



Université du Québec
à Rimouski

**EXPLORATION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX,
CULTURELS ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉS À
L'INTENTION D'ALLAITER CHEZ DES FEMMES
PRIMIPARES DE LA RÉGION DE CHAUDIÈRE-
APPALACHES**

Mémoire présenté à l'UQAR Campus de Lévis
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

PAR

© MICHELLE RODRIGUE

Avril 2021

Composition du jury :

Nicole Ouellet, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Emmanuelle Bédard, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Danielle Boucher, codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Monique Benoit, examinatrice externe, Université du Québec en Outaouais

Dépôt initial le 18 décembre 2020

Dépôt final le 02 avril 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

L'allaitement maternel donne
aux enfants le meilleur départ possible
dans la vie et celui dont ils méritent.

Tedros Adhanom Ghebreyesus.

REMERCIEMENTS

Bien que cette partie de ce mémoire soit particulièrement courte, pour moi elle est pleine de sens, car elle me permet de remercier toutes les personnes ou institutions qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet.

Tout d'abord, un merci particulier à Emmanuelle Bédard, ma directrice de recherche, qui tout au long de ce parcours m'a encouragée à travers les étapes, parfois incroyables, de ce projet. Elle a su faire preuve d'ouverture, elle a cru en ce projet et l'implication de son savoir à cette recherche a permis d'y ajouter un sens particulier. Également, je remercie madame Danielle Boucher, codirectrice de recherche, sans qui je n'aurais pu rendre ce travail jusqu'à la fin avec autant de rigueur. Je tiens aussi à remercier Madame Jenny Kaeding, Madame Marie-Soleil Hardy, Madame Mélanie Gourde, Monsieur Jean-François Lachance et Monsieur Stéphane Turcotte, tous oeuvrant au Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches, qui ont fait des efforts particuliers pour assurer la mise en œuvre de ce projet du début à la fin. Aussi, un grand merci à mes proches et amis qui continuellement, se sont intéressés à l'avancement de ce projet qui semblait sans fin! Sans oublier mes parents, qui sans eux, sans leurs encouragements et sans leur confiance, je n'aurais pu terminer ce travail. Enfin, je tiens à remercier spécialement mon conjoint qui a su être disponible, a fait preuve de patience tout au long de ce périple et m'a épaulé dans les moments plus difficiles.

Je remercie également l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et le Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR) pour leur soutien financier dans ce projet (Bourse d'excellence en recherche et Bourse pour la collecte des données).

RÉSUMÉ

Introduction : Peu de nourrissons ont le privilège d'être allaités durant leurs premiers mois de vie, contrairement à ce qui est souhaité par l'Organisation mondiale de la santé pour l'ensemble de ceux-ci (2020). En Chaudière-Appalaches, les taux d'allaitement demeurent inférieurs à ceux du reste du pays (Lavoie & Dumitru, 2011), malgré de nombreuses initiatives en promotion et soutien en allaitement. La littérature scientifique révèle que plusieurs facteurs sociodémographiques et psychosociaux sembleraient forger l'intention d'allaiter des femmes enceintes. Toutefois, l'influence d'éléments culturels tels que les rapports de sexe et l'objectification sexuelle des femmes n'aurait pas été étudiée avec l'intention d'allaiter dans cette région. **Objectif :** L'objectif de l'étude est d'explorer les facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques associés à l'intention d'allaiter des femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches. **Cadres de référence :** Ce travail s'appuie sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) et la théorie de l'objectification sexuelle des femmes (Fredrickson & Roberts, 1997). **Méthode :** Le questionnaire réalisé selon ces cadres a été distribué dans quatre cliniques de Chaudière-Appalaches où s'effectuent les suivis de grossesse. Ce questionnaire auto-administré a permis de mesurer les données sociodémographiques et cliniques des participantes primipares à leur troisième trimestre de grossesse et les facteurs psychosociaux et culturels pouvant influencer leur intention d'allaiter. Des analyses descriptives, corrélationnelles et de régression ont été réalisées. **Résultats :** Dans l'échantillon ($N = 47$), la plupart des participantes (80,9 %) sont totalement en accord avec l'intention d'allaiter leur enfant à sa naissance et moins de la moitié d'entre elles (40,4 %) ont un objectif d'allaitement de six mois. Les analyses de corrélation démontrent que les croyances comportementales ($r_s = 0,52, p = 0,000$), la perception du contrôle comportemental ($r_s = 0,45, p = 0,002$) et la perception de facteurs facilitant l'allaitement ($r_s = 0,39, p = 0,007$) sont associées à l'intention d'allaiter. En raison du peu de variabilité dans les données obtenues de la variable dépendante, l'analyse de régression opérée ne démontre aucune significativité entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter. **Discussion :** Les résultats obtenus révèlent la pertinence d'intégrer les concepts de l'objectification sexuelle des femmes dans les construits psychosociaux de la théorie du comportement planifié pour comprendre l'intention d'allaiter en Chaudière-Appalaches et pour promouvoir l'allaitement par les infirmières de façon appropriée.

Mots clés : Allaitement maternel, intention, comportement planifié, auto-objectification, sexualité, rapports de genre, homme.

ABSTRACT

Background : Not all infants have the privilege of being breastfed during their first months of life contrary to what is recommended by the World Health Organization for all of them (2020). In Chaudière-Appalaches, breastfeeding rates remain lower than those of the rest of the country, despite many promotional and support initiatives (Lavoie & Dumitru, 2011). Scientific literature reveals that several socio-demographic and psychosocial factors seem to promote the intention to breastfeed. However, the influence of cultural elements such as gender relation and sexual objectification of women in relation to breastfeeding intentions have not been studied in this region. **Purpose :** The purpose of this study is to explore psychosocial, cultural and socio-demographic factors of pregnant women and their intention to breastfeed in Chaudière-Appalaches. **Theoretical frameworks :** The theory of planned behavior (Ajzen, 1991) and Objectification Theory (Fredrickson & Roberts, 1997) were used in this study. **Method :** A data collection questionnaire created according to these theoretical frameworks was distributed to four medical clinics in Chaudière-Appalaches where pregnancy follow-ups are carried-out. This self-administered questionnaire measures socio-demographic and clinical data of the primiparous women during their third trimester and psychosocial and cultural factors that could influence their intention to breastfeed. Descriptive, correlation and regression analyzes were performed. **Results :** In this sample ($N = 47$), most of the women (80,9 %) are totally in agreement with the intention to breastfeed their baby at birth and less than half of them (40,4 %) want to breastfeed for six months. The correlation analyzes show that behavioral beliefs ($r_s = 0,52, p = 0,000$), perceived behavioral control ($r_s = 0,45, p = 0,002$) and perception of factors facilitating breastfeeding ($r_s = 0,39, p = 0,007$) are significantly associated with the intention to breastfeed. Given a lack of data's variability obtained from the dependent variable, the regression analysis model does not demonstrate any relation between psychosocial factors and the breastfeeding intentions. **Discussion :** The results demonstrate the relevance of integrating sexual objectification concepts through the psychosocial constructs of the theory of planned behavior to understand breastfeeding intention of women living in Chaudière-Appalaches and for nurses to promote breastfeeding appropriately.

