientifique recensée, mais qui s'inscrit dans la conformité à répondre de cette norme de l'allaitement en public. Une des participantes appréciait particulièrement l'existence de produits adaptés à l'allaitement : « C'est sûr que je suis allée me chercher des chandails d'allaitement, puis c'était fantastique (P4). Pourtant, le guide *Mieux-Vivre avec son enfant* (2019) présente l'allaitement comment étant un geste duquel en découle de nombreux avantages, dont la gratuité du geste. Cette participante aborde ainsi l'importance des achats qui visent à répondre aux normes de l'allaitement en public, mais

également aux performances attendues des mères afin de répondre aux nombreux idéaux et paradoxes de l'allaitement.

Je n'ai aucun problème à voir une femme qui allaite. Ça ne me dérange pas. Moi je trouve ça très beau surtout si c'est bien fait (...) Je trouve qu'il a une façon de faire les choses. Surtout maintenant avec tout ce qui se vend. Moi, quelqu'un qui enlève son chandail, puis qui met bébé au sein, j'ai un petit peu plus de difficulté en public. Tu peux le faire dans ton salon, mais en public on se garde une petite gêne. Donc je trouve qu'à chaque fois qu'on voit des femmes, c'est toujours bien fait, c'est toujours fait dans le respect (P5).

Cet extrait montre qu'aux pratiques d'allaitement s'ajoutent différents critères de performance associés au « bien faire ». C'est à partir de ces critères que peut s'expliquer le commerce de l'allaitement, notamment lorsqu'il est question des outils et vêtements visant à faciliter l'allaitement en public. Dans son livre, Jung (2015) présente le commerce de l'allaitement et mentionne qu'il y aurait plusieurs coûts qui s'y rattachent. Ces coûts englobent les vêtements d'allaitement, les tubes de lanolines, les coussins d'allaitement, les compresses d'allaitement et les draps d'allaitement et le tire-lait (Jung, 2015). Plusieurs participantes avaient un tire-lait : « On en a acheté un à 500\$ (Tire-lait) » (P5).

L'utilisation du tire-lait permettrait aux mères de répondre à deux normes sociales de l'allaitement. Premièrement, celle de donner son propre lait maternel à son bébé et deuxièmement, celle de ne pas exposer le sein publiquement. Cette seconde norme, ne pas exposer le sein publiquement, se retrouverait dans l'étude de Sheehan et Bowcher (2016). Ces auteurs ont analysé trois publicités présentant des tire-laits et aucune des publicités ne présentait des seins (Sheehan & Bowcher, 2016). Or, le tire-lait ferait partie des achats retrouvés chez la plupart des mères qui désirent allaiter. Cela aurait pour effet de présenter le lait maternel tel un produit pouvant être prodigué sans le geste de l'allaitement (McCarter- Spaulding & al., 2016).

L'achat du tire-lait se retrouvait même chez les participantes qui n'étaient pas certaines de vouloir allaiter longtemps : « Moi j'ai acheté un tire-lait, quand même un bon, que j'ai payé un certain montant. Je ne l'avais pas pris électrique parce que je ne savais pas si je voulais allaiter longtemps » (P2). Outre les achats nommés par Jung (2015), la téterelle se retrouvait aussi dans les objets commercialisés pour l'allaitement : « Une téterelle, c'est 15 *piasses* » (P6).

Pression sociale d'allaiter. La pression sociale d'allaiter est omniprésente dans les témoignages des participantes, que ce soit directement ou indirectement. Lee (2008, p.467, traduction libre) propose que la notion de « maternité risquée » soit culturellement associée à la formule lactée. La notion des risques de ne pas allaiter se positionne par rapport à la norme de l'allaitement et ferait référence, dans l'extrait suivant, à la gravité perçue par la participante qui a choisi une alternative.

Il y a une pression de la société qui est plus favorable à l'allaitement donc, nécessairement, on se sent un peu... pas illégale, mais on se sent un peu prise là-dedans. Quand qu'il y en a d'autres qui font la même chose (en parlant du fait de donner le biberon), tu te dis : *Ok, finalement, je ne suis pas si anormale que ça. Ce n'est pas si grave de ne pas allaiter* (P1).

Cet extrait présente le sentiment d'être « pris » dans la norme, ce qui remet en question la notion de liberté et réaffirme l'importance de la pression sociale ressentie par les mères choisissant des alternatives à l'allaitement. Striley et Field-Springer (2014, p.556, traduction libre) proposent que ce soit la peur d'être jugée telle une mauvaise mère ou d'être rejetée socialement qui serait associée au « risque moral » de donner le biberon. En ce sens, la norme de l'allaitement se présente aussi telle une obligation : « Il faut que tu allaites, c'est comme ça que ça fonctionne » (P2) et comme un principe de conduite général auquel seraient socialement soumises les mères : « Pourquoi tu ne veux pas allaiter alors que tout le monde le fait ? » (P5)

La rencontre des mères avec cette norme s'est présentée, pour plusieurs, durant la grossesse. Les propos de cette participante illustrent bien comment l'allaitement s'inscrit au sein de la normativité sociale. Elle propose ainsi que le fait de répondre à la norme entraînerait une approbation sociale, tandis que la distance à la norme inciterait à la justification de l'action.

Je pense que vraiment toutes les femmes enceintes se font poser la question (vas-tu allaiter ?). Puis si on répond non : Ah ! oui ? Comment ça ? Alors que si on dit oui, Ah ! ok. C'est la réponse à laquelle on s'attend en fait » (P5).

Ces propos vont dans le même sens que l'étude de Fallon et ses collaborateurs (2017) qui proposait que 76 % des femmes interrogées ressentaient le besoin de se justifier par rapport à la méthode alternative choisie. La crainte d'être jugée ou de se faire déclamer un discours engagé sur les avantages de l'allaitement aurait conduit une participante à adapter ses propos et s'autocensurer.

Est-ce que tu veux allaiter, ou pas ? Je disais toujours : *je ne sais pas, je vais voir*. Plus par peur du jugement que j'aurais pu obtenir, ou (par peur) de me faire vanter exclusivement les bienfaits de l'allaitement exclusif. Ça ne m'aidait pas vraiment à faire mon choix » (P2)

Le besoin de justifier un choix alternatif était, pour plusieurs participantes, motivé directement par des questions qui leur étaient posées. La réception des questions variait entre les participantes. Par exemple, une participante justifiait ses réponses par sa motivation personnelle et adoptait parallèlement une distance critique vis-à-vis de la pression sociale qu'elle pouvait ressentir à l'égard de l'allaitement.

Je ne sais pas si c'est une pression que je me mettais moi-même, ou du fait que la société prône un peu plus l'allaitement, mais je me justifiais. Disons, quelqu'un me demandait : *est-ce que tu allaites ou tu fais le biberon ?* Je disais le biberon parce

que... Ce n'était jamais juste (ça). J'avais l'impression qu'il fallait que je me justifie parce que je n'allaitais pas (P1).

Conformément à l'étude de Nihlén Fahlquist (2016), le sentiment d'échec que certaines mères peuvent intérioriser est renforcé par la présentation sociale de l'allaitement comme étant accessible à toutes les mères si elles y mettent assez d'efforts. Une autre participante justifiait ses réponses en réaction à l'intrusion perçue des questions posées par des étrangers en lien avec cette notion d'effort.

C'est beaucoup le jugement. Le regard des autres. Des gens que tu ne connais pas. C'est beaucoup ça. Je me souviens, combien de fois la dans les salles d'allaitement : *Ah ! Tu n'allaites pas? Non, ça n'a pas fonctionné. Ah! Penses-tu que tu as essayé? Ah tu n'as peut-être pas essayé assez! Qu'est-ce que tu sais, toi, de ma vie ?* (P9)

Au regard de la norme sociale d'allaiter, plusieurs participantes ressentiaient une forme de blâme qui leur était attribué vis-à-vis de leur choix. Puisque le fardeau du choix leur appartient, elles avaient le sentiment d'être fautive lors de décisions divergentes vis-à-vis de la norme : « J'ai l'impression que tu te sens que si ça ne marche pas, c'est un peu de ta faute » (P5). Le sentiment de commettre une faute personnelle pouvait faire référence à l'allaitement comme capacité innée de la mère, élément soulevé par cette participante : « Tout le monde est capable (d'allaiter). Tout le monde peut allaiter. Si tu n'allaites pas, c'est comme de ta faute » (P6). Le choix du mot capacité fait ici référence au déterminisme biologique de la lactation voulant que l'allaitement fasse partie des fonctions naturelles du corps (Striley & Field-Springer, 2014). De plus, Knaak (2010) indique que le discours médical basé sur les avantages de l'allaitement en vient à présenter ce choix comme étant ce qui doit être fait moralement. Cette participante abordait dans le même sens : « Je trouve qu'il y avait beaucoup le message de : Ce n'est pas normal de ne pas pouvoir allaiter. Les femmes peuvent allaiter. Ça doit être parce que tu fais quelque chose de pas correct » (P3).

Dans cet ordre d'idée, plusieurs participantes se sentaient déchargées d'un tel choix lorsqu'il était justifié par une contrainte sur laquelle elles avaient peu de pouvoir d'action. Pour certaines participantes, cela avait pour effet d'atténuer, par le fait même, le sentiment de culpabilité personnelle. Paradoxalement, le discours médical venait à légitimer de telles décisions.

En me faisant l'examen des seins, il (le médecin de famille) m'a dit : *mais tu as très peu de glandes mammaires*. Donc, je n'aurais pas (pu allaiter). Lui, il m'a comme un peu déculpabilisé en disant : *mais tu n'aurais pas pu allaiter assez pour dire que ton enfant aurait survécu*. (P9)

Massé (2015) soulève l'importance du discours médical dans la société contemporaine et lui attribue le rôle de vecteur de la norme sociale. Pour cette participante, sa déculpabilisation était aussi appuyée par les recommandations médicales entourant sa prise de médication puisque certaines molécules médicamenteuses peuvent se diffuser dans le lait maternel (Wambach & Riordan, 2016).

Le seul *back up* que j'avais c'est : Oui, mais moi, depuis le début, il faut que je tire mon lait deux fois par jour, parce que je prends de la médication. Je me réconfortais en me disant, c'est peut-être juste pour ça. Puis c'est ça, je ne peux rien y faire. Il fallait que j'en prenne de la médication. Je n'ai pas le choix. Ça me déculpabilisait un peu (P3).

Toujours dans la visée d'atténuer l'effet normatif sur la prise de décision alternative, certaines participantes ont nommé comme facteur extrinsèque la physiologie du bébé. À cet effet, un frein de langue trop court chez le bébé revenait régulièrement comme source de difficulté à l'allaitement. Pour pallier cette difficulté, deux bébés de deux participantes différentes ont reçu une intervention chirurgicale visant à modifier cette partie du corps. Les

deux expériences ont été vécues très différemment par les participantes. La première participante n'était pas physiquement présente lors de l'intervention et son expérience a été vécue ainsi :

Si je (le médecin) lui fais tout de suite, bien elle (le médecin) disait qu'il (le bébé) ne sentirait rien, que ça ne saignera pas. C'est une intervention mineure. Ils l'amènent à la pouponnière, c'est à la pouponnière qu'ils font ça. Mon *chum* était allé avec elle à la pouponnière. Puis ils me l'ont ramené. (P2)

Malgré un dépistage obtenu suite à des difficultés d'allaitement, la seconde participante justifiait aussi son choix par un risque d'atteinte au langage du bébé causé par le frein de langue trop court. Cette participante était présente lors de l'intervention orchestrée par le dentiste et son expérience est relatée de façon plus négative que la première participante :

Il (le bébé) l'attache, vraiment. Puis, avec un laser, il (le dentiste) vient couper la peau, même chose en haut. Ça dure une trentaine de secondes, ce n'est pas long. Ça sent le brûlé, parce que c'est un laser qui vient brûler la peau. Donc le bébé il hurle. Alors, j'avais les yeux pleins d'eau. Puis, ensuite, il faut que ça cicatrise bien. Il faut faire des massages pendant deux à trois semaines dans la bouche, plusieurs fois par jour. Je trouvais ça, beaucoup pour un petit bébé d'une semaine, surtout si on peut lui donner à boire d'une autre façon. (P5)

Par ailleurs, la norme de l'allaitement exclusif et les négociations personnelles soutenues en raison de la pression sociale d'allaiter se sont manifestées par une participante qui avait décidé de mentir à l'infirmière de suivi à domicile en période postnatale.

Elle (l'infirmière) m'a dit : *est-ce que tu fais l'allaitement exclusif ?* J'ai dit : oui, oui. Regarde là. J'ai dit : ça ne sert à rien. Ma mère était là, elle est partie à rire, elle avait comme un petit sourire en coin. J'ai dit : Regarde là, ça ne sert à rien d'y dire. Elle va encore me faire le discours de l'allaitement que j'ai eu 17 fois à l'hôpital. Non. Je n'ai pas besoin de ça, donc j'ai dit oui. Elle m'a dit : *d'accord*. Ça été fini (P6).

Pourtant, cette participante a pratiqué l'allaitement pour ses deux bébés durant 10 et 13 mois respectivement, tout en donnant de la formule régulièrement. Cela permet de constater

qu'il existe une rigidité dans la notion de l'exclusivité puisque la censure que s'inflige cette participante laisse percevoir que la mixité de l'allaitement ne serait pas conforme à la norme. Ces propos appuient aussi les résultats de l'étude de Thomson et ses collaborateurs (2015) voulant que certaines mères qui donnaient le biberon le cachait aux membres du personnel de la santé en raison des pressions indues par ces derniers. La valorisation de l'allaitement comme norme sociale s'est aussi manifestée par rapport à certains privilèges sociaux attribués aux mères qui allaitent. Cette participante aborde l'existence d'endroits protégés pour l'allaitement à travers une certification ISO-famille¹³ : « La certification ISO pour une entreprise (est-ce que) ça veut dire : (...) Es-tu ISO bronze, or ou argent? Ça veut dire que tu as une place de stationnement réservé pour les mamans, que tu as un endroit où tu peux allaiter » (P4). Pour cette participante, c'est la question de l'accessibilité à la chaise berçante qu'elle soulève. Elle remet en question la raison qui motiverait le privilège de la chaise berçante aux mères qui allaitent dans les salles d'allaitement au détriment des mères qui donnent le biberon. « Pourquoi, moi, je ne pourrais pas plus avoir la chaise berçante dans le fond? » (P9)

L'allaitement comme norme biologique était aussi un référent souvent rapporté. Cette norme de l'allaitement faisait appel au geste ancestral de l'allaitement, ou encore, à l'action naturelle de l'allaitement, éléments nommés à plusieurs égards : « Tout le monde le fait depuis la nuit des temps. Les animaux sont capables d'allaiter, pourquoi tu n'es pas capable » (P3). La norme biologique de l'allaitement serait pourtant, selon Law (2000), le phénomène naturel de la lactation. Law (2000) et Eden (2012) proposent ainsi que l'allaitement s'inscrit, quant à lui

¹³ ISO fait référence à l'organisation internationale de normalisation (2019). Cette organisation non gouvernementale émet des certifications découlant d'expertises consensuelles qui visent à résoudre des enjeux planétaires.

dans l'environnement social de la personne. Pourtant, plusieurs participantes abordaient l'allaitement tel un phénomène naturel : « Moi je pense que c'est *hyper* naturel d'allaiter » (P8).

