

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

MARIE-JOSÉE LÉVESQUE

L'INFLUENCE DES GRANDS-MÈRES DANS LES DÉCISIONS LIÉES À  
L'ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS EN MILIEU AUTOCHTONE

1 août 2013

## Résumé

L'allaitement est reconnu pour ses effets bénéfiques sur la santé des mères et des enfants. Sa pratique exclusive durant les six premiers mois de vie de l'enfant est associée à la réduction de plusieurs maladies telles le diabète, l'hypertension, l'obésité et l'asthme, qui sont des problèmes de santé courants chez les populations autochtones. Pourtant, l'allaitement exclusif selon les recommandations officielles est peu fréquent au sein de ce groupe. Nous nous sommes donc intéressés à l'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants autochtones.

Dans le respect de l'approche ethnographique, des données multiples ont été recueillies durant des périodes d'immersion dans une communauté algonquine. Les résultats illustrent que les obstacles au respect des recommandations officielles en santé sont nombreux : des conditions de vie précaires menant à l'insécurité alimentaire, des problèmes sociaux tels que l'abus d'alcool et de drogue qui ne sont pas étrangers à l'histoire d'oppression et de perte d'identité culturelle vécue par les Premières Nations canadiennes de même que des situations sociales fréquemment observées en milieux socio-économiquement défavorisés.

Les thèmes suivants ont été relevés et explicités: le rôle et l'influence des grands-mères en matière d'allaitement et d'alimentation infantile, les autres sources d'influence présentes dans cette communauté et l'importance d'être perçue comme un modèle de rôle pour influencer les femmes plus jeunes de la communauté. Les résultats démontrent aussi un manque de connaissances et la présence de croyances qui se traduisent par des pratiques à l'encontre des recommandations officielles en matière d'alimentation de l'enfant. Des pistes de solutions sont suggérées pour adresser ces situations.

Nos résultats sont similaires à ceux de plusieurs études réalisées auprès de divers groupes culturels et de populations défavorisées. Par contre, certains thèmes relevés sont spécifiques à l'histoire des Premières Nations au Canada et doivent être pris en considération lorsqu'on intervient auprès de cette population.

Mots-clés : allaitement ; Autochtones ; grands-mères ; ethnographie ; Leininger

## *Table des matières*

Résumé.....	ii
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Problématique.....	4
L'allaitement : état de la situation au Québec, au Canada et chez les Premières Nations.....	7
L'état de santé des Premières Nations.....	9
Les bienfaits de l'allaitement.....	10
Risques liés au non-allaitement et à l'introduction hâtive des solides.....	11
L'influence des grands-mères.....	12
Recension des écrits.....	16
Influence des grands-mères en pays industrialisés.....	20
Influence des grands-mères au niveau culturel.....	26
Influence des grands-mères en milieux défavorisés.....	32
Alimentation des bébés en milieu autochtone.....	37
Objectifs de l'étude.....	44
Modèle conceptuel.....	45
Méthodologie.....	56
Le milieu.....	58
Population / Échantillon.....	60
Choix des informateurs.....	62

Recrutement.....	63
Déroulement de l'étude .....	64
Analyse des données .....	66
Objectifs de l'étude.....	66
Considérations éthiques.....	68
Rigueur scientifique .....	69
Biais possibles durant l'étude.....	70
Limites de l'étude.....	71
Résultats, discussion et recommandations .....	73
Caractéristiques des informatrices.....	75
Milieu de recherche .....	77
Thème 1 : l'influence des grands-mères.....	96
Sous-thème 1: La grand-mère est influente mais pas toujours.....	96
Sous-thème 2 : Autres personnes influentes.....	104
Sous-thème 3 : Influence des infirmières et autres professionnels de la santé.....	109
Sous-thème 4: Modèles de rôle .....	112
Thème 2 : L'état des connaissances et croyances associées .....	114
Sous-thème 1: Méconnaissance des recommandations .....	116
Sous-thème 2: Croyances .....	121
Thème 3 : Implication des aînées .....	124
Thème 4 : Stratégies gagnantes.....	127

Recommandation pour les sciences infirmières .....	131
Recommandations pour la recherche.....	132
Recommandation pour la formation.....	133
Recommandation pour la pratique infirmière.....	134
Recommandation pour les gestionnaires et les décideurs politiques .....	136
Conclusion .....	137
Références .....	139
Appendice 1 : Carte des communautés des Premières Nations .....	154
Appendice 2 : Formulaire de consentement .....	156
Appendice 3 : Guide d’entrevue .....	159
Appendice 4 : Certificat d’approbation éthique .....	163

## **Liste des tableaux et figures**

Figure 1 : Modèle Sunrise.....	49
Tableau 1 : Caractéristiques des informatrices.....	78
Tableau 2 : Thèmes et sous thèmes émergeant de l'analyse.....	95

### *Remerciements*

Tout d'abord, j'aimerais remercier du fond du cœur, Louise Dumas et Mario Lepage, mes mentors, mes guides, durant ces dernières années. Leur disponibilité, leurs bons conseils, leur sagesse, leur générosité et leurs encouragements m'ont accompagnée tout au long de ce périple académique.

Merci aussi à mes collègues et gestionnaires de Santé Canada, particulièrement à l'équipe du Lac Rapide qui m'a soutenue et encouragée et qui a rendu possible mes nombreux déplacements entre la communauté et l'Université. Vous avez été une inspiration pour moi.

Merci à Catherine, ma correctrice, ma cheerleader, sans toi, rien de ceci n'eut été possible. Lévesque et al. (2009-2013) te remercie de ton soutien et de ton amour indéfectible.

Merci à Lysane Paquette et à Sandra Thibault, des collègues d'étude qui sont devenues des amies, des conseillères et une source de soutien essentiel.

Merci à mes amie-s : Kim, Elaine, Biss, Edith (et vraiment tous les autres, vous êtes nombreux), nos discussions passionnées sur les questions autochtones m'ont permis de réfléchir et de cheminer. Vos encouragements et votre soutien m'ont été précieux.

Merci à ma famille adorée, encore ici, beaucoup d'encouragement, de soutien et de compréhension. Merci à maman, qui nous a quittés avant de voir la conclusion de cette aventure.

Et finalement... Meegwetch to the Algonquins of Barriere Lake ... Thanks to the mothers, grandmothers, and community members who have generously shared their stories and their lives with me during those years. Gina, my dear MCH colleague, I have learnt so much about the Algonquin and Anishnabe culture with you, this is priceless and will never be forgotten ... you are a true inspiration and you have given meaning to all of this hard work.



## *Introduction*

La supériorité de l'allaitement comme mode d'alimentation fait l'objet d'un consensus international puisque ses bienfaits sur la santé des femmes et des enfants ont largement été démontrés (Beaudry, Chiasson & Lauzière, 2006; Ip, Chung, Raman, & Chew, 2007; Kramer & Kakuma, 2004, Santé Canada, 2012).

Or, malgré la force de la preuve en faveur de l'allaitement, nous sommes loin d'atteindre les objectifs d'allaitement exclusif pendant les six mois recommandés. Les populations défavorisées affichent des taux d'allaitement particulièrement bas et sont également à risque d'introduire hâtivement autre chose que le lait maternel et c'est également le cas au sein de plusieurs communautés autochtones (Kuperberg & Evers, 2006).

Plusieurs facteurs influencent la prise de décision en faveur de l'allaitement. Parmi ceux-ci, le soutien a été identifié comme un facteur déterminant (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, & Dowswell, 2012). Dans cette étude nous explorons plus particulièrement le soutien et l'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation du jeune enfant en milieu autochtone.

Le premier chapitre expose la problématique en lien avec les bienfaits de l'allaitement et le risque de l'introduction hâtive des solides. Nous présentons ensuite des données sur l'état de santé des Premières Nations et examinons le rôle joué par les grands-mères au sein de cette population. Le deuxième chapitre présente une recension des études ayant abordé le thème de l'influence des grands-mères dans divers milieux et cultures. Le troisième chapitre offre une explication du modèle conceptuel retenu pour

cette étude, soit le nursing transculturel de Leininger. Le quatrième chapitre expose les étapes de la méthodologie utilisée, l'ethnographie ciblée. Finalement, nous présentons dans un même chapitre, nos résultats, la discussion et les recommandations pour les sciences infirmières.

## *Problématique*

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (Organisation Mondiale de la santé, 2013) et ce, depuis plusieurs années. Cette recommandation s'appuie, entre autres, sur une revue de la littérature qui démontre les nombreux bienfaits de cette pratique sur la santé des nouveau-nés et des mères. Par le fait même, aucun liquide ou solide autre que le lait maternel ne devrait être offert aux bébés avant l'âge de 6 mois (Comité canadien pour l'allaitement, 2012; Kramer & Kakuma, 2004; Santé Canada, 2012).

Or, malgré le consensus qui règne autour des bienfaits de l'allaitement, peu de pays industrialisés peuvent se vanter d'avoir atteint les niveaux souhaités. Malheureusement, ce sont souvent les populations les plus vulnérables qui ont tendance à ne pas suivre ces recommandations. Les études démontrent en effet que ce sont les femmes les plus scolarisées, en couple et de niveau socio-économique moyen ou supérieur qui font prioritairement le choix d'allaiter et de le faire selon les recommandations en vigueur (Al-Sahab, Lanes, Feldman, & Tamim, 2010; MacMillan, Jamieson, Walsh, Boyle, Crawford, & MacMillan, 2010; Santé Canada, 2010).

En ce sens, on remarque que dans plusieurs communautés autochtones québécoises et canadiennes, les taux d'allaitement sont nettement plus bas que la moyenne (Black, Godwin, & Ponka, 2008; Commission de la santé services sociaux des Premières Nations Québec et Labrador, 2006; First Nations Information Governance Centre, 2006) et que l'introduction hâtive des solides est monnaie courante (Black et al., 2008; Kuperberg & Evers., 2006).

Des études ont mis en lumière les facteurs qui influencent la prise de décision en faveur de l'allaitement (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). Ces facteurs ont également fait l'objet d'études chez-nous : Dumas et Lepage (1999) en Outaouais, Lepage, Doré et Carignan (2000) à Québec et Pelletier (2001) chez les Francophones du Nouveau Brunswick. Encore ici, on associe le revenu, le niveau d'éducation, l'âge, le fait d'être en couple et le soutien de l'entourage comme des facteurs qui influencent la décision d'allaiter. Plus particulièrement, le soutien et l'influence des grands-mères ont été décrits comme un facteur déterminant en Suède, au Sénégal et aux États-Unis (Aubel, Toure, & Diagne, 2004; Ekstrom, Widstrom, & Nissen, 2003; Grassley & Eschiti, 2007).

De même, dans les communautés autochtones, les aînés occupent une place importante et les grands-mères sont particulièrement influentes au plan des décisions familiales (Banks, 2003; Commission Royale sur les Peuples autochtones, 1996). C'est dans cette perspective que nous trouvons intéressant de nous attarder à leur influence, d'autant plus qu'à notre connaissance, le phénomène n'a jamais été étudié dans une communauté autochtone du Québec. Le but de cette étude est donc de comprendre l'influence des grands-mères dans les décisions touchant l'alimentation du jeune enfant en milieu autochtone.

Nous croyons qu'en comprenant mieux le phénomène, il sera possible, ultérieurement, de trouver des stratégies pour rallier les grands-mères à la cause de l'allaitement et qu'elles seront des alliées pour en faire la promotion auprès des jeunes mamans de leur communauté. L'inclusion des grands-mères dans la promotion des

bonnes pratiques en matière d'allaitement et d'alimentation est d'ailleurs une recommandation de certains chercheurs comme piste de solution dans les pays industrialisés (Grassley & Eschiti, 2007; Horodynski et al., 2007) et dans d'autres pays (Aubel et al., 2004; Bezner Kerr, Dakishoni, Shumba, Msachi, & Chirwa, 2008).

Pour mieux saisir la pertinence de cette recherche en milieu autochtone, rappelons quelques éléments-clés. D'abord, nous présentons les données sur l'allaitement au Québec et au sein des Premières Nations. Puis, nous détaillerons les trois phénomènes en cause dans cette problématique soit l'état de santé précaire des Autochtones, les bienfaits de l'allaitement et les effets néfastes de l'introduction hâtive de substances autre que le lait maternel et finalement, l'influence des grands-mères sur le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.

### **L'allaitement : état de la situation au Québec, au Canada et chez les Premières Nations**

Au Canada, le taux de femmes ayant initié l'allaitement est de 90,3% et le taux d'allaitement exclusif pendant 6 mois est de 13,8% (Al-Sahab et al., 2010). Au Québec, en 2006, le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital était de 52,1%, mais diminuait drastiquement à 3 mois (28,1%), pour atteindre 3% à l'âge de 6 mois. De plus, 59,3% des enfants recevaient des substances autres que le lait maternel avant l'âge de 4 mois (Institut de la Statistique du Québec, 2006).

Si les chiffres sont peu enviables à l'échelle de la province, la situation est encore plus sombre chez certains groupes à risques. À cet effet, on remarque que plusieurs

caractéristiques communément retrouvées dans les communautés des Premières Nations, font en sorte que les femmes autochtones sont moins susceptibles de suivre les recommandations en matière d'alimentation des bébés, par exemple, un faible revenu familial et un niveau de scolarité moindre (Santé Canada, 2010). Le simple fait d'être Autochtone a été décrit comme un facteur de risque lié à un taux d'allaitement moindre (Black et al., 2008).

À notre connaissance, aucune étude ne s'est attardée à la durée de l'allaitement exclusif dans les réserves autochtones. D'ailleurs, nos lectures nous ont amenée à constater qu'il est difficile de comparer les études puisqu'on évoque tantôt le taux d'allaitement, tantôt le taux d'allaitement à la naissance ou encore le taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. On peut cependant dire qu'en général la situation de l'allaitement chez les Premières Nations demeure précaire et mérite l'attention des chercheurs.

Kuperberg et Evers (2006) ont étudié les modes d'alimentation des nouveau-nés des Premières Nations de l'Ontario et rapportent que plus de la moitié des bébés avaient reçu des aliments solides avant l'âge de 3 mois. Or, nous savons que les bénéfices pour la santé que procure l'allaitement sont liés à sa pratique exclusive durant les six premiers mois (Kramer & Kakuma, 2004). L'introduction hâtive des solides fait donc partie du problème, puisqu'elle est un obstacle empêchant les enfants autochtones de profiter pleinement des facteurs de protection liés à l'allaitement exclusif. En effet, les études démontrent que l'allaitement exclusif permet de diminuer l'incidence d'infections, de maladies chroniques et d'allergies (Beaudry et al., 2006; Ip et al., 2007; Leon-Cava,



Lutter, Ross, & Martin, 2002). Cela est d'autant plus préoccupant car l'état de santé des populations autochtones affiche des statistiques alarmantes sur ces aspects.

### **L'état de santé des Premières Nations**

Nous savons déjà qu'il existe des différences significatives entre l'état de santé des Premières Nations et celui de la population canadienne en général (Tang & Browne, 2008; Waldram, Herring, & Young, 2006). Notamment, on remarque que l'espérance de vie des Autochtones est réduite de 7 ans par rapport à celle des autres Canadiens, que le taux de mortalité infantile est plus élevé et que certaines maladies chroniques comme le diabète, sont 3 à 5 fois plus élevées chez les Premières Nations que dans le reste de la population (Affaires Autochtones et développement du Nord Canada, 2006; Agence de santé publique du Canada, 2010; Conseil canadien de la santé, 2005). De plus, les adultes autochtones présentent une surcharge pondérale, c'est-à-dire un indice de masse corporelle (IMC) situé entre 25 et 30, ce qui est supérieur à celui de l'ensemble des Canadiens (Statistique Canada, 2013b). Ces données démontrent bien la pertinence d'augmenter les taux d'allaitement au sein de cette population puisque l'on sait qu'il protège de plusieurs maladies dont souffrent les Autochtones par exemple l'hypertension, l'obésité, le diabète et l'asthme (Beaudry et al., 2006; Leon-Cava et al., 2002). Dans le même sens, le rapport d'UNICEF Canada (2009) sur la santé des enfants autochtones révèle que des inégalités en matière de santé persistent et se traduisent par un taux de mortalité infantile supérieur, un taux de vaccination juvénile inférieur, un

moins bon état nutritionnel et des taux endémiques d'obésité, de diabète et d'autres maladies chroniques.

Or, certaines de ces conditions peuvent être prévenues par une meilleure alimentation débutant très tôt dans la vie de l'enfant, par exemple par l'allaitement (Beaudry et al., 2006; Ip et al., 2007; Leon-Cava et al., 2002).

### **Les bienfaits de l'allaitement**

Les bienfaits de l'allaitement sont bien documentés et ses effets protecteurs font l'objet d'un consensus parmi les professionnels de la santé. Ip et al. (2007) ont démontré la supériorité de l'allaitement dans sa capacité à diminuer les risques pour la santé de la mère et du bébé. Soulignons également, une réduction des risques de développer de l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité, le diabète type II, l'asthme, la réduction de la mortalité liée aux infections courante telles que la diarrhée et la pneumonie (Beaudry et al., 2006; Ip et al., 2007; Kramer & Kakuma, 2004; Leon-Cava et al., 2002; Organisation Mondiale de la santé, 2013). Au cours des dernières années le vocabulaire utilisé en recherche se base davantage sur les risques de ne pas suivre la norme biologique qu'est l'allaitement. Cependant, la plupart des études citées ici sont présentées en termes de bienfaits de l'allaitement. En effet, plusieurs professionnels hésitent encore à utiliser ce langage du risque. Il est à prévoir que les recherches plus récentes utiliseront davantage ce nouveau langage, basé sur la norme biologique.

### **Risques liés au non allaitement et à l'introduction hâtive des solides**

L'alimentation des nourrissons à l'aide de préparations commerciales est liée à une augmentation documentée de maladies telles les diarrhées (Chien & Howie, 2001), les otites (Ip et al., 2007; Leon-Cava et al., 2002), les infections des voies respiratoires (Bachrach, Schwarz, & Bachrach, 2003; Ip et al., 2007) et à une augmentation des décès inexplicables des nourrissons (Ip et al., 2007). Les nourrissons non allaités sont également plus susceptibles de développer des maladies chroniques telles le diabète (Owen, Martin, Whincup, Smith, & Cook, 2006), l'asthme (Ip et al., 2007) et l'obésité (Arenz, Ruckerl, Koletzko, & Von Kries, 2004). Or, tel que mentionné plus tôt, ces conditions sont courantes en milieux autochtones. Pourtant, malgré les risques du non-allaitement ou de la non-exclusivité de l'allaitement durant les six premiers mois de vie, plusieurs mères introduisent précocement d'autres liquides ou solides que le lait maternel (Alder, Williams, Anderson, Forsyth, & Florey, 2004). Plusieurs auteurs ont tenté de cerner cet état de fait dans les pays industrialisés, mais réellement sans succès. On pointe du doigt le travail à l'extérieur des mères et la difficulté de poursuivre l'allaitement par la suite, ce qui illustre le manque de connaissances des femmes et aussi des professionnels de la santé en ce qui concerne l'allaitement au quotidien. Le manque de soutien qui suit cette perte sociale des habiletés en allaitement laisse les femmes vulnérables au marketing agressif des compagnies de substituts du lait maternel fortement dénoncé par de nombreuses instances internationales. Plusieurs facteurs sont donc en cause et on les retrouve en plus grand nombre chez les mères défavorisées et autochtones (Heinig et al., 2009; Horodyski, 2007). Ceci se produit même si les parents sont au fait des

recommandations sur le sujet, ceci étant probablement relié au manque de soutien réel au quotidien.

L'exclusivité recommandée durant les six premiers mois est justifiée, entre autres, par des données probantes issues de travaux de synthèse de Kramer et Kakuma (2004). Ces auteurs canadiens ont en effet rapporté une diminution marquée des infections gastro-intestinales chez les enfants allaités exclusivement durant les six premiers mois en comparaison de ceux qui avaient été allaités exclusivement durant les quatre premiers mois seulement. Or, plusieurs mères introduisent autre chose que du lait maternel avant que leur bébé atteigne l'âge de six mois et c'est une pratique courante chez les Autochtones (Kuperberg & Evers, 2006). Certains auteurs suggèrent qu'une intervention d'éducation et de soutien auprès des femmes autochtones pourrait peut-être réduire ces écarts (Martens, 2002). Cependant, la poursuite de l'allaitement dépend non seulement des connaissances des mères mais aussi du soutien qu'elles reçoivent en postnatal les encourageant dans ce sens. Dans les communautés autochtones, le soutien des grands-mères pourrait donc s'avérer important.

### **L'influence des grands-mères**

Dans plusieurs cultures, le soutien de la grand-mère joue un rôle crucial dans les décisions touchant l'allaitement ou l'introduction des solides. Lorsque c'est le cas, les grands-mères souhaitent s'impliquer auprès des nouveaux parents à l'arrivée d'un nouveau-né, soutenir, conseiller et partager leur expérience (Aubel et al., 2004; Bentley et al., 1999; Grassley & Eschiti, 2007; Ingram, Johnson, & Hamid, 2003).

Il semble que l'importance que l'on accorde à l'avis de la grand-mère dépende de l'influence qu'elle exerce généralement auprès des jeunes familles. Reid et al. (2010) rapportent que les mamans australiennes acceptent les conseils des grands-mères mais ont tendance à valider l'exactitude de ceux-ci auprès des paires ou des professionnels de la santé. Par contre, en Afrique sub-saharienne, ce sont les grand-mères paternelles qui prennent les décisions qui touchent l'alimentation des bébés. Selon Bezner Kerr et al. (2008), dans cette région, les professionnels de la santé ont identifié les grands-mères comme étant un obstacle à leurs efforts pour promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. Des études soulignent aussi le malaise vécu par les jeunes mamans qui se sentent déchirées entre les recommandations des professionnels de la santé et les conseils discordants de leur propre mère/famille (Bezner Kerr et al., 2008; Heinig et al., 2006). À cet effet, il nous apparaît d'autant plus pertinent d'attirer les grands-mères dans les activités de promotion de l'allaitement en vue de valoriser leur influence auprès de leur famille et particulièrement auprès des jeunes mamans.

Le potentiel d'influence des grands-mères en faveur de l'allaitement a été identifié (Grassley et Eschiti., 2007, 2008; Ingram et al., 2003) et il peut s'avérer particulièrement efficace lorsqu'elles ont l'occasion de mettre à jour leurs connaissances et d'apprendre avec les mères lors des interventions de promotion de l'allaitement (Ingram et al., 2003). Fait encourageant, Aibel et al. (2004) ont noté que les grands-mères, gardiennes de la tradition, ne sont pas d'emblée fermées à de nouvelles façons de faire mais elles doivent être incluses dans les processus de planification des interventions éducatives. En Suède, Ekstrom et al. (2003) suggèrent également comme piste de solution, de s'allier les

grands-mères ayant une attitude positive face à l'allaitement car elles peuvent ensuite influencer et soutenir les nouvelles mamans.

Chez les femmes des Premières Nations, à notre connaissance, aucune étude n'a spécifiquement porté sur l'influence des grands-mères quant aux décisions touchant l'alimentation du nouveau-né et des jeunes enfants. Par contre, des études ont abordé le sujet de l'allaitement respectivement chez les Cris, les Autochtones américains et les Mohawks, et ont souligné que les grands-mères et la famille en général avaient une influence sur la décision et la durée de l'allaitement (Banks, 2003; Black et al., 2008; Houghton & Graybeal, 2001). D'ailleurs, Banks (2003) avance que les jeunes femmes sont plus enclines à écouter les conseils de leur propre mère que ceux des professionnelles de la santé. Ceci est également ressorti dans des études réalisées auprès des mères de milieu défavorisés (Heinig et al., 2006; Heinig et al., 2009). D'ailleurs, ce besoin de proximité avec la mère a été décrit dès les années 60 par Rubin (1967) dans sa théorie touchant le rôle maternel. Selon cette auteure encore incontestée de nos jours, durant la grossesse et en postnatal, la grand-mère maternelle revêt une importance capitale dans le développement du concept du « devenir mère » de sa fille.

L'intérêt porté à l'influence des grands-mères autochtones dans la présente recherche est justifié par un manque d'études sur le sujet mais également lié au rôle essentiel joué par les femmes dans la passation des connaissances et des traditions au sein de leur famille. En effet, l'Assemblée des Premières Nations (2005) reconnaît aux femmes des Premières Nations un rôle crucial dans la transmission de la culture aux générations plus jeunes. Nous croyons que c'est aussi le cas pour les connaissances liées

à l'alimentation des bébés. De plus comme il a été rapporté durant le Forum socioéconomique des Premières Nations (2006), il y a actuellement, dans les communautés autochtones, un manque culturel chez les jeunes suite à la rupture dans la transmission intergénérationnelle causée par la perte ou l'érosion de cette culture chez les adultes. Les soins aux enfants ont toujours fait partie de la culture autochtone matrilinéaire. Nous croyons important d'explorer si cette réalité est toujours présente dans les communautés autochtones, particulièrement au Québec.

*Recension des écrits*



Dans les prochaines pages, nous posons un regard critique sur les études répertoriées pour en faire ressortir les conclusions, les comparer et enfin mettre en lumière les aspects qui devraient faire l'objet de recherches subséquentes. Ceci permet de situer la contribution de la présente recherche aux connaissances de la discipline. Nous présentons d'abord les études qui traitent d'un des facteurs déterminants de l'allaitement, le soutien, plus particulièrement celui de la grand-mère. Ensuite nous abordons l'influence des grands-mères dans différents contextes culturels ainsi que dans les milieux défavorisés. Pour compléter ce tableau, nous présentons les études qui ont traité de l'alimentation des bébés et des enfants autochtones.

L'importance du soutien dans le succès de l'allaitement est largement documentée. Par exemple, dans une revue systématique Cochrane, Renfrew et al. (2012) ont analysé 52 études randomisées sur le soutien et l'allaitement représentant 56 451 dyades mères/enfants issues de 21 pays. Les auteurs distinguent deux types de soutien, celui offert par les professionnels de la santé et celui offert par les paires. Les auteures définissent le soutien des paires comme un soutien offert par une personne qui possède un savoir expérientiel sur l'allaitement mais également des caractéristiques similaires à la personne bénéficiant du soutien (statut socio-économique, appartenance ethnique, âge).

Les données probantes issues de cette revue systématique indiquent que le soutien à l'allaitement est un élément-clé qui devrait faire partie des soins de routine offerts aux mères. Les deux formes de soutien sont importantes et se sont avérées utiles pour augmenter le taux d'allaitement exclusif et sa durée. La combinaison du soutien

professionnel et celui offert par les paires est souhaitable. On note aussi que le soutien offert en personne semble être plus efficace que le soutien téléphonique. De plus, on mentionne que le soutien à l'allaitement a plus de chance de porter fruit lorsque la femme est dans un milieu favorable à l'allaitement (haut taux d'initiation). Les auteures soulignent que plus de recherches sont nécessaires pour comprendre le soutien dont les mères ont besoin pour poursuivre l'allaitement. Elles identifient également qu'on devra évaluer la satisfaction de la mère face au soutien reçu dans les études futures car cet élément est généralement peu documenté dans les recherches sur le soutien en vue d'initier et de poursuivre l'allaitement.

Au Canada, un sondage national sur l'expérience de maternité a été effectué auprès de 5 615 femmes ayant accouché d'un bébé entre février et mai 2006 dans les provinces et entre novembre 2005 et février 2006 dans les territoires (Al-Sahab et al., 2010). Le taux de participation était de 75,2%. Les données ont permis de démontrer que 90,3% des femmes ont initié l'allaitement mais seulement 13,8% l'ont poursuivi exclusivement pendant six mois. Encore ici, on met en évidence que les variables étant le plus fortement liées à l'initiation de l'allaitement sont le niveau d'éducation plus élevé (RC : 1.08,  $p < 0,05$ ), le fait d'être en couple (RC : 1.61,  $p < 0,05$ ) et l'âge maternel lors de la grossesse (RC : 1.05,  $p < 0,05$ ). On mentionne aussi que d'avoir un indice de masse corporelle dans les normes de poids santé avant la grossesse (RC : 0.97,  $p < 0,05$ ), d'être non fumeuse (RC : 2.11,  $p < 0,05$ ), d'avoir eu un accouchement vaginal (RC : 1.25,  $p < 0,05$ ) sont également des facteurs associés à un taux d'initiation d'allaitement et d'allaitement exclusif plus élevé. Géographiquement, ce sont les femmes des Territoires

(21,2%) et de la Colombie Britannique (19,2%) qui atteignent les plus hauts taux d'allaitement exclusif à six mois. Le Québec arrive au septième rang avec 10 %. L'étude démontre aussi que c'est à partir du troisième et du quatrième mois que le taux d'allaitement exclusif décline rapidement. Bien qu'aucune explication ne soit fournie sur la raison de ce déclin, on croit qu'il s'agit d'un moment charnière qui mérite l'attention des professionnels de la santé. Enfin, les auteurs concluent que des efforts pour promouvoir l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de la vie de l'enfant doivent se poursuivre en ciblant particulièrement les femmes moins instruites, monoparentales et primipares.

Antérieurement, une étude pancanadienne a été réalisée dans le but d'examiner les facteurs démographiques et socioéconomiques associés à l'allaitement (Millar & Maclean, 2005). Les données utilisées provenaient du sondage sur la santé des communautés canadiennes réalisé en 2003 par Statistiques Canada. Seule une partie de ce vaste sondage a été analysée, soit ce qui touche à l'expérience d'allaitement des femmes âgées entre 15 et 55 ans ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années. Au final, les réponses de 7 266 informatrices ont été analysées afin de dresser un portrait de l'allaitement au pays. Des analyses multivariées ont démontré que le niveau de scolarité postsecondaire (RC : 3,05,  $p < 0,05$ ), le salaire élevé (RC : 1,73,  $p < 0,05$ ) et le fait d'être immigrant sont des caractéristiques associées à un plus haut taux d'initiation de l'allaitement. Cependant, même si 85% des mères canadiennes décident d'allaiter, très peu atteignent la cible des six mois d'allaitement exclusif, tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (2011). Les chercheurs suggèrent que cette chute

drastique des taux d'allaitement, principalement après avoir quitté l'hôpital, pourrait être liée à un manque de soutien au sein des familles et des communautés.

À notre connaissance, aucune revue systématique ne s'est attardée exclusivement au soutien des grands-mères dans les décisions liées à l'allaitement ou plus largement, à l'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Par contre, nous avons répertorié plusieurs articles qui ont abordé ce thème de façon plus ou moins approfondie.

### **Influence des grands-mères en pays industrialisés**

Des études ont examiné le soutien en faveur de l'allaitement, en particulier celui des grands-mères dans les pays industrialisés. Kohlhuber, Rebhan, Schwegler, Koletzko et Fromme (2008) ont réalisé une étude prospective en vue de faire un portrait des taux et de la durée de l'allaitement en Bavière (Allemagne). Les femmes ayant accouché en avril 2005 dans les cliniques ou les hôpitaux de cette région ont reçu un questionnaire par la poste deux mois après la naissance de leur enfant. Seules les mères ayant déclaré qu'elles allaitaient toujours leur bébé ont reçu les questionnaires subséquents (4, 6 et 9 mois). Sur les 8 805 mères ayant accouché en avril 2005, 3840 ont répondu au questionnaire. Au final, 3822 questionnaires valides ont été analysés. Une des conclusions de cette étude s'apparente à ce qui est généralement retrouvé dans la littérature depuis de nombreuses années, à savoir que les femmes de statut socioéconomique faible forment un groupe à risque qui initie peu l'allaitement et, si elles choisissent l'allaitement, elles le poursuivent pour une durée plus courte. L'article aborde également des aspects intéressants en lien avec la présente recherche. Par

exemple, leurs résultats montrent qu'une attitude défavorable de la grand-mère et/ou du partenaire face à l'allaitement est associée à l'abandon précoce de cette pratique (RC : 3,62,  $p < 0.001$ ). Malheureusement, les recommandations de cette étude sont très générales et vagues. On incite les professionnels de la santé à motiver la famille de la nouvelle maman afin qu'elle soit soutenue durant l'allaitement. On donne peu d'indication sur la façon d'approcher la famille, ni sur le type de soutien que la grand-mère pourrait apporter en vue d'influencer les choix.