Keywords: Breastfeeding, initiation, intent, planned behavior, self-objectification, sexuality, gender relation, male.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
TABLE DES MATIÈRES.....	xv
LISTE DES TABLEAUX.....	xix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xxi
LISTE DES SYMBOLES.....	xxiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 MISE EN CONTEXTE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	3
1.1.1 Allaitement maternel.....	4
1.1.2 Bienfaits de l'allaitement maternel.....	5
1.1.3 Recommandations en matière d'allaitement maternel.....	7
1.1.4 Taux d'allaitement maternel.....	8
1.2 FACTEURS D'INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT.....	9
1.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des femmes.....	9
1.2.2 Culture entourant l'allaitement et la sexualisation des seins.....	11
1.2.3 Perception des femmes du soutien reçu par le conjoint et l'entourage.....	15
1.2.4 Difficultés vécues pendant l'allaitement.....	16
1.3 INTERVENTIONS POUR FAVORISER L'ALLAITEMENT.....	17
1.3.1 Programmes et organismes.....	17
1.3.2 Interventions infirmières.....	20

1.4	OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE	23
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....		25
2.1	INTENTION D'ALLAITER.....	26
2.1.1	Le caractère prédictif de l'intention d'allaiter sur l'allaitement et sa poursuite	26
2.1.2	Déterminants de l'intention d'allaiter.....	28
2.2	FACTEURS QUI FAVORISENT OU NON L'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE	36
2.2.1	Facteurs qui favorisent l'allaitement à la naissance.....	37
2.2.2	Facteurs qui freinent l'allaitement à la naissance	39
2.3	CULTURE SOCIALE, SEXUALITE ET ALLAITEMENT	41
2.3.1	Opinion du conjoint.....	41
2.3.2	Représentations sociales et culturelles des seins	43
2.3.3	Impacts de l'allaitement sur le corps des femmes.....	44
2.3.4	Interférence avec la sexualité du couple.....	46
2.3.5	Allaitement en public	47
2.3.6	Objectification sexuelle et intention d'allaiter	51
2.4	SYNTHESE DE LA RECENSION DES ECRITS.....	54
CHAPITRE 3 CADRES THEORIQUES		57
3.1	THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	57
3.1.1	Applicabilité de la théorie du comportement planifié avec l'allaitement	61
3.2	THEORIE DE L'OBJECTIFICATION SEXUELLE DES FEMMES	62
3.2.1	Conséquences de l'objectification sexuelle sur les femmes	65
3.2.2	Objectification sexuelle et allaitement	66
CHAPITRE 4 MÉTHODE DE LA RECHERCHE		69
4.1	DEVIS DE RECHERCHE	69
4.2	MILIEU DE RECHERCHE.....	70
4.3	POPULATION CIBLE.....	70

4.4	INSTRUMENT DE MESURE.....	71
4.4.1	Développement de l'instrument de mesure	72
4.4.2	Contenu du questionnaire	75
4.4.3	Définitions opérationnelles des variables	79
4.4.4	Qualités psychométriques de l'instrument de mesure	81
4.5	L'ECHANTILLONNAGE ET LE RECRUTEMENT	84
4.6	PROCEDURE DE COLLECTE DE DONNEES	85
4.7	ANALYSE DES DONNEES	87
4.7.1	Analyses descriptives, de corrélation et de régression.....	87
4.7.2	Dichotomisation des construits	90
4.7.3	Dichotomisation des variables indépendantes secondaires.....	91
4.8	CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	92
	CHAPITRE 5 RÉSULTATS	95
5.1	DESCRIPTION STATISTIQUE DE L'ECHANTILLON	95
5.1.1	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques.....	95
5.1.2	Description des variables psychosociales	99
5.2	FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIES A L'INTENTION.....	100
5.2.1	Matrice de corrélation entre les facteurs psychosociaux et l'intention	101
5.2.2	Analyse de régression	102
5.3	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES ASSOCIEES AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	103
	CHAPITRE 6 DISCUSSION	105
6.1	L'INTENTION D'ALLAITER	105
6.2	FACTEURS ASSOCIES A L'INTENTION D'ALLAITER.....	106
6.2.1	Facteurs psychosociaux	106
6.2.2	Facteurs culturels	109
6.2.3	Facteurs sociodémographiques	111

6.3	CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES ASSOCIEES AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX.....	115
6.4	RECOMMANDATIONS	117
6.4.1	Recommandations pour la pratique infirmière.....	117
6.4.2	Recommandations pour la recherche	121
6.5	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	122
6.5.1	Forces de l'étude.....	122
6.5.2	Limites de l'étude.....	123
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	127
	ANNEXE I Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et recommandations canadiennes	129
	ANNEXE II Canevas d'entrevue.....	133
	ANNEXES III Questionnaire de recherche	141
	ANNEXES IV Approbations du Comité éthique de la recherche	157
	ANNEXES V Lettre d'information	161
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	167