En opposition à la norme biologique de l'allaitement, la formule lactée serait ainsi présentée tel un choix ayant, dans les extraits suivants, une connotation défavorable. Or, l'opposition au naturel se manifeste à travers les termes : « fait en laboratoire » et « fabriqué ». Concernant la connotation défavorable, les termes employés par les participantes sont : « diabolisé », « chimique », et « mauvais ». Pour cette participante, c'était l'apport chimique de la formule lactée qui occupait une place importante de son discours :

On se sentait un peu (mal). On (le conjoint de la participante et elle-même) va lui (bébé) donner l'affaire un peu chimique. J'utilise le mot chimique, fait en laboratoire, etc. ce n'est pas naturel (...) le lait maternisé on l'a diabolisé (...) ça demeure quelque chose de fabriqué. On le diabolise surtout par rapport au fait que c'est une industrie qui est derrière ça (P4)

Socialement, le choix de donner de la formule lactée serait un choix maternel risqué pour son enfant (Lee, 2008). Cette connotation négative de la maternité a été présentée dans le parcours de cette participante : « J'ai une ancienne collègue de travail qui avait dit sur *Facebook* que toutes les préparations, les formules de lait pour bébé c'était (mauvais) et qu'on donnait des produits chimiques à nos bébés » (P9)

En ce sens, la pression sociale d'allaiter s'explique notamment par l'association induite entre l'allaitement et les compétences parentales. Pour une des participantes, la primiparité contrecarrait la présentation instinctive des compétences parentales rattachées à la capacité maternelle, innée, de hiérarchiser les besoins du bébé :

C'est mieux de donner ton lait, mais à un moment donné, c'est mieux qu'il (le bébé) boive. *Ah! Éh ! Bien, tu vas le savoir. C'est-tu mieux ça ou ça? Ah! Hé bien ton cœur de maman va le savoir.* Bien non. Écoute, c'est mon premier, je ne sais pas c'est quoi (P3).

Pourtant, l'étude de Gamble et ses collaborateurs (2007), proposait que les mères détenaient des besoins différents au regard des soins du bébé et qu'elles pouvaient les hiérarchiser différemment. Plus spécifiquement, pour certaines participantes, une association entre l'allaitement et l'image de la « bonne mère » émergeait de leur propos : « Je me sentais un peu moins compétente, en tant que mère, alors que ça n'a rien à voir avec les capacités » (P1). L'existence de l'association entre l'allaitement et l'image de la « bonne mère » est grandement soulevée dans la littérature (Carter, 1995; Chabrol & al., 2004; Jung, 2015; Knaak, 2010; Lee, 2008; McBride-Henry, 2010; Murphy, 1999, Spencer & al., 2015). Les propos de cette participante vont en ce sens :

La société te renvoi un peu que tu n'es pas *cool* parce que (...) Que tu n'es pas une bonne mère parce que tu n'allaites pas (...) Moi je voulais le mieux pour mon bébé, puis on dirait que l'allaitement, ça me renvoyait vraiment l'image que je n'étais vraiment (pas) une bonne mère, parce que je ne réussissais pas à nourrir mon bébé (P9).

Cette association entre l'image de la bonne mère et le choix d'allaiter avait pour effet d'atteindre directement l'identité maternelle d'une des participantes. L'implication identitaire de l'allaitement a aussi été soulevée par certains auteurs (Fern & al., 2014; Knaak, 2010; Lee, 2008). En ce sens, l'extrait suivant aborde la peur de ne pas être aimé par l'enfant. Cette peur provient d'un écart à ce qui doit être fait en tant que mère à l'égard de l'enfant et ce qui est fait par la mère. Outre la charge émotionnelle qui y est associée, la comparaison des standards de

compétence parentale aux qualités personnelles de l'individu dénote aussi la valeur identitaire qui est rattachée au choix alternatif chez cette participante :

Tu as l'impression que ton enfant, il ne t'aimera pas, parce que tu n'as pas réussi à faire ça en tant que maman. Puis, tu t'es tellement fait mettre de pression que ça va (l'allaitement) marcher. Puis là, ça ne marche pas. On en a pleuré, écoute... Je te dis que mon bébé avait deux jours, puis les deux (la participante et son conjoint) on était à en pleurer. Puis on se regardait : Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on fait ? Puis l'infirmière te voit, le cœur qui veut t'arracher. Tu te sens complètement... Puis finalement, après ça, plus tu vois ton enfant vieillir : Oui, je n'ai pas réussi ça, mais j'ai d'autres qualités (P6)

De plus, informellement, la norme sociale de l'allaitement induirait pour une des participantes un silence autour des mères qui n'ont pas apprécié leur expérience d'allaitement. À cet effet, l'étude de Nihlén Fahlquist (2016) soulevait l'existence de femmes qui n'ont pas aimé leur expérience de l'allaitement, car elles avaient ressenti une perte de liberté ou de contrôle sur leur vie :

On n'entend jamais ça une maman qui dit : *moi, je n'ai pas aimé ça l'allaitement.* (...) Je suis sûr qu'il y en a qui n'ont pas aimé ça allaité, mais jamais tu ne vas entendre ça. Ou elles finissent par aller vers le biberon et elles ne disent pas pourquoi ou le prétexte que ça n'a pas fonctionné, par peur de jugement social (P9).

Toujours à l'égard des normes sociales de l'allaitement, plusieurs participantes ont vécu un sentiment d'échec lors de la transition au choix alternatif : « Je me dis tout le temps : Bien moi, je n'y suis pas arrivée (à allaiter). C'est un peu comme un échec » (P9). Pour certains auteurs, le sentiment d'échec exprimerait l'intériorisation de la conception de la maternité intensive (Lee, 2008 ; Wolf, 2007). Le sentiment d'échec entraînerait pour cette participante une déception : « J'étais déçue d'échouer l'allaitement. Pour moi, c'était un échec. J'étais comme mon dieu ! Je ne suis même pas capable d'allaiter mes enfants » (P8). Cependant, cette même

participante présentait le tire-allaitement tel un amortisseur au sentiment d'échec de l'allaitement.

Parce qu'il y a des gens qui se tuent à donner le sein. Puis, que ça ne marche pas, qui ont vécu le même... Pas d'échec, mais le (même) sentiment d'abandonner, de ne pas avoir réussi. Est-ce que tu as essayé ça (le tire-allaitement) ? C'est une alternative. C'est du travail, mais c'est une alternative. Tu vas y donner ton lait, ton conjoint va pouvoir t'aider (P8)

Pour terminer, quelques participantes ont décrit l'importance de la performance lors de l'allaitement. « La première heure, disons que tu viens juste de finir d'accoucher puis il te le (bébé) *plogue* tout de suite. Juste pour faire sûr que ton lait vient. C'est comme on est dans une pas une compétition, mais dans une performance. » (P8)

Cette performance de l'allaitement s'exprimait aussi à travers le désir de stimuler davantage la production lactée. La prise de médication, l'utilisation de produits naturels ou l'ingestion de super-aliments était citée en ce sens. « Je me suis fait prescrire du. Hum, Pas de prescription (...). Je suis allée (chercher des) produits naturel dans le but de stimuler la production de lait (...) À moins que ce soit, Dompéridone, c'est le médicament, c'est ça! » (P3)

Une autre participante avait modifié son alimentation afin d'augmenter sa production de lait : « Je mangeais des choses, bien spécifiques, qui augmentaient la production donc, je demandais à mon conjoint d'acheter du tofu, des épinards, il y avait du gruau, il y avait plein de super aliments qui aidaient à la production (lactée) » (P8).

Or, les nouvelles lignes directrices de Santé Canada (2018) présentent les galactagogues, retrouvés sous forme médicale ou sous la forme d'herbes, comme des solutions de derniers recours, puisque leur efficacité ne serait pas démontrée. Une dernière participante remettait en doute la performance de l'allaitement puisqu'elle s'interrogeait sur la limite des interventions visant les mères pour qui l'allaitement ne fonctionne pas. « Je me suis fait dire : *tu n'as pas assez persévéré. Tu n'as pas assez essayé, il existe une médication.* (...) Mais jamais qu'on ne m'a offert cette possibilité-là. Puis, un moment donné, ça ne marche pas. Je me rends jusqu'où? C'était ça aussi » (P9).

Finalement, les critères de performance associés à l'allaitement pouvaient rendre difficile la conciliation entre cette pratique et les autres sphères de la vie quotidienne telles que la vie familiale : « Je voulais donner mon lait, mais pas de là à ne plus avoir de vie. Parce que tu as un autre enfant » (P8). L'étude de Vas Goncalves (2017) proposait ainsi que l'utilisation du biberon se retrouverait davantage chez les mères qui ont plusieurs enfants. Plusieurs études abordent en ce sens et des auteurs comme Niquette (2014), Spencer et ses collaborateurs (2015) et Carroll et ses collaborateurs (2015) proposent que l'implication de la mère dans l'allaitement maternel exclusif ne soit pas toujours adaptée à la vie familiale.

Pour terminer, les résultats de cette section proposent ainsi que l'aménagement des espaces et la tolérance du public à l'égard des pratiques d'allaitement peut participer au maintien ou au renforcement de la culture de l'allaitement dans une forme cohérente avec l'autonomisation des mères. En contrepartie, l'absence d'aménagement adéquat en vient à nuire

à ce même principe d'autonomisation, puisque de telles pratiques seront maintenues uniquement dans la sphère privée.

En résumé, les propos des participantes interrogées ont permis de dégager différents sous-thèmes parfois congruents entre eux, parfois divergents. De façon générale, la construction du choix du mode d'alimentation du bébé englobe plusieurs éléments, dont le choix initial, unanimement en faveur de l'allaitement. La présentation des avantages et des inconvénients des différents modes d'alimentation représentait la période d'éclaircissement du choix. Pour certaines participantes, les contraintes au choix représentaient une réduction des possibilités d'actions. C'est à travers deux mouvements que sont la médicalisation des naissances et la culture de soin favorable à l'allaitement qu'émerge le second thème de l'ajustement des pratiques, entre restructuration et persuasion. La médicalisation des naissances aborde la présence du médecin lors de l'accouchement vécu en milieu hospitalier et le contrôle de certains paramètres dont la douleur. Dans cette approche, il est question de l'expertise de l'allaitement et de discours desquels découlent des enjeux de pouvoir entre la patiente qui vise une autonomie et l'expertise médicale de l'allaitement partagé par certains professionnels de la santé, particulièrement les infirmières. En ce sens, la surcharge de travail des infirmières, dépeintes comme étant principalement les actrices centrales à cette approche de soin, a été soulevée. Concernant la culture favorable à l'allaitement, celle-ci englobe à la fois l'instrumentation de l'allaitement et une approche conforme à l'initiative amis des bébés. À travers cette culture de soin, il est possible de retrouver un contrôle de l'information ainsi qu'une présentation obscure, parfois même absente, du biberon. Finalement, le troisième thème central découle de la rencontre entre de la norme sociale de l'allaitement et la performance de l'allaitement. À partir

de cette dernière, il est possible de trouver différentes règles formelles et informelles entourant le partage des sphères publiques et privées. Ces règles encadrent particulièrement l'allaitement en public, soutenant une dichotomie entre le sein comme objet nourricier et comme objet érogène. Finalement, l'atteinte des normes sociales, le commerce de l'allaitement et la pression sociale d'allaiter ont été évoqués. Cette pression s'exprime par les référents qui définissent la norme, la négociation de ladite norme, la justification de la distance des sujets à la norme et finalement la performance attendue des mères qui pratiquent l'allaitement.

Discussion

La décision des mères à l'égard des alternatives à l'allaitement exclusif s'inscrit dans des expériences de vie uniques, mais qui, à certains égards, manifestent quelques similitudes. Cette recherche a permis de mieux circonscrire les discours entourant la culture de soin qui est actuellement favorable à l'allaitement exclusif, ainsi que les différentes normes sociales de la maternité qui entourent ses représentations et ses alternatives, tel que proposé par la question de recherche. La présente discussion porte ainsi sur les résultats obtenus à partir des neuf (9) entrevues semi-dirigées réalisées auprès de participantes ayant toutes opté pour une alternative à l'allaitement exclusif. Elle vise à présenter une carte situationnelle générale exprimant la réalité du discours des participantes de cette étude. Elle s'appuiera également sur la théorie du soin transculturel de Madeleine Leininger afin de décrire comment les pratiques professionnelles et la normativité sociale participent à l'expérience des mères choisissant des alternatives à l'allaitement exclusif. En d'autres termes, cette discussion a donc pour but d'exposer comment le choix d'une alternative à l'allaitement exclusif est discursivement construit lorsqu'il se confronte aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales. Enfin, les limites et les avantages de cette étude seront présentés ainsi que des recommandations seront proposées en fonction des cinq axes infirmiers que sont : la pratique, la gestion, la formation, la recherche et le politique (Pepin et al., 2017).

Conformément à la présentation des résultats de cette étude, la cohabitation des deux paradigmes dans le domaine de la santé (la culture de soin favorable à l'allaitement et la médicalisation des naissances) permet d'observer, à travers le discours des mères, quelques tensions. L'approche centrée sur le nourrisson, qui s'appuie sur différents discours d'autorité et d'expertise, entraîne une tension normative depuis laquelle découlent plusieurs discours

d'insatisfaction chez les mères. Les trames narratives des mères ont permis de cartographier la présence de différents discours de négociation évoquant par le fait même leur positionnement au regard des figures d'autorité (souvent représentées par les infirmières) et les normes sociales contemporaines (voir la figure plus bas). Il a aussi été possible de constater la présence de différents discours, parfois même contradictoires chez la même personne. Conformément aux assises de l'AS de Clarke (2005), cette cohabitation des discours permet de souligner la complexité et la diversité des enjeux normatifs pouvant être négociées par la personne elle-même évoluant dans un univers social donné. Cette présence marque aussi l'importance du temps dans l'évolution d'un phénomène, variante qui a pu être appréciée puisque le témoignage des participantes était parfois récent, parfois plus ancien.

De ces discours, il devient possible d'y associer différentes émotions que peuvent ressentir les mères lorsqu'elles y sont confrontées. Ces discours sont de l'ordre de : la confusion, l'accommodation, l'appréhension, la résistance, le naturalisme, la dissociation entre le non-humain et l'humaine ainsi que la justification.