Winterburn, Jiwa et Thompson (2003) ont mené une étude quantitative de type randomisé et contrôlé (RCT) pour comparer le choix de l'allaitement et sa durée entre deux cohortes recrutées au Royaume-Uni. Toutes les femmes fréquentant une clinique de suivi prénatal durant la période de l'étude ont été invitées à participer ( $n=103$ ) et 72 d'entre elles ont accepté, donc un taux participation de 69,9%. Les femmes ont été aléatoirement assignées à un groupe contrôle ( $n=42$ ) ou à un groupe intervention ( $n=30$ ). Les femmes du groupe intervention devaient choisir une personne pouvant les soutenir durant la période d'allaitement, leur mère, pour la plupart. Cette dyade était rencontrée à domicile par une sage-femme durant la période prénatale pour discuter d'allaitement. Les résultats révèlent qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au niveau du taux d'initiation de l'allaitement (chi carré=1,39,  $p=0,24$ ) ni au niveau de la durée de l'allaitement (chi carré=5,4,  $p=0,5$ ). Par contre, lors de l'analyse des tendances, même si le taux de signification n'a pas été atteint, les auteurs ont remarqué qu'une partie des femmes ayant bénéficié du soutien ont allaité plus longtemps (chi-carré=2,9,  $p=0,09$ ), ils ne chiffrent

toutefois pas cette durée supplémentaire. Pour contextualiser ceci, les auteurs mentionnent que le taux d'initiation de l'allaitement était supérieur à la moyenne nationale dans le groupe d'intervention, ce qui peut, en partie, expliquer le fait que l'intervention n'ait pas eu un effet plus marqué. De plus, des entrevues avec les sages-femmes ainsi qu'avec les femmes ayant reçu le soutien de leur mère ont mis en lumière que certaines grands-mères, bien que proches de leur fille, n'étaient pas nécessairement enthousiastes face à l'allaitement. De même, certaines sages-femmes affichaient des doutes quant à la pertinence d'inclure les grands-mères durant les rencontres. Ceci a donc également pu diminuer l'impact de l'intervention.

Similairement, Ekstrom et al. (2003) se sont intéressées au soutien à l'allaitement chez les primipares et les multipares en milieux suédois. Les résultats des analyses non paramétriques (corrélations de Spearman) ont démontré que le soutien de la grand-mère et/ou du conjoint est associé à une durée prolongée de l'allaitement exclusif et ce, autant chez les primipares ( $n=194$ ,  $r_s$  0,31,  $p < 0,01$ ) que chez les multipares ( $n=294$ ,  $r_s$  0,28,  $p < 0,01$ ). Pour arriver à ces résultats, les auteures ont fait parvenir des questionnaires à 542 mères ayant accouché par voie vaginale d'un bébé à terme et en santé entre le 1 janvier et le 31 mars 1996. De ce nombre, 488 femmes ont répondu au questionnaire (194 primipares et 284 multipares). Cette étude souligne que le soutien des grands-mères peut être favorable mais que ce n'est pas toujours le cas. À cet effet, les auteures ont souligné l'importance d'explorer les croyances des grands-mères. Elles avancent que les femmes qui ont eu leurs enfants dans les années 60-70, époque où l'allaitement n'était pas en vogue, ont davantage de difficultés à véhiculer un message

positif face à l'allaitement. Les auteures suggèrent de favoriser la mobilisation des grands-mères ayant une attitude positive envers l'allaitement car elles seront plus aptes à soutenir leur fille.

Meyerink et Marquis (2002) ont entrepris une étude pour documenter l'importance de l'expérience personnelle et familiale dans les décisions liées à l'alimentation de bébé chez les femmes défavorisées de l'Alabama. Les femmes ayant un rendez-vous en clinique pédiatrique pour leurs bébés et respectant les critères d'éligibilité de l'étude ont été approchées et 150 d'entre elles ont accepté de participer (150/174, taux de participation 86%). La collecte de données sociodémographiques permettait de savoir si les femmes avaient été exposées à l'allaitement dans le passé et si elles avaient elles-mêmes été allaitées. Les résultats révèlent que les femmes n'ayant pas été allaitées sont moins susceptibles de faire le choix d'allaiter ( $n= 7/83$ , 8,4% Chi carré,  $p < 0,05$ ). De plus, elles sont moins enclines à allaiter si aucune femme de leur famille (mère, grand-mère, sœur) n'a allaité. En associant les caractéristiques des femmes participant à l'étude avec leur décision d'allaiter ou non, les auteurs suggèrent que, pour cette cohorte de femmes défavorisées, le soutien de la famille semble être plus déterminant que celui des professionnels de la santé dans le choix du mode d'alimentation du bébé. En concluant leur étude, les auteurs soulignent que l'inclusion des femmes de plusieurs générations vivant sous le même toit dans la promotion de l'allaitement peut encourager l'entourage à soutenir davantage la nouvelle maman.

Antérieurement, Bentley et al. (1999) sont arrivés aux mêmes conclusions dans une étude de type ethnographique inspirée du modèle écologique dans laquelle des

mères adolescentes afro-américaines (n=19) et leurs mères (n=19) ont été recrutées (échantillon de convenance) parmi les informatrices d'un programme pour les familles défavorisées (WIC) dans la région de Baltimore, aux États-Unis. Des entrevues en profondeur ont été effectuées au domicile familial, avec les jeunes mamans seulement (quatre entrevues chacune) et d'autres avec la grand-mère (deux à trois entrevues chacune). Les résultats de l'étude indiquent que les grands-mères jouent un rôle prédominant dans les décisions liées à l'alimentation. On explique cette grande influence par la proximité physique entre les trois générations vivant sous le même toit et le fait que plusieurs des mères adolescentes sont financièrement dépendantes de leurs mères.

Reid et al. (2010) ont procédé à une étude qualitative descriptive ayant pour but d'explorer les croyances des grands-mères dans leur rôle de soutien aux nouvelles familles et également d'examiner le potentiel d'influence de celles-ci sur les décisions liées à l'alimentation des bébés. En plus d'obtenir les données sociodémographiques usuelles, ils ont procédé à des entrevues semi-dirigées auprès de grands-mères (n=11) vivant dans un quartier défavorisé de Sydney en Australie et, par la suite, une discussion de groupe (*focus group*) a eu lieu avec trois d'entre elles. Trois thèmes importants sont ressortis de l'analyse : la présence : « être là, soutenir et faire ce que je peux pour aider », leur position : « les nouvelles mamans doivent apprendre à faire les choses elles-mêmes et faire face aux situations, mais si elles veulent mon aide, je suis là », et finalement, le pouvoir versus préserver l'autonomie : « Après tout je suis seulement la grand-mère ». Pour ces grands-mères australiennes, le respect des décisions de la



nouvelle maman semble valorisé. En fait, les grands-mères interrogées sentent que les mères d'aujourd'hui sont plus autonomes et se laissent moins influencer par les aînées. Elles relatent que le fait de donner des conseils non sollicités peut être perçu comme une intrusion par la jeune maman. De plus, les mamans auraient tendance à vérifier l'exactitude des conseils donnés par les grands-mères auprès de personnes jugées plus crédibles (des paires ou des professionnels de la santé). Il semble donc que les grands-mères jouent un rôle auprès des jeunes mamans même si ces dernières sentent parfois le besoin de valider les informations reçues en consultant des professionnels de la santé.

De leur côté, Grassley et Eschiti (2008) ont animé 4 groupes de discussion avec des mères américaines de diverses cultures (n=30) en vue d'évaluer leur perception des connaissances des grands-mères et du soutien qu'elles leur apportent. Les résultats illustrent que dans certains groupes culturels, les mères n'osent pas contredire les grands-mères, même si celles-ci ont des opinions qui vont à l'encontre des messages véhiculés par les professionnels de la santé. Par exemple, certaines femmes sentaient de la pression et un déchirement lorsque la grand-mère insistait pour introduire des liquides autres que le lait maternel. Les auteurs recommandent donc que les grands-mères aient accès à des séances d'information visant à mettre à jour leurs connaissances et qu'il serait également souhaitable que les professionnels de la santé explorent les mythes et croyances de celles-ci afin de pouvoir contrer leur effet néfaste sur l'allaitement. D'autre part, certaines des pratiques transmises de mère en fille vont dans le sens des

recommandations en vigueur par exemple, l'allaitement à la demande, selon les besoins du bébé.

Les études citées plus haut soulignent l'influence des grands-mères dans les décisions liées aux soins du bébé et à son alimentation. Certains chercheurs (Duddridge, 2000; Grassley & Eschiti., 2007) recommandent de planifier des interventions éducatives visant les deux générations car celles-ci sont appréciées des informatrices en période prénatale. Certaines études laissent aussi présager qu'en matière d'influence et de soutien des grands-mères, il y a des différences selon les cultures. C'est ce que nous allons explorer dans la prochaine section.

### **Influence des grands-mères au niveau culturel**

Au Sénégal, Aubel et al. (2004) ont réalisé une étude qui offre une avenue intéressante dans un contexte où les connaissances et les attitudes des grands-mères ne sont pas en cohésion avec les recommandations actuelles. Cette recherche-action comprenait trois phases : d'abord une étude qualitative en vue de mieux comprendre le rôle des grands-mères en matière de santé et d'alimentation. Ainsi, par le biais de plusieurs groupes de discussion regroupant 260 personnes (grands-mères, mères, pères), les auteurs ont exploré l'importance des grands-mères dans l'alimentation des jeunes enfants. Les données récoltées soulignent que les grands-mères jouent un rôle prédominant dans tous les aspects de la santé maternelle et infantile. Elles sont respectées et on les consulte lorsqu'on a besoin de conseils sur ce sujet. Par la suite, la deuxième phase, consistait à l'implantation d'une stratégie d'éducation sur la nutrition

destinée aux grand-mères de 13 villages sénégalais (n=134). Des pré-tests et des post-tests ont été utilisés pour vérifier l'acquisition de connaissances. Les résultats indiquent une augmentation des connaissances des grands-mères ayant participé à une séance d'éducation. Par exemple, les auteurs rapportent que 98% des grands-mères ayant eu la formation étaient favorables à la mise au sein immédiatement après la naissance contre 46% avant la formation. Dans le même ordre d'idée, 96% étaient en faveur de l'allaitement exclusif jusqu'à cinq mois après avoir suivi la formation alors que ces mêmes femmes n'y étaient favorables qu'à 29% avant l'intervention. Enfin, durant la dernière phase, l'évaluation, on a comparé les résultats d'un questionnaire administré à 100 grands-mères ayant bénéficié de l'intervention avec ceux de 100 grands-mères d'un village de la région qui n'a pas fait l'objet d'une intervention (groupe contrôle). On souhaitait, entre autres, vérifier les pratiques d'allaitement et les connaissances. Il s'avère que les femmes des villages ayant participé (n=100) étaient plus nombreuses à avoir des comportements favorisant l'allaitement de celles du groupe contrôle (n=100), tels que la mise au sein dès la naissance (98% contre 57%), l'allaitement exclusif pour les cinq premiers mois (93% contre 35%), retarder l'introduction des solides à cinq ou six mois (93% contre 35%), ce qui souligne l'efficacité de l'intervention.

Dans la même lignée, Bezner Kerr et al. (2008) ont procédé à une recherche action sur le rôle et les croyances des grands-mères face à l'alimentation des enfants du Malawi. Un premier volet visant à comprendre les pratiques culturelles autour du phénomène et un second visant à mettre en pratique les connaissances acquises durant l'étude par exemple, dans des activités éducatives et de promotion de la santé. Les

données qualitatives recueillies dans la première phase de l'étude proviennent d'entrevues semi-structurées et de groupes de discussion auprès de 21 informateurs-clés comprenant des grands-mères, des jeunes mamans, des professionnels de la santé et d'autres intervenants d'une communauté du Malawi. Les résultats décrivent que c'est la grand-mère paternelle qui s'occupe davantage des jeunes enfants et c'est également elle qui a le plus d'influence sur les décisions liées à l'alimentation par exemple, pour décider du moment où les solides seront introduits dans l'alimentation du bébé. De même, certaines traditions comme celle de donner une infusion de racines au bébé pour le protéger de mauvais sort sont perpétuées par les grands-mères paternelles. On leur reconnaît donc beaucoup d'influence et de respect. Dans cette étude, les entrevues effectuées avec les infirmières responsables de la promotion de l'allaitement dans les hôpitaux révèlent que les grands-mères sont perçues comme un obstacle à l'allaitement exclusif. Par exemple, les infirmières déplorent que les grands-mères apportent des tisanes à l'hôpital et forcent les bébés à en boire même si ceci va à l'encontre des conseils en matière d'allaitement exclusif. De leur côté, les jeunes mamans se sentent divisées entre les conseils des professionnels de la santé et ceux des grands-mères, souvent en contradiction. Bien que certaines souhaitent suivre les recommandations professionnelles en vue d'un allaitement exclusif, une fois à la maison, elles doivent abandonner ce désir suite aux décisions des grands-mères. En conclusion, les auteurs suggèrent qu'en matière de promotion de l'allaitement, il ne faut pas exclure les personnes qui ont le plus d'influence à savoir ici, les grands-mères. Le succès de l'allaitement exclusif ne peut avoir lieu sans tenir compte des croyances et de

l'important rôle que les grands-mères jouent auprès de la jeune maman et du bébé. Enfin, ils suggèrent que pour diminuer la tension entre les recommandations des professionnels de la santé et celles des grands-mères, il faut ouvrir un dialogue plus large qui tient compte des croyances et des relations de pouvoir qu'exercent les grands-mères dans la vie domestique des villages, sans quoi les pratiques des grands-mères continueront de faire obstacle à l'allaitement exclusif.

Pour leur part, Glover, Waldon, Manaena-Biddle, Holdaway et Cunningham (2009) ont réalisé une étude auprès des femmes Maori (Autochtones de Nouvelle-Zélande) et de leur famille élargie en vue de documenter leur perception des services reçus et d'identifier les difficultés pour l'atteinte de meilleurs résultats en matière d'allaitement. Notons qu'à l'instar des Autochtones du Canada, les Maoris affichent un taux d'allaitement plus bas que la moyenne nationale et qu'on connaît peu leurs pratiques d'alimentation infantile. Donc, cette étude a été réalisée à l'aide d'entrevues auprès de mères maoris (n=59) et de membres des familles élargies, nommés Whanau (n=27). Les résultats mentionnent que le manque d'accès à des cours prénataux et à des activités de promotion de l'allaitement, la gêne d'allaiter en public et les conseils contradictoires reçus sont des aspects nuisant à la poursuite de l'allaitement. De plus, certaines familles considèrent que l'éducation prénatale faite par les professionnels de la santé n'est pas adaptée à leur culture. Ils citent par exemple le matériel éducatif non adapté à leur culture et les interventions, particulièrement en milieu hospitalier, qui ne vont pas dans le sens de la culture maori. Une piste proposée par les auteurs est l'inclusion de la famille dans les activités de promotion de l'allaitement puisque celle-ci

est considérée comme partie prenante dans les décisions concernant l'alimentation des enfants.

Ingram et al. (2003) croient aussi que des efforts sont nécessaires pour offrir des interventions adaptées à la culture et qu'il faut favoriser la prestation de services dans la langue parlée par la communauté. C'est là un des constats auxquels elles sont parvenues suite à une étude visant à explorer les croyances et les pratiques culturelles des grands-mères de l'Asie du sud en matière d'alimentation des bébés. Des grands-mères sud-asiatiques vivant en Angleterre mais originaires de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh (n=14) ont été rencontrées lors d'une discussion de groupe basée sur un modèle centré sur la culture. Ensuite, des dyades mères/grands-mères d'origine indienne (n=4) ont été interviewées à l'aide du même guide d'entrevue. L'analyse des données révèle que les grands-mères sont conscientes du besoin de soutien des nouvelles mamans et croient que leur rôle est de donner des conseils et de régler des problèmes liés aux soins du bébé. De même, pour les femmes interviewées, l'allaitement est perçu positivement et elles sont à même d'identifier des bénéfices pour la mère et l'enfant. Parmi les croyances et pratiques discordantes avec les recommandations professionnelles, on mentionne le fait de jeter le colostrum et l'ajout d'eau bouillie à la diète du bébé de 2 ou 3 jours. Fortes de ces connaissances, les auteures ont mis sur pied une intervention visant à augmenter les connaissances d'un autre groupe de participantes, soit une dyade de 16 mères/grands-mères, sur différents thèmes liés à l'allaitement (bénéfices pour la santé, prise du sein, positionnement, soutien de la part de la famille). Il n'y avait pas de groupe contrôle, ni de pré-test/ post-test. En guise d'évaluation, ces mères et ces grands-mères ont été

interviewées pour donner leur appréciation de l'intervention. Parmi les données qui en sont ressorties, certaines grands-mères ont mentionné que sans la formation, elles auraient été plus tentées de donner des formules commerciales de lait au bébé alors que maintenant, elles ont plutôt encouragé l'allaitement exclusif. De plus, les deux générations ont apprécié apprendre ensemble dans un contexte familial plutôt que dans une clinique. Ce dernier point souligne la pertinence des recommandations de Grassley et Eschiti (2007) sur les bienfaits de réunir les deux générations pour qu'elles apprennent ensemble.

Pour leur part, Lamm, Keller, Yovsi et Chaudhary (2008) ont eu recours à l'ethnothéorie pour mettre en lumière les distinctions entre quatre groupes culturels. Ils cherchaient à obtenir un portrait du rôle de la mère et de la grand-mère selon la culture de chacune. Différents groupes ont été formés : un groupe de classe moyenne d'origine allemande (n=41 mères, n=22 grands-mères), un groupe de classe moyenne d'origine indienne (n=36 mères, n=12 grands-mères), un groupe de classe rurale camerounaise (n=29 mères, n=20 grands-mères) et un groupe de classe urbaine camerounaise (n=28 mères, n=12 grands-mères). Le recrutement a été fait soit à l'hôpital où elles ont accouché, lors des cours prénataux ou de la visite chez le pédiatre. En plus de recueillir les données sociodémographiques usuelles, les chercheurs ont effectué des entrevues au domicile de chaque famille. Les résultats en lien avec la présente étude révèlent que dans certaines sociétés traditionnelles, les aînés jouissent d'un statut privilégié, qu'ils ont de l'influence et qu'ils sont respectés. Par contre, dans les sociétés occidentales (cohorte allemande), l'éducation et le statut professionnel semblent donner plus de crédibilité que

le statut d'aîné. Par contre, les auteurs suggèrent qu'avec la globalisation, même au sein des cultures traditionnelles, les aînés sont de moins en moins considérés comme des détenteurs de connaissances.

Dans plusieurs études, on constate que certaines pratiques des grands-mères vont à l'encontre des recommandations actuelles. Par exemple la croyance que le colostrum est mauvais pour le bébé (Ingram et al., 2003), qu'il faille donner un mélange d'eau bouillie et de miel (Ingram et al., 2003), donner de l'eau sucrée (Higgins, 2000) ou donner des infusions de racines pour protéger les bébés (Bezner Kerr et al., 2008).

En résumé, les aspects culturels doivent être pris en considération mais le statut socio-économique aussi. En effet, puisqu'on considère souvent la pauvreté comme une sous-culture en soi, il s'avère pertinent de revoir ce qui a été publié au sujet de l'influence des grands-mères de milieux défavorisés.

### **Influence des grands-mères en milieux défavorisés**

Plusieurs études faites auprès des jeunes mères de milieux défavorisés (Alder et al., 2004; Heinig et al., 2006; Heinig et al., 2009; Horodynski et al., 2007) ont fait mention que, dans cette population, les grands-mères ont une influence marquée et participent souvent activement aux soins du bébé et à son alimentation. Ce sont souvent elles qui prennent les décisions concernant le bébé.

Heinig et al. (2006) ont mené des groupes de discussions auprès de 65 femmes (28 anglophones et 37 hispanophones) recrutées dans trois comtés du nord de la Californie, plus particulièrement dans les cliniques destinées aux populations vulnérables (WIC).



Les critères d'inclusion étaient d'avoir un enfant âgé entre 4 et 12 mois ainsi que la capacité de s'exprimer en anglais ou en espagnol. En tout, huit groupes de discussion ont eu lieu. Plusieurs thèmes sont ressortis de cette étude auprès de femmes de milieux défavorisés, dont le fait que les sources d'influence en matière d'alimentation sont nombreuses : famille, amis, conjoints et professionnels de la santé. En lien avec notre étude, plusieurs femmes ont évoqué l'influence de leur mère ou de leur belle-mère. Ainsi, les grands-mères sont perçues comme des personnes expérimentées et dignes de confiance. Elles ont même plus de crédibilité que les professionnels de la santé. Selon les informatrices, contrairement aux grands-mères, les professionnels de la santé ne comprennent pas tout à fait leur réalité, leurs coutumes et les conseils de ceux-ci ne sont pas adaptés à leur situation et leurs besoins.

Une étude espagnole a également été menée par Barona-Vilar, Escriba-Aguir et Ferrero-Gandia (2009) sur l'expérience et la perception des femmes enceintes du soutien social reçu et de son impact sur le choix d'allaiter et sa durée. Des entrevues qualitatives individuelles et des discussions de groupe ont été menées auprès de 31 mères, sans être basées sur un modèle théorique particulier. Les auteurs ont mis en lumière l'hétérogénéité des sources de soutien à l'allaitement (conjoint, grand-mère, amies). Parmi les facteurs identifiés, notons le fait d'avoir été exposée à l'allaitement dans le passé. Finalement, les auteurs ont également noté des liens entre le statut socio-économique et les sources d'influence les plus importantes en matière d'alimentation des bébés, à savoir que plus les conditions socioéconomiques sont élevées, moins la grand-mère est considérée comme une source fiable en ce qui concerne l'alimentation de

l'enfant. À l'inverse, dans un milieu plus défavorisé, l'expérience de la grand-mère est jugée plus importante, ce qui va dans le même sens que les conclusions de l'étude de Reid et al. (2010) présentée précédemment.

Horodynski et al. (2007) ont étudié les facteurs reliés à l'introduction des solides auprès de mères à faibles revenus. Les auteurs ont eu recours à six groupes de discussions avec des mamans (n=23) ayant des bébés de moins de douze mois. Quatre des six discussions traitaient principalement de l'introduction des solides alors que les deux autres discussions visaient à récolter les commentaires des mères sur les recommandations de l'*American Academy of Pediatrics* en matière d'allaitement. On souhaitait évaluer quels messages étaient les plus utiles pour les mères. Trois grands thèmes ont émergé des discussions : les connaissances des mères en matière d'alimentation des bébés, leur perception sur l'application des recommandations et le type d'information qu'elles recherchent de même que la façon d'y accéder. Certains résultats de cette étude sont en lien avec notre recherche à savoir que chez les mères de race noire, l'influence des grands-mères ou des femmes âgées de la famille est grande. Ce sont elles qui sont consultées le plus lorsqu'il s'agit de prendre des décisions liées à l'alimentation des bébés, ce qui n'est pas le cas chez les femmes caucasiennes qui consultent davantage leurs paires ou des professionnels de la santé. En guise de recommandations, les auteurs suggèrent qu'il est souhaitable d'offrir des interventions éducatives qui incluent la mère et la grand-mère ou/ et autres personnes significatives. Finalement, mentionnons qu'au niveau des messages ayant le plus d'impact, les informatrices ont trouvé que les messages sur les effets négatifs de l'introduction hâtive

des solides étaient plus percutants et convaincants que les messages sur les bénéfices de l'allaitement exclusif au cours des six premiers mois de vie. Ce dernier point a amené les auteurs à suggérer d'inclure des messages sur les risques des substituts du lait maternel introduits hâtivement.

Alder et al. (2004) se sont intéressés aux facteurs qui influencent l'introduction des solides. Cette étude prospective de cohorte a été réalisée par des entrevues et par la compilation d'un questionnaire auprès de femmes primipares âgées entre 16 et 40 ans ayant donné naissance dans un hôpital de la région de Fife en Écosse. Des 526 ayant accepté de participer, 338 femmes ont été interviewées à douze semaines post-partum et de ce nombre, 286 ont complété et acheminé le questionnaire reçu à 20 semaines postnatales. Les résultats soulignent que près de la moitié des mères avaient déjà introduit les solides à 12 semaines. Parmi les raisons justifiant ce choix, les mères ont évoqué la perception que l'enfant en avait besoin, soit pour être rassasié ou pour dormir toute la nuit. Les rapports de cotes ont démontré que l'opinion de la grand-mère maternelle s'est avérée être une variable significative (RC : 0,94,  $p < 0.001$ ) dans la décision d'introduire les solides. Selon les auteurs, plusieurs variables qui influencent l'introduction hâtive des solides sont les mêmes qui influencent l'initiation et la durée de l'allaitement. S'il est impossible d'agir sur certaines d'entre elles, par exemple l'âge de la mère, son niveau d'éducation, ses revenus, il est possible d'influencer certaines autres, comme le rôle des grands-mères, leurs croyances, leurs connaissances.

D'ailleurs, Crocetti, Dudas et Kurgman (2004) abondent dans le même sens suite aux deux sondages effectués dans le cadre d'une étude transversale réalisée en 2002

dans les cliniques externes de deux hôpitaux du Maryland où l'on a distribué des questionnaires à 114 mères ou pères présents lors de la visite postnatale de quatre mois. Au total, 102 questionnaires ont été complétés. Les résultats montrent que les solides sont fréquemment introduits avant l'âge de quatre mois; 44% des enfants de l'étude ont reçu des céréales avant l'âge de quatre mois et ce, même si plus de 77% des mères connaissaient les recommandations sur l'âge d'introduction des solides. En discussion, les auteurs avancent que le fait que plusieurs parents ne respectent pas les recommandations en matière d'introduction des solides n'est pas étranger au fait que les professionnels de la santé n'ont accordé que peu d'importance aux croyances familiales qui sont transmises d'une génération à l'autre et qui semblent influencer davantage que les recommandations des professionnels de la santé.

En soutien de cette partie, il nous apparaît clair que le soutien des grands-mères s'avère un élément-clé dans la réussite de l'allaitement, tant au niveau de la décision d'allaiter que dans le respect des recommandations internationales en matière d'exclusivité et de durée. L'effet de ce soutien est davantage associé à une durée prolongée de l'allaitement (Ekstrom et al., 2003; Winterburn et al., 2003). Les grands-mères ont une influence plus marquée chez les populations défavorisées et/ou dans certains groupes culturels (Alder et al., 2004; Aubel et al., 2004; Barona-Vilar et al., 2009; Bentley et al., 1999; Bezner Kerr et al., 2008; Heinig et al., 2009; Horodyski et al., 2007). Les données suggèrent d'augmenter leur niveau de connaissances et d'examiner leurs croyances personnelles sur l'alimentation de l'enfant en vue d'éviter

qu'elles soient en opposition avec les messages des professionnels de la santé (Bezner Kerr et al., 2008; Ekstrom et al., 2003; Ingram et al., 2003).

Si tous s'entendent pour dire que la grand-mère et la famille doivent être incluses dans les activités de promotion de l'allaitement, on reste relativement avare de détails sur les meilleures pratiques pour y arriver. Des auteurs précisent cependant qu'il est bénéfique de réunir les deux générations pour qu'elles apprennent ensemble (Grassley & Eschiti, 2007, 2008; Horodynski et al., 2007). En ce sens, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à l'alimentation des nourrissons et de jeunes enfants issues des communautés autochtones, ce qui renforce notre perception quant à la nécessité et la pertinence de la présente recherche.

### **L'alimentation des bébés en milieu autochtone**

Les études présentées dans cette section n'avaient pas comme but spécifique d'explorer l'influence de la grand-mère, mais plutôt les différentes sources de soutien pour les femmes des Premières Nations. Nous les présentons car ces informations permettent de mieux comprendre le contexte de l'allaitement en milieu autochtone.

Martens (2001, 2002) a réalisé des études quantitatives sur l'allaitement dans les communautés autochtones du Manitoba, entre autres, l'évaluation de deux initiatives réalisées auprès de femmes Ojibwe. La première initiative consistait en une intervention éducative prénatale sur l'allaitement par une infirmière et la seconde, à une formation offerte aux paires en vue de soutenir les mères allaitantes (*Post Partum Peer Counseling Program*). Pour débiter, l'ensemble des dossiers des enfants nés entre 1992 et 1997

(n=283) a été décrit en ce qui concerne le mode d'alimentation, le moment du sevrage et la présence de soutien du groupe de paires. En plus de ces données, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 33 mères (dont 18 avaient reçu le soutien de paires) afin d'évaluer la perception des mères quant à l'efficacité du programme de soutien des paires. Les participantes ont également complété un questionnaire nommé « *Breastfeeding Decision Model* ».

Les stratégies de promotion de l'allaitement fait par l'infirmière ont eu un impact sur le taux d'initiation qui est passé de 40 à 60% entre 1995 et 1997. Celles qui ont obtenu le soutien de leurs paires ont cessé l'allaitement plus tard que celles qui n'ont pas reçu ce soutien (RR de sevrage = 0,47,  $P < 0,05$ ). Les données qualitatives ont été utiles en vue de contextualiser les données quantitatives. Par exemple, les femmes ayant eu le soutien des paires disent avoir eu accès aux informations dont elles avaient besoin, rapportent une meilleure expérience d'allaitement et moins de problèmes liés à l'alimentation de leur enfant. Selon l'auteure, il est possible que le soutien de paires formées en allaitement ait pu contrer l'influence des normes communautaires qui favorisent les formules commerciales de lait plutôt que l'allaitement. Il y a lieu de se demander si les grands-mères qui sont en contact quotidien avec les mères et leurs bébés pourraient avoir une influence semblable à celle des paires si elles étaient bien outillées pour faire la promotion de l'allaitement.

Une intervention visant à promouvoir l'allaitement a également été entreprise dans la communauté Mohawks de Kanésataké (Banks, 2003), plus particulièrement auprès des grands-mères et des femmes significatives de la communauté. Aucun détail

méthodologique n'étant fourni dans l'article révisé, une certaine prudence est de mise quant aux recommandations. Selon cette auteure, l'héritage matriarcal de plusieurs communautés autochtones confirme l'importance de la grand-mère dans les décisions liées aux soins des enfants de la communauté et l'importance de les inclure dans la promotion de l'allaitement. Les stratégies de promotion mises de l'avant durant cette intervention comprenaient entre autres, d'inclure la famille élargie, particulièrement la grand-mère maternelle et d'adapter l'enseignement à la culture des Premières Nations en favorisant la transmission des connaissances par la tradition orale. Même si les auteures semblent attribuer à cette intervention une hausse de 43% du taux d'allaitement à la naissance, la méthodologie utilisée pour recueillir les données n'est pas suffisamment détaillée pour établir un lien de cause à effet. Par contre la richesse des thèmes abordés dans cet article est indéniable, il nous semble donc pertinent de les explorer davantage dans la présente recherche. Par exemple, on mentionne l'impact de l'histoire et des politiques d'assimilation, entre autres les pensionnats autochtones qui ont eu un effet dévastateur dans la vie des communautés canadiennes et particulièrement sur la transmission des connaissances en matière de soins aux enfants. De plus, on positionne la grand-mère comme une personne influente et pouvant promouvoir la pratique de l'allaitement.