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 <i>Énoncés du questionnaire</i>	76
Tableau 2 <i>Test de fidélité des construits indirects</i>	83
Tableau 3 <i>Dichotomisation des construits</i>	90
Tableau 4 <i>Dichotomisation des variables indépendantes secondaires</i>	91
Tableau 5 <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (N = 47)</i>	97
Tableau 6 <i>Corrélations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter (N = 47)</i>	101
Tableau 7 <i>Analyse de régression logistique prédisant l'intention d'allaiter</i>	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CER	Comité éthique de la recherche
CLSC	Centre local de services communautaires
CISSS-CA	Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches
CSSS	Centre de santé et services sociaux
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire
IAB	Initiative amis des bébés
IIFAS	The Iowa Infant Feeding Attitude Scale
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OBSC	Objectified Body Consciousness Scale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ROC	Receiver operating characteristic
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

SOQ	Self-Objectified Questionnaire
TAR	Théorie de l'action raisonnée
TCP	Théorie du comportement planifié
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

LISTE DES SYMBOLES

M	Moyenne
ET	Écart-type
N	Taille de l'échantillon
n	Sous-groupe de l'échantillon
α	Coefficient Alpha de Cronbach
β	Coefficient de régression bêta
r	Coefficient de corrélation de Pearson
r_s	Coefficient de corrélation Spearman
r_{pb}	Coefficient de corrélation point-bisérial
p	Seuil de signification

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les enfants de moins de deux ans à travers le monde étant donné les multiples bienfaits que cette pratique a démontrés sur la santé des mères qui allaitent et chez leurs enfants (2020). Encore aujourd'hui, il est recensé dans la plupart des pays des taux d'allaitement inférieurs à ceux souhaités par l'OMS. Selon l'organisation Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), plusieurs enfants à travers le monde sont touchés par des maladies infantiles ou certains problèmes de santé qui auraient pu être prévenus avec l'allaitement maternel (2016). Pourtant, de nombreuses interventions de promotion et de soutien à l'allaitement ont été déployées à cet égard, dont certaines qui sont chapeautées par les infirmières. Pour mieux comprendre la pratique de l'allaitement, un grand nombre de recherches ont étudié les raisons entourant le choix de l'allaitement maternel. Certaines ont souhaité comprendre les relations entre diverses variables sociodémographiques et l'allaitement à la naissance, la poursuite et l'exclusivité de l'allaitement. D'autres ont préférablement exploré l'intention des femmes à allaiter, s'avérant être une variable prédictive de l'allaitement maternel et de sa poursuite selon la littérature. Aux termes des résultats obtenus, les recherches tendent depuis les dernières années vers l'hypothèse que le choix d'allaiter serait plutôt un processus décisionnel basé sur l'attitude des femmes envers l'allaitement, qui elle-même serait influencée par la culture sociale et les rapports de sexe dans la société. Peu d'études se sont intéressées à la façon dont les rapports sociaux entre les hommes et les femmes pouvaient avoir un impact dans le choix des femmes d'allaiter leur enfant. Qui plus est, aucune étude recensée jusqu'à ce jour n'aborde ces rapports sociaux en combinaison avec les différentes croyances déterminantes de l'intention selon le modèle théorique d'Ajzen (1991).

Ce mémoire en sciences infirmières porte sur l'exploration des facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques des femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches associés à l'intention ou non d'allaiter leur enfant à sa naissance. Les éléments identifiés permettront de guider la pratique infirmière en ce qui a trait à la promotion de l'allaitement. Ce présent mémoire est divisé en six principaux chapitres. Premièrement, la problématique entourant les taux d'allaitement préoccupants est abordée. Deuxièmement, les écrits se rapportant aux déterminants de l'intention d'allaiter et de l'allaitement à la naissance sont exposés de même que l'influence de la culture sociale et des rapports de sexe sur l'allaitement. Troisièmement, les cadres théoriques de la théorie du comportement planifié (TCP) (Ajzen, 1991) et la théorie de l'objectification sexuelle des femmes (Fredrickson & Roberts, 1997) qui appuient ce projet sont présentés. Quatrièmement, la méthode de recherche pour réaliser cette étude est décrite. Cinquièmement, les résultats obtenus à la suite des analyses effectuées sont présentés et finalement, ces résultats sont discutés au regard de la littérature scientifique. Puis, s'en suivent des recommandations pour la pratique infirmière et la recherche et les forces et les limites de l'étude.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Depuis plusieurs années, la méthode d'alimentation choisie par les parents pour nourrir leur enfant durant les premiers mois de vie représente une préoccupation de santé publique au Québec. En effet, des chercheurs ont examiné les bienfaits à court et à long terme des différents modes d'alimentation possibles sur la santé des populations et incontestablement, l'allaitement maternel est la forme d'alimentation à privilégier (Naitre et Grandir, 2017; OMS, 2020; UNICEF, 2016). Diverses stratégies de promotion et de soutien en allaitement ont été réfléchies par les gouvernements canadiens et québécois. Toutefois, encore plusieurs nouveau-nés à l'échelle canadienne ne sont pas allaités. En l'occurrence, il est possible de croire que ces stratégies, dont le mandat revient en partie aux infirmières, ne sont pas adaptées à la réalité des femmes et à leur expérience d'allaitement. Pour comprendre cette situation dans son entièreté, les pages suivantes font état d'une mise en contexte de l'allaitement maternel, des facteurs d'influence de l'allaitement et des interventions pour favoriser cette pratique. Ce chapitre se conclut avec l'objectif et la question de recherche proposés à la lumière de la problématique décrite.

1.1 MISE EN CONTEXTE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Une mise en contexte pour mieux comprendre l'enjeu de l'allaitement maternel est nécessaire. La première partie de ce chapitre aborde à cet effet l'allaitement maternel, ses bienfaits, les recommandations en matière d'allaitement et les taux d'allaitement au Canada et au Québec.