Figure 2- Carte situationnelle des discours

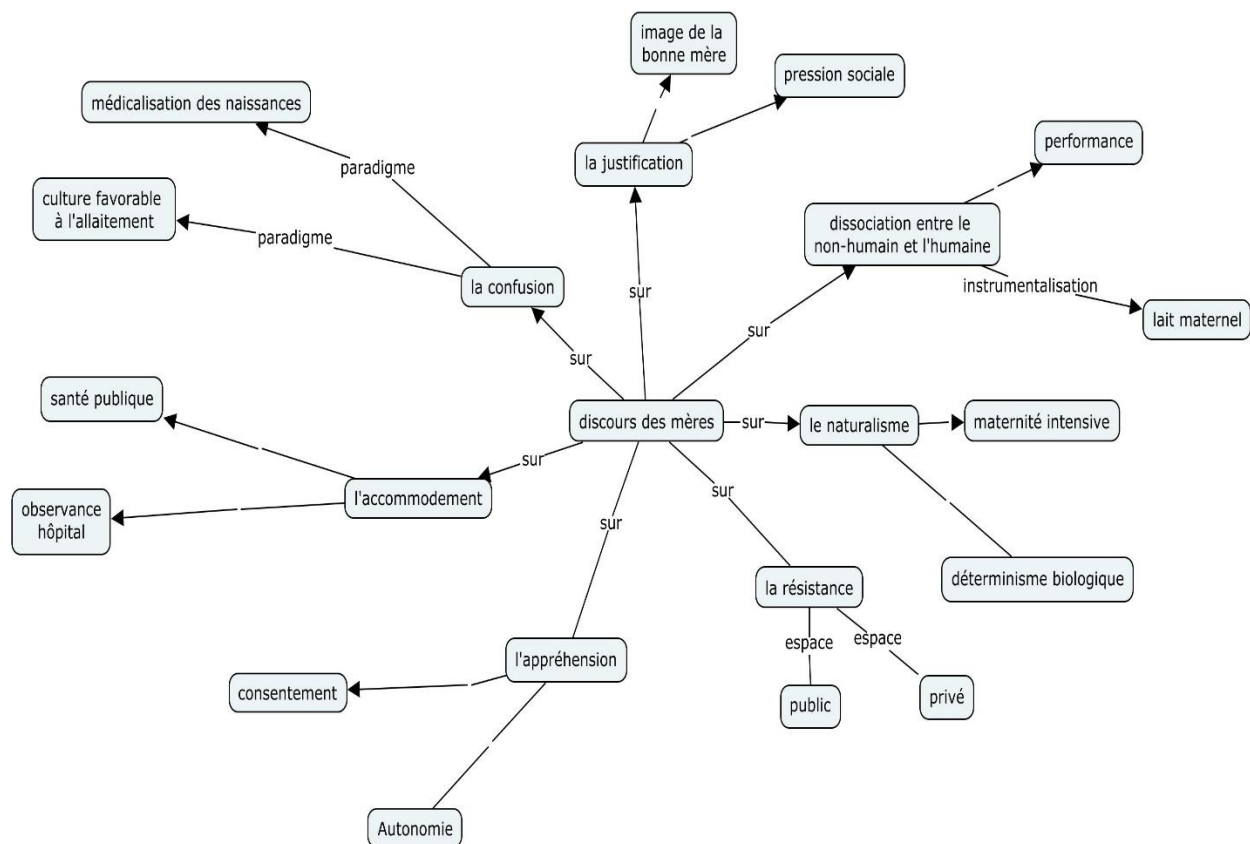


Figure 2. Carte situationnelle des discours, Vallée-Ouimet, S. 2019.

Discours de confusion

Les mères de cette étude ont relaté, à certains égards, vivre de la confusion à l'égard des différentes recommandations provenant des infirmières. À titre d'exemple, cette confusion se présentait lorsque les infirmières questionnaient les mères pour connaître la quantité de lait ingérée par le bébé. Les résultats proposent deux mouvements d'influence dans les institutions de santé qui offrent des soins de périnatalité. Ces mouvements sont : la médicalisation des naissances et l'implantation d'une culture de soin favorable à l'allaitement. Toutefois, la

rencontre de ces deux mouvements peut s'avérer contradictoire à certains égards et plus particulièrement dans la pratique infirmière. Les résultats de cette recherche proposent ainsi une dissonance dans l'anamnèse de l'infirmière qui, dans sa pratique, doit favoriser l'allaitement afin d'être culturellement congruente à la culture de soin et qui cherche aussi à contrôler certains paramètres médicaux, dont les ingestions du bébé. En effet, demander aux mères qui allaitent la quantité de lait ingéré par le bébé est un élément qui a été soulevé dans les résultats de cette étude. Parallèlement, le guide *Mieux-Vivre avec son enfant* (2019) présente aussi les quantités normales de lait que doivent ingérer les bébés au fil de leur développement. Cette présentation quantifiée des boires se heurte à la huitième condition pour un succès à l'allaitement maternel qui vise à favoriser des allaitements au sein à la demande (MSSS, 2019). Subséquemment, certaines mères de cette étude ayant pratiqué l'allaitement durant la période d'hospitalisation demeuraient perplexes quand cette question leur était posée. Les résultats de l'étude de Redshaw et Henderson (2012) proposaient en ce sens que les mères pouvaient être confuses, voire en colère, devant les conseils contradictoires des professionnels de la santé. Comme Aston (2008) le propose, les résultats de la présente étude ont mis en lumière l'existence effective de ces contradictions qui ne sont pas sans conséquence sur les mères, puisque ces dernières peuvent générer de la confusion. Cette confusion émanant des discours serait le résultat de pratiques institutionnelles pouvant être parfois contradictoires. Conséquemment, il pourrait être pertinent pour les infirmières de principalement surveiller les différents signes proposés par Ross¹⁴ (2003) plutôt que de questionner les mères sur la quantité de lait donnée chez celles qui font des allaitements avec mise au sein.

¹⁴ Nombre de mictions, comportement du bébé après la tétée, quantité et couleurs des selles, état des seins, prise de poids du nourrisson, etc.

Discours d'accommodement

Pour certaines mères de cette présente étude, un accommodement au discours des experts en allaitement s'est imposé. Le savoir dominant découlant d'un discours d'expertise en allaitement positionnait les parents et plus particulièrement les mères en situation d'apprenantes. Dans cette visée, les enjeux de pouvoir entre l'infirmière et sa patiente s'expriment par différentes stratégies informelles et persuasives dont les attitudes, l'utilisation d'une posture d'autorité ou encore par le choix des mots. De cette sélection linguistique ressortaient des silences percutants, dont l'absence de présentations des désavantages de l'allaitement dans les discours des participantes. Ce silence reflète ainsi une rationalité assumée, de la part des acteurs investis d'un rôle en santé publique, de souligner les informations pouvant favoriser l'allaitement exclusif et de réduire l'importance des informations pouvant nuire à l'atteinte d'un tel objectif. Par exemple, ce silence est bien présenté dans l'analyse du guide *Mieux-Vivre avec son enfant* de Chumova (2014). L'auteure met en lumière l'évolution temporelle des représentations sociales de l'allaitement. Ainsi, les désavantages de l'allaitement (soit la référence à l'exigence physique et psychologique que peut représenter l'allaitement pour certaines mères/femme) se retrouvaient dans le guide *Mieux vivre avec son enfant* de 1979, mais ne font plus partie du guide actuel (Chumova, 2014). L'analyse du silence sur les désavantages de l'allaitement permet d'appuyer le positionnement de Lee (2008) qui propose que le paradigme culturel actuel de la santé publique mette l'emphase sur les comportements risqués. L'allaitement serait le choix le plus sécuritaire puisque de la formule lactée serait socialement présenté tel un comportement risqué pour la santé (Knaak, 2010 ; Lee, 2008; Striley & Field-Springer, 2014). Faire fi des désavantages de l'allaitement permet à la santé publique,

en accord avec les propositions de Gostin (2008), d'accentuer la promotion de la santé tout en réduisant la prise de risque. Une forme de contrôle de l'information s'inscrit dans l'optique d'informer les mères des avantages de l'allaitement tout en mettant sous silence les désavantages de l'allaitement. De plus, bien que ces résultats ne puissent être généralisés, les participantes à cette étude ont également fait état des avantages présentés par les alternatives à l'allaitement. Par conséquent, plusieurs auteurs appuient le constat suivant: en ne présentant que les bienfaits de l'allaitement ainsi que les risques de la formule lactée, la santé publique intervient indirectement dans le choix des mères quant au mode d'alimentation du nourrisson (Thomson & al., 2015; Wolf, 2007). Ce constat observé dans les discours des participantes permet ainsi de répondre, du moins en partie, à l'objectif secondaire de ce mémoire qui visait à décrire l'influence des normes sur la prise de décision des mères.

À cet effet, la culture actuelle est favorable à l'allaitement exclusif et les informations générales qui sont véhiculées dans la société vont en ce sens. Plus spécifiquement à cette culture, plusieurs facteurs du modèle *sunrise* de Leininger (2002) en viennent à consolider cette croyance culturelle à l'égard de l'allaitement. Ainsi, le facteur politique du modèle *sunrise* de Leininger (2002) permet de mieux comprendre comment plusieurs instances officielles (INSPQ, OMS, UNICEF, etc.) promeuvent les comportements socialement acceptables et attendus. En conséquence, la norme conventionnelle propose aux mères que l'allaitement est un comportement à la fois socialement attendu (tout le monde allaite, P5), moral (il faut allaiter, P2) et sécuritaire (le lait maternel est la meilleure des options, P4). Certains auteurs, dont Knnak (2010), proposent que le discours dominant au regard de l'alimentation du nourrisson ait dans nos sociétés contemporaines une fonction persuasive du choix de l'allaitement. En conformité

aux objectifs de cette recherche, cette fonction persuasive représente ainsi une des influences normatives de l'allaitement sur la prise de décision des mères ainsi que son effet sur l'expérience de la maternité en général. Pourtant, cette persuasion de l'allaitement comporterait des biais d'information, des connotations morales, et une interprétation restrictive du choix (Knaak, 2010). Malgré cela, Wolf (2007) propose que la santé publique doive détenir une vocation d'éducation qui vise à fournir les outils nécessaires pour que les citoyens puissent prendre des décisions informées. Enfin, Massé (2014) considère qu'il faut différencier les objectifs d'informer et de convaincre les populations, car la conviction entraînerait un paternalisme défavorable à l'autonomie. Dans cette visée, la pratique infirmière pourrait tenir compte de cette réalité. Par l'entremise d'une approche centrée sur la personne, les résultats proposent la pertinence d'adapter un soin en allaitement qui pour certaines mères, implique une plus grande présentation des alternatives et de leurs avantages.

Finalement, le contexte d'hospitalisation engendrait quelques situations qui exigeraient une certaine résilience des mères pour obtenir ce qu'elles veulent, dont le congé. Tout comme le propose Laurendeau (1987), cela a pour effet de subordonner les femmes au statut de patiente, et ce, malgré l'absence de maladie. De telle façon, la présence d'une prérogative des règles de l'hôpital sur le congé des mères peut octroyer une certaine observance duquel découle un discours de subordination à l'égard des experts. Ceci s'oppose à l'analyse de Castro et ses collaborateurs (2016) qui proposent que l'autonomisation considère le processus par lequel une patiente exerce davantage d'influence sur sa santé personnelle en favorisant sa capacité de contrôle sur les éléments qu'elles jugent importants. Ainsi et pour reprendre les propos de Badinter (2010), il devient difficile pour les nouvelles accouchées de refuser l'allaitement, car

« il faut un sacré caractère [...] pour braver les consignes des infirmières » (Badinter, 2010, p.138). Cette citation ainsi que les discours présentés dans cette recherche proposent ainsi la confrontation qui peut exister entre la pratique institutionnelle des infirmières et les choix alternatifs des mères.

Discours d'appréhension

Il a aussi été possible de constater que pour certaines mères, le vécu associé à l'allaitement peut être caractérisé par différentes craintes chez celles notamment qui vont s'autocensurer, voire même mentir aux infirmières à l'égard du mode d'alimentation choisi. Or, cette inquiétude ou cette appréhension, dans un contexte de soins, va à l'encontre des qualités attendues du consentement aux soins, qui doit avant tout être formulé en toute liberté et en connaissance de cause (Code civil du Québec, 1991). Aussi, la connaissance des informations sur l'allaitement maternel doit permettre à la patiente d'exercer son pouvoir décisionnel et l'espace relationnel dans lequel évolue cette dernière doit faciliter cette prise de décision. De plus, la capacité de jugement sur des éléments importants ne peut être faite qu'en connaissance de cause de tous les enjeux qui entourent la situation. En sommes, la pondération qu'effectuent les mères vis-à-vis des éléments importants de cette décision ne peut être faite qu'en connaissance de cause de tous les enjeux qui entourent une situation, dans un contexte exempt de craintes vis-à-vis du choix qui sera réalisé.

Ce discours d'appréhension à l'égard de l'allaitement et des soins illustre également une limite à l'autonomisation des mères selon la conception d'Hirani et Olson (2016). Ces chercheurs proposent qu'une décision affranchie au regard du mode d'alimentation du

nourrisson permette plus facilement l'expression d'une autonomie pleine et entière. De plus, dans sa thèse doctorale portant sur la modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée, Galipeau (2011) recommande, lors des premières mises au sein, un support respectueux qui favorise l'autonomisation des mères. Ainsi, les postulats de Leininger (2002) viendraient appuyer à cette ouverture au processus décisionnel affranchi des femmes, dans la mesure où il est reconnu qu'un soin culturellement congruent s'inscrit au sein d'une négociation, et parfois même de restructuration, visant à rendre compte des perspectives partagées ou dissonantes de la soignée. Ce processus d'ajustement du soin permet à l'infirmière d'adhérer pleinement à la culture de soin favorable à l'allaitement, mais également d'individualiser ses soins selon les besoins de la personne. C'est ainsi en acceptant de négocier ou de restructurer les soins, lorsque nécessaire, que ceux offerts aux mères ayant choisi une alternative à l'allaitement peuvent prétendre à une certaine congruence culturelle. À contrario, un soin maintenu en situation de dissonance culturelle est susceptible de contribuer à l'iniquité des relations de pouvoir entre le soignant et la personne soignée. Cette iniquité se manifeste, entre autres, par ces discours d'appréhension. Wolf (2007) en vient ainsi à mettre en lumière l'approche paternaliste des professionnels de la santé puisque le contrôle des informations interférerait avec l'éclaircissement du choix, l'autonomie des femmes/mères et leur autonomisation.

Discours de résistance

Dans cette présente étude lorsque les infirmières devenaient trop intrusives envers les mères celles-ci pouvaient arborer un discours de révolte. Ainsi, un refus des interventions trop insistantes était manifeste. Ceci évoque les résultats de l'étude de Thomson et Dykes (2011) qui

proposaient que lorsqu'un support professionnel était mis en place pour les bébés qui avaient de la difficulté à téter, les professionnels de la santé pouvaient insister en prenant à plusieurs reprises le sein de la mère pour le mettre dans la bouche du bébé. Or, selon certaines participantes de leur étude, cette approche professionnelle pouvait être vécue de façon embarrassante, intrusive et déplaisante (Thomson & Dykes, 2011). La perméabilité des frontières entre la sphère privée (les seins) et la sphère publique (les professionnels de la santé) dans un contexte d'allaitement peut expliquer le sentiment d'intrusion vécu par ces mères qui sont aussi des femmes. Le sein des mères devient un paramètre à contrôler par l'autorité représentée par les professionnels de la santé. L'intérêt primordial de l'enfant semble légitimer une telle intrusion. L'évaluation implique nécessairement cette intrusion de l'autorité médicale dans la sphère privée de la mère et cible plus particulièrement ses seins, objets construits dans une position d'externalité vis-à-vis de son corps.