Chez nos voisins américains, Rhodes, Hellerstedt, Davey, Pirie et Daly (2008) ont étudié les attitudes et les pratiques en matière d'allaitement chez les Ojibwe du Minnesota. Les données de cette étude proviennent d'une enquête épidémiologique longitudinale visant à illustrer l'étendue des otites chez les enfants autochtones

américains. En plus de compléter un questionnaire à chaque rencontre, les femmes ont été interviewées au cours du dernier trimestre de grossesse (n=380) ainsi qu'à deux semaines (n=342) et à six mois post partum (n=256). Les résultats démontrent qu'en présence du soutien de la grand-mère, 50% des femmes initient l'allaitement et 56% le font en présence du soutien du conjoint. S'il s'avère que le conjoint et la grand-mère sont tous les deux importants dans la décision d'initier l'allaitement, seul le soutien de la grand-mère maternelle s'est révélé significatif pour la poursuite de l'allaitement au-delà deux semaines (RC : 2,3,  $P < 0,05$ ). On explique ce résultat par le fait que dans les normes culturelles des Ojibwe, une femme cherche conseil auprès des femmes de sa famille, plus particulièrement auprès de sa mère. Ceci appuie notre impression face à l'importance de l'influence des grands-mères dans la culture autochtone, surtout pour ce qui touche les décisions liées aux bébés.

Dodgson, Duckett, Garwick, et Graham (2002) se sont également intéressés aux Ojibwe du Minnesota, dans une perspective écologique. Ils ont utilisé l'ethnographie ciblée pour faire ressortir le contexte culturel et les phénomènes complexes liés à l'allaitement dans ces communautés. Parmi les thèmes qui sont ressortis, on note l'importance de la tradition, le respect de l'opinion des aînées et de la transmission orale des savoirs traditionnels chez les Autochtones. Pour les questions liées à l'allaitement, les informatrices avaient tendance à s'adresser davantage à leur famille ou leurs amis plutôt qu'aux professionnels de la santé. Encore une fois ici, on mentionne que les stratégies de promotion doivent s'adresser à toute la famille et non seulement à la femme enceinte. Enfin, les auteurs ajoutent qu'ils ont constaté beaucoup de variations



dans le niveau d'attachement aux traditions Ojibwe, par exemple, il y avait un contraste entre les participantes, certaines étaient très articulées au sujet des traditions alors que d'autres n'étaient pas au fait de celles-ci et ne les intégraient pas dans leur vie quotidienne. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution car l'étude se déroulait dans un milieu ciblé et le nombre de informatrices était restreint (n=12).

Houghton et Graybeal (2001) ont étudié les pratiques d'allaitement d'une cohorte de femmes autochtones de l'état de Washington. Ces femmes ont été recrutées dans huit cliniques du programme américain WIC (programme américain pour population défavorisée). Un questionnaire a été distribué à 100 femmes éligibles. L'analyse a porté sur les 50 questionnaires complétés et conformes sur les 55 reçus. Des analyses statistiques descriptives ont été utilisées ainsi que des tests non paramétriques (corrélations de Spearman) en vue de faire ressortir la relation entre certaines variables ayant une incidence sur l'allaitement. Les résultats indiquent que plus de 82% des femmes (n=41) ont reçu du soutien et des encouragements à allaiter de la part de leur famille. La présence du soutien du conjoint est déterminante pour ces femmes lors de l'initiation de l'allaitement (27/39 avec soutien et 1/11 sans soutien  $p=0,0005$ ). L'importance du soutien de la grand-mère a été évoqué comme facteur favorisant l'allaitement (26/37 avec soutien et 3/13 sans soutien  $p=0,006$ ). Les auteurs concluent donc qu'il est souhaitable d'inclure le conjoint et la grand-mère maternelle dans les activités de promotion de l'allaitement. De plus, ils rappellent l'importance de la transmission orale des savoirs chez les Autochtones de même que l'apprentissage dans un contexte informel, détendu et adapté à leur culture.

Flood et Dodgson (2010) se sont intéressés à la perception des professionnels œuvrant auprès des populations autochtones rurales d'Hawaii. Dans une étude ethnographique ciblée auprès de vingt intervenants, ils dressent un portrait qui est similaire à celui qui prévaut chez les Autochtones canadiens en matière d'allaitement. Ainsi, ils décrivent que la vie des gens est parfois compliquée par la violence conjugale, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que par l'instabilité au sein des foyers. Dans de telles situations, les intervenants perçoivent que l'allaitement n'est pas une priorité, d'autant plus que la norme sociale n'est pas en faveur de l'allaitement et que le soutien familial est souvent absent. Ces auteurs avancent que ces manques peuvent être en partie liés au délaissement des traditions autochtones chez les natifs d'Hawaii.

Enfin, sans aborder l'influence des grands-mères, des études canadiennes ont abordé la question de l'allaitement et de l'alimentation des enfants autochtones. Black et al. (2008) ont dressé un portrait de l'allaitement chez les Cris de l'Ontario par l'analyse rétrospective de 297 dossiers. Ils ont eu recours à des analyses de régression et de chi carré pour déterminer les caractéristiques des femmes qui allaitent dans cette communauté autochtone. Les résultats révèlent que l'âge de la mère, son statut tabagique, son niveau d'éducation et l'endroit où elle vit ont une incidence sur le fait d'allaiter ou non. Ces facteurs vont dans le même sens que ce qui est connu auprès de la population générale (Al-Sahab et al., 2010; Santé Canada, 2010).

Kuperberg et Evers (2006) ont établi le portrait des habitudes alimentaires et du poids chez des enfants de certaines communautés autochtones de l'Ontario. Les résultats

ont été obtenus en mettant en parallèle des données sociodémographiques et des entrevues sur les pratiques alimentaires. Les parents participants devaient également compléter un journal alimentaire de 24 heures pour leur enfant lorsque celui-ci atteignait 48 mois. Des données telles que le périmètre crânien, le poids et la taille ont également été colligées. Les résultats démontrent que les recommandations actuelles en matière d'allaitement ne sont pas suivies par plusieurs familles autochtones. On note par exemple un taux d'initiation de 75% qui chute rapidement; en effet, 39,7% ont cessé l'allaitement dès l'âge de 3 mois. Le taux d'allaitement exclusif à 6 mois n'est pas mentionné, mais constate que 57,1% des enfants ont reçu des aliments solides avant l'âge de trois mois. Toutefois, les auteurs n'expliquent pas ce qui influence ce manque d'adhésion aux recommandations mais mentionnent une relation entre le fait d'assister à des cours prénataux et de déclarer un sentiment d'appartenance à un clan avec la décision d'initier l'allaitement.

Au moment de conclure cette recension des écrits, il semble évident que les grands-mères ont un potentiel d'influence. Le rôle de premier plan joué par les grands-mères au moment où sa fille devient mère a été documenté dès la fin des années 60 par Rubin (1967) et par la suite par Mercer (1985). De nos jours, cette influence est toujours présente mais varie selon les milieux et les cultures. Elle semble plus prononcée dans les sociétés traditionnelles et dans les milieux défavorisés. Chez les Premières Nations, le rôle de la grand-mère est ancré dans la culture, tout particulièrement dans ce qui a trait aux soins des enfants. Ceci semble particulièrement vrai en ce qui concerne les décisions liées à l'allaitement et à l'alimentation des enfants. Par contre, on trouve peu d'écrits sur

les connaissances et les croyances de grands-mères autochtones sur ces thèmes, ni sur le soutien qu'elles apportent ou souhaiteraient apporter aux nouvelles mamans. Également, peu de données sont disponibles sur les meilleures façons de promouvoir l'allaitement auprès des grands-mères autochtones.

### **Objectifs de l'étude**

La présente recherche vise donc :

1. à comprendre l'influence des grands-mères maternelles autochtones auprès de leur fille concernant la décision d'allaiter et d'introduire autre chose que du lait maternel au cours des premiers mois de vie de l'enfant,
2. à déterminer des stratégies gagnantes pour permettre à ces grands-mères d'influencer ces décisions dans le sens des recommandations en vigueur en matière de santé des jeunes enfants.

*Modèle conceptuel*

Le modèle conceptuel retenu pour guider nos travaux est le modèle du Nursing transculturel (Leininger & MacFarland, 2002). Ce modèle a été retenu parce que la présente étude vise une compréhension approfondie d'un phénomène qui prend racine dans une culture différente de celle de l'étudiante-chercheuse, qui est infirmière. Selon Leininger et MacFarland (2006), « la culture est constituée des valeurs, croyances et pratiques qui permettent d'établir les patterns culturels à partir des gens qui la composent. » (p.36, traduction libre). Selon Schim, Doorenbos et Miller (2007), la culture inclut une grande variété de comportements sociaux, de valeurs, d'attitudes et de symboles partagés que la plupart des personnes prennent pour acquis comme faisant partie de leur vie » (p. 104, traduction libre). Le Nursing transculturel, plus que tout autre modèle conceptuel en sciences infirmières, propose une manière d'appréhender la recherche avec les gens d'une autre culture ce qui permet d'atteindre une compréhension et une appréciation des phénomènes culturels au niveau de la santé, comme celui qui est ici à l'étude. Dans les prochaines pages, nous détaillons les postulats de base du modèle conceptuel de Leininger et MacFarland (2002) et les concepts clés pertinents pour cette recherche.

Le nursing transculturel de Madeleine Leininger appartient à l'école du *caring*. En ce sens, ce modèle aborde la personne selon une vision holiste en tenant compte de la culture et de la santé (Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2010). Cependant, la spécificité du modèle de Leininger réside dans le fait que la théoricienne place la culture au centre de son intérêt. En ce sens, l'essence même du nursing transculturel est d'offrir des soins qui sont en cohérence avec les valeurs, les croyances et les pratiques

culturelles, tout en développant une appréciation profonde des différences et des similitudes des cultures qui nous entourent.

Le nursing transculturel est issu d'une vision qui marie l'anthropologie et les sciences infirmières. Il propose une manière de voir et d'étudier des phénomènes ancrés dans une culture particulière. Une des théories les plus importantes du Nursing transculturel est la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels (Leininger & MacFarland, 2006). Cette théorie a été utilisée dans plus de 600 recherches publiées (Leininger & MacFarland, 2002). De même, plusieurs chercheurs y ont eu recours pour étudier différents aspects influençant la santé des groupes autochtones ou autochtones (Bindler, Allen, & Paul, 2004; De Vera, 2003; Hubbert, 2008; Weaver, 1999). Par exemple, l'auteure d'une étude chez une population autochtone portant sur la perception de la guérison du diabète, estime que la théorie de Leininger lui a permis de mettre en lumière l'influence des aspects religieux, philosophiques et socioculturels sur la façon de percevoir les soins de santé au sein de ce groupe autochtone (De Vera, 2003).

Dans le domaine de l'allaitement, Henry et al. (2010) ont utilisé cette théorie pour étudier l'influence des facteurs socioculturels sur les pratiques d'allaitement des femmes défavorisées du Brésil. Cela leur a permis d'identifier des pistes de solutions adaptées à la culture pour l'ensemble des facteurs socio-culturels qui avaient un impact sur l'allaitement.

De leur côté, Tourville et Ingalls (2003) soutiennent que la théorie est un outil qui aide les infirmières à offrir des soins culturels cohérents parce qu'il amène le chercheur

à considérer l'ensemble des éléments qui influencent un phénomène. Il permet donc une approche holistique pour comprendre les situations et le vécu des personnes et des groupes culturels.

Afin de mieux comprendre les différents éléments de cette théorie, nous présentons ici sa représentation graphique nommé modèle *Sunrise* (Leininger & MacFarland, 2006). Ce modèle est un guide cognitif sur les éléments à considérer et à étudier lorsqu'on s'intéresse à un phénomène culturel car ces éléments ont une influence marquée sur la santé et le bien être des individus et des collectivités. Nous détaillons donc les différents éléments contenus dans le modèle *Sunrise* et ensuite, nous expliquons comment la théorie et le modèle nous guident dans l'étude sur l'influence des grands-mères autochtones dans les décisions liés à l'alimentation des jeunes enfants.

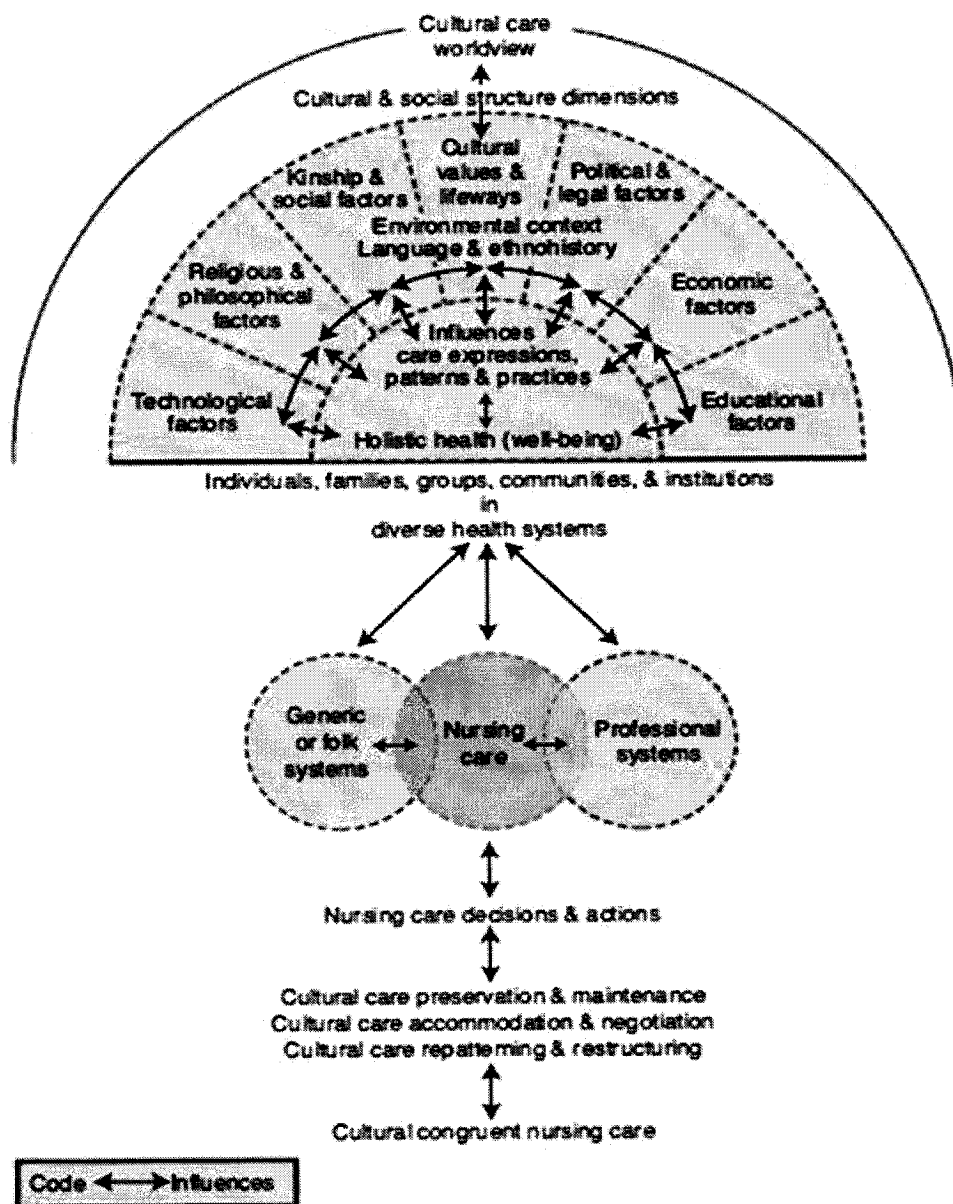
Dans cette théorie, la diversité culturelle, fait référence aux variations entre et parmi les groupes culturels, qui se traduisent par des différences au niveau de la langue, des valeurs, des croyances, des normes et des manières de vivre. Quant à l'universalité culturelle, elle fait référence aux besoins et aux caractéristiques qui ne varient pas d'une culture à l'autre, qui sont donc communs à tous les êtres humains.

Lorsqu'on étudie le modèle *Sunrise*, on peut constater que Leininger & MacFarland mettent l'accent sur l'interaction constante entre les différentes composantes du modèle. Ainsi, la vision du monde de la personne ou d'un groupe interagit avec les structures sociales et culturelles qui à leur tour ont une influence sur l'éducation, les relations familiales, la religion, les croyances, l'économie, la politique et



les lois. Tous ces facteurs se reflètent dans les pratiques de soins d'une personne ou d'une communauté culturelle (*care expressions, patterns and practices*).

Figure 1 : *Modèle Sunrise*



Source: Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resources CD-ROM to Accompany *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*, Third Edition, by Mary Ann Boyd and Diana Schweisguth. 2005

Le modèle souligne également que le centre de notre intérêt d'infirmière et de chercheuse doit demeurer la famille, les individus, les communautés.

Les facteurs du modèle influencent trois types de soins, à savoir les soins professionnels, les soins génériques ou traditionnels et les soins infirmiers. Les soins professionnels sont liés aux connaissances acquises par une éducation formelle; ils touchent la santé, la maladie, le bien-être des individus. Ce sont des soins qui sont généralement dispensés dans des institutions reconnues, par exemple les hôpitaux. Les soins génériques ou traditionnels sont des soins culturels traditionnels transmis d'une génération à l'autre. Le contexte de vie, les habitudes et les relations sociales sont au cœur de ces soins, ce qui constitue une approche holistique où le *caring* est omniprésent. Idéalement, les soins infirmiers devraient être un mariage des deux types de soins.

Ces derniers concepts sont particulièrement intéressants dans le cadre de la présente recherche où justement, nous souhaitons comprendre comment s'exerce l'influence des grands-mères en l'allaitement (soins génériques) qui, dans notre vision (soins infirmiers), peut parfois sembler contredire les messages en matière d'alimentation du nouveau-né véhiculés par les professionnels de la santé (soins professionnels).

Enfin, à la base du graphique, on retrouve l'objectif même de la théorie qui est de dispenser des soins qui sont en cohérence avec la vision et la culture de la personne ou du groupe culturel. Pour y arriver, trois types d'approche sont suggérés, selon la situation : le maintien du soin culturel, l'adaptation ou la négociation du soin culturel et enfin le remodelage du soin culturel.

Pour illustrer les connaissances qui peuvent émerger à partir des concepts de ce modèle, mentionnons Higgins (2000) qui a utilisé ce modèle dans son étude sur les pratiques en matière d'alimentation du nouveau-né au sein d'une population portoricaine. Il s'agit d'un exemple intéressant des trois modalités de soins proposés par Leininger et MacFarland (2006).

La famille est un élément central de la vie des Portoricains. La cohésion et l'entraide occupent une place importante et les membres de la famille participent fréquemment aux soins des enfants. Les infirmières peuvent donc s'appuyer sur cette force pour faire la promotion des bonnes pratiques alimentaires tout en maintenant le soin culturel. Inclure la grand-mère, la traiter avec respect et avoir une approche centrée sur la famille sont tous des éléments qui sont en cohérence avec les valeurs culturelles de cette population et ils contribuent à établir un climat de confiance avec les professionnels de la santé, dont les infirmières. L'auteure met ensuite en lumière une problématique, soit l'anémie infantile reliée à des pratiques alimentaires culturelles telles que l'introduction hâtive du lait de vache et de liquide sucré dans l'alimentation du bébé. L'adaptation du soin culturel peut alors consister à encourager les membres de la famille à avoir recours à des aliments traditionnels qui sont riches en fer, par exemple le « *ponche de malta* », une boisson à base d'œufs et de malte, très populaire dans ce pays plutôt que ces boissons inappropriées pour les nourrissons. Pour les Portoricains, un gros bébé est perçu comme un bébé en santé. Il est donc courant que les grands-mères portoricaines renforcent des mauvaises habitudes alimentaires, telles la suralimentation de l'enfant et le fait de donner des liquides sucrés et des friandises. Comme les

« gardiennes de la tradition » jouent un rôle important dans l'alimentation des enfants, le remodelage du soin culturel doit passer par elles. Il s'agit alors pour l'infirmière de proposer de nouvelles pratiques d'alimentation qui permettent d'avoir un bébé joufflu mais en santé. Ce type de remodelage a aussi été suggéré dans d'autres études avec des groupes culturels différents, par exemple par Aube et al. (2004) au Sénégal, par Bezner Kerr et al. (2008) au Malawi et par Duddridge (2000) en Angleterre. Enfin, Higgins (2000) conclut sur l'importance de fournir des informations sur les bonnes pratiques dans la langue utilisée par la famille.

Leininger et MacFarland (2002) soulignent que son modèle est flexible et qu'il offre la possibilité d'aborder les soins sous n'importe quel angle, selon l'intérêt premier du chercheur. Ainsi, nous pouvons étudier l'allaitement chez les Autochtones en partant des relations sociales et familiales et ensuite explorer les autres aspects. Nous pouvons également nous intéresser aux soins génériques et explorer la transmission des savoirs ancestraux en matière d'allaitement. À cet effet, plus concrètement, voici les éléments du modèle que nous avons pris en considération dans la présente recherche.

En utilisant le modèle *Sunrise* pour mieux comprendre les pratiques en matière d'alimentation des bébés chez les Premières Nations, nous devons prendre en considération les facteurs suivants : l'éducation, l'économie, les valeurs culturelles, les relations sociales et familiales, l'environnement, la langue, le contexte politico-historique, la philosophie et la religion (spiritualité). Par exemple, sur le plan historique, plusieurs auteurs (Brant Castello, 2006; Haskell & Randall, 2009; Waldram, 2006) ont documenté les effets néfastes des pensionnats autochtones sur la santé. Au Canada,

durant plusieurs années, les enfants ont été retirés de leur communauté dès l'âge de quatre ans en vue d'être assimilés à la culture dominante, « établissant ainsi des relations de pouvoir, d'autorité et de paternalisme » (Browne, 2009, p.168, traduction libre). Ces enfants étaient complètement coupés de leurs familles jusqu'à leur retour à l'âge adulte. Même si ces événements ont eu lieu il y a plusieurs années et se sont terminés autour des années 70 et 80 dans la plupart des cas, de Graff (2001) croit que les traumatismes historiques sont transmis d'une génération à l'autre. De plus, cette séparation imposée des familles a certainement eu un impact sur la transmission des soins génériques aux bébés et à la pratique de l'allaitement qui se faisaient généralement via les aînées des communautés souvent matrilineaires (Banks, 2003). Il y a donc eu rupture dans la transmission intergénérationnelle des savoirs ancestraux liés aux soins des jeunes enfants.

Chez les Autochtones, dans la dimension des relations familiales et sociales, les personnes plus âgées sont considérées comme des sages dont l'opinion est fortement valorisée. Varcoe, Bottorff, Carey, Sullivan et Williams (2010) ont mentionné que dans la communauté autochtone qu'ils ont étudiée, les aînés étaient reconnus pour leur sagesse, qu'on leur demandait conseil et qu'ils avaient de l'influence sur les décisions de la communauté en matière de santé. Selon eux, les aînés constituent une ressource sous-utilisée. Ceci est en partie lié à l'érosion des pratiques culturelles qui sont le lot de plusieurs nations autochtones

Au niveau de l'éducation, les Autochtones sont moins scolarisés que la moyenne canadienne; en effet, 28,9% des adultes autochtones n'ont aucun diplôme alors que le

taux pour les non-Autochtones est de 12,1% (Statistique Canada, 2006). Ceci constitue un frein connu au choix de l'allaitement comme mode d'alimentation des nourrissons (Millar & Maclean, 2005; Santé Canada, 2010). Il en va de même pour le faible revenu des ménages autochtones. Il est connu que, dans les milieux défavorisés, les recommandations en matière d'alimentation des nourrissons sont moins bien respectées (Bentley et al., 1999; Heinig et al., 2006; Heinig et al., 2009; Horodynski et al., 2007; Meyerink et Marquis, 2002).

En ce qui a trait aux aspects politiques, pour ne donner que cet exemple, au Canada, les Autochtones sont régis par la loi sur les Indiens, une loi perçue comme injuste par plusieurs et qui a eu pour effet de faire des Autochtones des citoyens de seconde classe. La création des réserves autochtones et des conseils de bande sont des aspects régis par cette loi qui ont créé beaucoup de tensions entre le gouvernement fédéral et les peuples autochtones (Coates, 2008).

Ces quelques exemples démontrent qu'on ne peut étudier un phénomène de façon isolée, sans prendre en considération l'impact du milieu familial, de l'environnement, de l'histoire et du milieu socio-économique. Le modèle *Sunrise* nous permet de remettre en contexte culturel le récit des femmes interviewées pour la présente recherche sur l'influence des grands-mères autochtones sur les pratiques en matière d'alimentation des jeunes enfants. Plusieurs dimensions du modèle ont servi de base pour développer les guides d'entrevues mais aussi pour rédiger les notes de terrain. Par exemple, l'existence de tensions politiques entre deux clans de la communauté est un aspect documenté car il permet d'approfondir la compréhension de cette réalité. Cette situation amène la division

de certaines familles rendant les rencontres communautaires plus difficiles et moins harmonieuses. Ceci peut également être un obstacle aux rassemblements traditionnels où les aînés occupent normalement une place importante et où ils peuvent transmettre leurs savoirs, leurs coutumes et leur culture. Il est donc important de documenter ce fait. De même, dans l'histoire des Premières Nations, plusieurs tentatives d'assimilation et d'acculturation ont créé des traumatismes qui ont à leur tour créé des problèmes sociaux que nous nous devons d'évoquer.

Comme la présente étude vise à comprendre un phénomène culturel encore peu étudié, à notre connaissance, une approche qualitative de type ethnographique est privilégiée, ce qui va tout à fait dans le sens du modèle *Sunrise* de Leininger et MacFarland (2006). Les divers éléments du modèle constituent une base conceptuelle inestimable comme trame de fond de la recherche.

## *Méthodologie*



Pour décrire l'influence des grands-mères quant à l'alimentation des enfants de moins de deux ans dans un contexte culturel autochtone, une méthode qualitative de type ethnographie ciblée est retenue. Tout comme l'ethnographie classique, cette méthode permet d'étudier un phénomène dans un milieu naturel autre que celui de l'étudiante-chercheuse, ce qui permet d'apprendre sur la culture et la façon dont celle-ci influence les attitudes, les croyances et les gestes (Goodson, 2011) ici, en ce qui a trait à la nutrition infantile. Engebretson (2011) décrit la recherche ethnographique comme « l'étude des croyances, des valeurs et des actions d'un groupe en vue de comprendre une autre façon de vivre à partir d'un point de vue des natifs de ce groupe » (p.146, traduction libre). À noter cependant, l'ethnographie ciblée diffère de l'ethnographie classique sur plusieurs plans. En effet, alors que l'ethnographie classique peut se dérouler sur des années, la durée de la période d'immersion est moins longue en ethnographie ciblée. De plus, cette version plus courte et concentrée est propice à l'étude d'un phénomène précis dans un milieu culturel donné auprès d'un nombre réduit d'informateurs (Cruz & Higginbottom, 2013; Streubert, 2011). Robinson (2013) avance que « l'ethnographie ciblée est la meilleure façon de comprendre comment les personnes attribuent un sens à leurs comportements et à leurs expériences en santé » (p.14, traduction libre), ici le rôle des grands-mères autochtones en matière d'alimentation infantile.

L'ethnographie ciblée a été utilisée pour étudier d'autres phénomènes en milieu autochtone (Dodgson et al., 2002; Lang, Macdonald, Carnevale, Lévesque, & Decoursay, 2010; O'Brien, Mill & Wilson, 2009). Le recours à cette méthode est

particulièrement pertinent lorsqu'on travaille avec les personnes issues des Premières Nations car cette approche met l'importance autant sur la communication verbale que la communication non-verbale qui sont toutes deux très importantes au sein de cette culture (Sokoloski, 1995). Le choix de l'ethnographie ciblée est également en harmonie avec le cadre conceptuel de Leininger et MacFarland (2002) puisqu'il place la culture au centre de l'intérêt de recherche.

Spradley (1979), un des maîtres de l'ethnographie, croit que les gens que nous voulons étudier et éventuellement aider ont une vision propre de la vie et qu'à défaut de comprendre cette vision, nos interventions seront vaines. L'ethnographie vise donc à comprendre le point de vue des gens que nous souhaitons étudier. Pour ce faire, la chercheuse devient l'étudiante et l'informateur devient le professeur. Selon Robinson (2013), l'ethnographie est une méthode qualitative de recherche permettant de reconnaître les patterns culturels et de comprendre leur signification dans leur contexte propre; de cette façon, il sera ensuite possible de développer des interventions infirmières appropriées en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes de ce groupe.

Nous détaillons dans les prochaines pages, les éléments méthodologiques tels le milieu, la population, le choix des informateurs, le recrutement, le consentement, la collecte de données, la compilation et l'analyse des données.

### **Le milieu**

Le milieu étudié est la communauté des Algonquins du Lac Barrière, également connu sous l'appellation de Lac Rapide (Kitiganik). Il s'agit d'une petite communauté

semi-isolée, située dans le nord-ouest de l'Outaouais, à 134 kilomètres de la ville de Maniwaki (Appendice 1). La communauté compte 663 membres inscrits (Affaires Autochtones et développement du Nord Canada, 2012), dont environ 30 enfants de moins de deux ans, 107 femmes en âge de concevoir et 22 femmes considérées comme aînées (*elders*). Par contre, de ce nombre, plusieurs vivent hors de la réserve. Sur la réserve, on compte entre 300 et 500 personnes selon les saisons.

Cette communauté autochtone a été retenue pour deux raisons principales : l'étudiante-chercheuse y a travaillé comme infirmière durant plusieurs années, jusqu'en 2012, avant d'obtenir un poste ailleurs, et cette communauté est représentative des autres communautés autochtones québécoises et canadiennes quant à l'état de santé des Premières Nations, du faible taux d'allaitement et d'exclusivité de l'allaitement durant les six premiers mois de vie de l'enfant. À titre indicatif, en 2012, le taux d'allaitement dans cette communauté était de 20% (Centre de santé Lac Rapide, 2012).

L'ethnographie ciblée est réalisée par l'immersion de l'étudiante-chercheuse dans le milieu étudié par périodes intensives après l'obtention du certificat éthique, au cours de l'automne 2012 et de l'hiver 2013. Le fait que l'étudiante-chercheuse y ait œuvré durant des années constitue un atout majeur dans la compréhension de cette communauté, dans l'accès privilégié à cette clientèle marginalisée et dans la façon d'aller recueillir les données. Ce rapport intime avec la population à l'étude permet de saisir et d'apprécier des subtilités auxquels n'auraient pas eu accès un chercheur étranger. Cette aisance et cette connaissance du milieu, de la culture, des codes sociaux, ont été décrites par Olive (2013) comme un avantage en recherche ethnographique car il

permet une communication incarnée qui n'est possible que dans le cadre d'une relation forte. De même Robinson (2013) avance qu'une connaissance a priori du sujet et du groupe culturel étudié est un atout pour isoler plus rapidement et plus nettement les questions de recherche et la façon d'y répondre.