1.1.1 Allaitement maternel

Le lait maternel se distingue des préparations commerciales étant donné que plusieurs composantes présentes dans ce lait ne peuvent être ajoutées dans le lait commercial (Naitre et Grandir, 2017; OMS, 2020; UNICEF, 2016). C'est le cas entre autres pour certaines enzymes et hormones et certains facteurs de croissance, mais surtout pour la présence d'anticorps et de cellules vivantes qui protègent l'enfant contre plusieurs infections et stimulent son système immunitaire. À cela s'ajoutent au lait maternel des protéines non allergènes, du sucre, du gras et des vitamines, minéraux, enzymes et acides gras essentiels. Avec plus de 200 ingrédients, le lait maternel constitue une excellente source d'énergie et sa composition évolue en fonction des différents stades de développement de l'enfant pour répondre à ses besoins nutritionnels (OMS, 2020). Sa composition varie aussi selon le terme de l'enfant et le moment de la tétée durant la journée. De la fin de la grossesse aux premiers jours de l'enfant, le lait est communément appelé colostrum. En raison de sa richesse en nutriments et en anticorps, le colostrum serait considéré comme le « premier vaccin » de l'enfant par l'OMS et l'UNICEF (2018). Par la suite, le lait maternel comble à lui seul tous les besoins nutritionnels de l'enfant durant les six premiers mois de vie, il les couvre à plus de 50 % lorsque l'enfant est âgé entre six et douze mois puis comble jusqu'au tiers de ses besoins jusqu'à 23 mois (OMS, 2020).

L'allaitement maternel est sûr, c'est-à-dire propre et stérile, ne nécessite aucune préparation et est possible pour pratiquement toutes les femmes et enfants du monde (OMS, 2020). Il serait par ailleurs à la base d'une alimentation durable. Différentes formes d'alimentation existent pour l'enfant et certaines dénominations sont utilisées afin de les décrire (OMS, 2020; UNICEF, 2016). L'allaitement maternel correspond à l'apport de lait maternel par la mise au sein ou extrait et donné au biberon. L'allaitement maternel exclusif signifie que seul le lait maternel comme forme de lait est donné au bébé, excluant toutes autres formes d'aliments ou de liquides avant six mois. Par contre, l'administration de médicaments, de minéraux, de vitamines ou de sels de réhydratation orale est comprise dans l'exclusivité. L'allaitement est dit prédominant si l'enfant reçoit du lait maternel

comme seule forme de lait, mais qu'il ingère aussi des aliments ou d'autres liquides comme de l'eau ou du jus avant six mois. Lorsque l'allaitement est dit partiel ou mixte, cela signifie que l'enfant absorbe du lait maternel et un substitut de lait maternel, des liquides ou des aliments. D'ailleurs, le terme substitut de lait maternel désigne une forme de lait commercialisée servant à remplacer partiellement ou totalement le lait maternel.

1.1.2 Bienfaits de l'allaitement maternel

L'OMS (2020) préconise l'allaitement maternel, car cette forme d'alimentation a en premier lieu un impact majeur sur la santé des enfants en réduisant le risque de contracter certaines infections et en accélérant leur guérison. Subséquemment, les taux d'hospitalisations et de mortalité associés à ces infections sont moindres. En outre, plus rapidement l'enfant est allaité dans sa première heure de vie, plus ses chances de survivre sont élevées (UNICEF & OMS, 2018). Plus longtemps l'exclusivité de l'allaitement est maintenue durant les six premiers mois, plus les bienfaits sont importants (OMS, 2020). Également, l'apport de lait maternel diminue le risque d'allergie et de dénutrition sévère chez l'enfant, réduit le nombre et la gravité d'infections gastro-intestinales comme les gastroentérites et les diarrhées et limite la récurrence des otites et des infections respiratoires communes telles que le rhume, la grippe et la pneumonie (Turck et al., 2013). De plus, ce lait protègerait contre des affections infantiles comme l'eczéma, le diabète de type 1, certaines maladies inflammatoires de l'intestin, les leucémies infantiles (Naitre et Grandir, 2017; OMS, 2020) et le syndrome de mort subite du nourrisson dans sa première année de vie (Anatolitou, 2012). Conjointement avec l'OMS, deux études ont rapporté que le lait maternel diminuerait la prévalence de l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité, le diabète de type 2 et l'asthme à long terme (Binns, Lee & Low, 2016; Salone, Vann & Dee, 2013). Dans un autre ordre d'idées, l'allaitement maternel au sein favorise la bonne croissance de la mâchoire de l'enfant (Ancel, 2019), le développement harmonieux des structures du visage, le positionnement adéquat des dents et aide à prévenir la carie dentaire (Centre de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2018; Viry Choffel, 2005). Vu la proximité avec la mère, l'allaitement au sein

favorise le lien d'attachement entre la mère et son bébé tout en répondant aux besoins de chaleur et de sécurité de ce dernier, stimule son développement et améliore son comportement et ses rapports avec ses pairs (Turck et al., 2013).

Chez la femme qui allaite, plus l'allaitement est pratiqué longtemps, plus importants sont les bienfaits. D'ailleurs, selon un avis clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), il est recommandé d'encourager toutes les femmes à allaiter étant donné que l'allaitement sur une période prolongée de plus de 12 mois diminuerait le risque de cancer du sein avant la ménopause de 23 % (Helewa, Lévesque & Provencher, 2002; Shrimpton, 2017). Il diminuerait aussi le risque de cancer des ovaires de 37 % (OMS, 2020), de diabète de type 2 de 32 % (Shrimpton, 2017) et de dépression post-partum (UNICEF, 2016). De plus, la lactation permet rapidement la perte du poids pris durant la grossesse et dans certains cas, occasionne une aménorrhée, retardant ainsi l'ovulation et les grossesses non désirées (Naitre et Grandir, 2017; OMS, 2020). Également, durant cette pratique, le corps libère certaines hormones qui réduisent la prévalence d'hémorragies utérines après l'accouchement (UNICEF, 2016).

Les bienfaits de l'allaitement se font aussi ressentir chez le père de l'enfant. En effet, une étude examinant la relation des pères québécois avec leur enfant allaité a évoqué qu'en dépit du fait que l'enfant passe plusieurs moments de sa journée à être nourri par sa mère, il demeure que les pères sont en mesure de créer un lien d'attachement avec leur enfant (de Montigny et al., 2018). D'ailleurs, la majorité des pères de cette étude ont évoqué qu'ils avaient développé un lien avec l'enfant plutôt par le jeu, en lui donnant le bain et par le contact peau à peau. Outrepasant le fait que l'allaitement est une solution pratique et économique, certains pères de l'étude rapportaient profiter de la quiétude des mises aux seins pour communiquer avec leur bébé. Pourtant, si certains perçoivent quelques inconvénients à l'allaitement, ils se considèrent tout de même « bon parent » d'avoir choisi l'allaitement pour leur enfant et ils estiment avoir fait « ce qu'il faut » pour lui. Ils éprouvent aussi un sentiment de fierté et d'admiration pour leur conjointe qui se dévoue pour leur enfant et ils se sentent valorisés de répondre aux attentes de la société. Plusieurs pères d'une

étude canadienne disaient ressentir du plaisir de savoir que leur enfant bénéficiait des bienfaits de l'allaitement maternel (Rempel & Rempel, 2011). Du côté européen, une autre étude sur des pères a révélé une implication émotionnelle dans la pratique de l'allaitement et un soutien durant les périodes plus difficiles de cette période d'allaitement (Noirhomme-Renard, Close & Gosset, 2015). Qui plus est, franchir les difficultés d'allaitement en couple permettait un rapprochement entre ces derniers et leur conjointe.