Le partage des espaces public et privé est un sujet fréquemment évoqué par différentes théories féministes. Sous l'angle féministe, le partage des espaces privé/public relève de la division sexuelle du travail reléguant les femmes, de manière isolée, dans l'espace privé/domestique (non salarié) et les hommes dans la sphère publique ou du travail salarié. Ces espaces auraient été l'occasion, dans les années 1970, d'une quête d'autonomie des femmes contre l'oppression patriarcale présente dans l'espace privé et domestique (Code, 2000, Haicault, 1984 ; Knibiehler, 2007). La société patriarcale, construite par et pour les hommes, laisserait les femmes définies et subordonnées aux principes de cette dernière (Code, 2000, Haicault, 1984). Cette subordination s'inscrit également dans certains rapports conflictuels qu'entretiennent les femmes, devenues des mères, avec la maternité et qui les cantonnent dans

l'univers domestique (Descarries, 2003). La difficulté notamment de faire reconnaître, à sa juste valeur, cette contribution collective des femmes à la maternité pour la société et un élément central de cette critique féministe. La maternité deviendrait, de ce fait, un handicap à leur émancipation dans la sphère publique (Conseil du statut de la femme, 2001).

Pour les féministes adoptant une posture essentialiste, la valorisation de la différenciation des genres entre l'espace public associé au masculin et l'espace privé associé au féminin (Carter, 1995) ferait de l'allaitement une part exclusivement associée au monde des femmes et se verrait par le fait même valorisé. Ainsi, la médicalisation de l'accouchement et de l'allaitement serait critiquée, car elle serait vécue comme un contrôle patriarcal sur un pouvoir strictement féminin (Carter, 1995). Néanmoins, les résultats de cette présente étude suggèrent des éléments émancipateurs du non-allaitement comme stratégie de participation sociale permettant aussi de répondre à l'objectif de décrire les effets du choix alternatif sur l'expérience générale de la maternité. Par exemple, le biberon permettait, pour certaines, un retour au travail plus rapide et faciliterait l'occupation de l'espace public. Le non-allaitement symboliserait ainsi une contestation des attributs essentialistes ou naturalistes (par exemple, l'instinct maternel, la fonction nourricière du sein) attribués aux mères dans la société.

Dinour et Bay (2016) quant à elles, présentent dans leurs résultats de recherche une certaine incompatibilité du choix de l'allaitement et la performance qu'impose le monde du travail. Ces auteures proposent que le choix d'allaiter soit illusoire et se référerait au soutien déficitaire des structures sociales (Dinour & Bay, 2016). Pour donner aux femmes un réel choix d'allaitement, il faut faciliter l'instauration des conditions permettant ce choix, car encore peu

de milieux du travail auraient adapté leurs conduites afin de réellement les soutenir (Dinour & Bay, 2016).

Discours naturaliste

La culpabilité des mères en ce qui concerne l'allaitement exclusif appuie l'allaitement telle une fonction instinctive et une norme biologique associée aux mères. À cet effet, les participantes de cette étude évoquaient régulièrement la valeur ancestrale du geste de l'allaitement ou encore présentaient l'allaitement tel un geste normatif dans le monde des « mammifères ». De Montigny (2014) constate que l'allaitement est actuellement abordé et présenté comme étant une action instinctive. Or, la définition de l'instinct présentée dans la recension des écrits lui octroyait une valeur invariable, dépourvue d'apprentissage (Le Larousse, 2019). Pourtant, Santerre et Fortin (2011) jugent que l'allaitement est à la fois une norme biologique et un apprentissage qui peut prendre entre quatre et six semaines. En cohérence avec Knaak (2010), les résultats de cette recherche suggèrent qu'au-delà de l'alimentation, l'allaitement serait un marqueur attestant que la mère fait son maximum pour donner le meilleur à son bébé (Knaak, 2010). Cela appuie la proposition à l'effet de laquelle l'allaitement aurait une dimension identitaire importante chez certaines femmes (Fern & al., 2014; Knaak, 2010; Lee, 2008). Knaak (2010) propose que les mères, dans les sociétés modernes, détiennent le rôle de gestionnaire de risque. C'est donc aux mères que revient la responsabilité morale et sociale de reconnaître, minimiser, voire même éliminer les risques envers l'enfant (Knaak, 2010). Celles qui vivent des échecs de l'allaitement peuvent se sentir, au regard de la pression sociale, inadéquates (Knaak, 2010). À cet effet, choisir l'allaitement c'est de ce qui est bon pour la santé du nourrisson et allaiter son bébé représente ce que les bonnes mères font (Knaak, 2010). Ce

discours naturaliste est appuyé par la conception de la maternité intensive proposée par Hays (1996), Lee (2008) et Wolf (2007) duquel découle, selon Badinter (2010), un sacrifice au féminin. Dans cette visée, le rôle maternel est présenté telle une dévotion complètement orientée vers le développement du plein potentiel de l'enfant (Badinter, 2010). Les résultats de cette étude suggèrent que les mères pouvaient ainsi vivre une tension identitaire qui se manifestait par un sentiment d'échec de déception ou de culpabilité lorsqu'elles cessaient l'allaitement. Ces sentiments qui émanent des discours des mères permettent d'observer comment le choix alternatif se confronte à la fois aux normes sociales et aux pratiques institutionnelles. En somme, les infirmières pourraient considérer l'apport de l'apprentissage de l'allaitement dans leurs enseignements et être sensibles aux impacts qu'un discours naturaliste de l'allaitement peut octroyer aux mères dans leur identité. À cet effet, la possible présence de culpabilité chez les mères semble être une dimension importante à considérer par l'infirmière lorsqu'elle fait son évaluation globale de santé.

Discours dissociatif entre le non-humain et l'humaine

Afin de répondre aux exigences sociales de l'allaitement en public, certaines femmes vont se retourner vers l'utilisation du tire-lait, un élément matériel technologique visant à favoriser l'allaitement dont l'utilisation n'interfère pas dans la définition de l'allaitement exclusif. D'ailleurs, McCarter-Spaulding (2008) propose que le tire-lait permette de dissocier la lactation du phénomène de l'allaitement octroyant par le fait même une valeur facultative à la mise au sein dans le désir de donner du lait maternel au nourrisson. Cette présentation de l'allaitement a été étudiée par Sheehan et Bowcher (2016). Dans notre étude, le tire-lait ferait partie, pour plusieurs mères, des achats retrouvés chez celles qui désirent allaiter voire même celles qui sont

indécises. Cela contribue à la séparation du lait maternel du phénomène de l'allaitement, de telle sorte que le lait devient un produit pouvant être administré sans le geste de l'allaitement (McCarter- Spaulding et al., 2016). Le tire-lait permet donc aux mères, ou à quiconque de donner du lait maternel au nourrisson, qu'elle soit présente ou non. Le tout permettant à la fois de répondre à la norme de la bonne maternité et de ne pas exposer publiquement le sein qui serait ici associé à l'érotisme que la mère. Tout comme le proposent les résultats de notre étude, Benoit et ses collaboratrices (2016) jugent que le clivage de la femme/mère et de la femme sexualisée aurait pour effet de mettre sous silence les discussions entourant la sexualité des femmes dans un contexte d'allaitement. L'allaitement en public devient un enjeu central dans le choix que font les mères au regard de l'allaitement ou ses alternatives. Ce discours d'émancipation de l'allaitement en public évoque ainsi la valeur facultative de la mère, dans l'immédiat, pour avoir accès au lait maternel puisque le lait maternel devient un produit pouvant être administré par quiconque sans le geste de l'allaitement. Par ailleurs, les participantes de notre étude abordaient l'impact de l'allaitement sur le lien d'attachement, mais de façon générale, le nourrisson était absent des discours. Or, l'association exclusive entre le lien d'attachement et l'allaitement demeure une critique soulevée par les pères dans certaines études (Bennett & al., 2016; Thomson & Dykes, 2011). Par le fait même, dans cette présente étude, l'utilisation du biberon pouvait être perçue comme étant favorable au lien d'attachement des pères. Ensuite, ce silence évoque aussi la pression sociale de la performance de l'allaitement duquel le lait serait instrumentalisé. Cette performance de l'allaitement s'est retrouvée dans l'ingestion de galactagogues, dans la modification de la diète visant à maximiser la prise d'aliments qui stimule la production lactée ou encore par les pratiques institutionnelles qui véhiculent l'empressement de mettre rapidement le nourrisson au sein suivant l'accouchement. Dans cette visée de performance, l'étude de Burns

et ses collaborateurs (2013) suggère que le support matériel utilisé dans l'allaitement servirait à augmenter la performance du corps. Ce souci de performance serait de surcroît appuyé par un discours normatif et scientifique favorable à l'allaitement. Pour terminer, il devient pertinent pour l'infirmière qui offre des soins culturellement congruents de respecter les différents besoins des mères pouvant être associés à leur sexualité, ou au sentiment de performance associée à l'allaitement. De plus, les propos de certaines participantes à cette étude rappellent la pertinence, pour l'infirmière, de développer une sensibilité vis-à-vis de l'inclusion des pères dans les enseignements qu'elle prodigue.

Discours de justification

L'auteur du livre *La promotion de l'allaitement au Québec* souligne que peu de mères ignorent actuellement que le choix optimal pour la santé des nourrissons est l'allaitement (Bayard, 2014). Effectivement, les bénéfices de l'allaitement sur la santé des nourrissons ont été soulignés à grands traits par la majorité des participantes de cette étude. Par ailleurs, l'influence de cette norme s'exprimait par le choix préalable de toutes les participantes interrogées qui avaient choisi initialement l'allaitement, mais qui pour différentes raisons, ont finalement opté pour une alternative à ce mode de nutrition. La pression véhiculée par la société est omniprésente et Bayard (2014) en vient même à questionner si l'allaitement n'est pas devenu la ligne de partage entre les « bonnes » et les « mauvaises mères ». Dans cette présente étude, plusieurs mères ont directement nommé l'existence de la pression sociale de l'allaitement et démontrent la présence de cette ligne de partage à la fois symbolique et subjective. Dans cette visée, cette représentation de la maternité en aurait un effet notable sur le choix des mères.

Les choix alternatifs à l'allaitement exclusif peuvent être ainsi perçus comme étant moralement déviants (Knaak, 2010). La pression des experts et des instances officielles a pour effet d'étendre le choix de l'allaitement au-delà d'une simple décision personnelle puisqu'il implique également et directement le nourrisson (Knaak, 2010). Knaak (2010) reprend que la valorisation du lait provenant du sein et la dévalorisation du lait provenant des formules lactées jouent un rôle dans le conditionnement des croyances et des décisions sur le mode alimentaire.

Afin de justifier leur distance à la norme de l'allaitement, plusieurs participantes ressentent une forme d'apaisement au regard de cette pression lorsque la justification du choix alternatif reposait sur un facteur pour lequel elles avaient peu de contrôle. À cet effet, une prise obligatoire de médication incompatible à l'allaitement, une insuffisance mammaire diagnostiquée par un médecin rendant l'allaitement difficile, ou encore une prise du sein par le bébé difficile liée à un frein de langue trop court, sont des exemples de ces facteurs exposés dans les résultats de cette étude. Ces facteurs extrinsèques permettent d'atténuer le sentiment personnel d'échec dans le processus de négociation que font les mères au regard de l'allaitement. En d'autres termes, la distance à la norme, ici justifiée par l'expertise médicale, offre un apaisement au sentiment d'échec perçu.

Avantages et limites de la recherche

À la lumière des connaissances scientifiques recueillies, cette recherche est la première étude à appliquer le cadre conceptuel de Leininger (2002) sous l'angle de la normativité sociale de l'allaitement afin d'en faire une analyse situationnelle. Dans cette visée, cette approche théorique permet de comprendre l'allaitement en tant que phénomène culturel et de mieux saisir

les particularités du processus de négociation ou de restructuration du soin lorsque des mères choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif. Les résultats de cette recherche permettent ainsi d'apprécier un phénomène peu étudié afin de faire évoluer les connaissances en sciences infirmières. Toutefois, le peu d'étude portant sur le sujet implique une limite quant à la quantité d'articles scientifiques pertinents récents. Finalement, cette recherche permet de positionner l'allaitement tel un enjeu infirmier qui s'inscrit dans un contexte global et culturel visant à comprendre le phénomène avec ouverture. Puisque cette recherche était de type qualitatif, détenant un petit échantillon, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif. Malgré l'efficacité notable du recrutement en ligne, ce type de recrutement demeure limité aux personnes qui détiennent un compte Facebook et qui ont une facilité à lire et s'exprimer sur les réseaux sociaux. Néanmoins, ces résultats permettent de saisir les discours qui réfèrent à des limites normative et éthique relatives aux injonctions sociales ciblant l'allaitement. La documentation des discours des mères ayant participé à cette étude possède également l'avantage de fournir différentes pistes de réflexion afin de contribuer à l'émergence de pratiques plus sensibles, adaptées et respectueuses du vécu des mères choisissant une alternative à l'allaitement exclusif.

En termes de limite, il faut aussi souligner que certaines expériences de naissances dataient de quelques années pour certaines mères altérant potentiellement la mémoire de certains souvenirs. Finalement, l'ensemble des recherches recensées ainsi que l'échantillon de l'étude ne présentaient que des couples hétérosexuels. À cet effet, Lee (2019) soulève l'importance d'apporter une sensibilité aux communautés LGBTQ+ dans les études portant sur l'allaitement.

Recommandations selon les cinq axes infirmiers

Les résultats de cette recherche ont de nombreuses implications pour l'évolution des savoirs et des pratiques en sciences infirmières. Ces derniers permettent d'envisager différentes recommandations ciblant les cinq axes infirmiers (Pepin & al., 2017). Ces axes représentent la pratique, la gestion, la formation, la recherche et le politique (Pepin & al., 2017).

Pratique. Dans sa pratique, l'infirmière, fait appel à plusieurs formes de savoir, dont le savoir émancipatoire (Chinn & Kramer, 2015). D'ailleurs, Chinn et Kramer (2015) considèrent que lorsque l'infirmière suppose qu'une injustice est attribuée à la patiente, l'infirmière doit non seulement apporter une réflexion critique, mais envisager concrètement une action. À travers ce savoir s'inscrit le rôle d'*advocacy* (Blondeau & Lambert, 1999). Ce rôle infirmier a pour objectif premier de défendre les intérêts de la patiente (Blondeau & Lambert, 1999). Le rôle d'*advocacy*, dans un tel contexte, favoriserait selon Pullen (1995), l'autonomisation des femmes. L'infirmière, dans sa pratique, peut être confrontée à des situations complexes et son savoir émancipatoire lui permet une évaluation complète de la situation (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014). En contexte de soins postnataux, cette situation implique bien souvent plusieurs acteurs, dont la mère, les membres de l'unité familiale, le père et l'enfant naissant.