On se rappelle que dans l'exposé de la problématique et dans la recension des écrits, nous avons fait état des recommandations en termes de nutrition infantile et que les Premières Nations avaient été identifiées comme une clientèle à risque de ne pas suivre ces recommandations professionnelles, d'où l'intérêt pour cette clientèle.

La population de cette communauté en est une de convenance car elle est bien connue de l'étudiante-chercheure depuis les années de travail antérieur sur place, ce qui convient donc très bien à cette méthodologie de recherche. Comme le soutient Browne (2009), étant déjà connue de la communauté, l'étudiante-chercheure risque moins d'influencer les comportements, ce qui permettra des observations reflétant davantage les aspects culturels propres à cette communauté.

### **Population / échantillon**

L'ethnographie ciblée vise la compréhension globale d'un phénomène particulier à l'intérieur de son contexte social et culturel duquel il ne peut être dissocié (Atkinson & Pugsley, 2005). La population est donc constituée de la communauté toute entière puisque toute personne de cette communauté est susceptible d'apporter des informations pertinentes à la compréhension des décisions en matière nutritionnelle pour les enfants de moins de deux ans.

Pour procéder à l'échantillonnage en ethnographie, l'étudiante-chercheuse en immersion dans le milieu a recours à une méthode grand filet afin de recruter des informateurs en vue de comprendre l'importance de la culture et du contexte entourant le phénomène à l'étude (Loiselle, 2007). L'échantillon est donc ici composé d'une variété d'informateurs qui permettent de mettre en contexte et de valider les données recueillies. Selon Leininger et MacFarland (2002), dans les petites recherches ethnographiques, six à huit informateurs-clés et environ dix informateurs généraux (ou contextuels) sont normalement suffisants pour obtenir la profondeur de données nécessaire pour assurer la rigueur souhaitée.

Pour les besoins de cette recherche sur la nutrition infantile dans cette communauté, un échantillon de convenance est formé de huit informateurs-clés, principalement des grands-mères, des mères et des futures mères. De plus, trois informateurs de contexte et des informateurs généraux sont choisis en ciblant tout particulièrement des membres du conseil de bande, des aînées, les infirmières qui travaillent dans la communauté ainsi que la visiteuse familiale autochtone. Ces personnes peuvent s'avérer importantes pour influencer les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants. Toute personne susceptible de contribuer à enrichir les données est un informateur potentiel en recherche ethnographique. L'échantillon peut donc varier au fil de la collecte et de l'analyse concomitante des données car la collecte se poursuit jusqu'à ce qu'il y ait une saturation des données, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouveaux thèmes qui émergent des entrevues (Loiselle, 2007). Robinson (2013) note

que la souplesse des entrevues permet souvent l'identification d'informateurs-clés supplémentaires, ajoutant ainsi à la richesse des données recueillies.

### **Choix des informateurs**

Les critères d'inclusion doivent demeurer souples en recherche ethnographique et varient selon le type d'informateurs. Pour la présente recherche, on définit les informateurs de la façon suivante :

- a) Informatrice-clé<sup>1</sup> : une grand-mère est une femme autochtone vivant dans cette communauté et ayant au moins un petit-fils ou petite-fille de même que toute aînée (*elder*) qui a l'habitude de prendre soin des enfants dans la famille élargie. Ces femmes doivent comprendre et s'exprimer en anglais ou en français.
- b) Informatrice-clé : une mère est une femme vivant dans cette communauté autochtone, qui a au moins un enfant âgé de 2 ans et moins. Ces femmes doivent comprendre et s'exprimer en anglais ou en français.
- c) Informatrice générale ou de contexte : une personne vivant ou travaillant dans cette communauté et qui a une bonne connaissance de la communauté, de la culture autochtone, des us et coutumes en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Ces personnes doivent comprendre et s'exprimer en anglais ou en français.

---

<sup>1</sup> Le féminin est utilisé dans cette recherche puisqu'il s'agit en forte majorité de femmes

## **Recrutement**

Après l'obtention du certificat éthique, l'étudiante-chercheure débute son immersion dans la communauté autochtone ciblée, c'est-à-dire qu'elle vit sur place pendant plusieurs semaines pour être en immersion culturelle. Ces périodes de collecte/analyse concomitante intensives permettent l'observation détaillée du milieu, la collecte d'informations par l'observation, l'émergence spontanée de conversations avec des membres de la communauté, le recueil d'artéfacts culturels pertinents au sujet et la réalisation d'entrevues (Atkinson & Pugsley, 2005). De plus, la lecture de documents sur les Autochtones du Canada (Commission Royale sur les Peuples autochtones, 1996) et sur la communauté (Affaires Autochtones et développement du Nord Canada, 2012) ont permis de mieux comprendre la réalité du milieu étudié. Le lieu principal du recrutement des informatrices est la clinique de santé de la communauté.

Lorsque les personnes susceptibles de devenir informatrices sont rencontrées, le but de l'étude ainsi que les formalités liées à celle-ci leur sont communiquées (type de collecte de données, durée des entretiens). Si elles se montrent intéressées, le formulaire de consentement (Appendice 2) est lu et expliqué puis signé par cette personne et par l'étudiante-chercheure. Un rendez-vous est fixé selon la disponibilité et le lieu préféré de l'informatrice. Les entrevues semi-structurées sont d'abord réalisées avec les différents types d'informatrices à qui on demande aussi d'identifier d'autres informatrices susceptibles d'apporter des informations et une meilleure compréhension sur le sujet à l'étude. C'est donc avec la méthode d'échantillonnage cumulatif aussi appelé « boule de

neige » que l'ensemble des informatrices sont recrutées et ce, jusqu'à saturation des données.

### **Déroulement de l'étude**

Dès le début de l'immersion qui a débuté en septembre 2012 et s'est terminé à la mi-décembre, à raison de 3 séjours de 18 jours consécutifs, l'étudiante-chercheuse utilise des instruments de collecte de données typiques de l'ethnographie ciblée, soit le guide d'entrevues semi-dirigées les entrevues informelles et le journal de bord pour noter ses impressions, ses rencontres, ses observations et le déroulement de l'étude (Robinson, 2013). Ceci correspond à ce qui est normalement fait en ethnographie ciblée : l'observation détaillée des participants et du milieu, les entrevues semi-structurées ou informelles avec informateurs-clés, les cercles de partage (focus group) avec certains informateurs, le journal de bord et les notes de terrain (De Silva & Rolls, 2010; Hodgson, 2000; Loiselle, 2007; Robinson, 2013). Ces différentes méthodes de collecte de données permettent une triangulation de l'information facilitant l'établissement de la validité et de la fiabilité des données (Spradley, 1979).

Le recrutement des informatrices a été réalisé au Centre de santé de la communauté, au cours de l'automne 2012. Afin de maximiser le potentiel de chaque entrevue, l'étudiante-chercheuse fait appel à plusieurs habiletés mentionnées par Spradley (1979) pour une entrevue ethnographique. Parmi ces habiletés, on retrouve, la capacité à établir un lien de confiance lors des conversations, ce lien essentiel permet, par la suite d'obtenir des données plus riches. De même, on évoque l'habileté à tenir des



conversations, en apparence amicale, qui sont pourtant dirigée de façon à générer du contenu ethnographique.

Les thèmes abordés durant ces entretiens sont présentés en annexe (Appendice 3). Les questions ont été créées et s'inspirant soit de questionnaires retrouvés dans la littérature (Wambach & Koehn, 2004) ou selon les thèmes ressortis des écrits sur les grands-mères et/ou sur les Autochtones (Banks, 2003; Dodgson et al., 2002; Martens, 2001, 2002; Rhodes et al., 2008). Par la suite, les questions ont reçu une validation d'apparence et de contenu par les membres du comité de recherche qui connaissent bien le milieu de la nutrition infantile.

Cependant, puisqu'il s'agit d'entrevues semi-structurées de type ethnographique, les discussions avec les informatrices font émerger de nouvelles questions qui sont reprises dans les entrevues subséquentes en vue d'une meilleure compréhension du sujet à l'étude. La durée approximative des entrevues est d'environ 90 minutes. Les entrevues sont enregistrées sur bande audio, avec le consentement des informatrices, afin de permettre une transcription fidèle des propos tenus par celles-ci et l'analyse de contenu concomitante. Le journal de bord n'est pas structuré d'avance. Il est plutôt un recueil daté et annoté des événements, informations et impressions de l'étudiante-chercheuse tout au long du déroulement de la recherche. Le journal de bord est un outil de mémoire et de réflexion critique sur la situation et sur sa propre réaction à celle-ci, permettant de contextualiser les divers éléments de la recherche surtout au moment de l'analyse des données (Robinson, 2013).

## **Analyse des données**

Les objectifs de la présente recherche étaient :

- 1) de comprendre l'influence des grands-mères maternelles autochtones auprès de leur fille concernant la décision d'allaiter et d'introduire autre chose que du lait maternel au cours des premiers mois de vie de l'enfant,
- 2) de déterminer des stratégies gagnantes pour permettre à ces grands-mères d'influencer ces décisions dans le sens des recommandations en vigueur en matière de santé des jeunes enfants.

Tel que mentionné plus tôt, la collecte et l'analyse se réalisent simultanément. Ainsi, à la suite de chaque entrevue, une réflexion sur les données recueillies et sur le processus est notée dans le journal de bord et les bandes audio sont écoutées de nouveau afin de pouvoir faire ressortir les thèmes principaux (Atkinson et Pugsley, 2005; Miles, Huberman et Saldaña, 2013). Au besoin, de nouvelles questions peuvent être ajoutées au questionnaire afin d'aller explorer des thèmes qui n'avaient pas été identifiés avant le début des entrevues. De même, des questions mal comprises peuvent être redéfinies afin d'obtenir de meilleures données. Ceci correspond à ce qui est recommandé en ethnographie (Browne, 2009).

Ensuite, une transcription intégrale des entrevues est faite sur le logiciel Word. Ces transcriptions sont lues et relues avant de procéder à la division en unités de signification avant leur analyse finale, par un processus inductif d'aller-retour dans l'organisation et la comparaison des données par l'étudiante-chercheure (Browne, 2009; Miles et al., 2013). Les thèmes sont regroupés pour faire ressortir des tendances souvent

en lien avec le modèle du nursing transculturel sous-jacent dans la pensée de l'étudiante-chercheuse. Finalement, les données sont validées auprès de membres de la communauté et de certains professionnels de la santé y œuvrant.

Au départ, la validation des résultats devait se faire par groupes de partage réunissant des membres de la communauté, mais cela s'est avéré impossible à cause de circonstances hors du contrôle de l'étudiante-chercheuse. Pour pallier à cette situation, quatre infirmières qui travaillent dans cette communauté ont été rencontrées pour discuter des résultats. De même, nous avons partagé l'interprétation des résultats avec deux femmes autochtones, une grand-mère et une travailleuse communautaire, donc des membres de cette communauté. Dans tous les cas, les personnes de la communauté ou y travaillant ont mentionné que les résultats représentaient bien l'état de la situation au niveau de l'alimentation des jeunes enfants et également au niveau des réalités vécues par cette communauté.

De plus, l'étudiante-chercheuse a eu l'occasion de valider certains résultats en lien avec les traumatismes causés par les pensionnats autochtones. Cherchant à mieux comprendre l'origine des problèmes qui affectent la communauté, l'étudiante-chercheuse a participé à plusieurs conférences et formations dans le cadre de de la Commission de vérité et réconciliation, ce qui lui a permis d'avoir accès à des spécialistes de la question, dont une psychologue Mohawk et une psychologue qui œuvre à Kanahwake. Les conversations informelles et les thèmes abordés durant les conférences ont confirmé que l'impact des pensionnats peut être présent pendant plusieurs générations. Donc, de l'avis de ces spécialistes, les données récoltées dans notre étude, en lien avec les

problèmes de consommation et de perte de culture, peuvent clairement être associées à des traumatismes vécus par les enfants pensionnaires et qui sont ensuite transmis, non intentionnellement aux générations futures (Goodleaf & Dessertine, 2013).

Finalement, l'analyse finale et la synthèse des résultats ont été effectuées. Ceci a mis en évidence trois thèmes majeurs ainsi que des sous-thèmes. De même, beaucoup de données contextuelles ont été colligées. Le tout est présenté en détails dans la prochaine section.

### **Considérations éthiques**

Cette étude a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Appendice 4). Pour s'assurer de bien respecter les règles éthiques en recherche, plusieurs mesures ont été prises pour assurer la protection des participantes de cette recherche. La prise de contact avec les participantes potentielles s'effectue au Centre de santé de la communauté. Dès le départ, le but de la recherche, la méthode de collecte de données, l'assurance de la confidentialité et la possibilité du retrait du processus de recherche à tout moment, sont abordés avec chacune de personnes susceptibles d'être informatrices.

Un rendez-vous est ensuite pris selon la disponibilité de la personne, au lieu choisi par la personne elle-même. La plupart du temps, les gens préfèrent un lieu tranquille dans le centre de santé, mais certains préfèrent leur domicile.

Étant donné le niveau de littératie peu élevé dans cette communauté, le formulaire de consentement est rédigé de façon simple et il est approuvé par la Coordinatrice de

santé autochtone avant de l'acheminer au comité d'éthique de la recherche. Lors de l'entrevue, l'informatrice peut à son choix, lire le consentement ou demander qu'on lui en fasse la lecture. Une fois que toutes les questions de l'informatrice ont obtenu réponse facilitant le consentement libre et éclairé, le formulaire est signé. L'entrevue a ensuite lieu et est enregistrée sur bande audio.

Afin d'assurer la confidentialité, les bandes audio sont gardées dans un ordinateur muni d'un code d'accès secret. De plus, une fois les transcriptions de verbatim complétées, des pseudonymes sont utilisés pour identifier les informatrices. Tous les documents écrits sont conservés hors de la communauté, au domicile de l'étudiante-chercheure, dans un lieu verrouillé.

### **Rigueur scientifique**

En recherche qualitative, on s'assure de la rigueur en fonction de quatre critères : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la conformabilité (Schmidt & Brown, 2009). Pour y parvenir, les éléments suggérés par Guba et Lincoln (1989) ont été retenus; il s'agit de l'engagement prolongé du chercheur, de l'observation constante et de la triangulation (crédibilité), de la vérification par le comité (fiabilité), du recours à un journal de bord et à des pistes de vérification (conformabilité). Enfin, la description étoffée de toutes les composantes de l'étude fait partie de ce mémoire. De plus, il est prévu de présenter les conclusions de cette recherche à d'autres intervenants qui œuvrent dans d'autres communautés autochtones, afin de vérifier si ceux-ci correspondent bien à leur expérience clinique (transférabilité). De plus, par souci de transparence et en guise

de remerciements, une présentation des résultats de la présente recherche a été faite dans la communauté en mai 2013.

### **Biais possibles durant l'étude**

Comme dans toute recherche, certains biais ont été identifiés dès le début de l'étude et ils ont été pris en considération afin d'obtenir la rigueur recherchée. Nous présentons les trois biais les plus importants ainsi que la manière dont nous avons tenté de pallier à ceux-ci.

Nous anticipons un biais lié à la désirabilité sociale. En effet, tel que mentionné plus tôt, le milieu retenu pour cette recherche a été le lieu de travail de l'étudiante-chercheure pendant plusieurs années. Il y a donc un risque que les informatrices acceptent de participer à la recherche pour faire plaisir ou que leurs réponses soient formulées pour plaire à celle-ci. Pour diminuer l'impact de ce biais, nous soulignons le caractère volontaire de leur participation tout au long de la recherche et mettons l'accent sur l'importance de répondre aux questions en fonction de leur opinion, et non selon ce qu'ils croient être la « bonne réponse ». Par ailleurs, notons qu'en ethnographie, la connaissance du milieu, l'implication et l'interaction avec les participants et une vision holistique (Germain, 2001) sont des éléments souhaitables et recherchés (Robinson, 2013). En ce sens, nous croyons que l'engagement prolongé de l'étudiante-chercheure dans cette communauté a également des effets positifs et que la relation de confiance contribue à des échanges riches.

Un biais lié à la sélection des participantes pouvait être anticipé. Encore une fois, le fait que l'étudiante-chercheuse connaisse plusieurs des informatrices potentielles soulève quelques questions. Comme il s'agit d'un échantillon de convenance, il pourrait être tentant d'écarter certaines personnes moins appréciées qui pourtant apporteraient une contribution importante ou au contraire, de favoriser la participation de certaines personnes plus appréciées. Pour pallier à ce biais, nous prenons soin de demander aux détenteurs d'enjeux dans notre champ d'étude (infirmière, travailleuse autochtone, grands-mères et mères) d'identifier les informatrices les plus susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension du phénomène en vue d'accéder à une grande variété d'informatrices crédibles.

Enfin, nous signalons un biais potentiel lié à l'environnement. En effet, le fait de fréquenter le milieu depuis plusieurs années peut créer un effet de désensibilisation. Cela peut mener à prendre certains aspects de la culture et du milieu pour acquis, des aspects qui auraient attiré l'attention d'un autre chercheur. Pour pallier à ce biais, nous favorisons le recours à plusieurs sources de données et à plus d'un séjour en immersion dans la communauté. L'ethnographie encourage d'ailleurs le recours à des méthodes de collecte de données variées (Robinson, 2013) et à une réelle immersion en vue d'atténuer les effets des biais anticipés.

### **Limites de l'étude**

Cette étude ethnographique est de petite envergure et elle rend compte d'un phénomène bien précis dans un milieu culturel donné. Par convention en recherche

qualitative, les résultats ne peuvent être généralisés. Le nombre de personnes rencontrées et le fait qu'il s'agisse d'un échantillon de convenance sont d'autres éléments qui limitent la portée de l'étude à ce groupe particulier, rencontré à ce moment et à cet endroit. Au niveau des retombées, à défaut d'être généralisables puisque qualitatifs, les résultats pourront être utilisés par les professionnels de la santé et les para professionnels de la communauté qui travaillent à la promotion de l'allaitement et du respect des recommandations en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. De plus, en analysant les données en rapport avec ce qui est connu des autres communautés autochtones canadiennes, il sera peut-être possible de faire des liens importants.



*Résultats, discussion et recommandations*

Rapellons que les objectifs de cette recherche visaient à : 1) comprendre l'influence des grands-mères maternelles autochtones auprès de leur fille concernant la décision d'allaiter et l'introduction d'autre chose que du lait maternel au cours des premiers mois de la vie de l'enfant et 2) déterminer des stratégies gagnantes pour permettre à ces grands-mères d'influencer ces décisions dans le sens des recommandations en vigueur en matière de santé des jeunes enfants.

L'analyse des données met en lumière des thèmes et des sous-thèmes présentés dans cette section. Chacun des thèmes est appuyé par les propos (verbatim) des informatrices lors des entrevues formelles et informelles de même que par les observations effectuées sur le terrain, des documents liés à la vie de la communauté sous étude et d'autres communautés autochtones canadiennes et l'expérience professionnelle de l'étudiante-chercheure dans ce milieu autochtone.

La méthodologie utilisée, l'ethnographie ciblée, favorise la compréhension de phénomènes complexes en documentant l'interrelation entre les gens, leur santé et leur environnement (Cruz & Higginbottom, 2013). Ceci est atteint par une collecte de données riches en informations contextuelles qui aident à la compréhension globale du phénomène spécifique étudié. Ainsi, l'observation, les notes de terrain, les entrevues et les conversations informelles (Robinson, 2013) ont été utilisées pour mettre en lumière le contexte particulier du milieu. Au fil de son immersion, l'étudiante-chercheure a rencontré des jeunes mamans, des grands-mamans, des infirmières, des membres du conseil de bande ainsi que des travailleurs communautaires œuvrant auprès des familles. Les entrevues formelles ont été enregistrées sur bande audio. Les observations,

impressions et réflexions de l'étudiante-chercheuse ont été notées par écrit au fur et à mesure. Des lectures pertinentes ont été réalisées tout au long de la recherche pour compléter la richesse des informations recueillies.

Dans ce chapitre, une présentation de la communauté étudiée est d'abord amenée. Ceci est justifié par le fait que la réalité des communautés autochtones est un sujet peu documenté et peu connu dans le domaine des sciences infirmières au Québec. De plus, ce choix de présenter le contexte de vie de la population va également dans le sens de l'approche que préconise Leininger et MacFarland (2002) dans son modèle *Sunrise*, c'est-à-dire de documenter des aspects tels l'environnement physique, le contexte politique et historique, les relations sociales et familiales, car ceci apporte un éclairage facilitant la compréhension du sujet. Ce choix est également justifié par le fait que les informatrices ont abondamment fait référence à ces aspects durant les entrevues. Nous jugeons donc essentiel d'aborder ces questions dès maintenant afin de rester fidèle au discours de celles-ci.

Finalement, les résultats sont présentés en les mettant en lien de façon critique avec la littérature existante au fur et à mesure, plutôt que d'en faire deux chapitres distincts et ce, en vue d'en bonifier la compréhension.

### **Caractéristiques des informatrices**

Les caractéristiques de chacune des informatrices interviewées sont d'abord présentées. Les mères et futures mères rencontrées étaient âgées entre 22 et 30 ans ( $M=24,8$  ans  $\pm$  3,6 ans,  $n=4$ ), ce qui est représentatif des femmes enceintes et des mères de

jeunes enfants dans cette communauté. À titre d'exemple, l'âge moyen des femmes ayant donné naissance en 2012 était de 26 ans (Centre de santé Lac rapide, 2012). Au Canada, en 2011, l'âge moyen des mères à la naissance était de 29,7 ans (Statistique Canada, 2013b). Donc, l'âge de nos informatrices représente bien la tendance selon laquelle les femmes des milieux défavorisés deviennent mères plus tôt que l'ensemble des Canadiennes.

Pour leur part, les grands-mères et les arrière-grands-mères sont âgées entre 37 et 72 ans ( $M = 57 \text{ ans} \pm 12,9 \text{ ans}$ ,  $n=5$ ), ce qui est aussi représentatif des femmes de cette communauté. Certaines informatrices sont interviewées sous des rôles cumulés. À cet effet, certaines personnes sont choisies non à cause de leur rôle de mère ou de grand-mère, mais plutôt pour leur travail auprès des familles de la communauté; ce sont donc des informatrices de contexte. C'est le cas de Diana (les prénoms utilisés sont des pseudonymes pour respecter la confidentialité des données) qui, bien qu'elle-même mère et grand-mère, est surtout choisie parce que c'est une aînée respectée et qu'elle occupe un poste d'intervenante en toxicomanie, un rôle crucial dans cette communauté. De même, nous avons interviewé Brigitte qui est l'infirmière actuellement responsable du programme de santé maternelle et infantile dans la communauté. En collaboration avec Rudina, la travailleuse communautaire du programme, elle offre des activités de promotion de la santé, des visites à domicile durant et après la grossesse pour soutenir les jeunes familles ainsi que des suivis de grossesse, des suivis pédiatriques et des cliniques de vaccination. Ces femmes sont donc la pierre angulaire des services de périnatalité dans cette communauté. Toutes les informatrices sont membres de la

communauté étudiée à l'exception de l'infirmière qui n'est pas une Autochtone. Le tableau 1 présente les caractéristiques des informatrices.

La langue d'usage dans la communauté étant l'anglais, les verbatim utilisés sont cités dans la langue utilisée lors des entrevues pour rester fidèle à la pensée des informatrices. Les propos de deux personnes sont cependant rapportés en français car c'est la langue dans laquelle elles se sentent le plus à l'aise et donc dans laquelle l'entrevue se déroule.

### **Milieu de recherche**

Tel que mentionné plus tôt, la recherche a eu lieu dans la communauté du Lac Rapide (Kitiganik). Cette communauté est retenue parce qu'elle est représentative à bien des égards, de plusieurs communautés autochtones isolées et semi-isolées du pays. Le niveau d'isolement d'une communauté autochtone est déterminé par le gouvernement fédéral canadien et réfère entre autres à l'éloignement géographique de villes ou de villages peuplés. De plus, cette communauté est l'une des seules au Québec à ne pas avoir pu rapatrier le pouvoir de gérer elle-même les services de santé à sa population. La gouvernance étant jugée trop instable pour le gouvernement fédéral, le personnel soignant et la gestion sont encore sous l'autorité de Santé Canada (Santé Canada, 2012). Il s'agit donc d'une communauté particulièrement vulnérable.

À cet effet, durant ses années au sein de la communauté de même que durant son immersion récente pour les besoins de cette étude, l'étudiante-chercheuse a observé

**Tableau 1****Caractéristiques des informatrices, n=11**

Pseudonyme	Rôle / fonction	Âge	Nombre d'enfants
Matilda	Grand-mère Conseillère, Conseil de bande	37	5 enfants 1 petit-enfant
Claudette	Grand-mère	54	6 enfants 13 petits-enfants 1 petit-enfant à venir
Eva	Arrière-grand-mère	72	5 enfants 7 petits-enfants 2 arrière-petits-enfants et un troisième à venir
Mona	Grand-mère	60	5 enfants 6 petits-enfants
Diana	Grand-mère Travailleuse communautaire	62	3 enfants Petits-enfants (nombre inconnu)
Donna	Mère	23	2 enfants 1 à venir
Nancy	Mère	30	3 enfants
Miranda	Mère	24	2 enfants
Véronique	Future mère	22	Primigeste
Rudina	Travailleuse communautaire	41	2 enfants
Brigitte	Infirmière non autochtone	52	3 enfants, 2 petits-enfants

plusieurs problématiques préoccupantes : un faible taux d'allaitement, l'introduction hâtive des solides, plusieurs cas d'obésité, jumelés au développement du diabète type II en jeune âge, de nombreux problèmes de dépendances (alcool, drogue, tabagisme) et également un effritement des traditions. À ceci s'ajoutent des conditions de vie très difficiles. Cette situation, qui n'est pas unique à la communauté du Lac Rapide, a d'ailleurs récemment fait les manchettes avec le mouvement de protestation autochtone « *Idle No More* » qui s'insurge entre autres, contre les conditions de vie dans les réserves canadiennes, des conditions qui seraient comparables à celles du tiers-monde (Commission Canadienne des droits de la personne, 1998).

L'impact des conditions de vie et de l'environnement physique et social sur la santé est bien documenté. En fait, de nombreuses études ont rapporté que les peuples indigènes du monde entier sont assujettis de façon disproportionnée à des risques de développer des maladies à cause de déterminants sociaux comme la pauvreté, le faible revenu et l'absence de logement adéquat (Adelson, 2005; Beauchamp et al., 2004). Dans la communauté de Lac Rapide, les habitations sont en très mauvais état. On compte une soixantaine de maisons pour une population qui varie entre 300 et 500 personnes selon les saisons. Le surpeuplement des maisons est donc l'une des réalités des gens de cette communauté. Ainsi, il n'est pas rare de voir plusieurs générations cohabiter dans la même maison. Nous avons été à même d'observer cette réalité lors de certaines visites à domicile.

Brigitte, une des infirmières qui œuvre dans cette communauté depuis quelques années, fait un lien entre le surpeuplement des maisons et la décision d'allaiter ou d'opter pour les substituts du lait maternel.

*...les conditions de vie ne sont pas faciles. Ils n'ont pas de maison ... élever une famille quand tu n'as pas une maison, que tu es 12 dans une maison, tu arrives avec ton petit nouveau-né qui pleure aux 2 heures ... peut-être que nous aussi on ferait la même chose ... peut être qu'on laisserait peut-être un peu faire l'allaitement ... qu'on donnerait une bouteille parce que là tout le monde est réveillé..... c'est pas évident ... ça, je trouve que c'est peut-être un facteur, les conditions de vie, qui ne sont pas favorables ici à l'allaitement, à prendre soin de soi...*

Cette impression que l'allaitement n'est pas une priorité lorsqu'une famille vit dans des conditions difficiles trouve également écho chez les professionnels de la santé œuvrant auprès des Autochtones d'Hawaii (n=20). Cette étude de Flood et Dodgson (2010) mentionne aussi l'impact négatif des problèmes sociaux et de la pauvreté sur la décision d'allaiter. Brigitte, l'infirmière, fait également ce constat pour la population du Lac Rapide.

*...c'est pas différent des populations pauvres. Les populations pauvres, elles allaitent moins que les populations riches. ... quand tu es toujours en train de survivre ... au niveau psychologique aussi il y a eu beaucoup d'abus. Il y a beaucoup de consommation : drogue, alcool... tu es toujours en train de....tu as une dépendance à ça ... de chercher ça. ....je pense que...ils ne sont pas là...ils sont juste pas là. Ils sont trop en survie pour penser à (l'allaitement) ... même si on leur dit ...quand il faut que tu nourrisses ta famille vite... c'est encore la bouteille qui est le plus vite là. Même si, à long terme, moi, je sais que c'est plus payant allaiter que la vitesse ... sur ...d'autres problèmes là. Mais pour eux là, c'est présent, c'est vite... c'est le bébé qui est soulagé vite, et ce sont des gens qui sont souffrants et qui sont en train de survivre.*



D'ailleurs, ce fait est bien connu et documenté. Plusieurs études et enquêtes s'intéressant l'allaitement et à l'alimentation des nourrissons font également un lien entre le mode d'alimentation, le niveau d'éducation et le revenu familial. Les populations moins bien nanties et peu instruites sont les populations qui allaitent le moins (Alder et al., 2004; Bentley et al., 1999; Horodynski et al., 2007; Meyerink & Marquis, 2002; Reid, 2010; Santé Canada, 2010; Van Rossem et al., 2009).

La communauté de Lac Rapide est géographiquement isolée et l'accès aux services est difficile. Ainsi par exemple, pour avoir accès à un marché d'alimentation, les habitants doivent parcourir entre 100 et 140 km. Plusieurs personnes de la communauté sont prestataires de l'aide sociale, donc dans une situation financière précaire. Rudina, travailleuse communautaire, donne un exemple qui met en lumière l'impact de la distance (isolement) et du manque de ressources financières sur l'alimentation des bébés. On constate déjà l'impact sur l'alimentation du jeune enfant et la création d'une situation d'insécurité alimentaire.

*To get milk, people from the community have to travel... about an hour and a half, two hours and ... they run out of milk. I've had ... some ... women come and see me if I have milk. And if I do I give it to them. For the sake of the baby... I love my babies.*

Eva, arrière-grand-mère, parle aussi que le prix peut parfois pousser la mère à réduire les quantités, à diluer le lait pour sauver de l'argent.

*They're trying to save it for the next time because milk is expensive (...) they're afraid to spend their money. They want to spend it on something else.*

Cette situation fait en sorte que certains enfants sont parfois privés de lait adapté à leur âge ou que les parents nourrissent les enfants avec ce qui est disponible à la maison. À cet effet, les statistiques canadiennes mentionnent que les communautés autochtones sont particulièrement à risque de vivre en situation d'insécurité alimentaire (Statistique Canada, 2013b). Donc, sans la nommer ainsi, les gens interrogés mentionnent des situations d'insécurité alimentaire. Un organisme des Nations-Unies décrit que la sécurité alimentaire est présente lorsqu'à « tout moment, une population a un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leur préférence alimentaires pour mener une vie saine et active » (Food and Agriculture Organization of United Nations, 1996, p. 2). Cette définition nous fait comprendre que cette communauté n'a pas ce qu'il faut pour assurer la sécurité alimentaire de ses membres. La communauté de Lac Rapide ne constitue pas une exception puisque que l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations révèle que 54,2% des foyers autochtones répondants vivent dans des situations d'insécurité alimentaire.