1.1.3 Recommandations en matière d'allaitement maternel

À la lumière de ces écrits, les bienfaits de l'allaitement et les qualités du lait maternel apparaissent établis. Il n'est donc pas surprenant que l'OMS et l'UNICEF souhaitent protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. En effet, la pratique de l'allaitement est une occasion en or pour assurer la santé des femmes et des enfants à travers le monde. Par ailleurs, les autorités canadiennes les plus influentes en matière de santé des femmes et des enfants soutiennent l'importance de l'allaitement maternel. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada, le groupe Diététistes du Canada, le Comité canadien pour l'allaitement ainsi que la SOGC souhaitent prioritairement un allaitement exclusif chez le nouveau-né jusqu'à six mois pour un développement optimal (Critch, 2013). Si l'enfant et la mère le désirent toujours, cette pratique peut s'étendre jusqu'à deux ans de vie de l'enfant, voire plus. Évidemment, après les six premiers mois, d'autres aliments doivent être intégrés chez l'enfant afin de combler ses besoins nutritionnels qui assureront de façon optimale sa croissance et son état de santé.

Afin de rendre l'allaitement exclusif possible, l'OMS et l'UNICEF recommandent notamment d'allaiter l'enfant durant sa première heure de vie, d'offrir les tétées lorsque l'enfant les réclame, et cela, même la nuit et d'éviter les sucettes d'amusement, tétines ou les biberons (2016). D'ici 2025, l'OMS (2020) a pour objectif d'augmenter le taux d'allaitement exclusif à au moins 50 % grâce à la promotion et au soutien de cette pratique. En plus, l'OMS et l'UNICEF (2017) souhaitent d'ici 2030 que 70 % des enfants soient allaités à la naissance durant leur première heure de vie et 60 % soient nourris de façon exclusive entre zéro et six mois.

1.1.4 Taux d'allaitement maternel

En l'occurrence, même si l'allaitement est promu au Canada, au fil des ans encore plusieurs femmes ne choisissent pas cette forme d'alimentation pour leur nouveau-né (Statistique Canada, 2021). Pour toutes sortes de raisons, certaines ne parviennent pas à respecter l'exclusivité jusqu'à six mois de vie de l'enfant tel que recommandé pour celles qui allaitent (Lavoie & Dumitru, 2011; Leclair, Robert, Sprague & Fleming, 2015; Vallée-Ouimet, 2019). En effet, la proportion de femmes canadiennes qui ont amorcé l'allaitement à la naissance en 2018 était de 91,9 %, dont 36,8 % qui ont allaité exclusivement leur enfant au cours de ses six premiers mois (Statistique Canada, 2021). En comparaison, ces mêmes taux étaient de 89 % et de 26 % en 2011-2012 (Gionet, 2015). Au Québec, la proportion d'enfants allaités à la naissance était de 89,3 % en 2018, tandis que celle des enfants qui ont été allaités exclusivement durant leurs six premiers mois de vie était de 26,3 % (Statistique Canada, 2021). Au cours des années 2011-2012, il s'agissait plutôt de proportions se situant à 89 % et 19 % respectivement (Gionet, 2015). En somme, l'allaitement à la naissance répondrait à l'objectif visé de 70 % de l'OMS au Québec comme au Canada. Toutefois, les taux d'exclusivité à l'âge de six mois seraient bien inférieurs à ceux espérés pour 2030 (OMS, 2020). Aussi, en comparaison avec les autres provinces canadiennes, le Québec serait parmi les dernières de celles ayant le plus faible taux d'allaitement pour ces périodes (Gionet, 2015).

La région Chaudière-Appalaches, l'une des seize régions du Québec, comprend les municipalités régionales de comté (MRC) suivantes : Beauce-Sartigan, Bellechasse, Les Appalaches, La Nouvelle-Beauce, Les Etchemins, Lévis, L'Islet, Lobitnière, Montmagny et Robert-Cliche. Les institutions publiques de santé de ces MRC, dont les Centres de santé et services sociaux (CSSS), font partie du Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). Selon les données obtenues par ce centre, la proportion d'enfants allaités à la naissance en Chaudière-Appalaches en 2013-2014 était de 67 % et de 72 % en 2019-2020. Ces résultats indiquent que depuis moins de dix ans, les taux d'allaitement à la naissance d'un enfant en Chaudière-Appalaches frôleraient l'objectif

de l'OMS pour 2030. Cependant, l'objectif d'allaitement exclusif de six mois n'est atteint qu'au cours du premier mois seulement. À cet égard, les données d'allaitement en matière d'exclusivité obtenues par le CISSS-CA à partir des naissances dans chacun des CSSS en 2019-2020 sont révélatrices. Pour le CSSS de Beauce, les taux d'allaitement exclusif à la naissance et jusqu'à six mois diminuaient de 50 % à 2 % et au CSSS Alphonse-Desjardins, ils diminuaient de 47% à 6 %. Il en est de même au CSSS des Etchemins (62 % à 7 %), au CSSS de Thetford Mines (46 % à 1 %) et au CSSS de Montmagny (54 % à 1 %). À la lumière de ces données, la région de Chaudière-Appalaches présente des taux d'allaitement qui sont préoccupants, de même qu'inférieurs à ceux du reste de la province.