En raison des résultats de cette étude, il peut être difficile pour les infirmières de jouer ce rôle d'*advocacy* avec toute l'objectivité nécessaire permettant de refléter concrètement les différentes sous-cultures à l'allaitement exclusif. Dans la pratique en soins de proximité en périnatalité, le rôle d'*advocacy* devrait être actualisé et valorisé. D'ailleurs, dans le paradigme infirmier de la transformation dans lequel s'inscrit la théoricienne Madeleine Leininger (Pepin

& al., 2017) il serait souhaitable que le soin soit présenté telle une collaboration unique entre l'infirmière et la patiente (Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991; Newman & al., 2008). La patiente partage ainsi à l'infirmière ses besoins au regard de sa façon personnelle d'organiser sa réalité et l'infirmière doit la respecter (Parse, 2013). Cela n'exclut toutefois pas la nécessité, pour l'infirmière, d'adopter un rôle-conseil afin de mieux supporter la patiente dans ses décisions. Ainsi, l'infirmière offre une présence vraie à la patiente dans le but de favoriser sa qualité de vie telle que définie par cette dernière (Pepin & al., 2017). Dans cette visée, chaque expérience de soin serait unique et encourage l'infirmière à mieux contextualiser et adapter ses lignes de conduite et normes de pratique (Newman & al., 2008). Une des participantes de cette étude a fait mention de rôle significatif qu'une infirmière avait eu dans son parcours puisque cette dernière avait pris de temps de l'écouter et lui a offert une présence authentique. Dans un souci d'équité, une attention particulière aux femmes qui ont de plus grandes attentes dans le support (primipare, bébé de petits poids, bébé avec ictère) devrait être considérée (Redshaw & Henderson, 2012). Favoriser la promotion du choix et du contrôle de la femme réside pour Redshaw et Henderson (2012) dans la promotion d'informations non biaisées, positionnant les besoins de la femme au centre des interventions.

De plus, les résultats de cette étude, appuyés par les résultats de l'étude de Lakshman et ses collaborateurs (2009), proposent que les différentes recommandations guidant les pratiques professionnelles ne soient pas toujours bien comprises. Concrètement, certains professionnels de la santé offrent un support réduit sur le biberon suivant l'accouchement des femmes. Il serait pertinent de revoir la dissémination de cette recommandation afin de faciliter l'accès aux informations alternatives, minimalement après l'accouchement.

Finalement, l'impact de l'allaitement sur la santé mentale des mères est aussi un facteur qui, sans être directement nommé, a été relaté dans cette étude. Les nouveaux¹⁵ standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité proposent ainsi que l'infirmière peut faire l'évaluation de la condition de santé physique et mentale de la parturiente (OIIQ, 2015). Conformément aux résultats, de l'étude de Watkins, Melzer-Brody, Zolnoun et Stuebe (2011), les femmes qui vivent des expériences négatives d'allaitement détenaient un score plus élevé sur l'échelle de dépression postnatale d'Edinburg. Dans cette visée, le sentiment de culpabilité retrouvé chez certaines mères devrait faire partie de l'évaluation globale de l'infirmière. Schmied et Barclay (2009) proposent comme amortisseur à la culpabilité des femmes d'accentuer la représentation de celles pour qui l'allaitement n'a pas été choisi ou qu'il a été difficile. Contrairement au contrôle de l'information qu'opère la santé publique dans le choix de l'information qui est véhiculée, Schmied et Barclay (2009) proposent ainsi que des représentations honnêtes et réalistes auraient pour effet d'altérer la culpabilité des mères. Pour conclure, une façon d'appliquer les connaissances à la pratique infirmière serait de considérer le rôle d'expertise ainsi que ses effets, éléments ressortis dans la section portant sur les discours d'accommodement, que l'infirmière peut projeter lors de ses échanges avec les mères.

Gestion. Les résultats de cette étude ont démontré une forme d'empathie des participantes au regard des conditions de travail des infirmières. À cet effet, certaines participantes de cette étude ont dépeint le monde hospitalier comme étant surchargé pouvant altérer la qualité des soins

¹⁵ Il est à noter que les standards de pratique en soins de proximité en périnatalité datent de 2015. Néanmoins, l'activité réservée dont il est question faisait déjà partie des activités réservées de l'infirmière avant même l'expérience de naissance la plus ancienne relatée par cette étude (Gouvernement du Québec, 2003).

reçus. Dans cette visée, il devient essentiel que la gestion des services de santé considère les ratios entre le nombre de patients et le nombre d'infirmières pour alléger cette surcharge. Plus précisément, une participante a ainsi nommé l'impact positif dans son parcours d'une infirmière qui avait eu du temps à lui consacrer. En plus du ratio infirmière/patient, la pertinence d'attribuer des soins aux mères par une dyade d'infirmière pourrait aussi être reconsidérée. Effectivement, cela avait eu pour effet, pour une des participantes de cette étude, de remettre en question la force du nombre et les enjeux de pouvoir qui en découlent puisque l'approche pourrait être vécue de façon intimidante. Bref, une réflexion s'impose quant à la qualité des soins, car l'étude de Sheehan et al. (2009) présentait que le support positif recherché par les nouvelles accouchées implique forcément la disponibilité des professionnels et aurait l'effet de favoriser la confiance en soi des mères.

Formation. À la lumière des résultats de cette recherche, la théorie du soin transculturel de Leininger (2002) propose une approche holistique et adaptée au vécu des mères qui choisissent d'autres options que l'allaitement exclusif. L'introspection et l'ouverture dont Leininger et McFarland (2006) font référence devraient être des outils concrets enseignés dans la formation générale des infirmières. Ainsi, selon les besoins de la patiente, l'infirmière pourrait négocier un allaitement mixte ou restructurer son soin en offrant de l'information sur la formule lactée afin d'être culturellement congruente au bien-être de sa patiente. La valorisation de réflexions éthiques sensibles aux enjeux du rôle infirmier d'*advocacy* devrait faire partie de la formation des infirmières. Les résultats de cette étude présentent l'impact de la communication, verbale et non verbale, des infirmières sur les mères. Cette considération dans la formation des infirmières permettrait à ces dernières de prendre conscience du pouvoir de leur discours ainsi que la

perception sociale du rôle d'experts qu'elles peuvent projeter dans les échanges qu'elles partagent avec les nouvelles mères (Aston, 2008). Cette prise de conscience peut concrètement être proposée sous forme de réflexions professionnelles en stage ou encore avec l'apprentissage de la tenue d'un journal de bord professionnel. Tenir compte de cette réalité aurait pour effet d'optimiser la qualité de la formation offerte aux infirmières. D'une part, en favorisant une approche de soin orienté sur la personne et d'autre part, en offrant des balises d'autorégulation continue dans l'introspection de l'identité professionnelle.

Recherche. La recension des écrits scientifiques a permis de constater la pauvre quantité d'articles de qualités portant sur les choix alternatifs à l'allaitement exclusif au sein d'une culture d'allaitement. Cette recherche permet ainsi l'avancement des connaissances sur le sujet. Néanmoins, la poursuite de recherches sur le sujet permettrait de mieux saisir les besoins spécifiques de formation des infirmières quant au rôle d'agent de changement qu'elles détiennent en la matière. Dans cette visée, la perception des infirmières pourrait être étudiée afin de mieux comprendre les enjeux de la pratique lorsqu'il y a une dissonance entre la norme sociale ou professionnelle de l'allaitement, les besoins de la patiente et voire même les valeurs personnelles de l'infirmière.

Politique. Les normes de l'éthique de la santé publique peuvent être contradictoires à l'égard des besoins spécifiques des femmes/mères, car elles visent le bien-être général des populations (Gravel & al., 2010). Dans un tel contexte, la promotion de l'allaitement devrait considérer les situations complexes de prise de décision (Carroll & al., 2015). Selon ces auteurs, les sentiments de la mère devraient être davantage considérés dans la promotion de l'allaitement afin d'éviter

une pression induite visant à promouvoir les bénéfices de l'allaitement aux mères et (Carroll & al., 2015). Bien que l'OMS (1981) et l'UNICEF (2019) n'approuvent pas le transfert des connaissances portant sur l'utilisation des formules lactées en période prénatale, lorsque la mère choisit une alternative à l'allaitement exclusif, elle devrait recevoir un enseignement adéquat sur l'utilisation des formules lactées (OMS, 1981; UNICEF, 2019).

Ensuite, afin d'obtenir une accréditation IAB, un des critères évalués est le taux d'allaitement pour les hôpitaux fixé à 75 % (MSSS, 2019). Les résultats de l'étude de Thomson et Dykes (201) ainsi que certaines mères de cette étude se trouvaient ainsi choquées de la rigidité des professionnels de la santé quant à l'adhérence aux politiques favorables à l'allaitement. Groleau et ses collaborateurs (2016) proposent ainsi une approche plus flexible de l'IAB, orientée davantage sur les familles et l'autonomisation des femmes. Dans cette visée, Niquette (2014), propose de modifier le critère du taux d'allaitement par un taux d'allaitement « satisfaisant » qui serait plus sensible aux vécus des mères.

Finalement, puisque les infirmières doivent se servir « de leur position privilégiée afin d'influencer les politiques des établissements de santé et les attitudes de la communauté » (OIIQ, 2015, p. 39) celles-ci peuvent avoir un impact politique quant à l'aménagement des espaces publics. Ainsi, les infirmières peuvent agir en tant qu'agent de changement d'une part en discutant avec les mères des enjeux associés à l'allaitement en public afin d'aider celle-ci à se positionner et d'autre part, en appuyant les différentes politiques qui visent à normaliser l'allaitement en public.

Conclusion

L'allaitement maternel est un sujet central dans les discours entourant la maternité. Ces discours provenant des femmes/mères s'adressent aussi aux professionnels de la santé et plus particulièrement aux infirmières. Les discours s'inscrivent dans le temps et la mémoire y est affectée telle une préoccupation qui peut être plus claire et plus organisée avec le temps. Certaines mères ont relaté leur vécu immédiat tandis que d'autres mères présentaient des trames narratives plus éloignées dans le temps. De cette façon, un éventail de temporalité a été considéré afin de présenter le rapport des mères à l'allaitement. À cet effet, cette étude a permis de mettre en lumière, avec l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès de neuf (9) femmes ayant choisi des alternatives à l'allaitement maternel exclusif, l'expression de leur choix au sein d'une culture favorable à l'allaitement. Les discours des mères de cette étude ont soulevé divers enjeux quant aux négociations que font ces dernières au regard du choix du mode d'alimentation du nourrisson. Leur participation a également permis d'illustrer que l'impact des discours visant à favoriser l'allaitement n'est pas sans conséquence lorsqu'ils se confrontent aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales.

Les résultats de cette analyse situationnelle ont permis de constater, dans un premier temps, comment s'exprimaient pour ces mères la construction, l'éclaircissement ainsi que les contraintes des différents choix alternatifs à l'allaitement exclusif. Dans un second temps, le soin hospitalier culturellement congruent à l'allaitement alloué par les infirmières manifestait quant à lui, deux racines d'influence. Ces racines sont : la médicalisation des naissances et la culture de soins favorable à l'allaitement. Une contribution significative de notre étude propose qu'entre ces deux racines, l'arène sociale actuelle dans laquelle évoluent les mères soit parsemée de paradoxes et de contradictions dont les effets sur ces dernières peuvent être culpabilisants.

Sans étonnement, les résultats de cette étude ont aussi dépeint un milieu de soin surchargé qui ne serait pas sans conséquence sur les soins entourant la mère et son nouveau-né.

Enfin, l'analyse du discours des mères a permis d'apprécier les différentes normes qui entourent l'allaitement dans la culture québécoise actuelle. La pression sociale de l'allaitement est omniprésente. Or, les mères qui prennent une distance avec ces normes, en tentant parfois de les négocier, peuvent ressentir le besoin de se justifier, ressentir de la culpabilité et même, mentir aux infirmières qui œuvrent auprès de la clientèle mère-enfant. À travers ces résultats, les représentations sociales de l'allaitement souscrivent différentes normes dont celles entourant la profession d'infirmière, le rapport au corps des femmes et enfin, celles entourant la bonne maternité.

En somme, les infirmières détiennent un certain pouvoir quant aux choix des mots et des informations qu'elles présentent aux mères. Le savoir éthique et le rôle infirmier d'*advocacy* demeurent primordiaux afin d'offrir des soins culturellement congruents qui, tout en s'appuyant sur des résultats probants, favorisent également l'autonomisation des mères. Pour terminer, il serait pertinent de développer les connaissances sur le sujet en étudiant les perceptions des infirmières au regard des recommandations officielles entourant l'allaitement exclusif ainsi que leurs différentes expériences en promotion de l'allaitement lorsque des choix alternatifs sont formulés par des patientes. Les résultats de cette analyse situationnelle ont permis de constater comment s'exprimaient, pour ces femmes, la construction, l'éclaircissement ainsi que les contraintes des différents choix alternatifs à l'allaitement exclusif lorsque ces choix se confrontent aux pratiques institutionnelles et aux normes sociales.

Références

- Abramson, R. (1992). Cultural sensitivity in the promotion of breastfeeding. *Clinical issues*, 3(4), 717-722.
- Abascal, K., & Yarnell, E. (2008). Botanical Galactogogues. *Alternative and complementary therapies*, 14(6), 288-294.
- Aston, M. (2008). Public health nurses as social mediators navigating discourses with new mothers. *Nursing Inquiry*, 15(4), 280-288.
- Atchan, M., Foureur, M., & Davis, D. (2011). The decision not to initiate breastfeeding – women’s reasons, attitudes and influencing factors- a review of the literature. *Breastfeeding Review*, 19(2), 9-17.
- Badinter, E. (2010). *Le conflit, la femme et la mère*. Paris, France: Flammarion.
- Baril, G., & Paquette, M-C. (2012). Les normes sociales et l’alimentation : *analyse des écrits scientifiques*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1486_NormesSocialesAliment_AnalyEcritsScient.pdf
- Bartick, M. C., Schwarz, E. B., Green, B. D., Jegier, B. J., Reinhold, A. G., Colaizy, T. T. ... Stuebe, A. M. (2017). Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Maternal and Child Nutrition*, 13(1), 1-13.
- Battersby, S. (2014). The role of the midwife in breastfeeding: Dichotomies and dissonance. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 551-556.
- Battersby, S. (2016). Supporting mothers to sustain breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 1(24), 2-7.
- Bayard, C. (2014). Introduction. Dans C. Bayard & C. Chouinard (Éds.), *La promotion de l’allaitement au Québec* (pp. 17-22). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Bayard, C. (2014). Cachez ce sein que je ne saurais voir : comment négocier l’allaitement dans l’espace public? Dans C. Bayard & C. Chouinard (Éds.), *La promotion de l’allaitement au Québec* (pp. 115-135). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Bender, J. L., Cyr, A. B., Arbuckle, L., & Ferris, L. E. (2017). Ethics and privacy implications of using the Internet and social media to recruit participants for health research: A privacy-by-design framework for online recruitment. *Journal of Medical, Internet Research*. 19(4), 1.

- Bennett, A. E., McCartney, D., & Kearney, J. M. (2016). Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*, *40*, 169-176.
- Benoit, B., Goldberg, L., & Campbell-Yeo, M. (2016). Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion. *Midwifery*, *34*, 58-65.
- Blondeau, D., & Lambert, C. (1999). L'autonomie professionnelle des infirmières. Dans *Éthique et soins infirmiers* (2^e éd., pp. 161-169). Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism; perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Binns, C. Lee, M. Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, *28*(1), 7-14.
- Burns, E., Fenwick, J., Sheehan, A., & Schmied, V. (2013). Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support. *Maternal and Child Nutrition*, *9*(1), 57-73.
- Callaghan, J. E. M., & Lazard, L. (2012). Please don't put the whole dang thing out there: A discursive analysis of internet discussions around infant feeding. *Psychology and Health*. *27*(8), 938-955
- Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Lillar, S., & Begley, C. (2015). Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*, *31*, 640-646.
- Carter, P. (1995). *Feminism, Breasts and Breastfeeding*. London: Macmillan Press.
- Castro, E. M., Regenmortel, T. V., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analyse based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, *99*(12), 1923-1939.
- Chabrol, H., Walburg, V., Teissedre, F., Armitage, J., & Santrisse, K. (2004). Influence of mother's perceptions on the choice to breastfeed or bottle-feed: perceptions and feeding choice. *Journal of Reproductive and Infant*, *22*(3), 189-198.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing theory and process* (9^e éd.). St-Louis, MO: Elsevier.