Dans ce contexte, l'allaitement représente une solution très avantageuse économiquement pour augmenter la sécurité alimentaire des nourrissons car, outre les avantages sur le plan de la santé, il permet l'accès une alimentation saine, efficace, économique et favorisant l'autosuffisance (Comité canadien pour l'allaitement, 2012; World Alliance for Breastfeeding Action, 2013). Malheureusement, cette solution ne semble pas encore avoir gagné la faveur de cette communauté. Les raisons qui

expliquent ce faible recours à l'allaitement alors qu'il représente une alternative de choix, sont nombreuses et complexes.

Plusieurs des informatrices voient une partie de la réponse dans les problèmes sociaux tels que l'abus d'alcool et de drogue. Bien que l'étudiante-chercheuse connaisse bien cette communauté et les problèmes de consommation qui affectent ce milieu, elle est surprise de constater que toutes les informatrices sans exception, mentionnent que les problèmes d'abus sont tels qu'ils représentent un obstacle majeur au respect des recommandations en matière d'alimentation du nourrisson. Rudina, travailleuse communautaire relate ainsi l'impact de l'émergence de la consommation d'alcool et de la drogue sur l'allaitement.

*The mothers, they didn't want to breastfeed their babies after, they just want to give the bottle not breast ... drugs and alcohol were the number one thing that took the whole breastfeeding out of the reserve.*

Diana, intervenante en toxicomanie, explique sa vision des problèmes de consommation sur l'allaitement.

*Well, for one thing, I believe and because I am an addiction counselor, I know that mothers who use drugs and alcohol will stop feeding immediately so that they can have a chance to go out and use. They don't, they know, they're becoming aware of the damages of the ... alcohol and drugs in their breast milk and so they'll breastfeed for a month and then they'll stop abruptly.*

Toujours dans le même ordre d'idée, Matilda, une jeune grand-mère, relate que certaines mères qui décident d'allaiter cessent de le faire à cause de leur consommation et de la culpabilité qu'elles ressentent.

*Well I don't want to talk too bad about people but I find that their drinking has a big influence why they don't want to breastfeed like ... they're gonna try but I know the guilt sets in when you're about to breastfeed cause there's alcohol in there so they give the bottle.*

À ceci s'ajoute un obstacle supplémentaire pour celles qui font le choix d'allaiter.

Cette grand-maman nous parle ici de la pression que subissent les jeunes mamans de la part des paires.

*... when you're not in that group where people are drinking, you stand on the ... you stand alone. So you feel like you don't have no friends and all that, so in order to be in the crowd or to be able to... to have friends, they have to be doing the same thing everybody else is doing, and... breastfeeding gets in the way of that cause you have to stay home and take care of your baby.*

Cette réalité du besoin d'appartenance à un groupe, d'être comme les autres est également invoquée par d'autres informatrices. Le besoin de liberté ressenti par les jeunes mamans voulant faire comme les autres jeunes peut avoir une incidence sur le choix du mode d'alimentation retenu. Véronique, future maman, parle des jeunes qui, une fois le bébé né, ne pensent qu'à retrouver leur liberté.

*Because some people here they just... when the baby's here, ah! Finally it's freedom, you know it's time to ... be themselves, to drink. People do take that approach you know, to go do drugs and alcohol you know, to make themselves do, feel ... feel like it's freedom now, you know. But like some people do take the approach of breastfeeding and like because they love their child. Instead of... people put drugs and alcohol first priority instead of their baby. So like, people here need to understand that when they have a baby it's something they should treasure instead of just toss aside and have drugs and alcohol in front of them.*

L'ampleur des problèmes de consommation évoqués par cette communauté peut surprendre mais ils ne représentent pas un cas d'exception. Déjà dans les années 90, la

Commission Royale sur les peuples autochtones (1996) avait décrit les problèmes d'alcoolisme comme une problématique incontournable dans plusieurs communautés autochtones. Plus récemment, dans l'enquête nationale sur la santé des Autochtones réalisée auprès de 212 communautés autochtones du pays, 82,7% des répondants affirment que ce sont les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogue qui représentent les plus grands défis auxquels les communautés doivent faire face (First Nations Information Governance Centre, 2012).

Rothe (2005) a étudié les problèmes liés à l'alcool dans neuf communautés autochtones de l'Alberta (n=65). Ses résultats montrent que l'ampleur des problèmes d'abus n'est pas unique à la communauté de Lac Rapide. L'auteur avance que les normes communautaires sont telles que la surconsommation et la conduite sous l'influence de l'alcool sont perçues comme des comportements normaux et approuvés et que la pression des pairs renforce ces comportements.

Wardmam et Quantz (2005) ont étudié les facteurs de risque et de protection liés aux épisodes de surconsommation d'alcool (*binge drinking*). Des entrevues en profondeur mettent en lumière que, pour les participants de cette étude (n=15), la consommation excessive occasionnelle est perçue comme un moyen d'endormir la douleur psychologique reliée aux violences physiques et sexuelles dont ils sont victimes. La perte de culture et d'identité et les antécédents familiaux d'abus sont également évoqués.

Cette réalité reflète bien ce que nous constatons dans la communauté. Au fil des années d'expérience de travail de l'étudiante-chercheure et même durant son immersion

plus récente, plusieurs membres de la communauté expriment leur détresse psychologique face à des situations d'abus, de violence et l'alcool est alors utilisé pour atténuer la douleur extrême de certaines blessures remontant parfois à l'enfance.

Si, à première vue, on peut penser que les problèmes d'alcool sont utilisés comme une excuse pour éviter d'avoir à se mobiliser et à rester dépendants (Browne, 2009), ce n'est pas la tendance actuelle dans la recherche. La majorité des auteurs avancent plutôt que ce phénomène endémique dans les communautés est lié à une histoire de traumatismes répétés qui a laissé les gens dans un état de détresse tel que les solutions pour palier à cette réalité doivent passer par un processus de guérison culturelle communautaire. Un processus qui prend du temps et qui implique que les soins offerts aux Autochtones soient adaptés à la culture et aux réalités des communautés (Dell, 2012; Gracey & King, 2009).

À ceci s'ajoute des tensions au niveau politique. La communauté a été placée sous tutelle par le gouvernement fédéral à cause de problèmes de gouvernance. Ainsi, depuis 1995, une crise au sein de la direction de la collectivité a créé une division marquée entre les membres de la communauté. Certains membres dissidents de la communauté se sont vus forcer de quitter la réserve pour aller s'établir sur un territoire de chasse, sans électricité ni eau courante (Affaires autochtones et développement du Nord Canada, 2012). Encore aujourd'hui, ces tensions politiques sont ressenties fortement au sein même des familles. Plusieurs membres habitent toujours hors de la réserve à cause de cette situation de conflits. Eva, une arrière-grand-mère interviewée, réside toujours sur ce territoire (Maigan Agik) dans une petite maison en bois rond chauffée au bois et

éclairée grâce à une génératrice. Sa petite-fille Véronique se rappelle des événements qui ont mené sa famille à aller vivre sur le territoire :

*Well, I was raised here in Rapid Lake... and then we moved to Maigan Agik because of a political approach back then. And like, we had to move out of Rapid Lake because we got kicked out of this reserve before.*

Dans des discussions informelles, plusieurs personnes font allusion aux divisions au sein de la communauté. Nous rencontrons des gens dont les membres d'une même famille ne se parlent plus depuis des années. Nous notons que ce conflit est vraiment omniprésent et qu'il crée un climat de tension, de méfiance, parfois de violence et qu'il canalise beaucoup d'énergie qui n'est pas mise ailleurs. Donna, une jeune maman, explique que ces tensions politiques ont pour effet de nuire à la vie communautaire.

*That's why you don't barely see people talking to each other no more... because everybody talks about politics and it pisses them off ...that's why I haven't been out, too much politics... I'm always inside with my kids.*

Cette jeune maman déplore également que la situation politique fait en sorte les activités communautaires sont rares. Ces « *gatherings* » qui semblaient plus fréquents antérieurement, sont des occasions de rencontres entre les différentes générations. Leur absence contribue donc à réduire l'accès aux aînés et à leurs enseignements.

*... that's not happening today (gatherings)...but again in Rapid Lake people are just... there's just too much politics, like everybody wants to talk about politics, or talk about people and not enough teaching.*

Il peut être difficile de comprendre pourquoi plusieurs communautés autochtones font face à tant d'adversité. Une partie de la réponse se trouve dans l'histoire même des peuples autochtones. Même si à première vue, il peut être difficile de voir un lien entre

l'histoire et l'alimentation des nouveau-nés, ce bref rappel contribue à mieux comprendre comment les événements passés ont laissé des cicatrices qui affectent encore aujourd'hui la vie des familles.

Les communautés autochtones canadiennes ont vécu de profonds changements dans leur mode de vie au cours des dernières décennies. Cela a bouleversé l'organisation sociale, les activités de subsistance, la relation au territoire et même, les rôles et responsabilités des individus (Loppie & Wien, 2009).

Les politiques d'assimilation du gouvernement fédéral, la dépossession du territoire, la loi sur les Indiens, les pensionnats autochtones sont autant d'exemples de facteurs qui ont contribué à marginaliser la population autochtone et à créer des traumatismes sérieux encore très visibles (Smith, Varcoe, & Edwards, 2005). Les pensionnats autochtones entre autres, ont eu des effets dévastateurs dans la vie des communautés autochtones. En effet, à partir de 1850, les enfants autochtones étaient retirés de leur famille et envoyés dans des pensionnats en vue de les assimiler à la culture dominante. Le système des pensionnats indiens avait deux principaux objectifs : isoler les enfants, les soustraire à l'influence de leurs communautés, de leurs familles, de leurs traditions et de leur culture et les intégrer par l'assimilation à la culture dominante. Certains cherchaient, selon une expression devenue tristement célèbre, « à tuer l'Indien au sein de l'enfant » (Gouvernement du Canada, 2008). Rappelons que le dernier pensionnat autochtone a été fermé en 1996.

Des auteurs (Smith et al., 2005) se sont intéressés aux effets intergénérationnels des pensionnats autochtones. Ils expliquent que les survivants des pensionnats et les



générations qui ont suivi portent en eux des blessures qui peuvent se traduire par un risque accru d'anxiété, de dépression, de suicides, d'abus de substance. Certains écrits rapportent des séquelles intergénérationnelles telles que l'émergence de familles dysfonctionnelles, de relations interpersonnelles difficiles, de problèmes liés au rôle parental comme la froideur émotionnelle, la négligence et l'abandon (First Nations Information Governance Centre, 2012; Legacy of Hope Foundation, 2009).

Or, dans la communauté du Lac Rapide, une génération entière d'enfants a été retirée de leurs familles pour être amenés dans des pensionnats. Trois des grands-mères interviewées sont des survivantes des pensionnats autochtones. Étrangement, ce sont surtout les plus jeunes informatrices qui abordent les effets des pensionnats dans la vie des gens de la communauté. Ainsi Rudina, travailleuse communautaire, dont les deux parents ont fréquenté les pensionnats autochtones, raconte qu'à l'époque, les enfants ainsi retirés de leur famille et de leur communauté, ont dû apprendre à vivre selon les normes de la culture dominante.

*... depending on how hurt, or how young the child was when he was taken away .... the mother, the parents, when they had to go to residential school... yes I think it took an effect on them because they were taken away of the Reserve and they had to learn the white way.*

Véronique, une future maman dont plusieurs membres de la famille sont des survivants des pensionnats autochtones, partage aussi sa vision de l'impact de ce déracinement, des tentatives d'assimilation, des abus subits.

*That was a big impact, because, I can tell you that I have ... an aunt who went to residential school .... she did tell me her experience in residential school wasn't nice, you know? They were very improper, because, she was touched by the priest multiple times... the nuns did... the nuns did*

*beat them until they were... lifeless, you know, on the floor... so I can tell you it did have a huge impact. And that's probably why people nowadays have that bad environments in homes, you know, like, why they, why people rape...because they've been raped, you know... I can tell you very much that they've seen a lot of things...experienced a lot of things that... they shouldn't have experienced as a child. Because when you're a child, you're a child. You should grow up as a child. You know like, you should grow up in a good environment ...*

Ainsi, dans l'esprit de plusieurs, il y a un avant et un après les pensionnats. Cette sombre période de l'histoire a donc laissé des cicatrices qui peuvent en partie, expliquer certains problèmes sociaux, physiques et psychologiques présents dans les communautés. Bien sûr, il serait réducteur de croire que les pensionnats sont responsables de tous les maux, mais il n'en demeure pas moins qu'on peut difficilement aborder des questions de santé sans s'attarder aux séquelles laissées par des décennies d'oppression.

À cet effet, le thème du changement entre « avant et maintenant » revient sans cesse au fil des entrevues. Par exemple, plus particulièrement au sujet de l'alimentation des enfants, plusieurs évoquent qu'auparavant, les femmes allaitaient leurs enfants d'emblée; c'était la norme. Une grand-mère et intervenante en toxicomanie, Diana, nous rappelle d'ailleurs qu'il n'y a pas si longtemps, allaiter et le faire en public était une pratique courante dans cette communauté.

*...like breastfeeding was the only method of feeding a child when I was growing up, because I'm 62 years old, and I grew up in this community and we would go to ... public dances, or whatever public gatherings we went to, ... mothers were always, you know, sitting on benches ... with a blanket over, covering their... you know, feeding their babies, and it was very natural.*

En plus d'être très courant à l'époque où les grands-mères interviewées ont eu leurs enfants ou qu'elles étaient eux-mêmes enfants, la durée de l'allaitement pouvait se prolonger sur des années. Eva, une arrière-grand-mère de 72 ans, évoque ici jusqu'à quel âge sa propre mère l'avait allaitée.

*... I hate to tell you until how long she nursed, she nursed me. Four years.... Four years and a half and then my mother had a baby and my mother had to go nurse me and there was two of us...*

Diana, grand-mère et intervenante en toxicomanie, fait également mention que les enfants étaient allaités assez longtemps.

*Yes, some children were even teething and they were still breastfeeding. And I think at the time they started really developing teeth then they would stop.*

Beaudry et al. (2006) et l'Institut Canadien de la santé infantile (2000) mettent en lumière que la durée d'allaitement chez les Autochtones avait tendance à être prolongée, ce qui a changé avec le temps puisqu'en 2012 ont rapportait que pour les femmes des Premières Nations ayant choisi l'allaitement, la durée était similaires à la moyenne canadienne (First Nations Information Governance Centre, 2012).

Les raisons qui expliquent la quasi-disparition de la norme d'allaitement dans cette communauté sont multiples. On peut en partie lier ce changement à l'abrupte coupure dans la transmission des traditions qui s'est opérée à cause des pensionnats autochtones. Cependant, les Autochtones sont aussi vulnérables à la publicité non-éthique liée à l'émergence des laits commerciaux que l'ensemble des jeunes parents du monde entier.

Brigitte, une infirmière interviewée, va dans ce sens et croit qu'à l'instar de la population générale, les Autochtones subissent l'influence sociale liée aux laits commerciaux et que cela peut, en partie, expliquer le déclin de l'allaitement.

*... l'industrialisation les a affectées, la facilité de donner un biberon, quand tu n'as pas le choix et que tu as juste tes seins, tu n'as pas le choix quand le bébé a faim, mais quand il y a une facilité...*

Dans le même ordre d'idée, MacMillan, MacMillan, Orford et Dingle (1996) expliquent que la pratique traditionnelle de l'allaitement au sein des communautés autochtones a cédé la place à l'alimentation à l'aide de formules commerciales de lait dans les années 1950, au moment où ces laits ont commencé à être fournis gratuitement aux populations autochtones par le gouvernement fédéral. Banks (2003) évoque ce changement dans la tradition en expliquant qu'avant l'avènement des laits commerciaux, les nourrissons autochtones étaient allaités jusqu'à ce qu'ils puissent digérer d'autres sources de nourriture. De même, Dodgson et Struthers (2003) qui ont étudié l'allaitement chez les Ojibwe, relate que la perte des traditions en matière d'alimentation des nourrissons est l'un des facteurs qui, dans ce contexte culturel, explique que les substituts de lait maternel soient devenus une norme pour les femmes Ojibwe.

Nathoo et Ostry (2009) expliquent aussi que cette diminution de l'allaitement s'est fait sentir dans la population québécoise et canadienne en général lorsque les formules commerciales de lait ont commencé à être fournies gratuitement aux établissements de santé par les compagnies de préparations commerciales pour nourrissons.

Par contre, contrairement à ce qui se passe au Québec où l'on constate un retour en force de l'allaitement, dans les communautés autochtones, l'allaitement n'est pas très

courant (First Nations Information Governance Centre, 2012). À cet effet, Rudina, travailleuse communautaire qui œuvre auprès des familles, nous explique que la majorité des jeunes mamans font le choix de donner des laits commerciaux. Elle mentionne aussi une réalité répandue qui consiste à donner à l'enfant un biberon contenant un mélange d'eau et de sucre.

*Ok, for my last 3 years of experience, I have seen only bottle feeding with the mothers ... there was only two women that really breastfed in the community (...) They give out formula... some people give out formula, some people give out brown sugar and water as I said ... some people will give Carnation and sugar and water.*

Chose certaine, la norme sociale qui favorisait l'allaitement n'est plus présente. Ainsi, contrairement à ce qui se passait auparavant, l'allaitement en public est devenu rarissime comme nous l'explique Diana, intervenante en toxicomanie et grand-mère :

*Well again, I suppose it would be ... shame based... like you know embarrassment of exposing your breasts in public, where you know when I was growing up, that was not a shame based activity at all. It was an honorable thing.*

Il semble que l'allaitement soit devenu si rare dans cette communauté que celles qui décident d'allaiter ne passent pas inaperçues. Nancy, une mère, explique ce qu'une aînée étonnée lui avait dit en constatant que la jeune maman avait décidé d'allaiter son enfant:

*... oh!!! I see mothers feeding their baby with the formula and I think you're ... I think you're probably the only person that young I've seen breastfeeding.*

Véronique, future maman témoigne aussi des changements qui ont affecté sa communauté. Malgré son jeune âge, elle est au fait des traditions autochtones.

*so like... it was different back in the day, ... we used to breastfeed back in the day, and we did love our children back... and to care for them... our elders breastfed but they taught them everything... their first step, like, you know... there were ceremonies... there was more feast back in the day, and we appreciate mother earth... but nowadays, like, in our generation, it's more... money, money, like, it's like a corrupted system you know?*

Tous ces témoignages font mention de l'absence d'une norme en faveur de l'allaitement dans cette communauté. Webster et Banks (1996) avaient fait le même constat chez les Mohawks de Kanasataké, soit que les jeunes femmes ne pensent même pas à l'allaitement parce que tout l'entourage a recours au lait commercial. Au Manitoba, Martens (2001) décrit cette même situation chez les Ojibwe où la norme sociale n'est en pas faveur de l'allaitement. Ceci semble donc courant dans les communautés autochtones où le taux d'allaitement est généralement plus bas que la moyenne nationale (Commission de la santé services sociaux des Premières Nations Québec et Labrador, 2006; First Nations Information Governance Centre, 2012). Aux États-Unis, l'étude de Flood et Dogdson (2010) présentée plus tôt, fait également mention qu'en l'absence de norme sociale favorable à l'allaitement, les mères autochtones des régions rurales d'Hawaii ont tendance à choisir les formules de lait commerciales. Bien que cette tendance soit présente dans plusieurs communautés autochtones, on constate aussi cette réalité dans d'autres milieux défavorisés au Canada (Al-Sahab et al., 2010; Brown, Raynor, & Lee, 2011; Santé Canada, 2010).

Jusqu'ici, on constate que les défis s'accroissent pour cette petite communauté; un faible taux d'allaitement, des conditions de vie difficiles, plusieurs problèmes sociaux, un manque de cohésion lié à des tensions politiques, une histoire jonchée de

traumatismes, d'exclusion et de perte d'identité. Dans ce contexte difficile, l'intérêt de l'étudiante-chercheure se centre sur les aînées, les grands-mères qui ont connu une époque où l'allaitement était la norme. Il s'agit d'explorer la possibilité que leur influence puisse favoriser le retour de l'allaitement dans cette communauté. Ceci mène donc au cœur du sujet de l'étude, soit le rôle et l'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants. Le tableau suivant résume les thèmes et les sous-thèmes qui ont émergé de l'analyse des résultats.

**Tableau 2**

**Thèmes et sous-thèmes émergeant de l'analyse**

Thèmes	Sous-thèmes
L'influence des grands-mères	La grand-mère est influente, mais pas toujours Autres personnes influentes Influence des infirmières et autres professionnels de la santé Le modèle de rôle
Connaissance des recommandations en matière d'alimentation infantile et croyances associées	Méconnaissances des recommandations Croyances
L'implication des aînées	
Stratégies gagnantes	

## **Thème 1 : L'influence des grands-mères**

### **Sous thèmes 1 : La grand-mère est influente mais, pas toujours**

Les résultats mettent en lumière l'influence de certaines grands-mères autochtones dans les décisions liées à l'alimentation du nourrisson mais elles ne sont pas toutes influentes. Par grand-mère, on réfère ici à la mère de la future maman.

À cet effet, on constate qu'au moment de prendre la décision du mode d'alimentation pour leur bébé, la majorité des femmes interviewées disent avoir été influencées par leur mère mais souvent aussi par une autre aînée, une grand-mère ou une belle-mère.

Rudina, mère et travailleuse communautaire, s'est naturellement tournée vers sa mère lorsqu'est venu le temps de décider comment nourrir son enfant.

*... my mom told me to breastfeed because she didn't want me to buy milk for the baby, she wanted me to breastfeed, well, at least until he stops sucking and then (my son) was the one, he was 15 months old, he was still on the tit. The second one popped out and he took over and that's what I learned from breastfeeding my kids, from my mom. Because my mom breastfed her kids.*

Selon elle, la grand-mère est plus présente avec ses conseils lors de la première grossesse. Dans cette communauté, cela fait partie des us et coutumes que la grand-mère donne des conseils à sa fille, à sa petite-fille.

*The grandmother will give the advice to the pregnant woman, you know like, if it's her grand-daughter, her daughter, and you know, like the first 9 months of her pregnancy and it's her first kid. I think they would, the grandmothers would tell the daughter or the daughter-in-law to breastfeed and give the best advice...*



Matilda, jeune grand-mère de 37 ans, nous explique comment elle s'y prend pour enseigner et influencer sa fille sur la question de l'allaitement. Encore ici, on voit une mère qui a allaité et qui tient à ce que sa fille fasse de même.

*Because I always stressed that the first 6 months are important. Like if you don't want to breastfeed like, at least, breastfeed that long. And like always explained to her, that ... because I breastfed ... her and (my son), they never got sick. And with the changing... like ... the way things are changing right now like the medicines are gonna be... like, we will have to pay for our own medicines someday... and food is gonna be expensive... there won't be no more ... like money, so you have to kind of prepare yourself to be able to breastfeed. So your kids don't get sick...*

Mona, une grand-mère, nous parle des propos qu'elle a tenus à une de ses filles lorsque celle-ci a eu son premier bébé. Dans ce cas, c'est sa fille qui lui a d'abord demandé conseil.

*... she asked me when she had that baby ... She says ... what should I do with the baby? Should I give her bottle or should I just breastfeed. I told her right away, it's better when you breastfeed your baby, that way he will never get sick... Because the more you breastfeed the more he is ...he is healthier. When you give him bottle they're sick all day.*

Matilda, une grand-mère, évoque les mots que sa mère lui a dits et réfléchit sur l'influence de l'expérience d'allaitement de sa mère sur sa propre décision d'allaiter.

*What I remember my mom saying is that ... like... your babies or your kids are gonna follow after your footsteps ... so if you want them to lead a good life, you're gonna have to lead a good life. So I was thinking about that ... so my mom breastfed all of us so...maybe like... is that why I breastfed?*

À l'inverse, une grand-mère qui n'a pas allaité peut avoir une influence qui va à l'encontre de l'allaitement, tel que mentionné par Eva, elle-même arrière-grand-mère.

*Cause, I hear some girls (say)... my mother didn't nurse her baby, I don't have to...*

Rudina, travailleuse communautaire, mentionne aussi qu'une mère n'ayant pas allaité sera portée à convaincre sa fille de faire de même.

*the mother that gave the baby, her 5 kids, bottles, she's gonna tell her daughter that. The daughter's gonna take the mother's advice.*

Par contre, certaines femmes dont la mère n'a pas allaité peuvent aussi se tourner vers une autre femme qui agit à titre de modèle. C'est le cas de Nancy, une maman qui avait décidé d'allaiter. Comme sa mère n'a jamais allaité, elle s'est tournée vers celle qui avait une expérience d'allaitement, sa belle-mère, qui a pu ainsi partager son expérience et ses connaissances.

*I'd say my mother-in-law because my mom didn't breastfeed... just experiences that she's had, like....she'd just explain to me like when your boob gets sore like they give you medicine for it and stuff like that...*

Diana, intervenante et grand-mère, va dans le même sens en expliquant que la jeune maman va vers la grand-mère avec laquelle elle a une meilleure relation.

*It depends on the relationship, like it really does. If there is a maternal grandmother the, the daughter would tend to go to the maternal grandmother, and if there isn't one, then, they'll go to the paternal grandmother.*

Véronique, future maman, a pris la décision d'allaiter son enfant suite à l'influence de sa grand-mère, une aînée qui a beaucoup d'importance pour elle et sur ses décisions.

*My grandma is...is my number one role model, and she's the one who insists on me to breastfeed because she, she's done it. And it costs a lot of money for formula.*

Brigitte, l'infirmière qui œuvre dans la communauté depuis quelques années, fait part de sa réflexion sur l'influence de la grand-mère dans les décisions liées à

l'alimentation. Elle souligne qu'il faut tenir compte de cette influence si l'infirmière veut à son tour exercer une influence professionnelle.

*Je pense qu'elles auraient tendance à écouter plus la kukum, plus la grand-mère parce qu'elle a de l'expérience... il faut quasiment s'allier un peu les grands-mères avec nous autres pour réussir des fois ...convaincre souvent la grand-mère si le lien est fort entre la mère... et la petite-fille... il faut souvent s'allier... s'adresser...autant à la grand-mère ...en tout cas on peut pas l'ignorer...on peut pas ... l'ignorer, si on veut influencer.*

Ces exemples donnés par nos informatrices évoquent le rôle de la grand-mère maternelle ou paternelle et des arrière-grands-mères comme source d'influence, de conseils et de soutien. Les grands-mères mentionnent également être là pour donner des conseils à leurs filles lorsque celles-ci ont des enfants, ce qui met en évidence l'importance de certaines grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants dans cette communauté autochtone.

Pour illustrer cette influence, mentionnons que plusieurs fois dans sa pratique antérieure, l'étudiante-chercheure a vécu des expériences où, malgré l'enseignement fait à la mère sur les recommandations, il arrivait fréquemment que la maman introduise des solides très hâtivement parce que la grand-mère leur avait conseillé de le faire. Ceci indique que la grand-mère a son mot à dire dans l'alimentation des enfants et que son opinion est crédible aux yeux de sa fille. Des résultats similaires sont ressortis de l'étude de Rhodes et al. (2008) sur l'allaitement dans un milieu autochtone américain où l'on souligne que, culturellement, la grand-mère est une personne auprès de laquelle on cherche conseils et soutien.

Nos résultats vont également dans le même sens que les études réalisées auprès des non-Autochtones. Le thème de l'influence de la grand-mère a été étudié par

plusieurs chercheuses à travers le monde. En Europe (Ekstrom et al., 2003), aux États-Unis (Grassley & Eschiti, 2007, 2008; Heinig et al., 2006), en Afrique (Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al., 2008). Ces études soulignent toutes l'importance de l'influence et du soutien de certaines grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation du jeune enfant. Malgré la variété des méthodes utilisées et des cohortes étudiées, l'influence des grands-mères semble se confirmer.

Le phénomène semble d'ailleurs avoir une portée qui transcende les époques et les cultures. Déjà vers la fin des années 60, Rubin (1967) a présenté sa théorie sur l'atteinte du rôle maternel. Ses travaux ont ensuite été enrichis par Mercer (1985) et sont, encore à ce jour, incontestés. On y décrit entre autres l'influence de la mère ou d'une figure maternelle, particulièrement durant la première grossesse. Il s'opère à ce moment un rapprochement naturel entre une fille et sa mère qui va aider la jeune maman dans l'apprentissage de son nouveau rôle.

Lorsque nous comparons nos résultats avec ceux des études réalisées auprès des grands-mères dans des milieux non-autochtones, nous pouvons faire un rapprochement entre nos résultats et ceux obtenus dans des études fait auprès de populations défavorisées. C'est le cas de l'étude de Horodynski et al. (2007) qui mentionne, suite à des groupes de discussion (n=23) que dans ce milieu, la grand-mère est davantage consultée que les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit de questions liées à l'alimentation des nourrissons. Les résultats d'une étude sur le choix d'allaitement (Brown et al., 2011) peuvent aussi amener un éclairage intéressant à nos résultats. Ces auteurs ont en effet en évidence que les femmes qui décident de ne pas allaiter ont

tendance à chercher conseils auprès de leur famille alors que celles qui décident d'allaiter ont tendance à aller vers des ressources plus spécialisées.

De plus, on constate des rapprochements entre les informatrices de notre étude et celles de cohortes issues de sociétés traditionnelles. Par exemple, Lamm et al. (2008) ont étudié l'influence des grands-mères dans des groupes culturels distincts. En comparant des dyades mères/filles d'origine allemande et camerounaise, on avance que l'influence de la grand-mère est plus marquée chez les Camerounaises puisque dans cette société traditionnelle, les aînés jouissent d'un statut privilégié et sont respectés. Par contre, les auteurs constatent également que ce statut d'aînés jadis très important, a tendance à être moins marqué qu'auparavant. Ceci va dans le même sens que ce que nous avons mentionné plus tôt en évoquant les modifications du rôle des aînés autochtones.

Dans le prochain extrait, on trouve d'ailleurs l'expression de cette réalité ou l'influence des grands-mères semble être moins prononcée. Eva, arrière-grand-mère, relate les difficultés vécues par certaines aînées qui tentent d'influencer les jeunes mères et qui n'y arrivent pas. Elle se demande même si les jeunes sont réellement intéressées à entendre ce que les aînées ont à dire.

*I have seen one grandmother, she was very old. She was very mad cause her daughter didn't...I mean, her grandchildren didn't breastfeed her baby. She says, she'd rather drink more than to care about their kid, you know. And it's true. She was right. She says I believe in nursing my baby, they're better health, they have better bones you know and everything, and I believe, I believe that elder..... I don't know... I don't know today my opinion about elders to have a meeting ... with the young mothers, so they could nurse their baby. I think they wouldn't listen; it would come out the other way.*

Ce doute quant à la réceptivité des jeunes face aux conseils des aînées est également évoqué du côté des jeunes qui admettent que certains n'ont pas d'intérêt ou de considération pour les aînées. Véronique qui sera bientôt maman, parle ainsi de sa génération.

*In our generation, there's some people who do not take teachings, and they neglect the fact that there's elders out there that, who do have the wisdom to, to teach you ... and there's some people out there who do want to learn. I've seen that, I've seen my friends do that...*

Dans le même ordre d'idée, une grand-mère, Matilda, croit que si les jeunes allaient davantage au-devant des aînées, celles-ci se sentiraient plus enclines à partager leur expérience. Elle introduit donc l'idée que la responsabilité de la transmission appartient aux deux générations.