1.2 FACTEURS D'INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT

Afin d'expliquer les taux d'allaitement peu optimaux et de proposer des solutions à cette situation problématique, il s'avère pertinent de s'attarder en premier lieu aux différents facteurs qui sembleraient influencer le choix de l'allaitement des femmes et sa pratique. Cette section de ce chapitre présente les principaux facteurs identifiés à ces égards : les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des femmes, la culture entourant l'allaitement et la sexualisation des seins, la perception des femmes du soutien reçu par leur conjoint et l'entourage et les difficultés vécues pendant l'allaitement.

1.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des femmes

Certaines caractéristiques sociodémographiques et psychosociales chez les femmes favoriseraient le choix de l'allaitement tandis que d'autres, si elles sont présentes, sembleraient nuire à l'adoption de ce mode d'alimentation. En ce sens, le profil sociodémographique et psychologique des femmes favorisant l'allaitement présenterait un degré de scolarité élevé. Celles n'ayant pas fumé durant la grossesse seraient aussi plus sujettes à allaiter (Girard et al., 2016; Vassilaki et al., 2014). Celles âgées de plus de 35 ans ou qui ont déjà allaité un premier enfant, auraient souvent tendance à reproduire cette pratique sur leur nouveau-né (Holowko, Jones, Koupil, Tooth & Mishra, 2016; Kitano et

al., 2015; Leahy-Warren, Mulcahy, Phelan & Corcoran, 2014). Un revenu familial annuel élevé et la participation à des cours prénataux augmenteraient également les chances chez les québécoises d'allaiter (Couture, 2013). Ce profil se retrouve aussi chez les adolescentes canadiennes, pour qui le fait d'être plus âgées, d'avoir assisté à des cours prénataux, de vivre dans un quartier où le revenu est élevé, d'avoir accouché par voie vaginale et de ne pas avoir de problème de santé ou de problème lié à sa grossesse favoriseraient aussi le choix de l'allaitement (Leclair et al., 2015).

Malheureusement, celles qui ont accouché par césarienne, planifiée ou non, ou que des complications sont survenues durant leur accouchement envisageraient moins d'allaiter (Girard et al., 2016; Lavoie & Dumitru, 2011; Sipsma et al., 2013; Vassilaki et al., 2014). À ce sujet, l'OMS et l'UNICEF avaient rapporté en 2018 qu'à l'échelle mondiale, la proportion d'accouchements par césarienne était de 13 % en 2005 et aurait augmenté à 20 % en 2017, expliquant le retard des premières mises au sein. De plus, certaines études soutiennent que les femmes envisageraient moins d'allaiter si elles ont d'autres enfants à la maison (Girard et al., 2016), sont plus jeunes, vivent avec un faible revenu, sont célibataires (Cabieses, Waiblinger, Santorelli & McEachan, 2014) ou ne vivent pas avec un conjoint. Ou encore, si elles n'ont pas d'études postsecondaires (Gionet, 2015), proviennent de minorités culturelles (Mathews, Leerkes, Lovelady & Labban, 2014), sont considérées comme obèses (Sipsma et al., 2013; Turcksin, Bel, Galjaard & Devlieger, 2014), ou éprouvent des problèmes de santé (Lavoie & Dumitru, 2011).

L'attitude favorable de la mère par rapport à l'allaitement et le fait d'avoir été allaité durant son enfance seraient associés au choix d'allaitement (Di Manno, Macdonald & Knight, 2015; Leahy-Warren et al., 2014; Meedya, Fahy & Kable, 2010). L'attitude favorable de la femme à l'égard de l'allaitement serait notamment associée à celle de son partenaire (Meedya et al., 2010) et au fait d'avoir des amies qui allaitent (Atchan, Foureur & Davis, 2011; Cabieses et al., 2014). Également, les femmes qui vivent dans un contexte familial dans lequel l'allaitement est valorisé et que plusieurs femmes ont allaité jugeraient l'allaitement telle une pratique « normale » et « allant de soi » (Bayard, 2008). Lorsqu'un

conjoint est favorable à l'allaitement, son attitude positive à l'égard de l'allaitement et son implication dans la décision augmenterait manifestement les taux d'allaitement (Al Namir, Brady & Gallagher, 2017). Cependant, certaines études soutiennent qu'avoir une préférence pour le biberon (Lavoie & Dumitru, 2011), croire que c'est une forme d'alimentation plus facile ou que le lait commercial est aussi bon pour l'enfant que le lait maternel ne favoriseraient pas l'allaitement (Cabieses et al., 2014; Gionet, 2015). Dans cet ordre d'idées, certaines femmes québécoises qui avaient choisi de nourrir leur enfant avec des substituts de lait maternel au biberon considéraient que l'allaitement n'était pas attrayant et souhaitaient boire de l'alcool ou fumer, préserver leur énergie à s'occuper de leur bébé, demeurer libres, indépendantes et autonomes (Groleau, Sigouin & D'souza, 2013). De plus, les femmes qui ont un faible sentiment d'auto-efficacité¹ envers l'allaitement ou qui ont exprimé un manque de motivation ou de confiance envers ce mode d'alimentation allaiteraient moins longtemps (Cabieses et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2014). Des femmes qui n'interprètent pas bien les signaux de leur bébé (Mathews et al., 2014), qui ont subi de la violence conjugale de la part de leur partenaire (Sipsma et al., 2013), qui vivent de la détresse dans leur couple (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016) et qui sont anxieuses (Couture, 2013) sembleraient moins portées à allaiter. Enfin, les enfants prématurés ou avec des problèmes de santé (Cox, Binns & Giglia, 2015; Lavoie & Dumitru, 2011) sembleraient être moins allaités que les enfants ayant un bon état de santé.