- Chumova, M. (2014). Le guide pratique mieux vivre avec notre enfant : témoin des discours et représentations autour de l'allaitement. Dans C. Bayard & C. Chouinard, (Éds.), *La promotion de l'allaitement au Québec* (pp. 45-65). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. (2017). Guide d'expression du lait maternel. Repéré à https://www.chusj.org/getmedia/d656d1ea-d757-4a44-a22da958ded96a/depliant_F-827_guide-expression-du-lait-maternel_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Citizens advice Scotland. (2015). Breastfeeding. Repéré à: <https://www.citizensadvice.org.uk/scotland/law-and-courts/civil-rights/breastfeeding-s/>
- Clarke, A. (2005). *Situational Analysis. Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, CA: Éditions thousand Oaks.
- Clarke, A., Friese, C., & Washburn, R. (2015). *Situational analysis in practice. Mapping research with ground theory*. California, CA: Éditions Left Coast press.
- Clarke, A., & Leigh Strar, S. (2008). The social worlds framework: a theory/methods package. Dans E.J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch, J. Wajcman (Éds.), *The handbook of science and technology studies*. (3^e éd., pp. 113-139). London, UK: The MIT press
- Clarke, A., Friese, C., & Washburn, R. (2018). *Situational Analysis. Grounded theory after the interpretative turn*. California, CA: Éditions Sage.
- Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991
Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991>
- Colen, C. G., & Ramey, D. M. (2014). Is best truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social, Science and Medicine*, 109, 55-65.
- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360(9328), p.187-195.
- Code, L. (2000). *Encyclopedia of feminist theories*. New York, NY: Routledge
- Conseil du statut de la femme. (2001). Femmes et maternité. Les enjeux. Repéré à <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes-et-maternite-les-enjeux.pdf>
- Coulon, A. (2012). *L'école de Chicago* (5^e Éd.). Paris, France: Presse universitaire de France.

- Deacon, C. (2001). Breastfeeding. Are we just bottling out? *Nursing Times*, 97(19), 26-27.
- Déclaration d'innocenti. (2005). Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Repéré à http://innocenti15.net/declaration_french.pdf
- Descarries, F. (2003). Entre famille et travail : une vie à double vitesse. Dans A. Rivard (dir.). *La conciliation famille-travail : vivre sous tension ? Osons rêver l'utopie, Propos et échanges* (p. 17-34).
- Deslauriers, J.-P., & Kerisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, Dans Poupart et al. (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 84-111). Montréal, QC: Gaétan Morin.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris, Fr: Édition Gallimard.
- De Montigny, F. (2014). La promotion de l'allaitement : les représentations sociales maternelles. Dans C. Bayard & C. Chouinard (Éds.), *La promotion de l'allaitement au Québec* (pp. 159-177). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Desrochers, S. L. & Renaud, L. (2014). Que dit la presse québécoise de la norme sociale entourant l'allaitement. Dans C. Bayard & C. Chouinard (Éds.), *La promotion de l'allaitement au Québec* (pp. 67-87). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Dictionnaires de français le Larousse (2019). Instinct. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/instinct/43433?q=instinct#43336>
- DiFrisco, E., Goodman, K., Budin, W. C., Lilienthal, M. W., Kleinman, A., & Holmes, B. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 Weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for Baby-friendly designation. *The Journal of Perinatal Education*, 20(1), 28-35.
- Dinour, L. M. & Bai, Y. K. (2016). Breastfeeding: The illusion of choice. *Women's Health Issues*, 26(5), 479-482.
- Direction de la santé publique de Montréal. (2011). Allaitement maternel. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/tout_petits/thematique/allaitement_maternel/strategies.html?L=jcgrfjvizpxmwp
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17(3), 205-214.

- Eden, A. R. (2012). New professions and old practices. Lactation consulting and the medicalization of breastfeeding. Dans P.H. Smith, B. L. Hausman, & M. Lobbok (Éds.), *Beyond health, beyond choice: breastfeeding constraints and realities*. (pp. 98-109). New Jersey, NJ: Rutgers University Press
- Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei, S. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, *117*(3), 380-386
- Ehrenreich, B., & English, D. (2010). *Witches, midwives & nurses* (2e éditions). New York, NY: Contemporary classics.
- Encyclopaedia Britannica. (2019). The personal is political. Repéré à <https://www.britannica.com/topic/the-personal-is-political>
- Facebook. (2019). À propos. Repéré à https://www.facebook.com/pg/facebook/community/?ref=page_internal&mt_nav=0
- Fallon, V., Komninou, S., Bennett, K. M., Halford, J. C. G., & Harrold, J. A. (2017). The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Maternal and Child Nutrition*, *13*(4), 1-14.
- Fern, V. A., Buckley, E., & Grogan, S. (2014). Women's experiences of body image and baby feeding choices: Dealing with the pressure to be slender. *British Journal of Midwifery*, *22*(11), 788-794.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours: leçon inaugurale au collège de France*. Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (1972). *The archeology of knowledge and the discourse on language*. New York, NY: Harper.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. (Tome 4). Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet*. Paris, France. Gallimard.
- Galipeau, R. (2011). *Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Galipeau, R., Dumas, L., & Lepage, M. (2017). Perception of not having enough milk and actual milk production of first-Time breastfeeding mothers: is there a difference? *Breastfeeding Medicine*, *12*(4), 210-217.
- Gathron, E. (2017). Reflecting on our history. Strategically positioned: breastfeeding advocacy and the hands-on nurse. *Creative Nursing*, *23*(3), 192-200.

- Gallup, G. G., Pipitone, R. N., Carrone, K. J., & Leadholm, K. L. (2010). Bottle feeding stimulates child loss: postpartum depression and evolutionary medicine. *Medical hypotheses*, 74, 174-176.
- Gamble, J., Creedy, D. K., & Terakle, B. (2007). Women's expectations of maternity services: A community-based survey. *Women and Birth*, 20(3), 115-120.
- Gelinas, L., Pierce, R., Winkler, S., I., Cohen, I. G. Fernandez Lynch, H., & Bierer, B. E. (2017) Using social media as a research recruitment tool: Ethical issues and recommendations. *The American Journal of Bioethics*, 17(3), 3-14, DOI: 10.1080/15265161.2016.1276644
- Ghaheri, B. A., Cole, M., & Mace, J. C. (2018). Revision lingual frenotomy improves patient-reported breastfeeding outcomes: a prospective cohort study. *Journal of Human Lactation*, 34(3), 566-574
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Goberna-Tricas, J., Banus-Gimenez, R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care service and experienced by women. *Midwifery*, 27, 231-237.
- Gojard, S. (2003). L'allaitement une norme sociale. *Spirale*, 3(27), 133-137.
- Gostin, L. O. (2008). *Public health law: power, duty, restraint*. (2e éd.). Los Angeles CA: University of California Press.
- Gouvernement du Québec. (2003). Loi 90. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf
- Gravel, S., Doucet, H., Bataglini, A., Laudy, D., Bouthiller, M-E., Boucheron, L., & Fournier, M. (2010). Éthique et santé publique: Quelle place pour l'autonomie? *Éthique publique*, 12(1), 227-250.
- Gribble, K. D., & Gallagher, M. (2014). Rights of children in relation to breastfeeding in child protection cases. *British journal of social work*, 44, 434-450.
- Groleau, D., Pizzaro, K. W., Molino, L., Gray-Donald, K., & Semenic, S. (2016). Empowering women to breastfeed: Does the Baby Friendly Initiative make a difference? *Maternal and Child Nutrition*, 13(4), 1-8.
- Haiek, L. N. (2011). Rapport d'évaluation. Niveau d'implantation de l'initiative amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php

- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven and London: Yale University.
- Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01503920/document>
- Hirani, S. A. A., & Olson, J. (2016). Concept analysis of maternal autonomy in the context of breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), 276-284.
- Holcomb, J. (2017). Resisting guilt: mothers' breastfeeding intentions and formula use. *Sociological Focus*, 50(4), 361-374.
- Hunt, L., & Thomson, G. (2017). Pressure and judgement within a dichotomous landscape on infant feeding: a grounded theory study to explore why breastfeeding women do not access to peer support provision. *Maternal and Child Nutrition*, 13(2), 1-13.
- Hvatum, I., & Glavin, K. (2016). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3144-3155.
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Repéré à www.inspq.qc.ca/mieux-vivre
- Im, Eun-Ok. (2010). Current trends in feminist nursing research. *Nursing Outlook*, 2(58), 87-96.
- Ishak, S., Adzan, N. A. M., Quan, L. K., Shafie, M. H., Rani N. A., & Ramli, K. G. (2014). Knowledge and beliefs about breastfeeding are not determinants for successful breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 9(6), 308-312.
- Johns, H. M., Amir, L. H., McLachlan, H. L., & Forster, D. A. (2016). Breast pump use among mothers of healthy term infants in Melbourne Australia: A prospective cohort study. *Midwifery*, 33, 82-89.
- Jones, S. R., & Stoppard, M. (2011). Baby Friendly Hospital: are we failing mother who formula feed their babies? *Journal of family health care*, 21(1), 12-14.
- Jung, C. (2015). *Lactivism*. New York, NY: Basic Books.
- Keller, R. (2013). Du singulier au sens large : intégrer analyse de discours et théorisation ancrée. *Recherches qualitatives*, 15(HS), 416-434.

- Kim, J. H., Fiese, B. H., & Donovan, S. M. (2017). Breastfeeding in natural but not the cultural norm: a mixed-methods study of first-time breastfeeding, African American mother participating in WIC. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*, *49*(72), 151-161.
- Kjelland, K., Corley, D., Slusher, I., Moe, K., & Brockopp, D. (2014). The best for baby card: an evaluation of factors that influence women's decisions to breastfeed. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, *14*(1), 23–27.
- Knibiehler, Y. (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne*. *2*(2), 11-17.
- Komninou, S., Fallon, V., Grovenor Halford, J. C., & Harrold, J. A. (2016). Differences in the emotional and practical experiences of exclusively breastfeeding and combination feeding mothers. *Maternal and Child Nutrition*, *13*(3), 1-11.
- Kotlow, L. (2011). Diagnosis and treatment of ankyloglossia and tied maxillary fraenum in infants using Er:YAG and 1064 diode lasers. *European Archives of Pediatric Dentistry*, *12*(2), 106-112.
- Knaak, S. J. (2010). Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society. *Health, Risk & Society*. *12*(4), p. 345–355.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ... Helsing, E. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *The journal of American Medical Association*. *285*(4), 413-420.
- Krol, P., & Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'infirmière clinicienne*, *5*(1), 35-41.
- Labbok, M. (2008). Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: the physician's role. *Journal of Human Lactation*, *24*(1), 80-84.
- Lakshman, R., Ogilvie, D., & Ong, K. K. (2009). Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch. Dis Child*, *94*(8), 596-601
- La Ligue Internationale La Leche. (2019). About. Repéré à: <https://www.llli.org/about>
- La Ligue La Leche. (2018). Allaitement. Repéré à: <http://allaitement.ca/>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford, NY: Oxford University Press.

- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. Dans F. Saillant & M. O'Neill (Éds.), *Accoucher autrement* (pp. 137-183). Montréal, QC: les éditions Saint-Martin.
- Law, J. (2000). The politics of breastfeeding: assessing risk, dividing labor. *Journal of Women in Culture and Society*, 25(2), 407-450.
- Lee, E. (2007). Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 1075-1090
- Lee, E. (2008). Living with risk in the era of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health, Risk and Society*, 10(5), 467-477.
- Lee, R. (2019). Queering lactation: contributions of queer theory to lactation support for LGBTQIA2S+ individuals and families. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 233-238.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice* (3^e éd.). Toronto, ON: McGraw-Hill.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality a worldwide nursing theory* (2^e éd.). Mississauga, ON: Jones and Bartlett.
- Lowdermilk, L., D., Perry, E. S., & Cashion, K. (2019). Périnatalité. Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Magnusson, B. M., Thackeray, C. R., Van Wagenen, S. A., Davis, S. F., Richards, R., & Merrill, R. M. (2017). Perceptions of public breastfeeding images and their association with breastfeeding knowledge and attitudes among an internet panel of men ages. 21-44 in the United States. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 157-164.
- Mander, R. (2008). Baby friendly-motner friendly? Policy issues in breastfeeding promotion. *Midirs Midwifery Digest*, 18(1), 104-108.
- Margavio Striley, K., & Field-Springer, K. (2014). The bad mother police: Theorizing risk orders in the discourses of infant feeding practices. *Health Communication*, 29(6), 552-562.
- Massé, R. (2014). *Éthique et santé publique*. Enjeux, valeurs et normativité. (6^e éd.). Québec, QC: Les presses de l'Université Laval.
- Mathar, T. (2008). Making a mess with situational analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), 1-16.

- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 484-490.
- McBride-Henry, K. (2010). The influence of the “They”: An interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qualitative Health Research*, 20(6), 768-777.
- McCarter-Spaulding, D. (2008). Is breastfeeding fair? Tensions in feminist perspectives on breastfeeding and the family. *Journal of Human Lactation*, 24(2), 206-212.
- McFarland & Wehbe-Alamah, 2018. *Transcultural nursing* (4e éd.). New York, NY: McGraw-Hill.
- McGrath, P. & Philips, E. (2009). The breast or bottle? Women’s infant feedings choices in a subsequent birth after a previous caesarean section. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 37-47.
- McGuire, M. (2018). Drugs affecting milk supply during lactation. *Australian prescriber*, 41(1), 7-9.
- McInroy, L. B. (2016). Pitfalls, Potentials, and ethics of online survey research: LGBTQ and other marginalized and hard-to-Access Youths. *National Association of Social Workers*, 40(2), 83-93.
- McKeever, R., & McKeever, B. W. (2017). Moms and media: exploring the effects of Online communication on infant feeding practices. *Health Communication*, 32(9), 1059-1065.
- Mead, G. H. (1972). *The philosophy of the act*. Chicago. IL: University of Chicago press.
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L’intégration des savoirs infirmiers Pour une pratique compétence en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L’infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2008). Allaitement maternel. Fiche d’information sur les initiatives Amis des bébés. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/fiches_allaitement.pdf
- Ministère de la Santé et Services Sociaux du Québec. (2015). Programme National de Santé Publique 2015-2025. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et Services Sociaux du Québec. (2018). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

- Ministère de la Santé et Services Sociaux du Québec. (2019). Initiative des amis des bébés. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/amis-des-bebes/>
- Ministère de la santé et des Service Sociaux. (2018). Programme national de santé publique. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Miracle, D. J., & Fredland, V. (2007). Provider encouragement of breastfeeding: efficacy and ethics. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 545-548.
- Morrisette, J. (2011). Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles. *Recherches qualitatives*, 30(1), 10-32.
- Morrisette, J., Guignon, S., & Demazière, D. (2011). De l'usage des perspectives interactionniste en recherche. *Recherches qualitatives*, 30(1), 1-9.
- Mueffelman, R. E., Racine, E. F., Warren-Findlow, J., & Coffman, M. J. (2015). Perceived infant feeding preferences of significant family members and mothers' intentions to exclusively breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 479-489.
- Murphy, E. (1999). "Breast is best": infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health and Illness*, 21(2), 187-208.
- Namir, H. M. A. A., Brady, A-M., & Gallagher, L. (2017). Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *British Journal of Midwifery*, 25(7), 426-440.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The Focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The Focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 16-27.
- Nihlén Fahlquist, J. (2016). Experience of non-breastfeeding mothers. Norms and ethically responsible risk communication. *Nursing Ethics*, 23(2), 231-241.
- Niquette, M. (2014). La promotion du soutien aux femmes qui désirent allaiter : pour en finir avec la culpabilité. C. Dans Bayard & C. Chouinard (Éds.), *La promotion de l'allaitement au Québec* (pp. 89-113). Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Olesen, V. (2011). Feminist qualitative research in the millennium's first decade: developments, challenges. prospects. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The SAGE Handbook of qualitative research* (pp. 129-146). Los Angeles, CA: Sage.
- Opp, K.-D. (2001). How Do Norms Emerge? An Outline of a Theory. *Mind & Society*, 3(2), 101-128.