*... sometimes I think about that, if people were out there, asking the elders or the Kukums to teach stuff, to ask them questions, they would be more motivated ... to pass down the knowledge then, they are just sitting there and falling asleep. Because, my parents are really alive, because we're always asking them stuff. Like, what happened here, what happened there? Tell me a story about this. So they're just eager to talk...*

Pour mettre en lumière cette responsabilité partagée quant à la transmission des savoirs, Nancy, aujourd'hui mère de deux enfants, donne un exemple où elle, jeune fille, était intéressée par l'expérience d'un aîné mais que cet intérêt n'était pas réciproque.

*We were a group of young ones, few years ago. And like... we were bored in the bush and we asked this elder if he can like share stories of the past and he just told us: No!*

Ces situations évoquent une coupure potentielle dans la communication intergénérationnelle : d'un côté, des jeunes qui sont plus ou moins intéressées et de l'autre des aînées qui, par manque d'intérêt ou tout simplement parce qu'elles ne se

sentent pas investies de ce rôle, abandonnent la transmission des savoirs. Peut-on y voir un lien entre ce manque de modèles dans les communautés autochtones actuelles entre autres suite aux séparations vécues dans l'enfance et à l'assimilation à la culture dominante?

Avant le début de notre recherche, nous avons anticipé que l'importance traditionnellement accordée aux aînées aurait fait ressortir une influence marquée de leur part en matière d'alimentation des jeunes enfants. Or, nos résultats sont beaucoup plus nuancés. Certes, les aînées ont une influence mais pas de l'ordre de ce qui était attendu. Serait-ce un autre signe de l'effritement des traditions autochtones ? À cet effet, des auteurs croient que le statut des aînés autochtones tend à changer et à perdre de son importance. Ils ont mis en lumière un paradoxe émergent où les aînés, supposés être respectés, sont aujourd'hui victimes d'abus et de maltraitance de la part des jeunes générations, ce qui contraste avec le message généralement véhiculé à l'effet qu'ils sont des sages et qu'on respecte leurs connaissances et leur expérience (Commission Royale sur les Peuples autochtones, 1996).

En résumé, notons que l'influence de la grand-mère autochtone est variable et dépend de l'intérêt de la grand-mère à partager son expérience ainsi qu'à l'intérêt que sa fille porte à ses conseils. Encore ici, cette réalité semble transcender la culture autochtone puisqu'on remarque les mêmes tendances dans la population non-autochtone. On constate en effet des similarités entre nos résultats et ceux d'études réalisées auprès de populations vulnérables (Alder et al., 2004; Barona-Vilar et al., 2009; Heinig et al., 2006; Heinig et al., 2009). Ces études réalisées auprès de populations défavorisées

américaines et européennes soulignent que les grands-mères ont une influence plus marquée chez les populations à faibles revenus.

À cet effet, Alder et al. (2004) mettent en évidence, dans une étude prospective faite en Écosse (n=338), que le revenu et l'éducation sont en lien direct avec le taux d'allaitement et que l'opinion de la grand-mère est significative quant au moment d'introduire les solides. De même, dans une recherche qualitative réalisée en Espagne (n=31), Barona-Vilar et al. (2009) évoquent un lien entre le statut socio-économique et les sources d'influence en matière d'alimentation des bébés. Lorsque les conditions socioéconomiques sont élevées, la grand-mère est moins considérée comme étant une source fiable en ce qui concerne l'alimentation de l'enfant.

Pour résumer ce thème, mentionnons que l'influence des grands-mères autochtones est présente et est similaire à celle des grands-mères dans les sociétés traditionnelles et dans les milieux défavorisés mais pas chez la clientèle périnatale générale. À l'instar d'autres groupes, les aînées autochtones sont généralement respectées pour leur expérience et leurs connaissances. Par contre, même si cette influence est réelle, on constate que le rôle des aînées autochtones tend à changer (Smyer & Clark, 2011) et que d'autres sources d'influence sont maintenant fréquentes (Lamm et al., 2008).

### **Sous-thème 2: Autres personnes influentes**

Si l'influence de la grand-mère et des aînées est évoquée par plusieurs, il est devenu clair au fil des conversations, qu'elles n'ont pas le monopole de l'influence



puisque d'autres femmes de la famille sont perçues comme des personnes influentes par leurs cadettes. Ainsi, les aînées, les tantes ou les sœurs plus âgées peuvent également avoir de l'influence sur la mère au-delà des opinions des grands-mères et des arrière-grands-mères. Eva, une arrière-grand-mère, nous parle des sources d'influence de sa petite-fille sur sa décision d'allaiter ses enfants.

*(my grand-daughter) ... trusted (her aunt). She trusts me. Because...she's seen her aunt nursing her baby when she was small cause we used to keep them a lot. I always had my grandchildren 7 of them during the summer to make them learn Indian (langue algonquine)*

Ainsi, Rudina, travailleuse communautaire, parle de l'influence des aînées autres que la grand-mère.

*... some people may have influence on the woman to breastfeed, like, some elders maybe will tell the woman that it's good to breastfeed your baby and the baby never gets sick, you don't have to prepare the bottles in the morning, or in the middle of the night ...*

Ce sont parfois plusieurs femmes de la famille qui ont une influence sur les cadettes. Miranda, une maman, nous explique que c'est sa tante qui l'a convaincue d'allaiter son bébé.

*Well, my aunt influenced me a lot she's like "oh breastfeeding is good, you're gonna give your baby... you're gonna give him the good stuff. And it's gonna help his immune system". Because when I was growing up ... I saw a lot of sick babies when I was growing up.*

Donna, une maman, rapporte brièvement que sa tante qui lui a parlé des bienfaits de l'allaitement.

*My aunt, (she was) not pushing but she was just asking and I asked her why ... and that's when she said that baby don't barely get sick on breast milk compare to the milk.*

En fait, au-delà du statut de la personne, que ce soit une mère, une grand-mère, une tante ou une aînée non parente, plusieurs informatrices évoquent que la nouvelle maman a tendance à chercher conseil auprès de femmes avec lesquelles elle a une relation plus significative. Si la plupart du temps cette personne est la mère, les nouvelles mamans vont parfois aller ailleurs pour chercher soutien et conseils, par exemple auprès de femmes avec qui elle a établi un lien de confiance.

*depending on the, where the woman, who the woman is closer to, like the mother, mother-in-law or other family if they're close to them, and... one is gonna tell the mother, you know, I think it'd be better to breastfeed, maybe she'll take that advice if they're close. You know like, if they don't know these people they're not gonna listen.*

Véronique, future mère, nous parle à son tour de ces sources variées d'influence au sein de sa famille. On retrouve encore l'évocation de l'importance des modèles de rôle.

*Oh, well like...since I'm like a first time coming mother, I'm going to be breastfeeding, because I had ... really good role models. My aunt had breastfed her 2 boys and my sister had breastfed her two children. And basically, it's the traditional thing in my family ... Breastfeeding is... something I chose for myself, and it's something that, that runs in my family.*

Dans certaines situations, plusieurs femmes de la famille se concertent pour apporter du soutien à une jeune maman. Matilda, grand-mère, nous explique que sa nièce avait de la difficulté à allaiter et que différentes femmes de la famille, dont la grand-mère et les tantes, se sont impliquées pour la soutenir.

*...because like Victoria, she's younger than all of us. She tries to breastfeed (and) we have to push her to breastfeed... Well, there's my mom, my sister, myself ... sometimes.... she'd be with Katrina (the younger aunt).... so, we would have to tell her, like sit down with her, tell her what breastfeeding is gonna do. Like benefits...of breastfeeding.*

Cette implication des femmes plus âgées de la famille est un phénomène observé chez une population afro-américaine par Horodynski et al. (2007). À l'aide de groupes de discussions avec des mères (n=23), les chercheurs mettent en lumière le recours aux conseils et au soutien de femmes expérimentées de la famille pour les questions liées à l'alimentation et aux soins des enfants. Heinig et al. (2006) évoque aussi l'influence des membres de la famille dans son étude auprès de mères américaines et hispanophones. Donc, encore ici, le phénomène observé dans notre petit échantillon n'est pas exclusif à la culture autochtone. L'idée de s'entourer de femmes expérimentées évoque à nouveau le thème universel du développement de l'identité et du rôle maternel (Mercer, 1985, Rubin 1967).

Une seule maman, Miranda, évoque l'aide de son conjoint dans sa décision. Il ne semble pas être la seule source d'influence mais il prend part à la décision, contrairement à l'expérience des autres informatrices.

*It was already clear in my mind like everybody told to breastfeed this kid... I told him (boyfriend) I'm gonna breastfeed, I don't want formula. Because him too, like he's like... yes, you're gonna breastfeed, like...he already, like, suggested that to me. He's like you're gonna breastfeed, "well obviously I'm gonna breastfeed I'm not gonna give him the bottle".*

Le manque de référence au rôle du père dans cette communauté reflète une certaine tendance retrouvée dans la littérature. En fait, il y a deux courants différents dans les écrits sur l'influence ou le soutien des pères. Il semble que le degré d'influence varie selon certaines circonstances. Dans les pays industrialisés, les études réalisées au Québec (Dubois, Bédard, Girard, & Beauchesne, 2000), aux États-Unis (Bar-Yam & Darby, 1997; Wolfberg et al., 2004), en Europe (Ekstrom et al., 2003; Pisacane,

Continisio, Aldinucci, D'Amora, & Continisio, 2005), en Australie (Scott, Binns, & Aroni, 1997; Tohotoa et al., 2009) mettent en lumière le rôle déterminant du père dans la décision d'allaiter. À l'inverse, dans certaines cultures, le père semble moins impliqué parce que la tradition veut que ce soit les femmes qui s'occupent de l'alimentation des nourrissons. C'est le cas au Malawi (Bezner Kerr et al., 2008) et au Sénégal (Aubel et al., 2004) où l'on fait peu mention du rôle du père car on reconnaît à la grand-mère une autorité en cette matière. De même, on retrouve cette tendance dans certains milieux socio-économiques plus défavorisés ou lors des grossesses à l'adolescence où le père est souvent absent. Ce phénomène est entre autres décrit par Barona-Vilar et al. (2009) qui soulignent que chez les jeunes primipares de milieux défavorisés, c'est surtout à la grand-mère qu'on se réfère et non au père.

Selon l'expérience de l'étudiante-chercheuse dans la communauté de Lac Rapide, les pères sont peu présents et peu impliqués dans les décisions liées à l'allaitement. Pour illustrer cette réalité, mentionnons que les pères invités à participer à la présente étude, ont tous décliné, certains prétextant que ça ne les concernait pas.

Dans cette communauté autochtone, les femmes enceintes présentent donc encore une fois des caractéristiques spécifiquement retrouvées dans des populations traditionnelles ou encore dans des milieux défavorisés. Ceci est d'ailleurs expliqué par Banks (2003) qui a œuvré auprès des Mohawks de Kanasataké : la tradition matriarcale de plusieurs communautés autochtones fait en sorte que les femmes sont portées à se tourner vers d'autres femmes plus âgées pour obtenir du soutien ou des conseils sur l'alimentation des enfants.

Dans le même ordre d'idée, Martens (2001) mentionne que les adolescents autochtones démontrent un peu d'intérêt dans une intervention éducative sur l'allaitement. De plus, les résultats contrastent avec ceux des adolescentes du même groupe qui ont obtenu de meilleurs résultats au post-test. L'auteure avance que le sujet de l'allaitement peut être perçu par les adolescents comme un sujet féminin et qu'ils ne se sentent donc pas concernés.

Donc, pour la clientèle autochtone, ces données suggèrent que les efforts pour inclure les mères, les grands-mères et autres femmes significatives pourraient avoir plus d'impact sur l'allaitement que l'inclusion des pères.

### **Sous-thème 3 : Influence des infirmières et autres professionnels de la santé**

Nous avons voulu savoir si les infirmières qui travaillent dans cette communauté peuvent avoir une influence, même si elles sont souvent issues d'une culture différente. Diana, intervenante et grand-mère, croit que les femmes sont aujourd'hui plus enclines à accepter les conseils des infirmières.

*I think you (nurses) have very positive role because the nurses here are very well respected ... and people come for advice... and I mean you know, you're professionals... they know that and they're now demanding professionals; they don't want just anybody telling them, you know, what to do.*

Ce sont les infirmières de la communauté qui ont suivi Véronique durant sa grossesse. Elle a assisté à plusieurs ateliers prénataux et croit que les infirmières font du bon travail et que cela aide les gens de la communauté.

*Well ... like you guys are obviously doing a very good job at the moment.. I've seen that you guys have your own maternal health program ... The*

*nurses here are doing their jobs and I'm happy with what you guys have done. It's been like... for the past few years, I've been seeing a lot more success instead of going downhill you guys are going uphill. So you guys are helping, helping people.*

Dans certain cas, l'infirmière peut avoir une influence réelle sur la décision d'allaiter. Une mère, Nancy nous explique que c'est l'infirmière qui l'a convaincue.

*I know it's because of you (the nurse)... like, I never, I didn't have that in my family, my mom didn't breastfeed, it was all you, the nurse...*

À l'inverse, certaines personnes mentionnent que le fait que les infirmières soient issues d'une autre culture, représente un obstacle. L'histoire d'oppression par les gens de la culture dominante se reflète ici par la crainte de se faire imposer des pratiques associées à la culture « des Blancs ». Ainsi, Rudina, travailleuse communautaire, croit que certaines mères ne seront pas réceptives aux conseils de l'infirmière qui n'est pas de descendance autochtone.

*Because maybe they don't wanna, they don't wanna learn the "white way", they don't wanna do the the, the white way you know*

Dans le même sens, Miranda, une jeune maman, parle de la perception de certaines familles à l'effet que l'infirmière ne connaît pas leur réalité parce qu'elle n'est pas issue de leur culture.

*They'd be like "oh no... she (the nurse) doesn't know nothing, she doesn't know what happens, she's white, she doesn't know anything!"*

Ce clivage et ces tensions entre les Autochtones et les infirmières issues de la culture dominante peut trouver une explication dans les travaux menés par Browne et Fiske (2001). Ces auteures ont utilisé l'ethnographie féministe critique pour donner la parole à 10 femmes des Premières Nations de l'ouest canadien. Cette étude visait à

décrire l'expérience de femmes autochtones avec le personnel non-autochtone du système de santé. On y apprend que la majorité des femmes autochtones ont vécu des expériences de discrimination et de jugements négatifs au cours de la prestation des services de santé. Plusieurs rapportent ne pas se sentir écoutées, considérées, respectées et comprises. À l'inverse, des femmes rapportent des expériences positives avec des professionnels de la santé, particulièrement lorsqu'il y a un partage réel de l'information et que l'on permet à la personne de participer activement à ses soins, qu'on respecte sa culture, qu'une relation de confiance est établie et qu'on respecte ses décisions.

On constate ainsi que la barrière culturelle dont font mention nos informatrices n'est pas insurmontable. Ainsi, si les professionnels de la santé sont sensibles aux aspects socio-politiques et historiques des Premières Nations, ils peuvent développer des liens favorisant la sécurité culturelle chez les Autochtones. Ce type de respect et d'empathie se reflète dans le verbatim de l'infirmière Brigitte qui ressent et comprend cette méfiance qui prend racine dans l'histoire tendue entre la culture autochtone et la culture dominante. Sans le vouloir, les infirmières doivent aujourd'hui faire face aux ressentiments de certains Autochtones.

*Aussi il y a une méfiance, veut veut pas, particulièrement entre les Autochtones et les Blancs. Les autochtones sont un peu méfiants des « blancs ». L'histoire nous a pas servi non plus, donc on porte génétiquement la mauvaise histoire. Donc, à quelque part, ils sont un peu méfiants avec raison. Donc, quand on arrive avec nos beaux sermons... sont pas obligés de nous croire... faut vraiment travailler le lien, beaucoup.*

Dans les quelques exemples mentionnés ci-haut, on constate que lorsque la cliente et l'infirmière ont développé une relation significative, l'influence est possible. On

remarque cependant qu'il y a encore des tensions et qu'il demeure impératif d'établir un climat de soins qui favorise la sécurité culturelle. Hors de cette réalité où la différence culturelle crée une tension entre l'infirmière et sa clientèle, plusieurs études ont démontré que le soutien des professionnels de la santé est lié à un meilleur taux d'allaitement. Ainsi, une revue systématique réunissant les résultats de 52 études incluant 56 451 dyades mère-enfant établit un lien clair entre le soutien des professionnels de la santé et l'allaitement. Le soutien se traduit par une augmentation du taux et de la durée d'allaitement (Renfrew et al, 2012). Ceci laisse croire que si des efforts sont faits pour minimiser les tensions évoquées plus-haut, les professionnels de la santé peuvent constituer une source d'influence et de soutien. Par exemple les infirmières de la communauté Mohawk de Kanasataké, même si elles ne sont pas Autochtones, ont provoqué, au cours des années, des changements qui vont dans le sens des traditions. Avec leur soutien, la communauté a pu mettre en place l'Initiative des Amis des Bébé, un programme reconnu internationalement pour la promotion, l'encouragement et la protection de l'allaitement (OMS/UNICEF, 1989). Aujourd'hui, cette petite communauté Mohawk est reconnue comme la première réserve autochtone canadienne ayant obtenu cette désignation de prestige (Comité canadien pour l'allaitement, 2013).

#### **Sous-thème 4: Les modèles de rôle**

Les conversations sur l'influence des aînées, des grands-mères et des autres femmes pouvant jouer un rôle à ce niveau ont mené sur le sujet des modèles de rôle. Les



informatrices rapportent en effet que la crédibilité et le degré d'influence sont intimement liés au style de vie des aînées. Ainsi, plus l'aînée est perçue comme un modèle, un exemple, plus elle est influente auprès des jeunes. Eva, arrière-grand-mère, donne un exemple qui démontre cette réalité en relatant le conseil qu'elle a donné à sa fille sur l'importance d'être un modèle de rôle.

*I always tell...my daughter...never, never neglect your kids... because they're not going to listen. They are gonna model first before they listen, cause I see that...*

Une grand-mère, Matilda, partage ce que sa mère lui a dit concernant l'importance du modèle de rôle. Comme sa mère avait allaité, elle pouvait se présenter comme un modèle pour sa fille en matière d'allaitement, un modèle que Matilda tente de reproduire auprès de sa propre fille.

*(my mom would say)... so that's why, with the breastfeeding like, I didn't have to, you know, to tell you to breastfeed because of this and that and that. She (would) use herself as an example and that's what I try and do with my daughter...*

Eva, une arrière-grand-mère, donne cependant un exemple où un modèle négatif a une influence sur les agissements de leurs enfants lorsqu'ils deviennent à leur tour parent.

*... I find ... some grandmothers... they drink too much. They don't give enough lectures to their kids... (and then) the daughter will do the same thing. ...like they don't care about their kids.... That's what I see anyways.*

Miranda, une maman, va dans le même sens et déplore que certains aînés ternissent l'image respectable de ce que devrait être un aîné.

*... the role of an elder like would be like, how I see my grandmother, like that, but like sometimes, other elders, they kind of taint the image of an*

*elder. Like they taint it... Meaning ... there's some elders where they'll ... drink and they do drugs and like (they say) : "oh I can do this and that I don't care I'm gonna die anyways".*

Pour résumer les éléments liés au modèle de rôle, mentionnons que, de façon générale, les grands-mères autochtones demeurent influentes de nos jours auprès des jeunes femmes enceintes et des nouvelles mamans. Par contre, les grands-mères ne forment pas un groupe homogène; certaines grands-mères ou aînées ont moins d'influence parce qu'elles ne sont pas perçues par les jeunes comme des modèles de rôle. Également, certaines femmes, telles que les sœurs plus âgées et les tantes ont de l'influence lorsqu'elles ont un lien significatif avec la nouvelle maman. Elles peuvent alors être une source d'influence, de conseils et de soutien. Le degré d'influence semble être intimement lié à deux facteurs : la force de la relation et le fait d'être un modèle de rôle.

## **Thème 2 : L'état des connaissances et croyances associées**

Tel qu'expliqué en recension des écrits, plusieurs études recommandent d'évaluer les connaissances et d'explorer les croyances des grands-mères en matière d'allaitement et d'alimentation des enfants lorsque l'on souhaite incorporer celles-ci dans la promotion des bonnes pratiques (Alder et al., 2004; Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al., 2008; Grassley & Eschiti, 2008). À la lumière de ces recommandations, nous avons donc voulu vérifier l'état des connaissances et les croyances de nos informatrices. Toutes les personnes interrogées font un lien direct entre l'allaitement et un meilleur état de santé

pour l'enfant. Comme plusieurs informatrices, Donna, une mère, sait que l'allaitement est bénéfique pour la santé du bébé.

*... I heard it was very healthy for breastfeeding ... all I know is that, it's good for breastfeeding ...because people say they [babies] usually don't get sick out of breastfeeding.*

Rudina, travailleuse communautaire, évoque un système immunitaire plus fort.

*I grew up with my kids with breastfeeding and they were more healthier. My kids are never sick ... they're less sick, they don't get sick all the time ... I think their immune system is stronger with the breast milk of the mother.*

Véronique, future maman est, pour sa part, attirée par l'allaitement qui renforce le lien d'attachement.

*Well I know that breastfeeding can help their immune system and that... and you can have a really good bond with your baby. Bonding is more mostly important when you have a first child and a first born ... because they recognize you, right? So breastfeeding is something...to bring you and your child closer, and like...when the baby, when you bond with your child, like the baby will feel safe... you know, the baby will know you're taking care of him properly, the baby will appreciate that and if it's a good environment to have.*

Les grands-mères ont également bien intégré la notion que l'allaitement est un facteur de protection contre la maladie. Une d'entre-elles, Matilda, relate que sa propre mère lui avait déjà dit que les enfants allaités étaient moins malades.

*The tits are medicinal, I mean breast milk... My mom use to say, you guys were never sick because I breastfed you...*

Eva, arrière-grand-mère, évoque à son tour qu'une aînée lui avait dit que l'allaitement avait des effets bénéfiques sur la santé.

*And it's true. She was right. She says I believe in nursing my baby, they're in better health, they have better bones, you know, and everything and I believe that elder.*

### **Sous-thème 1 : Méconnaissance des recommandations**

Les recommandations en vigueur tant au niveau international que canadien et québécois sont les mêmes depuis plusieurs années, à savoir l'allaitement exclusif pour les six premiers mois poursuivi ensuite jusqu'à deux ans et au-delà, après l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.

Plusieurs études sont à la base de ces recommandations à l'effet que l'exclusivité contribue activement à la protection contre plusieurs maladies et infections. L'OMS répertorie ainsi de façon continue les études importantes en lien avec l'exclusivité mais aussi avec la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà. La poursuite de l'allaitement permet entre autres une protection continue contre les infections, certaines allergies, certaines maladies et contre la mort subite du nourrisson (Kramer & Kakuma, 2004; Leon-Cava et al., 2002).

Même si nos informatrices associent l'allaitement avec une meilleure santé du bébé et à une réduction de certaines infections, lorsqu'on leur demande de détailler les bénéfices de l'allaitement, on constate que leurs connaissances sont très peu développées. Ainsi, dans notre étude, aucune des informatrices (outre l'infirmière) ne sait que l'allaitement est un facteur de protection contre le diabète et l'obésité, qui sont pourtant des affections qui atteignent un grand nombre de gens dans cette communauté (Agence de santé Publique du Canada, 2011; Statistique Canada, 2008). De plus, les bénéfices pour la santé de la mère ne sont jamais évoqués, uniquement des bienfaits pour

l'enfant, tels la protection contre l'asthme, des os plus solides, un système immunitaire plus fort, l'attachement plus évident entre la mère et son enfant.

Ces données corroborent les résultats obtenus dans d'autres études sur l'état des connaissances en matière d'allaitement. Ben Slama, Ayari, Ouzini, Belhadj et Achour (2010) ont mesuré les connaissances de femmes tunisiennes sur l'allaitement (n=210) à l'aide de questionnaires distribués à celles qui fréquentaient une clinique de pédiatrie. Elles relèvent que seulement 20% des répondantes ont un niveau de connaissances satisfaisant sur les avantages de l'allaitement. De même, Dumas et Lepage (1999) ainsi que Lepage et al. (2000) ont également mis en lumière que le manque de connaissance mène à des pratiques nuisant au succès de l'allaitement.

Quant à la durée d'allaitement, on constate aussi un manque de connaissance. Nos informatrices évoquent de périodes entre trois mois et plusieurs années. Ainsi, Matilda, une jeune grand-mère, parle d'une durée de trois mois, ce qui ne va pas dans le sens des recommandations actuelles.

*Because I know... 3 months... well they always say that 3 months is the most crucial time to breastfeed....*

Claudette, une grand-mère, mentionne ce que sa mère lui a enseigné en matière de durée d'allaitement. Cette fois-ci, on parle de durée prolongée, ce qui est positif, mais on ne mentionne pas l'exclusivité pendant les premiers six mois.

*... parce que ma mère me disait ... il faut allaiter le bébé jusqu'à 1 an ... pour pas qu'il mange trop vite... elle m'avait dit ça.*

Dans certains cas, la durée de l'allaitement est grandement réduite par la perception que l'enfant a faim et il arrive assez fréquemment que les solides soient

introduits très hâtivement. Miranda, une jeune maman, nous parle de certains parents qui vont introduire des céréales dès l'âge de un ou deux mois.

*Well, there are parents ... that give the breast milk, that give Similac and bottle feed but if the baby is still crying after that, and he is not full, probably after a month or two months after they start to give a little bit of "Pablum".*

Le non-respect de l'exclusivité pendant les six premiers mois et l'introduction hâtive des solides sont des situations courantes dans cette communauté. À titre d'exemple, durant l'année 2008 sur les douze femmes ayant donné naissance, seulement deux ont fait le choix d'allaiter, les autres ont fait le choix de donner des substituts de lait maternel. Une seule femme a respecté six mois d'exclusivité alors que l'autre, tout en poursuivant l'allaitement, a introduit des solides dès l'âge de quatre mois. Même celles qui avaient opté pour les formules commerciales de lait ont introduit les solides avant l'âge de trois mois (Centre de santé Lac Rapide, 2008). Lors de conversations informelles, plusieurs mères nous ont mentionné que la décision d'introduire les solides était liée à l'impression que le bébé avait encore faim, qu'il était fort et prêt et avait besoin de manger. Ceci est cependant fréquent dans d'autres populations, la perception d'insuffisance lactée étant l'une des principales causes de sevrage précoce (Galipeau, 2011).

Le concept d'exclusivité de l'allaitement n'est donc pas intégré par les informatrices. Par exemple, Rudina, travailleuse communautaire, parle de la coutume d'offrir un bouillon, une soupe aux bébés dès l'âge de trois mois.

*If they like ... introduce solid food for... like for a 3-4 months baby if they keep crying at night they're gonna make "NAPANE WABOO" (bouillon traditionnel de perdrix)*

Dans nos notes de terrain, nous avons documenté des observations sur cette soupe traditionnelle faite à base de bouillon de perdrix et de farine. Ce plat est perçu comme étant très bon pour les jeunes enfants car il est facile à digérer. Il est souvent offert aux jeunes enfants bien avant l'âge de 6 mois.

Une maman, Miranda, a pour sa part respecté l'exclusivité pendant 6 mois mais elle nous parle de ce qu'elle constate chez les jeunes parents de la communauté.

*Sometimes they're like "oh my baby doesn't sleep at night and she's always hungry, she's always drinking, I think I got to feed her". First day start out with cereal ... she doesn't take cereal anymore, she doesn't get full and they'd start on human food. And then like they'd be "oh she can eat that". And then they really feel like they're supposed to feed that when they're like 3 months old, 4 months old.*

Pourtant, depuis plusieurs années, les professionnels de la santé œuvrant dans cette communauté font la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Ainsi, le plan d'enseignement destiné aux femmes enceintes et leur famille contient de l'information sur l'allaitement et sur les recommandations actuelles et ce sujet est abordé très tôt au cours de la grossesse. De plus, des ateliers sur les bénéfices liés à la pratique exclusive de l'allaitement sont également offerts régulièrement. Malgré tout, ces efforts ne se traduisent pas par une augmentation des connaissances, ni par un changement de comportement.

Les connaissances des parents ont été étudiées par plusieurs auteurs. Parmi ceux-ci, mentionnons une étude qualitative réalisée aux Mozambique auprès de 342 participants (des mères, des pères, des grands-mères, des belles-mères et des infirmières (Arts et al., 2011) et un sondage réalisé au Cameroun auprès de 320 mères (Kakute et

al., 2005). Ces deux études révèlent que le manque de connaissances au sein de familles et des communautés représente un obstacle à l'allaitement. De plus, tel que mentionné plutôt, Crocetti et al. (2004) témoignent aussi de cette réalité où les recommandations ne sont pas respectées. Dans son étude sur les croyances parentales en matière d'alimentation des enfants, on constate que même si les parents américains participants (n=102) sont au fait des recommandations, plus de 44% ont introduit les solides avant l'âge de 4 mois. Scott, Binns, Graham et Oddy (2009) ainsi qu'Alder et al. (2004) ont obtenu des résultats semblables dans leur recherches respectives, à savoir que l'introduction des solides avant 6 mois est très courante et semble liée entre autres, au fait que les parents ont l'impression que l'enfant est prêt et à besoin de nourriture autre que le lait maternel ou les substituts de lait maternel. On retrouve aussi cette tendance dans la population générale au Canada. En effet, peu de couples respectent les recommandations puisque que le taux d'allaitement exclusif à six mois se chiffre à seulement 13,8% (Al-Sahab et al., 2010).

Du côté des connaissances des grands-mères, des études faites aux États-Unis (Grassley & Eschiti, 2007; Heinig et al., 2006), en Afrique (Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al., 2008), en Europe (Ekstrom et al., 2003) soulignent également que les connaissances des grands-mères ne sont pas à jour. Donc à ce niveau, autant les mères que les grands-mères autochtones ne font pas exception et la situation indique un besoin de consolider ou d'augmenter les connaissances.



## Sous-thème 2 : Les croyances

Connaissances et croyances sont deux thèmes intimement liés. Nous avons évoqué que les connaissances n'étaient pas toujours conformes aux recommandations actuelles en matière d'alimentation. Souvent, un manque de connaissances induit des croyances qui mènent à des mauvaises pratiques qui sont transmises d'une génération à l'autre. Ainsi Eva, une arrière-grand-mère, pourtant favorable à l'allaitement, raconte qu'elle avait été encouragée à donner du sirop de maïs à son enfant pour éviter la constipation.

*My grandmother told me, my mother told me, even... my uncle. Give them a little bit... of corn syrup that will make them go, clean them out. Instead of a kid being constipated.*

Cette croyance semble répandue au sein de la communauté puisque Diana, intervenante en toxicomanie et grand-mère, y fait également référence

*That was very common even when they started, when the changes started happening. It was sugared water, Carnation milk with sugar. ... it was a belief that ...if your child has an upset stomach or a belly ache you gave him sugar and water instead of milk.*

Une autre croyance qu'Eva, arrière-grand-mère, partage concerne le besoin de nourriture des bébés. Ils doivent manger, être potelés car ils sont ainsi plus satisfaits, rassasiés. Elle déplore qu'on encourage les parents à attendre l'âge de six mois avant d'introduire la nourriture. Elle est en faveur de l'allaitement mais pour elle, trop de lait rend l'enfant anémique, il faut aussi leur donner de la nourriture.