1.2.2 Culture entourant l'allaitement et la sexualisation des seins

L'environnement des femmes et la culture dans laquelle elles vivent influenceraient grandement leurs impressions à l'égard de l'allaitement et subséquemment, leur choix d'allaiter (Bayard, 2008; Bevan & Brown, 2014; Meedy et al., 2010; Scott et al., 2015; Sovet, 2019; Toledo & Cianelli, 2019). En ce sens, il semblerait que les efforts en promotion de l'allaitement au Québec auraient eu des répercussions au point où des femmes

¹ Le sentiment d'auto-efficacité personnelle initialement inspiré de Bandura en 1992 réfère à la croyance qu'une personne se sent capable de réussir un comportement.

ont mentionné que la culture au Québec tendrait à valoriser l'allaitement maternel, ce qui rendrait le choix de l'allaitement « quasi incontournable » (Bayard, 2008). Ce changement de culture aurait toutefois eu un effet pervers envers les femmes. En effet, selon une étude québécoise réalisée auprès de neuf mères, il semblerait que la pression sociale serait omniprésente en ce qui concerne l'allaitement (Vallée-Ouimet, 2019). D'ailleurs, une autre étude québécoise auprès de 11 futures mères soulignait que la majorité d'entre elles ressentaient une pression à allaiter leur enfant, en dépit de leurs limites et leurs besoins, simplement pour « être une bonne mère » et se conformer au discours de la santé publique en faveur de l'allaitement maternel (Bayard, 2008; Vallée-Ouimet, 2019).

La littérature propose que le soutien des professionnels de la santé est essentiel à la réussite de l'allaitement (Bayard, 2008; Maurice, Kersuzan, Comoretto & Tichit, 2020). De l'information entourant l'allaitement maternel provenant de professionnels compétents durant la période prénatale favoriserait le choix d'allaiter des femmes québécoises (Bayard, 2008). D'ailleurs, ces femmes ont mentionné que l'information reçue à propos de l'allaitement lors des cours prénataux avec les infirmières était une source d'information privilégiée puisque plusieurs médecins n'avaient pas abordé ce sujet lors des suivis de grossesse. Les consultantes en lactation (Patel & Patel, 2016) et les infirmières dans les cliniques médicales seraient d'ailleurs considérées comme les ressources les plus importantes en soutien en allaitement et en information reliée à cette pratique (Wang, Lau, Chow & Chan, 2014). Au Canada, les femmes dont leur suivi de grossesse est assuré par leur médecin de famille ou une sage-femme allaiteraient davantage que celles dont le suivi est fait par un obstétricien (Costanian, Macpherson & Tamim, 2016). En revanche, il a été mentionné que l'information reçue au sujet de l'allaitement par les professionnels de la santé québécois serait souvent inappropriée (Vallée-Ouimet, 2019), empreinte de conseils moralisateurs (Bayard, 2008; Semenic et al., 2012) et non adaptée à ce qui est réellement vécu lors de l'allaitement (Gionet, 2015). En ce sens, il semblerait que le discours favorisant l'allaitement par les professionnels de la santé se rapportant à la norme Initiative amis des bébés (IAB), décrite dans la section suivante, aurait des conséquences négatives perçues par certaines mères, tel un manque d'écoute de leur opinion au sujet de l'allaitement (Vallée-

Ouimet, 2019). De plus, certaines femmes n'auraient pas apprécié les discussions sur l'allaitement lors des cours prénataux puisqu'elles auraient ressenti une pression exercée par les professionnels, tentant de les convaincre d'allaiter (Bayard, 2008). Certaines femmes québécoises auraient ressenti le besoin de se justifier, se seraient senties coupables de ne pas allaiter ou auraient menti aux infirmières à propos de leur allaitement (Vallée-Ouimet, 2019). Cette situation semblerait être vécue aussi ailleurs dans le monde. En comparaison, au Royaume-Uni, des femmes ($N = 890$) ayant choisi l'alimentation au biberon pour leur enfant s'étaient senties stigmatisées, coupables et avaient ressenti le besoin de justifier les raisons entourant leur choix d'alimentation (Fallon, Komninou, Bennett, Halford & Harrold, 2017). En Belgique, le soutien et l'information obtenus seraient perçus par certaines femmes comme non respectueux envers la femme, engendreraient une pression négative et seraient anxiogènes en raison des techniques proposées (Noirhomme-Renard et al., 2015). Certaines femmes de ce pays estimaient que les professionnels étaient compétents, mais que leurs discours manquaient de cohérence, qu'ils avaient une approche trop académique et s'éloignaient de l'aspect naturel de l'allaitement (Sovet, 2019). Un fait qui rejoindrait le discours de l'OMS (2020) signalant que le soutien reçu par des professionnels de la santé peu compétents serait inapproprié. D'un côté, certaines femmes primipares auraient éprouvé de la difficulté à poursuivre l'allaitement dans une culture américanisée où le soutien envers l'allaitement est faible, d'autant plus si le soutien des professionnels n'est pas cohérent avec leurs confrères (Demirci, Caplan, Murray & Cohen, 2017). D'un autre côté, les femmes françaises qui ont vécu leur premier allaitement auraient mentionné qu'elles ne s'étaient pas senties préparées pour le retour à la maison et qu'elles manquaient d'information ou de documentation particulièrement au cours de la première semaine au sujet des tétées fréquentes et de la montée de lait (Arnaud, 2017). Certaines femmes écossaises s'étaient senties coupables ou embarrassées étant donné que leur bébé n'avait pas réussi à s'accrocher au sein durant le peau à peau tel que promu par le personnel médical et certaines l'avaient même vécu comme un échec (Edwards, Jepson & McInnes, 2018). Elles avaient aussi mentionné ne pas avoir su comment mettre réellement le bébé au sein lorsqu'il ne le faisait pas instinctivement.

À l'inverse du discours de la santé publique, les compagnies produisant les substituts de lait maternel pourraient parfois être très agressives, pourraient partager de l'information incorrecte à propos de l'alimentation avec biberon et créeraient une culture du biberon plus acceptable ou égale à l'allaitement (OMS, 2016, 2020; UNICEF, 2016). Par ailleurs, les pressions sociales et commerciales seraient omniprésentes, tant dans la publicité grandissante des produits offerts par ces compagnies que les rabais d'achat distribués aux femmes enceintes. D'ailleurs, Zhang et al. (2013) auraient fait allusion qu'être exposé en période prénatale à de la publicité sur les substituts de lait maternel influencerait négativement le choix d'allaiter. Plusieurs femmes se tourneraient vers ce choix sans même considérer l'allaitement ou arrêteraient trop tôt d'allaiter. C'est pourquoi il est impératif, selon l'UNICEF(2016) de promouvoir la culture de l'allaitement et de freiner la poussée montante de la culture du biberon dans plusieurs pays.