- Ordres des Infirmières et Infirmiers du Québec. (1998). Allaitement maternel. Repéré à http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/allaitement/allaitement.htm
- Ordres des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2013). Consentement aux soins. Repéré à https://oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/ordres_regionaux/ORIIBSLGIM/2013/consentement_aux_soins.pdf
- Ordres des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2019). Mission. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/qui-sommes-nous/mission>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf>
- Organisation internationale de normalisation. (2019). À propos de l'ISO. Repéré à <https://www.iso.org/fr/about-us.html>
- Organisation mondiale de la santé. (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Repéré à http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2019). Allaitement maternel exclusif. Repéré à http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/
- Pariseau-Legault, P. (2018). De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 4(135), 38-47.
- Pariseau-Legault, P., & Doutrelepon, F. (2015). L'autonomie dans tous ses états : une analyse juridique du consentement aux soins médicaux. *Recherche en soins infirmiers*, 123, 19-35.
- Pepin, J., Ducharme, F & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research* (10^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Pullen, F. (1995). Advocacy: a specialist practitioner role. *British Journal of Nursing*, 4(5), 275-278.
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2012). Learning the Hard Way: Expectations and Experiences of Infant Feeding Support. *Birth Issues in Perinatal Care*, 39(1), 21-29.

- Reed, E., Simmonds, P., & Corner, J. (2009). Surveying the experience of living with metastatic breast cancer: comparing face-to-face and online recruitment. *Journal of Research in Nursing, 14*(1), 43-55.
- Renaud, M., Doré, S., Bernard, R., & Kremp, O. (1987). Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : L'évolution de l'obstétrique prénatal au vingtième siècle. Dans F. Saillant & M. O'Neill (Éds.), *Accoucher autrement* (pp. 205-241). Montréal, QC: les éditions Saint-Martin.
- Réseau pour un Québec famille. (2019). Répertoire des organismes de soutien à la famille. Repéré à <http://www.quebecfamille.org/reconcilions-famille-et-travail/repertoire-des-organismes-de-soutien-a-la-famille.aspx>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, QC: les éditions remue-ménage.
- Ross, L. (2003). Guide de santé postnatale 9 mois plus tard. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57392>
- Rowan-Legg, A. (2018). L'ankyloglossie et l'allaitement. Repéré à <https://www.cps.ca/fr/documents/position/ankyloglossie-allaitement>
- Russel, K., & Ali, A. (2017). Public attitudes toward breastfeeding in public places in Ottawa, Canada. *Journal of Human Lactation, 33*(2), 401-408.
- Ryan, G. (2013). Online social networks for patient involvement and recruitment in clinical research. *Nurse Researcher, 21*(1), 35-39.
- Santé Canada. (2018). Lignes directrices nationales. Chapitre 6 : l'allaitement maternel. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-6.html>
- Santerre, M.-J., & Fortin, C. (2011). Allaitement. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/allaitement.pdf>
- Seungmi, Y., Martin, R. M., Oken, E., Hameza, M., Doniger, G., Amit, S.,... Kramer, M.S. (2018). Breastfeeding during infancy and neurocognitive function in adolescence: 16 year follow-up of the PROBIT clusterrandomized trial. *PLOS Medicine, 15*(4), 1-16.
- Seibold, S. L. (2011). Applying a contemporary grounded theory methodology. *Nurse Researcher, 18*(4), 11-16.
- Santé et services sociaux du Québec. (2016). Initiative des amis des bébés. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/amis-des-bebes/>

- Sheehan, A., & Bowcher, W. L. (2016). Messages to new mothers: an analysis of breast pump advertisements. *Maternal and Child Nutrition*, 13(2), 1-13.
- Sheehan, A., Schmied, V., & Barclay, I. (2009). Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal and Child Nutrition*, 5(2), 138-150.
- Sitzman, K. (2017). Madeleine Leininger's culture care: diversity and universality theory. Dans K. Sitzman & E. Wright (Éds.), *Understanding the work of nurse theorists* (pp. 93-99). Repéré à <http://nursing.jbpub.com/sitzman/ch15pdf.pdf>
- Slomian, J., Bruyère, O., Reginster, J. Y., & Emont, P. (2017). The internet as a source of information use by women after childbirth to meet their need of information: a web-based survey. *Midwifery*, 48, 46-52.
- Spencer, R. L., Greatrex-White, S., & Fraser, D. M. (2015). 'I thought it would keep them all quiet'. Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: an interpretive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1076-1086.
- Statistique Canada. (2015). Tendances de l'allaitement au Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm>
- Statistique Canada. (2019). Live births and fetal deaths (stillbirths), by place of birth (hospital or non-hospital). Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=1310042901>
- Statistique Canada. (2019b). Live births and fetal deaths (stillbirths), by place of birth (hospital or non-hospital). Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=1310042901&pickMembers%5B0%5D=1.6&pickMembers%5B1%5D=4.1>
- Striley, K. M., & Field-Springer, K. (2014). The bad mother police: theorizing risk orders in the discourses of infant feeding practices. *Health Communication*, 29(6), 552-562.
- Taylor, E., & Wallace, L. (2012). For shame: feminism, breastfeeding advocacy, and maternal guilt. *Hypatia*, 27(1), 76-98.
- Thomson, G., Crossland, N., & Dykes, F. (2012). Giving me hope: women's reflections on a breastfeeding peer support service. *Maternal and Child Nutrition*, 8(3), 340-353.
- Thomson, G., Balaam, M-C., & Hymers, K. (2015). Building social capital through breastfeeding peer support: insights from an evaluation of a voluntary breastfeeding peer support service in North-West England. *International Breastfeeding Journal*, 10(15), 1-14.

- Thomson, G., & Dykes, F. (2011). Women's Sense of Coherence related to their infant feeding experiences. *Maternal and Child Nutrition*, 7(2), 160-174.
- Thomson, G., Ebisch-Burton, K., & Flacking, R. (2015). Shame if you do – shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal and Child Nutrition*, 11(1), 33-46.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- UNICEF. (1990). Déclaration d'Innocenti. Repéré à :
https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
- UNICEF. (2005). Déclaration d'Innocenti. Repéré à :
http://www.innocenti15.net/declaration_french.pdf
- UNICEF. (2012). Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rate in the UK. Repéré à
https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources_policy_doc.pdf
- UNICEF. (2019). Allaitement. Repéré à
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
- Vas Goncalves, A., (2017). What influences women to bottle-feed from birth and to discontinue breastfeeding early? *British Journal of Midwifery*, 25(7), 442-450.
- Wambach, K., & Riordan, J. (2016). *Breastfeeding and human lactation* (5^e éd). Burlington: VT. Éditions Jones & Bartlett
- Watkins, S., Melzer-Brody, S., Zolnoun D., & Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 118(2), 214-221.
- Webb, A. N., Hao, W., & Hong, P. (2013). The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(5), 635–646.
- Weis, N. (2015). Naitre dans ce monde. Documentaire. Canada
- Wertz, F. J., Charmaz, K., McMullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2011). *Five ways of doing qualitative analysis*. New York, NY: The Guilford press.

- Wirihana, L., A. & Barnard, A. (2011). Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women and Birth*, 25(3), 135-141.
- Wolf, J. (2007). Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of health Politics, Policy and Law*, 32(4), 595-636.

Appendice A

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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 œuvre 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 à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante :
Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide, au besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/dix-conditions-pour-le-succes-de-l-allaitement-maternel/>

Appendice B

Carte situationnelle ordonnée préalables à la collecte des données

discours et idéologies
partage espace privé/public
image de la bonne mère
normativité sociale de l'allaitement
discours de la santé publique (culture libéral et choix individualiste)
Badinter
Leninger
discours médical
LLL
théorie de l'attachement

mouvement sociaux/collectifs
lactivisme
naturalisme
culture de soins

cadre historique
invention de la formule
médicalisation des naissances
alliance OMS-UNICEF (influence LLL)
IAB

concepts
allaitement mixte
allaitement exclusif
consentement
autonomie
Empowerment
choix
maternité intensive

acteurs sociaux
la femme
le ou la conjoint(e)
la famille
les amis
les collègues
l'infirmière
La doula
le médecin
le médecin spécialiste (gynéco+pédiatrie)
conseillère en lactation
l'entourage

non humain
lait maternel
anticorps
biberon
formule
tire-lait
tétine
Internet
Guide mieux vivre avec notre enfant

politique
déclaration Innocenti
Code de commercialisation de formule
10 conditions pour un succès à l'allaitement

acteurs institutionnels
hôpital
maison des naissances
CLSC
OMS
UNICEF
OIIQ
LLL
IBCLC
santé publique

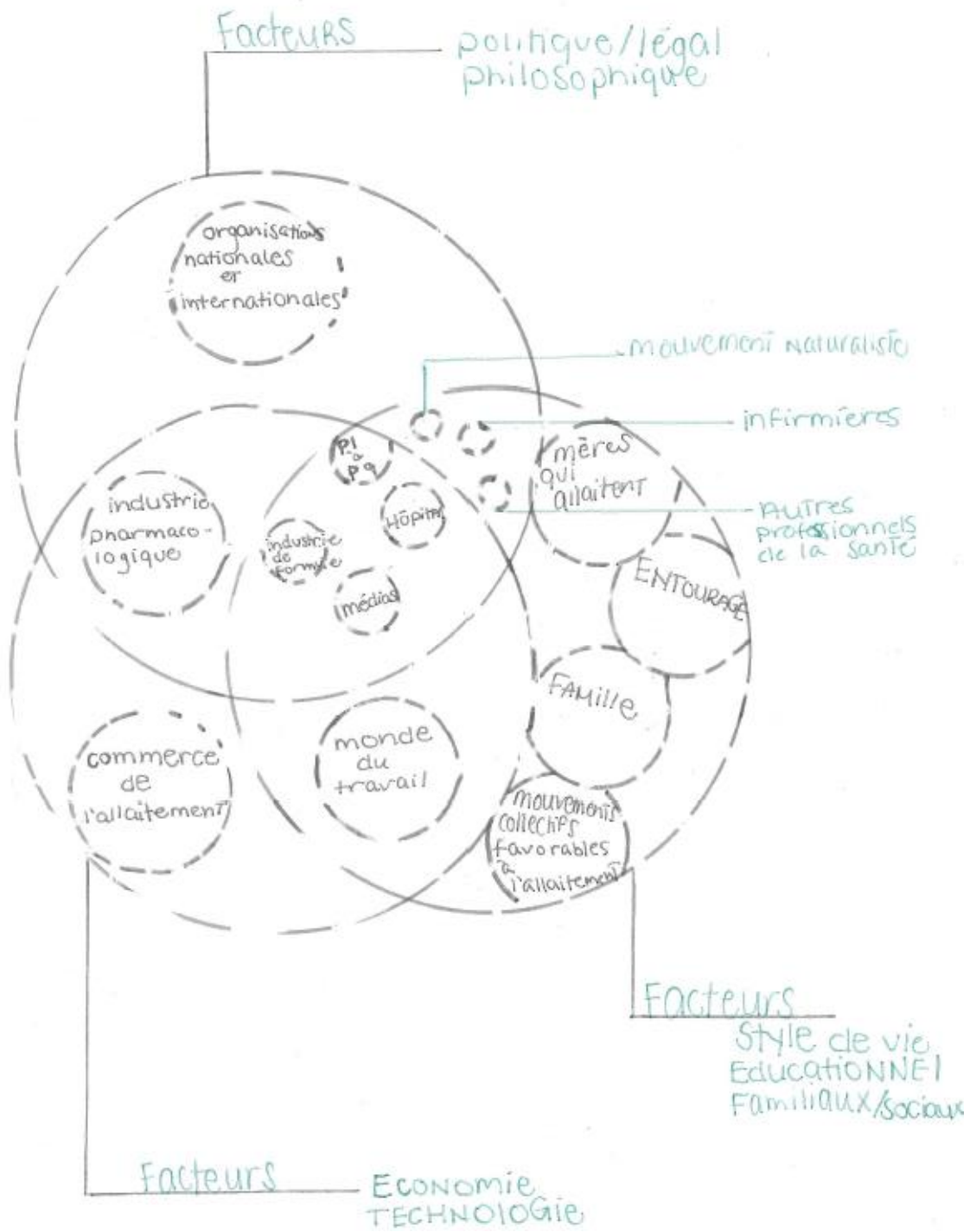
spacio-temporelle
allaitement 6 mois +
uniformité des recommandations

émotions
cupabilité
échec
libération
honte
équité
incertitude
sentiment de devoir justifier

silences impliqués
contrôle social du corps de la femme
dichotomie de la fonction des seins
pouvoir médical (paternalisme)
contexte religieux de la LLL

symboles
moralité de la maternité
naturel=bon
libérateur du biberon
érotique des seins
allaitement=santé