*I believe the doctor will tell you: you're feeding your child too much. My last one that's what they told me. I'm feeding her too much that's why she's fat is no good for her... I don't believe that. I'd rather feed my baby well then, she's comfortable, you know... I think about today, the young generation, they don't breastfeed their baby umm ... they don't give them the right food and they're always sick. They're anemic.... you know they have a lot of trouble in life while growing up. Cause sometimes babies*

*they have too much, too much milk...they don't feed their babies. Too much milk*

Certaines grands-mères ont parlé de croyances liées à l'alimentation des femmes qui allaitent.

*You have to eat good food. You cannot be eating like salad or ...chicken you got to eat something nourishing. Like, eat soup with it and something else like mashed potatoes with a little bit of meat, you know? You got to eat something good. Can't be eating...vegetable a lot, like salad any kind of salad that's what I notice ... Because you have to have a good milk. You always need to have...soup... soup and tea.*

Claudette, une grand-mère, croit ainsi que l'allaitement n'est pas sain si l'alimentation de la maman n'est pas adéquate. Une conception qu'elle dit avoir tiré de sa mère.

*Parce que moi, je pense pas que c'est la meilleure affaire... la meilleure affaire à donner (le lait maternel), parce qu'elles mangent toute n'importe quoi là, comme le Pepsi et... c'est pas bon pour le bébé ça. C'est pour ça que les bébés sont malades. Ma mère, c'est ça, que ma mère disait, c'est pour ça que les bébés deviennent malades même si tu allaites... parce que ma mère me disait tu dois prendre (manger du) castor, tout ça là pour que .... ton lait devienne épais là ... pour que le bébé là ... (n'ait) pas faim.*

Ces quelques exemples de croyances peuvent être un frein à l'allaitement et à sa promotion. Encore ici, nos résultats concordent avec plusieurs études cités préalablement (Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al., 2008; Ekstrom et al., 2003; Grassley & Eschiti, 2007, 2008), en lien avec des croyances erronées. Entre autres, la croyance que la mère ne devrait pas allaiter si elle n'a pas une saine alimentation est évoquée par Martens et Young (1997) dans son étude auprès d'une communauté autochtone du Manitoba. Quelques années plus tard, la même auteure a mis en évidence que cette croyance est même présente chez certains professionnels de la santé (Martens,

2000). Ceci laisse croire que les fausses croyances en matière d'allaitement sont communes non seulement chez les Autochtones mais également dans la population générale et même chez certains professionnels de la santé, ce qui s'explique, en partie, par le manque de formation en allaitement au cours de la formation initiale des professionnels de la santé au Canada et l'omniprésence des substituts du lait maternel.

De même, l'étude de Bezner Kerr et al. (2008) est particulièrement évocatrice face à la croyance que l'allaitement n'est pas suffisant et que le bébé a faim. Au Malawi, plusieurs croyances et coutumes perpétuées par les grands-mères vont à l'encontre des recommandations et peuvent se comparer aux situations évoquées plus tôt. Ainsi, on offre des infusions et du porridge aux enfants parce qu'ils ont faim et que le lait de la mère n'est pas suffisant pour calmer le bébé.

Malgré un manque de connaissances et la présence de fausses croyances, puisque nous avons allégué que les aînées étaient influentes, il apparaît incontournable qu'elles devraient faire partie du processus d'éducation et de promotion de l'allaitement. Des auteurs cités plus tôt mentionnent que les interventions éducatives ciblant les mères, les grands-mères ou la famille peuvent se traduire par une attitude plus positive envers l'allaitement (Aubel et al. 2004; Bezner Kerr et al.; 2008; Grassley & Eschiti, 2007, 2008). Cette recommandation est également encouragée dans les milieux autochtones (Banks, 2003; Martens, 2012).

### **Thème 3 : L'implication des aînées**

Nous avons donc voulu savoir comment nos informatrices envisagent l'implication des grands-mères. Quelles étaient les avenues possibles pour encourager l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant et aussi vérifier si les grands-mères autochtones pourraient jouer un rôle en ce sens de nos jours.

La plupart des informatrices de notre étude croient à la pertinence d'inclure les grands-mères et les aînées dans la promotion de l'allaitement. Entre autres, Véronique, future maman, croit que les aînées pourraient être invitées à partager leur vécu, leur sagesse avec des groupes de jeunes mamans.

*It'd be actually great if you brought an elder all the time ... because an elder is ... a guest speaker of their own experience, you know? Like, what they've been learning and what they've been taught, so they share their wisdom. So if there was ever.... a meeting or... a group...*

Rudina qui, par son travail, a un lien privilégié avec les familles de la communauté, va dans le même sens. Elle croit cependant qu'on devrait cibler les grands-mères qui ont allaité parce que selon elle, elles seraient capables de convaincre les mères qui n'allaitent pas.

*I think we should have the grandmothers to come and talk to these women that breastfeeding that is good for the baby .... The ones that ... breastfed their babies, those are the ones that should come and convince the mothers that don't breastfeed their babies and tell them what is so good about ...breastfeeding.*

Des suggestions semblables, soit de s'allier les grands-mères ayant une attitude positive face à l'allaitement, sont faites dans l'étude suédoise d'Ekstrom et al. (2003). Cette étude a été réalisée dans un milieu bien différent du milieu autochtone, puisqu'en Suède, une très forte majorité des femmes allaitent. Pourtant, les conclusions sont

similaires: il est préférable d'inclure la grand-mère. Chez les Autochtones du Manitoba, Martens et Young (1997) évoque aussi la pertinence d'inclure les grands-mères ou autres femmes significatives dans des activités de promotion de l'allaitement.

Pour leur part, O'Driscoll et al. (2011) qui ont réalisé des entrevues semi-structurées pour explorer l'expérience des femmes enceintes autochtones du Nord-Ouest de l'Ontario (n=13), mentionnent que les jeunes mamans souhaitent bénéficier des enseignements des aînées car connaître ses propres traditions est perçu comme un héritage important.

Une de nos informatrices croit aussi à la pertinence d'inclure les grands-mères. Elle évoque le besoin concret de soutien des mères en termes de gestion quotidienne de l'allaitement puisqu'elles ne sont pas souvent exposées à cette réalité.

*Yes, bring the grandmothers in and they (the young mothers) need ... maybe a woman that will show the mothers how to breastfeed, a breastfeeding mother to show these non-breastfeeding mothers that it is a good way to breastfeed the baby. Give them something to look at and put in their head like my mother's generation there, maybe they can ...tell...tell us the story that they...how they breastfed their kids or if their mothers breastfed.*

Une grand-mère, Matilda, croit qu'il faut que les jeunes mères puissent entendre des histoires de succès d'allaitement. Ceci passe par l'enseignement et plus de femmes qui allaitent.

*Because we need... I guess... more women...to want to breastfeed and then...more elders...teaching...the....kids to...the benefits and all they...need success stories.*

Miranda, une jeune maman, parle de son intérêt pour les enseignements des aînées en matière d'alimentation des jeunes enfants. On ressent ici un besoin d'être guidée par les aînées qui ont de connaissances sur les traditions.

*I'd like them to like show: this is what used to happen a long time ago... they used to give them (the child) ... the bone of the... the beaver or something ... for them to chew on, and ... this is what you're supposed to do when your baby's sick like ... that's what I think they should do... show what happened like long time ago... (so) yes... I wouldn't mind learning what they, what they saw when they were growing up, and when they had kids.*

Finalement, une grand-mère, Matilda, même si elle a mentionné auparavant qu'il serait bien d'impliquer les grands-mères, partage son impression à l'effet que certaines jeunes mamans ne sont tout simplement pas ouvertes et ne veulent pas de tels enseignements. Elle évoque les multiples facteurs qui entrent en cause dans la décision d'allaiter ou non.

*because we cannot teach anybody that don't wanna ask. That don't wanna be taught, they're gonna want to have to learn... they're gonna have to ask the questions: how do I breastfeed or stuff like that. We can't ... you can't ...go out there and teach them... it has to start in within themselves first. But how do we plant the seed, I guess, would be the question to put it there... instead of how do we go out and help them ... (there's) too much factors, that are blocking the way...*

Donc, plusieurs des informatrices croient que les grands-mères en faveur de l'allaitement pourraient être utiles pour encourager cette pratique. Par contre, comme l'a rappelé Matilda, l'implication des grands-mères ne règle pas tout. Il faut aussi aborder la problématique du faible taux d'allaitement et du manque d'adhésion aux recommandations dans sa globalité. En ce sens, il faut aussi que les jeunes mères s'intéressent au sujet.

Pour conclure cette section, il appert que l'inclusion des grands-mères dans la promotion de l'allaitement est souhaitable dans la mesure où celle-ci est perçue comme un modèle de rôle, qu'elle a de bonnes connaissances et qu'elle est favorable à l'allaitement. Par contre, toutes les femmes plus âgées de la communauté pourraient aussi être approchées puisque les jeunes mères les considèrent comme des modèles de rôle à cause des liens qu'elles ont avec elles ou à cause de leurs expériences passées. Le fait de réunir deux générations pourrait en partie contribuer à restaurer les échanges intergénérationnels qui étaient plus présents antérieurement.

#### **Thème 4 : Stratégies gagnantes**

Comme nous l'avons vu dans le thème précédent, quelques informatrices proposent des idées de stratégies qui pourraient être mises de l'avant auprès de cette population. Permettre la rencontre des générations, valoriser l'expérience et la sagesse des aînées, offrir aux mères l'accès à des conseils pratiques sur l'allaitement, sont autant de pistes que proposent nos informatrices.

Bien que la majorité des informatrices soient favorables à l'idée d'inclure la grand-mère ou les aînées dans la promotion des bonnes pratiques en matière d'alimentation infantile, il a été difficile de faire ressortir des idées concrètes sur ce qui pourrait être considéré comme une stratégie gagnante pour permettre aux grands-mères d'influencer dans le sens des recommandations en vigueur.

Dans les notes de terrain, nous avons noté à plusieurs reprises que les informatrices hésitent à donner des réponses élaborées lorsqu'on leur demande leur

opinion; elles ne semblent pas avoir confiance en elles et en leurs habiletés à trouver leurs propres réponses, leurs propres stratégies, comme si la solution ne passait pas par elles mais plutôt par l'infirmière ou par les autorités de Santé Canada. Certes, lorsque nous proposons des idées, elles acquiescent mais elles ne proposent rien de plus. Il ne semble pas y avoir de volonté de s'approprier la problématique et à aider à trouver des pistes en ce sens.

Si d'autres communautés autochtones se sont réapproprié l'héritage matrilineaire de l'allaitement, comme Kanesataké, première communauté autochtone au Canada à être certifiée « Ami des bébés », ici, on ne sent pas un tel intérêt. Nous ne sommes donc pas en mesure de partager une réponse détaillée sur les meilleures stratégies à adopter. Cependant, nous voyons dans le concept d'*empowerment* des pistes prometteuses.

Dans un contexte comme celui du Lac Rapide, un milieu défavorisé et peu éduqué, les jeunes mamans n'ont pas toujours confiance en leur capacité de réussir. Souvent dans sa pratique, l'étudiante-chercheuse a rencontré des jeunes mères convaincues de ne pas être capables d'allaiter. Ce manque de confiance a également été souligné par Dodgson et al. (2002) chez un groupe de mères Ojibwe. Leur redonner confiance en leurs capacités devient un élément clé de la promotion. Des stratégies visant l'*empowerment* de ces jeunes femmes apparaissent donc une avenue prometteuse.

Kang, Choi et Ryu (2008) expliquent qu'en matière d'allaitement, un programme d'*empowerment* peut être utile car il encourage la participation actives des mères, permet aux femmes de se réapproprier l'allaitement et de trouver elles-mêmes des solutions plutôt que de se fier seulement à des experts. Ces stratégies augmentent leur perception



d'efficacité personnelle. Cette étude quasi-expérimentale a été effectuée en Corée auprès de 68 mères et visait à augmenter l'*empowerment* personnel et de groupe. Deux groupes non-identiques avaient été créés. Trente-cinq (35) mères ont été assignées à un groupe contrôle et 33 mères à un groupe bénéficiant d'un programme d'*empowerment*, à raison de 5 séances de 60 minutes durant la période post-partum. Les résultats montrent un impact significatif du programme d'*empowerment* sur la durée de l'allaitement. En effet dans le groupe intervention, le taux d'allaitement exclusif atteignait 60% à 12 semaines alors qu'il n'était que de 20% dans le groupe contrôle.

L'*empowerment* est intimement lié à la perception d'efficacité personnelle (Moattari, Ebrahimi, Sharifi, & Rouzbeh, 2012). En matière d'allaitement, ce concept d'efficacité personnelle a d'ailleurs été largement documenté et est l'un des éléments-clés d'une théorie : « *Breastfeeding Self-Efficacy Theory* » (Dennis & Faux, 1999). On peut ainsi expliquer que le niveau de confiance de la mère face à sa capacité d'allaiter prédit sa décision d'allaiter ou non, le degré d'effort qu'elle y met et sa réaction émotionnelle face aux problèmes rencontrés durant l'allaitement. Cette théorie a été utilisée et testée auprès de cohortes très variées, entre autres auprès de mères australiennes, africaines, et anglaises, de mères adolescentes et de mères d'enfants prématurés (Dennis, Heaman, & Mossman, 2011; McCarter-Spaulding & Dennis, 2010; McQueen, Dennis, Stremmler, & Norman, 2011). Ceci renforce l'impression que de travailler dans ce sens auprès des femmes autochtones de la communauté du Lac Rapide pourrait s'avérer une stratégie prometteuse.

Dans notre étude, l'infirmière, Brigitte, a évoqué l'importance qu'elle accorde au fait de souligner les efforts d'allaitement. Elle explique que le simple fait de féliciter la maman contribue à lui donner de la fierté. Cet exemple, jumelé à nos observations sur le manque de confiance en soi des informatrices, porte à croire qu'il y a dans cette communauté un besoin de favoriser l'*empowerment* et d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes femmes.

*Moi, quand je vois leurs yeux quand on les félicite... la fierté. Malgré toute la misère ...on voit parfois dans les yeux des mamans, la fierté ... certaines mamans, on leur dit : « Heille, t'allaites encore, c'est beau! » Le grand sourire est là et la fierté est dans les yeux.*

Pour résumer ce dernier thème, mentionnons que les informatrices de notre étude n'ont pas été en mesure d'articuler des stratégies concrètes sur la meilleure façon d'inclure les grands-mères. Nous croyons cependant que des interventions favorisant l'*empowerment*, pourrait les aider à identifier leurs propres stratégies gagnantes.

La présente étude ethnographique sur l'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeune enfants autochtones a permis de mettre en lumière les aspects suivants. À bien des égards, on constate des similarités entre nos résultats et ce qui a été observé dans des recherches faites auprès d'autres cultures ou dans d'autres milieux. À cet effet, l'influence de la grand-mère n'est pas unique à notre étude puisqu'elle a également été documentée à travers le monde (Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al.; Ekstrom et al., 2003; Grassley & Eschiti, 2007, 2008; Heinig et al., 2006; Ingram et al., 2003). Cette tendance à se rapprocher de sa mère durant la grossesse et en postnatal semble être une réalité qui transcende les cultures et rappelle les concepts à la base de la théorie du rôle maternel (Mercer, 1985; Rubin, 1967).

Sur le plan des connaissances et des croyances, nos résultats soulignent qu'il y a une méconnaissance des recommandations ainsi que des croyances qui vont à l'encontre des pratiques recommandées. Cette même tendance est relevée dans bon nombre d'études (Arts et al., 2011; Aubel et al., 2004; Bezner Kerr et al., 2008; Crocetti et al., 2004; Kakute et al., 2005), ce qui laisse croire ici aussi que le phénomène n'est pas exclusif aux Premières Nations.

Cependant, certains de nos résultats décrivent des réalités qui sont spécifiques au contexte de vie de plusieurs communautés autochtones. En effet, l'histoire des Autochtones canadiens a été jonchée d'obstacles de toute nature. Plusieurs événements ont laissé des cicatrices profondes. Dans la communauté de Lac Rapide, cela s'est traduit entre autres, par l'émergence de problèmes sociaux, un manque de cohésion sociale relié à des tensions politiques ainsi qu'à un certain relâchement des liens intergénérationnels. Ces thèmes sont importants parce qu'ils offrent une perspective unique permettant de mieux comprendre le contexte dans lequel les décisions liés à l'alimentation des bébés se prennent. Mieux comprendre permet de mieux intervenir. Sur ce dernier point, Leininger et MacFarland (2002) a toujours insisté sur la nécessité de comprendre toutes les dimensions qui entourent un phénomène.

### **Recommandation pour les sciences infirmières**

Cette recherche a mis en lumière plusieurs thèmes qui contribuent à enrichir les connaissances de la profession infirmière. Dans les prochaines lignes, nous énumérerons

les principaux éléments à considérer dans le domaine de la recherche, de la formation, de la pratique et finalement au niveau de la gestion et des politiques.

### **Recommandation pour la recherche**

Cette étude a permis de dégager des thèmes permettant maintenant leur vérification lors de recherches quantitatives en vue de démontrer les similitudes entre différentes populations de milieux autochtones ou défavorisés. De plus, les thèmes relevés pourraient servir de base à l'élaboration et à la validation d'interventions ciblées auprès des aînées ou encore intergénérationnelles, en vue d'en déterminer l'efficacité sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement et de son exclusivité au cours des six premiers mois. Certaines études pourraient aussi évaluer l'impact d'interventions éducatives adaptées à une communauté autochtone à l'aide de moyens culturellement adaptés tels les *gatherings*, la transmission orale, la matrilinéarité.

Dans un autre ordre d'idées, et en lien avec les problèmes de consommation dans plusieurs milieux dont les communautés autochtones, il serait intéressant de cibler le choix de l'allaitement comme un moyen d'*empowerment* des femmes. Ceci impliquerait la réduction de la consommation ou l'abstinence durant la grossesse et en postnatal via l'éducation et le soutien de membres influents de la communauté dont les aînées. La réduction des méfaits est ainsi visée, ce qui améliorerait la santé en général dans la communauté tout en favorisant son développement.

L'ethnographie ciblée a démontré son utilité dans cette étude tout comme dans plusieurs autres recherches en sciences infirmières. Elle devrait donc être considérée

lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène particulier non connu dans une population particulière. Comme toutes les méthodes qualitatives, elle permet de faire émerger des thèmes sur un sujet peu connu, thèmes qui peuvent avantageusement être étudiés par la suite dans des recherches quantitatives en vue d'obtenir des résultats probants et généralisables.

### **Recommandation pour la formation**

À l'heure actuelle, peu d'importance est accordée à la santé des Premières Nations dans la formation des infirmières. Or, on assiste actuellement à une explosion démographique dans les communautés autochtones et on constate aussi que cette population est en moins bonne santé que le reste de la population. Ces deux réalités font en sorte que la probabilité d'avoir à soigner des personnes issues des Premières Nations est plus grande que jamais. Une formation de base pourrait être centrée sur les aspects historiques, sociopolitiques et culturels de même que sur la santé et les interventions déjà réalisées pour augmenter le niveau de santé dans les communautés autochtones au Canada. En ce sens, des efforts devraient être faits en vue d'intégrer dans la formation des infirmières et des autres professionnels de la santé des éléments liés à la santé des Autochtones. Il est souhaitable que les infirmières qui œuvrent auprès de cette population soient formées et outillées pour offrir des soins favorisant la sécurité culturelle et l'*empowerment* (Birch, Ruttan, Muth, & Baydala, 2009; Browne & Fiske, 2001).

Au niveau de l'allaitement, la formation initiale de tous les professionnels de la santé, y compris les infirmières, devrait être obligatoire si nous sommes sérieux au niveau de nos politiques fédérales et provinciales de santé et de santé publique qui ne cessent de le recommander. Cette formation initiale devrait aussi être centrée sur les pratiques reconnues, basées sur des données probantes. À ce niveau, les éléments de l'Initiative Amis des Bébé (OMS/UNICEF, 1989) tels qu'explicités par le Comité canadien pour l'allaitement (2011) devraient servir de base canadienne commune en ce qui a trait à la promotion, l'encouragement et le soutien à l'allaitement.

L'ethnographie ciblée étant une méthode émergente en recherche infirmière de type qualitatif, il s'avère important de l'inclure dans les cours de recherche en sciences infirmières et ce, dès le baccalauréat.

### **Recommandation pour la pratique infirmière**

Augmenter le taux d'allaitement exclusif pour les six premiers mois, y compris dans les communautés autochtones, doit demeurer une priorité de la pratique infirmière. Les taux d'obésité, de maladies chroniques, d'infections et d'allergies le justifient pleinement, tout particulièrement chez les Autochtones et les autres populations vulnérables.

Même si nous n'avons pas été en mesure de faire ressortir clairement les stratégies gagnantes sur l'inclusion des grands-mères, nous croyons que cette approche devrait tout de même être favorisée dans les activités de promotion de l'allaitement au sein des communautés autochtones et chez les clientèles vulnérables pour qui ces modèles de

rôles semblent relativement encore importants. En comblant le manque de connaissances et en valorisant le rôle des grands-mères dans la transmission des savoirs profondément ancrés dans la culture autochtone, l'allaitement peut devenir source *d'empowerment* populationnel dans le respect des us et coutumes des Premières Nations. Les aînés pourraient d'ailleurs être partie prenante des interventions éducatives visant la réduction des méfaits. Cette recommandation va également dans le sens des écrits de Leininger et MacFarland (2002) qui stipulent que des soins culturellement adaptés se fondent dans une structure sociopolitique. Celle-ci dépend des facteurs philosophiques, religieux, ethnohistoriques, culturels, politiques, économiques et éducatifs. Or, comme nous l'avons mentionné, la culture traditionnelle autochtone est en effritement et les rôles des aînées ne sont plus ce qu'ils étaient. On constate aussi que les recommandations sur l'allaitement ne sont pas suivies, ce qui entraîne des problèmes de santé dans plusieurs communautés autochtones canadiennes. Les trois systèmes de soins culturellement adaptés proposés par Leininger doivent donc aborder ces problèmes de santé. Les soins génériques, les soins infirmiers et les soins professionnels peuvent être améliorés en utilisant des stratégies qui favorisent l'inclusion des aînées autochtones. Leur rôle pourrait aider à maintenir certains soins culturels (allaitement), à accommoder certaines pratiques culturelles (exclusivité de l'allaitement au cours des 6 premiers mois), à restructurer certains soins (poursuite de l'allaitement après ce temps en introduisant des aliments complémentaires appropriés).

Dans un autre ordre d'idée, les infirmières non-Autochtones qui travaillent auprès de clientèles autochtones doivent être particulièrement sensibles aux effets pervers

qu'ont provoqués les politiques colonialistes et d'assimilation des gouvernements antérieurs. À bien des égards, les infirmières peuvent être perçues comme les représentantes de cette approche et c'est pourquoi elles doivent en être conscientes. En choisissant une approche *d'empowerment* basée sur la confiance et le respect des individus et de leurs décisions, les relations professionnelles seront renforcées.

L'accompagnement et le soutien aux communautés autochtones dans la mise en place de l'Initiative des Amis des Bébés devraient être encouragés. Au Québec, cette initiative a été implantée avec succès dans la communauté Mohawks de Kanasataké et elle pourrait l'être dans d'autres communautés autochtones canadiennes dans le respect des traditions autochtones.

### **Recommandation pour les gestionnaires et les décideurs politiques**

Des efforts devaient être mis pour former et ensuite recruter des infirmières autochtones plus aptes spontanément à comprendre les besoins de la clientèle des différentes communautés autochtones. En attendant, il faut s'assurer des mesures qui favorisent le recrutement et le maintien en poste de personnel stable et formé dans le respect de la culture autochtone, ce dernier point étant également une recommandation de chercheurs dans des milieux autochtones (Browne et al., 2009).



*Conclusion*

Cette étude a permis de mettre en lumière l'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants autochtones. De plus, nous avons constaté, qu'en matière d'alimentation, il y a des similarités importantes entre les réalités vécues au sein des populations autochtones et celles que l'on retrouve dans certains groupes culturels et chez les populations défavorisées. Dans la communauté autochtone étudiée, l'influence de la grand-mère semble plus forte, si celle-ci est perçue comme un modèle rôle et également si elle a un lien significatif avec la nouvelle mère.

Finalement, cette étude souligne l'importance de poursuivre les efforts en vue d'augmenter les taux d'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie. Chez les populations autochtones, l'inclusion des grands-mères dans la promotion des bonnes pratiques est une piste de solution prometteuse. Pour y arriver, il est important de mettre à jour les connaissances de celles-ci afin qu'elles puissent mieux soutenir le choix de l'allaitement au sein de leur communauté.

## *Références*

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 45-61.

Affaires autochtones et développement du nord Canada. (2006). *Santé des autochtones*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016257>.

Affaires Autochtones et développement du Nord Canada. (2012). *Les Algonquins de Barriere Lake*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016352/1100100016353>.

Agence de santé publique du Canada. (2010). *Maladies chroniques et taux de mortalité au sein des populations autochtones du Canada : tirer profit des connaissances*. Consulté de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/31-1/ar-02-fra.php>: Gouvernement du Canada.

Agence de santé Publique du Canada. (2011). *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/highlights-saillants-fra.php#chp6>.

Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., & Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6 month exclusive breastfeeding among Canadian women : A national survey. *BMC Pediatrics*, 10(20). 1350-1356

Alder, E. M., Williams, F. L. R., Anderson, A. S., Forsyth, S. & Florey, C. V. (2004). What influences the timing of the introduction of solid food to infants? *British Journal of Nutrition*, 92(3), 527-531.

APNQL. (2012). *Carte des Nations Autochtones du Québec*. Consulté de : <http://www.apnql-afnql.com/en/portrait-communautes/carte.php>

Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B., Von Kries, R. (2004). Breastfeeding and childhood obesity-a systematic review. *International Journal of Obesity and Relative Metabolic Disorders*, 28, 1247-1256.

Arts, M., Geelhoed, D., De Schacht, C., Prosser, W., Alons, C., & Pedro, A. (2011). Knowledge, beliefs, and practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in mozambique: a qualitative study. *Journal of Human Lactation*, 27(1), 25-32. doi: 10.1177/0890334410390039

Assemblée des Premières Nations. (2005). *Plan d'action des Premières Nations sur l'éducation*. Consulté de : <http://64.26.129.156/cmslib/general/education-f.pdf>

- Atkinson, P., & Pugsley, L. (2005). Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education*, 39(2), 228-234. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.02070.x
- Aubel, J., Toure, I., & Diagne, M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Social Science & Medicine*, 59(5), 945-959.
- Bachrach, V., Schwarz, E., & Bachrach, LR. (2003). Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy : a meta-analysis. *Archives of Pediatric and Adolescent Medecine*, 157, 237-243.
- Banks, J. (2003). Kanisténhsera, A Native Community rekindles the tradition of breastfeeding. *AWHONN*, 7(4), 340-347.
- Bar-Yam, N. B., & Darby, L. (1997). Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *Journal of Human Lactation*, 13(1), 45-50.
- Barona-Vilar, C., Escriba-Aguir, V., & Ferrero-Gandia, R. (2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*, 25(2), 187-194.
- Beauchamp, J., Blaauwbroek, M., Brule, C., Campbell, J., Lava, J., & Malone, L. (2004). *Improving the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Insitute of Health Information.
- Beaudry, M., Chiasson, S., & Lauzière, J. (2006). *Biologie de l'allaitement*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ben Slama, F., Ayari, I., Ouzini, F., Belhadj, O., & Achour, N. (2010). Exclusive breastfeeding and mixed feeding: knowledge, attitudes and practices of primiparous mothers. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(6), 630-635.
- Bentley, M., Gavin, L., Black, M. M., & Teti, L. (1999). Infant feeding practices of low-income African-American adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *Social Science & Medicine*, 49(8), 1085-1100.
- Bezner Kerr, R., Dakishoni, L., Shumba, L., Msachi, R., & Chirwa, M. (2008). "We grandmothers know plenty": breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. *Social Science & Medicine* (1982), 66(5), 1095-1105.
- Bindler, R., Allen, C., & Paul, R. (2004). Native American learning: an integrative model. *Journal of Nursing Education*, 43(5), 237-240.

- Birch, J., Ruttan, L., Muth, T., & Baydala, L. (2009). Culturally Competent Care for Aboriginal Women: A Case for Culturally Competent Care for Aboriginal Women Giving Birth in Hospital Settings. *Journal de la santé autochtone*. Consulté de: [http://www.naho.ca/jah/english/jah04\\_02/03\\_V4\\_I2\\_Compentent03.pdf](http://www.naho.ca/jah/english/jah04_02/03_V4_I2_Compentent03.pdf)
- Black, R., Godwin, M., & Ponka, D. (2008). Breastfeeding among the Ontario James Bay Cree: a retrospective study. *Canadian Journal of Public Health, 99*(2), 98-101.
- Brant Castello, M. (2006). *A healing journey: Reclaiming wellness*. Ottawa, Aboriginal Healing Foundation. Consulté de : <http://www.ahf.ca/downloads/final-report-vol-1.pdf>
- Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery, 27*(1), 53-59. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.004
- Browne, A. (2009). Discourses influencing nurses' perceptions of First Nations patients. *CJNR, 41*(1), 166-191.
- Browne, A., & Fisk, J. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research, 23*(2), 126-147.
- Browne, A. J. (2009). Discourses influencing nurses' perceptions of First Nations patients. *CJNR, 41*(1), 166-191.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy, 10*(3), 167-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x>
- Chien, P., & Howie, P. (2001). Breast-milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. *Advances in Nutrition Research, 10*, 69-104.
- Coates, K. (2008). *La loi sur les Indiens et l'avenir de la gouvernance autochtone au Canada*. Ottawa: Centre nationale pour la gouvernance des Premières Nations.
- Comité canadien pour l'allaitement. (2011). *Indicateurs de résultats pour les dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services communautaires*. Consulté de : [www.breastfeedingcanada.ca](http://www.breastfeedingcanada.ca).
- Comité canadien pour l'allaitement. (2012). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*. Ottawa: Santé Canada.

- Comité canadien pour l'allaitement. (2013). *Établissements Amis des bébés au Canada*  
Consulté de: [http://breastfeedingcanada.ca/documents/Baby-Friendly\\_Facilities\\_in\\_Canada\\_French\\_Feb\\_2013.pdf](http://breastfeedingcanada.ca/documents/Baby-Friendly_Facilities_in_Canada_French_Feb_2013.pdf)
- Commission Canadienne des droits de la personne. (1998). *Rapport - Les Autochtones*.  
Ottawa: Consulté de: [http://www.chrc-ccdp.ca/publications/1998\\_ar/page7-fra.aspx](http://www.chrc-ccdp.ca/publications/1998_ar/page7-fra.aspx).
- Commission de la santé services sociaux des Premières Nations Québec et Labrador.  
(2006). *Regard sur les Premières Nations et Inuits du Québec*. Consulté de :  
<http://www.cssspnql.com/fr/publications.htm>
- Commission Royale sur les Peuples autochtones. (1996). *À l'aube d'un rapprochement: Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*.  
Gouvernement du Canada. Ottawa. Consulté de:  
<http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597/1100100014637>.
- Conseil canadien de la santé. (2005). *L'état de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada*. Consulté de :  
[http://healthcouncilcanada.ca/rpt\\_det.php?id=125](http://healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=125).
- Crocetti, M., Dudas, R., Kurgman, S. (2004). Parental Beliefs and Practices regarding early introduction of Solid foods to their children. *Clinical Pediatrics*. 43(6), 541-547
- Cruz, H., & Higginbottom, G. (2013). The use of focus ethnography in Nursing research. *Nurse Researcher*, 20(4). 36-46.
- de Graff, T. (2001). *Mechanisms in the transgenerational transmission of (Grand) parental trauma to their descendants*. Paper presented at the meeting of the Takini Network, Santa Ana, NM.
- De Silva, B. S. S., & Rolls, C. (2010). Health-care system and nursing in Sri Lanka: an ethnography study. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 33-38. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00482.x
- De Vera, N. (2003). Perspectives on healing foot ulcers by Yaquis with diabetes. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(1), 39-47.
- Dell, C. A., Roberts, G., Kilty, J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C., & Dell, D. (2012). Researching Prescription Drug Misuse among First Nations in Canada: starting from a Health Promotion Framework. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 23-31.