Appendice C
Carte du monde social / arène



Facteurs

politique/légal
philosophique

organisations
nationales
et
internationales

mouvement naturaliste

infirmières

industries
pharmaco-
logiques

industrie
de
formule

Hôpitaux

mères
qui
allaitent

autres
professionnels
de la santé

médias

ENTOURAGE

Famille

commerce
de
l'allaitement

monde
du
travail

mouvements
collectifs
favorables
à l'allaitement

Facteurs

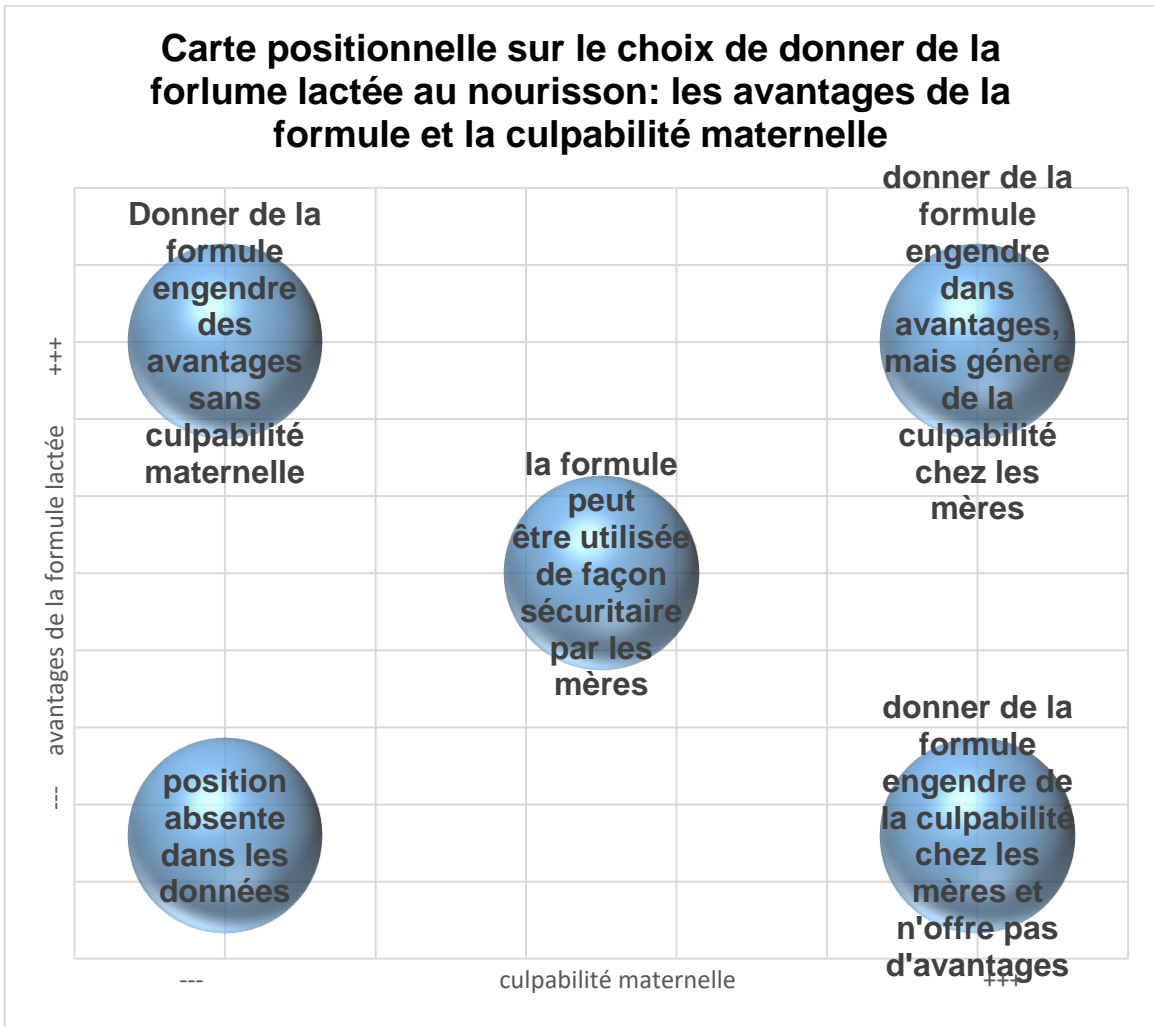
Style de vie
Educationnel
Familiaux/Sociaux

Facteurs

Economie
Technologie

Appendice D
Carte positionnelle

Carte positionnelle sur le choix de donner de la forlume lactée au nourrisson: les avantages de la formule et la culpabilité maternelle



Appendice E
Fiche de recrutement pour l'étude



RECRUTEMENT EN LIGNE¹⁶

Recherche

Participez à une étude sur le parcours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans une culture favorable à l'allaitement.

Entrevue

Vous êtes une maman de 18 ans et + qui a accouché au Québec depuis 2008 ?

Vous êtes une maman qui a choisi une alternative (formule lactée ou allaitement mixte) à l'allaitement maternel exclusif?

Si vous répondez *Oui* à ces deux questions, vous pourriez participer à notre recherche.

Nous souhaitons en connaître plus sur les expériences des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans une culture québécoise favorable à l'allaitement.

Si vous souhaitez participer à cette recherche¹⁷ ou avoir plus d'information, contactez-moi en messagerie privée

Sandrine Vallée-Ouimet, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Sous la direction de Monique Benoit, Ph.D

et Pierre Pariseau-Legault, Ph.D

Téléphone : (xxx)xxx-xxxx

Courriel : xxxxx@uqo.ca

**Votre expérience est importante.
Merci de partager!**

¹⁶ Dans le but de protéger la vie privée des candidates, veuillez noter qu'aucune donnée ne sera collectée à partir des profils Facebook.

¹⁷ **Projet de recherche approuvé par le CER de l'UQO**

Appendice F
Formulaire de consentement pour l'étude



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE

Titre de la recherche : Parcours des femmes qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans une culture favorable à l'allaitement : une analyse situationnelle

Chercheuse en recherche : Sandrine Vallée-Ouimet
Téléphone : (xxx) xxx-xxxx

Courriel : xxxxx@uqo.ca

Directeurs de recherche : Monique Benoit, professeure Ph.D au département des sciences infirmières de l'UQO et Pierre Pariseau-Legault, professeur Ph.D au département des sciences infirmières de l'UQO.

Je suis étudiante en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (campus de Saint-Jérôme). Je mène actuellement une recherche sur le parcours des mères qui choisissent de ne pas allaiter exclusivement leur bébé. Je souhaite comprendre l'impact des choix alternatifs à l'allaitement dans une culture qui est favorable à l'allaitement.

J'aimerais donc recueillir votre témoignage avec l'aide d'un court questionnaire sociodémographique et d'une entrevue enregistrée d'une durée approximative d'une heure trente. Je vous poserai des questions sur votre choix du mode d'alimentation du nourrisson ainsi que sur votre expérience concernant les soins reçus entourant l'allaitement. Votre participation à la recherche est totalement libre et volontaire. L'entrevue aura lieu au moment et à l'endroit que vous désirez, avec ou sans votre bébé selon vos préférences. Si vous éprouvez des malaises ou des inconforts lorsque certaines questions vous seront posées, vous pouvez décider de ne pas y répondre ou de demander à ce que l'entrevue se termine. À cet effet, vous pouvez retirer votre participation à tout moment. Le retrait de votre participation n'entraîne aucun préjudice et **les données préalablement recueillies seront automatiquement détruites (effacement des enregistrements audios, des données enregistrées dans l'ordinateur ainsi que le déchiquetage des documents papier)**. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des soins entourant l'allaitement est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée. Les informations que vous allez partager durant l'entrevue resteront confidentielles. Les

données recueillies seront protégées dans mon ordinateur avec un mot de passe. **Les documents papier seront conservés, sous clé, dans le bureau de ma directrice.**

Le déroulement de l'entrevue sera conforme aux règles éthiques de la recherche. Sous aucune considération, votre nom ne sera invoqué dans les documents rédigés ou publiés. La confidentialité des données sera assurée par la codification des vos noms et prénoms. D'ailleurs, seules les informations collectées durant l'entrevue et par un court questionnaire sociodémographique seront utilisées pour cette recherche. Il est possible que les résultats de la recherche soient utilisés pour des activités de recherche, de publication ou pour des conférences. Les directeurs de recherche pourront avoir accès aux informations recueillies sans toutefois que votre nom y apparaisse¹⁸. Les entrevues seront détruites après **huit ans** au cours desquelles il pourrait avoir des publications s'y référant. **Précisément, les données seront effacées de mon ordinateur, les enregistrements audios numériques seront effacés et les formulaires papier (formulaires de consentements et verbatim) seront déchiquetés.**

Si vous manifestez le désir d'obtenir le résumé des résultats de recherche, je pourrai vous les faire parvenir. Cette étude a été autorisée en accord avec les principes éthiques de l'ÉPTC (Énoncé Politique des Trois-Conseils) auquel souscrit l'Université du Québec à Gatineau (UQO).

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet. Pour toutes questions relatives à la recherche, veuillez contacter Sandrine Vallée-Ouimet (xxx) xxx-xxx. Pour toutes questions relatives à l'éthique, veuillez **contacter André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche (819) 595-3900 poste 1781, andre.durivage@uqo.ca.**

J'ai lu l'information présentée dans la présente lettre de recrutement qui m'informe de l'étude menée par Sandrine Vallée-Ouimet, chercheuse à la maîtrise en sciences infirmière.

¹⁸ Notamment à des fins de contrôle et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications

J'accepte de participer à cette étude :

Nom et prénom de la participante en lettre _____

Signature : _____

Nom et prénom de l'étudiante en recherche _____

Signature : _____

Date _____ Heure _____

Utilisation secondaire des données recueillies

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la santé sous la responsabilité de Sandrine Vallée-Ouimet pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de huit ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

Consentement à une utilisation secondaire :

J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine de la santé sous la responsabilité de Sandrine Vallée-Ouimet.

Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date et heure : _____

Appendice G
Questionnaire sociodémographique

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1) Cochez votre groupe d'âge actuel :

entre 18 ans et 20 ans _____

entre 21 ans et 25 ans _____

entre 26 ans et 30 ans _____

entre 31 ans et 35 ans _____

entre 36 ans et 40 ans _____

entre 41 ans et 45 ans _____

46 ans et plus _____

2) Cochez votre groupe d'âge que vous aviez lors de l'accouchement :

entre 18 ans et 20 ans _____

entre 21 ans et 25 ans _____

entre 26 ans et 30 ans _____

entre 31 ans et 35 ans _____

entre 36 ans et 40 ans _____

entre 41 ans et 45 ans _____

46 ans et plus _____

3) Cochez le dernier niveau de scolarité qui correspond à votre situation:

Secondaire _____

Collégial _____

Baccalauréat _____

Maîtrise _____

Doctorat _____

Autre _____

4) Quel est votre statut matrimonial (encerclez la bonne réponse)?

a) Conjoint de fait

b) marié

c) célibataire

d) veuve

e) Autre? Précisez _____

5) Votre congé parental a été ou sera approximativement de quelle durée :

- a) Aucun congé parental b) moins d'un mois
- c) six mois et moins d) plus de six mois et moins d'un an
- e) plus d'un an f) je ne retournerai pas travailler
- g) autre? Précisez _____

6) Combien d'enfants avez-vous à la maison? Quel est leur âge?

- a) Un enfant _____ Âge _____
- b) Deux enfants _____ Âge _____
- c) Trois enfants _____ Âge _____
- d) Quatre enfants _____ Âge _____
- e) plus de quatre enfants
_____ Âge _____

7) Avez-vous accouché à l'hôpital? (Encerlez la bonne réponse)

- a) oui
b) non

Si la réponse est non, précisez l'endroit de l'accouchement :

8) Avez-vous reçu un accompagnement lors de l'accouchement? (Encerlez la bonne réponse)

- a) oui
b) non

Si la réponse est oui, précisez le type d'accompagnement :

9) Comment dériveriez-vous votre expérience d'accouchement?

- a) Très satisfaisante _____
- b) Satisfaisante _____
- c) Peu satisfaisante _____
- d) Aucunement satisfaisante _____

e) Autre?

Précisez _____

10) Comment décrivez-vous le mode d'alimentation de votre nourrisson (encercler la bonne réponse)?

- a) Allaitement maternel (extraction ou directement au sein) et de la formule lactée _____
- b) Dons de lait maternel et de la formule lactée _____
- c) Seulement de la formule lactée
- d) autre? Précisez _____

11) Comment avez-vous nourri vos autres enfants quand ils étaient nourrissons (encercler la ou les bonnes réponses si applicables)

- a) Allaitement maternel exclusif
- b) Allaitement maternel (extraction ou directement au sein) et de la forme lactée
- c) Dons de lait et de la formule lactée
- d) Seulement de la formule lactée
- e) autre? Précisez _____

12) Quel est votre revenu?

- a) Moins de 15 000\$/ année
- b) Entre 15 001\$ et 20 000\$/ année
- c) Entre 20 001 \$ et 35 000 \$/année
- d) Entre 35 001 \$ et 45 000 \$/année
- e) Entre 45 001 \$ et 60 000 \$/année
- f) Entre 60 001 \$ et 70 000 \$/année
- g) Plus de 70 001 \$ /année...

Merci de votre collaboration!

Appendice H

. Canevas d'entrevues semi-dirigées pour l'étude

Guide d'entrevue

TITRE DE LA RECHERCHE : Le parcours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans une culture favorable à l'allaitement : une analyse situationnelle

Nom de l'interviewer : Sandrine Vallée-Ouimet

Date de l'entrevue : _____

Entrevue effectuée : en personne

Lieu de l'entrevue : _____

Heure du début de l'entrevue : _____

Heure de la fin de l'entrevue : _____

Questions de recherche : Comment s'exprime le choix du mode d'alimentation du nourrisson à travers la culture québécoise favorable à l'allaitement maternel exclusif?

Question d'introduction : Parlez-moi de votre expérience générale portant sur le choix de l'alimentation du nourrisson.

Thème 1 : les dimensions culturelles de l'allaitement

Q.1 : Selon, vous, comment est généralement présenté l'allaitement dans la société?

(publicités, brochures, livres, guides, Internet, recommandations, enseignements, etc.)

Q.1.2 : Comment est présenté l'allaitement dans votre entourage personnel?

(famille, amis, conjoint(e), collègues de travail, etc.)

Q.1.3 : Comment décririez-vous vos croyances/valeurs au regard de l'allaitement?

Thème 2 : les modes alternatifs de l'allaitement

Q.2 : Que représentent les alternatives à l'allaitement exclusif (formule lactée et allaitement mixte) dans votre quotidien?

Q.2.2 : Qu'est-ce qui a influencé votre choix alternatif à l'allaitement exclusif?

Q.2.3 : Comment avez-vous vécu cette prise de décision alternative?

(Avec vous-même, votre entourage, votre famille, etc.)

Thème 3 : l'allaitement dans un contexte de culture favorable

Q.3 : Comment l'allaitement vous a-t-il été présenté par les personnes chargées de vos soins et ceux de votre enfant?

(Enseignements par les infirmières, par les médecins, par d'autres professionnels de la santé, affiches, etc.)

Question de précision : Comment l'allaitement a-t-il été présenté par les personnes qui vous ont accompagnés lors de la grossesse et/ou de l'accouchement?

Q.3.2 : Comment avez-vous reçu les enseignements portant sur l'allaitement?

(Impressions, sentiments, discours, échanges et partages, etc.)

Q.3.3 : Comment les avantages de l'allaitement ont-ils été présentés par les personnes chargées de vos soins?

Q.3.4 : Comment les désavantages de l'allaitement ont-ils été présentés par les personnes chargées de vos soins?

Avez-vous quelque chose à ajouter?

Merci

Appendice I
Certificat d'approbation éthique de l'UQO

Gatineau le 19 juin 2018

Madame Sandrine Vallée-Ouimet
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

cc: Monique Benoit
Professeure
Département de sciences infirmières

Pierre Pariseau-Legault
Professeur
Département de sciences infirmières

Projet #: 2944

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Après l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un «Rapport de suivi continu» chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après «la Politique». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour la durée du projet, à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est :

Durée du projet: 1 an

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant le:

19 juin 2019

Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 jours avant cette date.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage





Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Notre référence: 2944

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: Le parcours des mères qui choisissent des alternatives à l'allaitement exclusif et qui accouchent dans une culture favorable à l'allaitement: une analyse situationnelle.

Soumis par: Sandrine Vallée-Ouimet
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 19 juin 2019

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Date d'émission: 19 juin 2018

Appendice J
Carte situationnelle désordonnées