- Dennis, C.-L., Heaman, M., & Mossman, M. (2011). Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 49*(3), 265-271. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.12.015
- Dennis, C., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health, 22*(5), 399-409.
- Dodgson, J. E., Duckett, L., Garwick, A., & Graham, B. L. (2002). An ecological perspective of breastfeeding in an indigenous community. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(3), 235-241.
- Dodgson, J. E., & Struthers, R. (2003). Traditional breastfeeding practices of the Ojibwe of northern Minnesota. *Health Care for Women International, 24*(1), 49-61.
- Dubois L., Bédard, B., Girard, M., Beauchesne, E. (2000). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Duddridge, E. (2000). Breast-feeding. The influence of grandparents on infant feeding choice. *British Journal of Midwifery, 8*(5), 302-304.
- Dumas, L., & Lepage, M. (1999). Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale. *Recherche menée par l'Université du Québec à Hull en collaboration avec l'Unité de périnatalité du Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais. ISBN 755637*. Gatineau: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Ekstrom, A., Widstrom, A., & Nissen, E. (2003). Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth: Issues in Perinatal Care, 30*(4), 261-266.
- Engebretson, J. (2011). Clinically applied medical ethnography : Relevance to cultural competence in patient care. *Nursing Clinics of North America, 46*, 145-154.
- First Nations Information Governance Centre. (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003* Consulté de: <http://www.fnigc.ca/fr/node/34>
- First Nations Information Governance Centre. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations -Phase 2 (2008-2010)*. Ottawa: First Nations Information Governance Centre.



- Flood, J. L., & Dodgson, J. E. (2010). Health care and social service providers' descriptions of Pacific Islander mothers' breastfeeding patterns. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 162-170. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.04.009
- Food and Agriculture Organization of United Nations. (1996). *Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale*. Consulté de: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613f/w3613f00.htm#Note1>.
- Forum socioéconomique des premières Nations. (2006). *Agir maintenant pour l'avenir*. consulté de: <http://www.apnql-afnql.com/fr/evenements/img/FSEPN-RAPPORT-FINAL.pdf>.
- Galipeau, R. (2011). *Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée*. (Doctorat), Université de Montréal., Montréal.
- Germain, C.P. (2001). Ethnography. The method. Dans P.L. Munhall (Ed.), *Nursing Research: A qualitative perspective* (3<sup>rd</sup> Edition). (p.227-306), Sudbury, MA : Jones and Barlett.
- Glover, M., Waldon, J., Manaena-Biddle, H., Holdaway, M., & Cunningham, C. (2009). Barriers to best outcomes in breastfeeding for Maori: mothers' perceptions, Whanau perceptions, and services. *Journal of Human Lactation*, 25(3), 307-316.
- Goodleaf, S., & Dessertine, L. (2013). [*Communication personnelle sur l'impact des pensionnats autochtones* ]. Montréal, le 14 mars 2013.
- Goodson, L. V., M. (2011). An overview of ethnography in healthcare and medical education research. *Journal of Educational Evaluation for Health Professionals*, 8(4). 1-5. DOI: [10.3352/jeehp.2011.8.4](https://doi.org/10.3352/jeehp.2011.8.4)
- Gouvernement du Canada. (2008). *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*. Ottawa: Consulté de: <http://www.pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2149>.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet* 374, 65-75.
- Grassley, J., & Eschiti, V. (2007). Two generations learning together: facilitating grandmothers' support of breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*, 22(3), 23-26.
- Grassley, J., & Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(4), 329-335.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA. SAGE.
- Haskell, L., & Randall, M. (2009). Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 48-99.
- Heinig, M. J., Follett, J. R., Ishii, K. D., Kavanagh-Prochaska, K., Cohen, R., & Panchula, J. (2006). Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 22(1), 27-38.
- Heinig, M. J., Ishii, K. D., Banuelos, J. L., Campbell, E., O'Loughlin, C., & Vera Becerra, L. E. (2009). Sources and acceptance of infant-feeding advice among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 163-172.
- Henry, B., Nicolau, A., Américo, C., Ximines, L., Berheim, R., & Oria, M. (2010). Socio-Cultural Factors Influencing Breastfeeding Practices among Low-Income Women in Fortaleza-Ceará, Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. *Enfermera Global*, 19, 1-12.
- Higgins, B. (2000). Puerto Rican cultural beliefs: influence on infant feeding practices in western New York. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 19-30.
- Hodgson, I. (2000). Ethnography and Health Care: Focus on Nursing. *Forum Qualitative Social Research / Sozialforschung* /, 1(1).
- Horodyski, M., Olson, B., Arndt, M. J., Brophy-Herb, H., Shirer, K., & Shemanski, R. (2007). Low-income mothers' decisions regarding when and why to introduce solid foods to their infants: influencing factors. *Journal of Community Health Nursing*, 24(2), 101-118.
- Houghton, M. D., & Graybeal, T. E. (2001). Breast-feeding practices of Native American mothers participating in WIC. *Journal Of The American Dietetic Association*, 101(2), 245-247.
- Hubbert, A. O. (2008). A partnership of a Catholic faith-based health system, nursing and traditional American Indian medicine practitioners. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 28(1-2), 64-72.
- Ingram, J., Johnson, D., & Hamid, N. (2003). South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery*, 19(4), 318-327.
- Institut canadien de la santé infantile. (2000). *La santé des enfants du Canada : Enfants et jeunes autochtones*. 1-2. Consulté de : <http://www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/AboriginalFRE.pdf>.

- Institut de la Statistique du Québec. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Gouvernement du Québec. Consulté de: [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/recueil\\_allaitement06.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/recueil_allaitement06.pdf)
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., & Chew, P. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries : Evidence report/technology assessment no.153*. . Rockville (MD). AHRQ publication.
- Kakute, P. N., Ngum, J., Mitchell, P., Kroll, K. A., Forgwei, G. W., Ngwang, L. K., & al. (2005). Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameroon, Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 324-328.
- Kang, J. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. J. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 14-23.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major F. (2010). *Le pensée infirmière*. 3<sup>e</sup> édition. Montréal: Édition Chenelière Education.
- Kohlhuber, M., Rebhan, B., Schwegler, U., Koletzko, B., & Fromme, H. (2008). Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition*, 99(5), 1127-1132.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, 554, 63-77.
- Kuperberg, K., & Evers, S. (2006). Feeding patterns and weight among First Nations children. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 67(2), 79-84.
- Lamm, B., Keller, H, Yovsi, RD., & Chaudhary, N. (2008). Grandmaternal and maternal ethnotheories about early child care. *Journal Of Family Psychology*. 22(1), 80-88. DOI: 10.1037/0893-3200.22.1.80.
- Lang, C., Macdonald, M. E., Carnevale, F., Lévesque, M. J., & Decoursay, A. (2010). Kadiminekak Kiwabigonem: Barriers and Facilitators to Fostering Community Involvement in a Prenatal Program in an Algonquin Community. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 8(1), 15.
- Legacy of Hope Foundation. (2009). *Que sont les enfants devenus - Conséquences intergénérationnelles*. Consulté de: <http://www.wherethechildren.ca/fr/exhibit/impacts.html>

- Leininger, M., & MacFarland, M. (2006). *The theory of culture care diversity and universality - A worldwide Nursing Theory* (3rd Edition ed.). Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing : Concepts, Theories, Research and Practice, 3rd Edition*. New York: McGraw-Hill.
- Leon-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, M. (2002). *Quantifying the benefits of breastfeeding : A summary of the evidence*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO).
- Lepage, M., Doré, N., & Carignan, G. (2000). *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement, région de Québec*. Québec: Direction de santé publique.
- Loiselle, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. St-Laurent: Edition du Renouveau Pédagogique Inc.
- Loppie, C. & Wien, F. (2009). *Inégalité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Price George, BC, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- MacMillan, H., Jamieson, E., Walsh, C., Boyle, M., Crawford, A., & MacMillan, A. (2010). The health of Canada's Aboriginal children: results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey. *International Journal Of Circumpolar Health*, 69(2), 158-167.
- MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. L. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1569-1578.
- Martens, P. (2000). Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and baby-friendly hospital initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital. *Journal of Human Lactation*, 16(4), 309-318.
- Martens, P., & Young, T. (1997). Determinants of breastfeeding in four Canadian Ojibwa communities : A decision-making model. *American journal of Human biology*, 9, 579-593.
- Martens, P. J. (2001). The effect of breastfeeding education on adolescent beliefs and attitudes: a randomized school intervention in the Canadian Ojibwa Community of Sagkeeng. *Journal of Human Lactation*, 17(3), 245-255.

- Martens, P. J. (2002). Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *Journal of Human Lactation*, 18(3), 236-246.
- McCarter-Spaulding, D. E., & Dennis, C. (2010). Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a sample of Black women in the United States. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 111-119. doi: 10.1002/nur.20368
- McQueen, K. A., Dennis, C., Stremler, R., & Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(1), 35-46. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women & Birth*, 23(4), 135-145.
- Mercer, R. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(4), 198-204.
- Meyerink, R. O., & Marquis, G. S. (2002). Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: the importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *Journal of Human Lactation*, 18(1), 38-50.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (Vol. 3rd Edition). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- Millar, W. J., & Maclean, H. (2005). *Breastfeeding Practices*. Health Reports: Statistique Canada. Ottawa.
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 115.
- Nathoo, T., & Ostry, A. (2009). *The One Best Way?: Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada (Studies in Childhood and Family in Canada)*: Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press.

- O'Brien, B. A., Mill, J., & Wilson, T. (2009). Cervical screening in Canadian First Nation Cree women. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), 83-92. doi: 10.1177/1043659608322418
- O'Driscoll, T., Kelly, L., Payne, L., St. Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Minty, B., & Linkewich, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16(4), 126-130.
- Olive, R. (2013). "Making friends with the neighbour's" : Blogging as a Research Method. *International Journal of Cultural Studies*, 16(71). 71-84. doi: 10.1177/1367877912441438
- OMS/UNICEF. (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité*. Consulté de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304_fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la santé. (2013). *Allaitement maternel*, Consulté de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/index.html)
- Owen, C., Martin, R., Whincup, P., Smith, G., & Cook, D. (2006). Does breastfeeding influence the risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *American Journal of Clinical Nutrition* 84, 1043-1084.
- Pelletier, N. (2001). *Étude des freins à l'allaitement au-delà de trois mois chez les mères francophones du Nouveau-Brunswick*. (Maîtrise), Université Laval, Québec.
- Pisacane, A., Continisio, G. I., Aldinucci, M., D'Amora, S., & Continisio, P. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*, 116(4), 494-498.
- Reid, J., Schmied, V., & Beale, B. (2010). 'I only give advice if I am asked': Examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers. *Women & Birth*, 23(2), 74-80. doi: 10.1016/j.wombi.2009.12.001
- Renfrew, M., McCormick, F.M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4
- Rhodes, K. L., Hellerstedt, W. L., Davey, C. S., Pirie, P. L., & Daly, K. A. (2008). American Indian breastfeeding attitudes and practices in Minnesota. *Maternal & Child Health Journal*, 12, 46-54. doi: 10.1007/s10995-008-0310-z

- Robinson, S. G. (2013). The Relevancy of Ethnography to Nursing Research. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 14-19. doi: 10.1177/0894318412466742
- Rothe, P. (2005). Towards a better understanding of First Nation Community and drinking and driving. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(4).
- Rubin, R. (1967). *Attainment of the maternal role*. : Nursing Research. 16, 237-245
- Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement (2012). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois. Ottawa
- Santé Canada. (2010). *Choix de l'allaitement au Canada : statistiques et graphiques clés (2009-2010)*. Ottawa: Consulté de: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/initiation-fra.php>.
- Santé Canada. (2012). *Accords de contribution - Santé des Premières Nations et Inuits*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/index-fra.php>.
- Schim, S., Doorenbos, A, Benkert, R. & Miller, J.,. (2007). Culturally congruent care : Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110.
- Schmidt, N.A., Brown, J.M. (2009). *Evidence-Bases Practice for Nurses. Appraisal and Application of Research*. 2<sup>nd</sup> Edition. Jones and Barlett Learning. Sudbury. MA
- Scott, J., Binns, CW., & Aroni, R., . (1997). The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed. *Journal of paediatrics and child health*, 33(4), 305-307.
- Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K. I., & Oddy, W. H. (2009). Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *BMC Pediatrics*, 9, 60-60.
- Smith, D., Varcoe, C., & Edwards, N. (2005). Turning around the intergenerational impact of residential schools on Aboriginal people: Implications for health policy and practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4 ), 38-60.
- Smyer, T., & Clark, M. C. (2011). A Cultural Paradox: Elder Abuse in the Native American Community. *Home Health Care Management & Practice*, 23(3), 201-206. doi: 10.1177/1084822310396971
- Sokoloski, E. H. (1995). Canadian First Nations women's beliefs about pregnancy and prenatal care. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 27, 89-100.

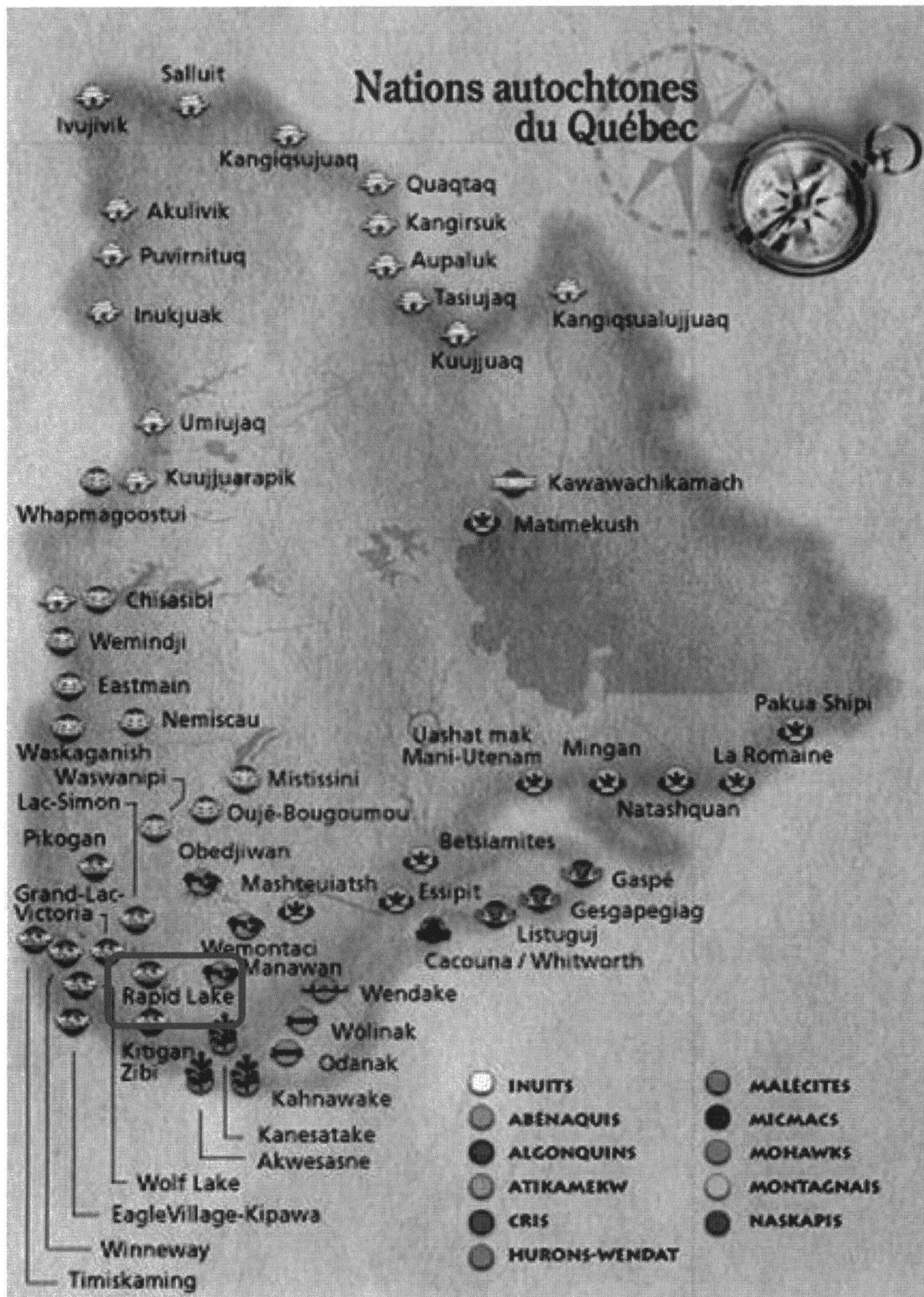
- Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Statistique Canada. (2006). *Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : population autochtone*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-560/p16-fra.cfm>.
- Statistique Canada. (2008). *L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10487/4060770-fra.htm>.
- Statistique Canada. (2013a). *Âge moyen de la mère à l'accouchement (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires annuel (années)*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=1024504>.
- Statistique Canada. (2013b). *Certains indicateurs de la santé des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté de: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11763-fra.htm#n33>.
- Streubert, H. J. (2011). Ethnography as a Method. *Qualitative Research in Nursing* (pp. 167-196). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Tang, S. Y., & Browne, A. J. (2008). 'Race' matters: racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity & Health*, 13(2), 109-127.
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4(15). doi: 10.1186/1746-4358-4-15
- Tourville, C., & Ingalls, K. (2003). The Living Tree of Nursing Theories. *Nursing Forum*, 38(3), 21.
- Unicef Canada. (2009). *La santé des enfants autochtones révèle des écarts importants avec les moyennes nationales : un réel enjeu concernant les droits de l'enfant*. Genève: UNICEF (Ed.). Consulté de: <http://www.unicef.ca/fr/press-release/le-rapport-d%E2%80%99unicef-canada-sur-la-sante-des-enfants-autochtones-revele-des-ecarts-impo>



- Van Rossem, L., Oenema, A., Steegers, E., Moll, H. A., Jaddoe, V., Hofman, A., & Raat, H. (2009). Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The Generation R Study. *Pediatrics*, *123*(6), 1017-1027. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2663>
- Varcoe, C., Bottorff, J. L., Carey, J., Sullivan, D., & Williams, W. (2010). Wisdom and influence of elders: possibilities for health promotion and decreasing tobacco exposure in First Nations communities. *Canadian Journal of Public Health*, *101*(2), 154-158.
- Waldram, J. B., Herring, A., & Young, T (Ed.). (2006). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives (2nd ed.)*. Toronto, ON: University of Toronto.
- Wambach, K. A., & Koehn, M. (2004). Experiences of infant-feeding decision-making among urban economically disadvantaged pregnant adolescents [corrected] [published erratum appears in J ADV NURS 2005 Feb;49(3):329]. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(4), 361-370.
- Wardman, D., & Quantz, D. (2005). An Exploratory Study of Binge Drinking in the Aboriginal Population. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, *12*(1), 49-61.
- Weaver, H. N. (1999). Transcultural nursing with Native Americans: critical knowledge, skills, and attitudes. *Journal of Transcultural Nursing*, *10*(3), 197-202.
- Webster, B., Banks, J. (1996). *Infant feeding practice in Rural Native Community*. Unpublished Document.
- Winterburn, S., Jiwa, M., & Thompson, J. (2003). Maternal grandmothers and support for breastfeeding. *Journal of Community Nursing*, *17*(12), 4.
- Wolfberg, A. J., Michels, K. B., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y., & Bienstock, J. (2004). Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *191*(3), 708-712.
- World Alliance for Breastfeeding Action. (2013). *Breastfeeding and Food Security* Consulté de: <http://www.waba.org.my/resources/activitysheet/acsh10.htm>
- \_\_\_\_\_, (2012). Extrait des statistiques communautaires. Centre de santé Lac Rapide, Document non-publié.

*Appendice 1*

Carte des communautés des Premières Nations



(APNQL, 2012)

*Appendice 2*

**Formulaire de consentement**

**Consent form**  
**to participate in a research project**  
on The influence of First Nations' Grand-mothers (kukum) on infant feeding decisions

**Researcher**

**Marie-Josée Lévesque, RN, MSN (c)**  
Maîtrise en Sciences infirmières, Student  
Université du Québec en Outaouais  
Email : [mariejo.levesque@yahoo.ca](mailto:mariejo.levesque@yahoo.ca)  
Telephone : 514-795-7769

**Research Committee**

**Louise Dumas RN, PhD**  
Département des Sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais  
Email : [louise.dumas@uqo.ca](mailto:louise.dumas@uqo.ca)

**Mario Lepage, RN, PhD. co-director**  
Département des Sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais  
Email : [mario.lepage@uqo.ca](mailto:mario.lepage@uqo.ca)

**Introduction**

To goal of this study is to describe the influence of Grand-mothers on Infant Feeding decisions in a First Nations community. We are interested in understanding and learning about the role of First Nations' elders on Infant Feeding decisions. We know how important the knowledge of Elders can be. This is why you are invited to participate in this study because you are a respected Elder, a future mother, a new mother, or an important informer from Rapid Lake.

This form is to explain and make sure you understand what it means for you to take part in this project. If you agree to sign this form, this means you agree to take part in the project.

**By taking part in this project, I understand that:**

- I will meet one-on-one with the nurse-researcher, one time only, for about 1 hour and a half, to discuss my experience and community practices and decisions on Infant Feeding.
- I may be invited to participate in a focus group (sharing circle) for about 1 hour and a half on the same subject with other community members.
- All discussions (one-on-one and group) will be recorded to allow the nurse-researcher to report my sayings accurately but without telling who I am.

**By participating in this project, I understand that:**

- The information that I share will be used confidentially in the final research report and other published papers.
- My participation in this research is voluntary. This means that I am not being forced to participate. I can choose not to participate in any activity. I can also leave the project at any time for any reason without any problem. I understand

that I don't have to answer questions if they make me feel uncomfortable or if I don't want to answer. I also understand that if I feel uncomfortable during the process and that I need help, I can be referred to the appropriate services if I want to.

- I allow the nurse-researcher to share the learnings from this research, in articles and/or at public scientific events (lectures, conferences, etc.).
- The nurse-researcher will keep a copy of recordings of our meetings in a locked filing cabinet at the researcher's office, outside the community.
- I understand I will not receive any compensation to participate in this project.
- I have read the form. I understand the information. The nurse-researcher, Marie-Josée Lévesque, has also satisfactorily answered all the questions I had concerning the project.
- I am now willing and I agree to take part in this research project. I understand that what I share with the researcher will be used in full confidentiality as:
  - research material for the project
  - content for an exposition or a scientific project

For more information on this study, please contact the nurse-researcher, Marie-Josée Lévesque, or her supervisor Dr Louise Dumas. (email : [louise.dumas@uqo.ca](mailto:louise.dumas@uqo.ca)).

For any question related to ethics, please contact André Durivage, chairperson of the Research Ethics Committee (email: [andre.durivage@uqo.ca](mailto:andre.durivage@uqo.ca) , telephone: 819-595-3900 ext. 1781).

---

*Name of participant*

---

*Signature*

---

*Date*

---

*Name of person who obtained the consent*

---

*Signature*

---

*Date*

*The contact person for this research :*

**Marie-Josée Lévesque**

*She can be reached at :*

**514-795-7769**

**819-435-2100**

*Or by email at*

[mariejo.levesque@yahoo.ca](mailto:mariejo.levesque@yahoo.ca)

*Appendice 3*

Guide d'entrevue

## Guide d'entrevues

- Quelles sont les coutumes en matière d'allaitement/alimentation du bébé dans votre communauté? (Mots clés: la plupart des femmes font quoi, beaucoup qui allaitent exclusivement?) *Regarding breastfeeding or baby feeding, what is commonly done in your community, (what do most women do? Many women choose to breastfeed? Giving only the breast and nothing else?)*
- Comment pensez-vous que cela influence la décision d'allaiter (Mots clés : est-ce que les mamans sont influencées par ce que les autres font ?) *Can you tell me what or who influences the decision to breastfeed or not? Do you think that what other mothers do influence others?*
- Est-ce qu'il y a introduction d'autre chose que du lait maternel avant l'âge de six mois? : (Mots clés : seulement allaiter, seulement du lait de maman, rien d'autre chose pas même de l'eau) *Do you give something else beside breast milk before the baby is six months old? only breast milk ? nothing else? Not even water?*
- Que donne-t-on aux bébés de nos jours dans votre communauté? Que donniez-vous avant – passé récent et il y a très longtemps? (Mots clés: solides, céréales, liquides, eau, formules, solides : viande, nourriture traditionnelle) *Nowadays what are the babies fed in your community ? What was it in the past? (recent past and a long time ago - Solid food, liquid, water, baby formula, meat, traditional food ?)*
- Pourquoi croyez-vous que les us et coutumes ont changé ? (Mots-clés: pourquoi les femmes choisissent moins l'allaitement que dans le passé ?) *Why do you think it changed in your community? (why do you think women don't choose breastfeeding as much as before?)*
- Savez-vous ce qui est recommandé par Santé Canada et de l'OMS ? (Mots clés : 6 mois exclusif, 2 ans et au-delà allaitement; uniquement des formules et rien d'autre si pas allaité) *Do you know what are the recommendations from Health Canada and internationally ? (6 months of exclusive breastfeeding, Up to 2 years, after adding complementary food. If not breastfed, only formula for 6 months, nothing else, then introducing complementary foods)*
- Savez-vous sur quoi ces recommandations sont basées? (Mots clés : allaitement réduit les maux communs dans la communauté, ex. obésité, diabète, infections...) *Do you know why those recommendations? (Breastfeeding reduces risk of getting disease/problems that are common in this community – diabetes, obesity, infection, etc)*



- Que pensez-vous de cette recommandation d'allaitement exclusif pendant 6 mois ? (Mots-clés : est-ce une bonne chose, est-ce compatible à votre culture, etc...) *What do you think about this recommendation of exclusive breastfeeding for 6 month ? Is it a good thing? is it compatible with your culture?*)
- Quels sont les obstacles pour respecter cette recommandation ? (Mots clés : est-ce possible ici de respecter ça, si non... pourquoi ?). *Do you think it is possible to respect that recommendation here ? if not why ?*)
- Comment la décision d'allaiter se prend-elle dans un couple dans votre communauté ? (Mots clés: la maman décide-t-elle seule?, demande-t-elle conseil à son mari? ou a quelqu'un d'autre?) *How do future parents take the decision to breastfeed or not. Mother takes the decision alone? Who can influence her ? husband? other people?*)
- Les grands-mamans participent-elles à la décision ? (Mots clés: grand-maman maternelle, grand-maman paternelle, Aînée et comment ces personnes participent : conseils, évaluation de la situation, sagesse ancestrale, etc). *Do grandmothers participate in this decision? (maternal grandmother, paternal grandmother ? Elders? If they do, how do they participate in the decision? advice, etc)*
- Si oui, est-ce seulement quand leur fille ou leur belle-fille leur demande ou si c'est la coutume que la grand-maman donne son avis? (Mots clés : dans la culture ici, c'est « normal » que les grands-mères ou les Aînées donnent leur avis spontanément ?) *If yes, do grandmothers give their opinion only when they're asked for or is it common for them to give their opinion/advice on child feeding without being asked?*
- Si les conseils des grands-mères sont différents de ceux des professionnels de la santé, qui écoute-t-on? (est-ce que l'infirmière ou le médecin peut influencer la décision ou juste la grand-mère ou autre?) *If grandmothers give opinion that differ from the nurse/doctor, who do people listen to?*

#### **Aux grands-mères seulement :**

- Qu'est-ce que vous dites à votre fille quand vous lui parlez d'alimentation du bébé? (Mots-clés : c'est important de bien choisir car c'est une question de santé, c'est mieux les aliments traditionnels, allaitement exclusif, etc...) *What do you tell your daughter about feeding her baby? (exclusive breastfeeding, is health important in the decision, what about traditional food) ?*

- Dans votre communauté, quel est le rôle de la grand-mère face au nouveau bébé (Mots clés : aide à la nouvelle maman, conseils, soins directs -bain, se lever la nuit, garde le bébé, support aux parents, etc) *In your community, what is the role of a grand-mother towards the new baby ? (help the new mom, advices, taking care of the baby, babysitting, waking up at night, support the parents, etc)*
- Selon vous de quoi on le plus besoin les jeunes parents ? (Mots-clés : conseils, soutien psychologique, sagesse traditionnelle, etc...) *According to you, what do young parents need the most ? (advice, wisdom from Elders, support, etc)*
- Parlez-moi de votre expérience concernant l'alimentation de vos enfants lorsqu'ils étaient bébés (Mots-clés : qui décidait alors, la coutume était d'allaiter ou de donner du lait commercial ou autre chose, quand introduisait-on les solides, qui décidait de le faire, basé sur quoi, etc...) *Can you tell me about your own experience of feeding your children when they were babies ? (who decided what feeding method to use, breastfeeding or formula, when did you start giving solid food, how did you decide when to give solid, based on what ?)*

#### **Aux mamans seulement :**

- Que vous dit votre mère sur l'alimentation du bébé (Mots clés : allaitement, solide, formule commerciale, autre chose, etc...) *What does your mom recommend you about feeding your baby? (Breastfeeding, formula, solid food, other thing ?)*
- Que vous dit votre belle-mère sur l'alimentation du bébé (Mots clés : allaitement, solide, formule commerciale, autre chose, etc...) *What does your mother-in-law recommend you about feeding the baby? (Breastfeeding, formula, solid food, other thing ?)*
- De quoi avez-vous le plus besoin (Mots-clés : conseils, soutien, soins directs, sagesse traditionnelle, etc) *As a mother/parent, what do you need most (advices, wisdom from Elders, support, help taking care of baby, etc)*
- Qui vous apporte ce dont vous avez le plus besoin? (Mots-clés : conjoint, mère, belle-mère, Aînées, professionnelle de la santé, autre,...) *Who gives you the help/support you need (mother, husband/boyfriend, mother in law, staff from the health clinic ?)*

*Appendice 4*

**Certificat éthique**



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

Gatineau le 10 septembre 2012

Madame Marie-Josée Lévesque  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

cc: Louise Dumas  
Professeure  
Département de sciences infirmières

Mario Lepage  
Professeur  
Département de sciences infirmières

**Projet #:** 1613

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

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du "Rapport de suivi continu" requis en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. De fait, toute recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Toute modification au protocole de recherche devra être soumise au Comité d'éthique pour validation avant la mise en œuvre des modifications.

Afin de vous conformer à la politique de l'UQO en matière d'éthique de recherche, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un "Rapport de suivi continu" le ou avant le:

**10 septembre 2013**

Dans l'éventualité où une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

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

Notre référence: 1613

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

**Projet:** L'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des nourrissons en milieu autochtone

**Soumis par:** Marie-Josée Lévesque  
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: **10 septembre 2013**

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



Date d'émission: **10 septembre 2012**