Les croyances culturelles de certains hommes par rapport à l'allaitement auraient aussi un impact sur l'allaitement (Bayard, 2008; Henderson, McMillan, Green & Renfrew, 2011). Certains d'entre eux, qu'ils vivent en contexte de vulnérabilité socioéconomique (Henderson et al., 2011) ou non (Bayard, 2008), auraient tendance à croire que l'alimentation avec des substituts de lait maternel au biberon est une conduite convenable et sécuritaire. Aussi, bien qu'il soit perçu comme naturel par ces hommes, l'allaitement serait plutôt problématique à leurs yeux puisqu'il s'agirait d'une pratique pouvant attirer l'attention masculine. Selon eux, le comportement d'allaiter serait perçu comme une activité sexuelle puisque l'image des seins qui est véhiculée dans les médias est présentée comme un aspect sexuel de la femme.

Ceci ramène à la perception des femmes entourant la sexualisation de leurs seins et de leur corps qui influencerait aussi leur décision d'allaiter ou non leur nouveau-né (Bayard, 2008; Fern, Buckley & Grogan, 2014; Groleau et al., 2013). Certaines femmes vivant avec un faible revenu au Québec ne percevraient pas les seins comme ayant une fonction de nutrition pour leur bébé et souhaiteraient garder cette partie de leur corps dans une fonction uniquement sexuelle et en relation exclusive avec les hommes ou avec leur conjoint

(Groleau et al., 2013). D'autres femmes québécoises qui avaient un revenu annuel familial moyen, ou élevé, associaient les seins à la sexualité, à la féminité et à la séduction alors que d'autres affirmaient qu'ils avaient d'abord une fonction nourricière (Bayard, 2008). Le contexte culturel québécois empreint de valeurs conservatrices, notamment la stigmatisation sociale entourant l'exposition du sein d'une femme dans un lieu public, aurait un effet négatif sur l'approbation sociale perçue par les femmes et entraînerait de plus faibles taux d'allaitement (Semenic et al., 2012). En somme, la perception du rôle sexuel des seins au profit de leur rôle nourricier (Bayard, 2008; Groleau et al., 2013) et les craintes concernant l'allaitement en public (Scott et al., 2015), l'interférence dans la sexualité du couple (Carathers, 2014), ou les impacts négatifs sur le corps (Al-Sagarat, Yaghmour & Moxham, 2016), seraient aussi des barrières à l'allaitement.

1.2.3 Perception des femmes du soutien reçu par le conjoint et l'entourage

Des écrits scientifiques soulignent que la perception d'avoir du soutien du conjoint (Hunter, 2014) et de l'entourage (Sovet, 2019) influencerait les femmes à opter pour l'allaitement. Tout d'abord, l'aide offerte par le conjoint tôt dans la période postpartum et ses encouragements rendraient la femme plus sujette à allaiter (Hunter, 2014). En plus, si le conjoint a lui-même été allaité durant son enfance, il présenterait une meilleure intention de soutenir sa partenaire durant son allaitement (Di Manno et al., 2015), et cela, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une grossesse planifiée (Wallenborn, Masho & Ratliff, 2016). Cependant, plusieurs conjoints ont mentionné qu'ils ne se sentaient pas outillés pour aider leur conjointe à surmonter les difficultés d'allaitement (Bennett, McCartney & Kearney, 2016; Sovet, 2019) et qu'ils avaient ressenti de la frustration et de l'impuissance lorsque ces difficultés avaient été rencontrées (de Montigny et al., 2007).

Certaines femmes sont influencées par leur mère et leurs sœurs parce qu'elles auraient elles-mêmes allaité (Sovet, 2019). D'autres estiment que le partage de l'expérience d'allaitement avec leurs amis avait été déterminant lors de la prise de décision. Or, certaines femmes ont mentionné qu'elles avaient trouvé difficile de poursuivre leur allaitement à cause des messages venant de membres de leur entourage qui ne comprenaient pas

pourquoi elles allaitaient et les questionnaient sur la poursuite de leur allaitement avec « autant d'acharnement ». Par ailleurs, certaines croyaient que l'allaitement d'un enfant était « mal vu » ou perçu comme « malsain » par la société lorsqu'il était offert à un enfant plus vieux ou poursuivi malgré la reprise du travail.

1.2.4 Difficultés vécues pendant l'allaitement

Un rapport statistique canadien sur l'allaitement a soulevé que plusieurs femmes canadiennes avaient éprouvé de la difficulté à appliquer les techniques d'allaitement ou avaient jugé leurs techniques d'allaitement ou de prise du sein inappropriées (Gionet, 2015). Aussi, nombreux obstacles seraient éprouvés durant l'allaitement et représenteraient souvent des facteurs freinant la poursuite de l'allaitement maternel (Bell et al., 2008; Lavoie & Dumitru, 2011; Sipsma et al., 2013). Par exemple, le fait de ressentir de la douleur aux seins, d'avoir des inquiétudes, d'avoir de la difficulté à allaiter ou encore de ne pas apprécier allaiter (Sovet, 2019). Également, la fatigue en période postnatale et la lassitude d'allaiter restreindraient les femmes à poursuivre l'allaitement (Bell et al., 2008; Lavoie & Dumitru, 2011; Wang et al., 2014), surtout si elles sont isolées de leur famille ou de leur conjoint (Groleau et al., 2013). Il en est de même lorsque le retour au travail est prévu rapidement après l'accouchement ou que les environnements de travail sont jugés non favorables à la poursuite de l'allaitement par les femmes qui allaitent (Lavoie & Dumitru, 2011; OMS, 2020; Vassilaki et al., 2014; Wang et al., 2014).

Dans le même ordre d'idées, il est possible de croire qu'une mauvaise expérience d'allaitement à la naissance freinerait aussi les femmes à poursuivre l'allaitement, surtout chez les primipares (Edwards et al., 2018). En effet, les femmes primipares rencontreraient plus de difficultés au cours des premiers jours d'allaitement (Kitano et al., 2015) et vivraient une première semaine d'allaitement plus difficile qu'attendu. À l'occasion, cette semaine s'avèrerait frustrante, anxiogène et exigeante en raison du caractère non prédictif de l'allaitement (Demirci et al., 2017). Cette situation entraînerait que plus de femmes primipares ne réussiraient pas à atteindre leur objectif d'allaitement comparativement aux multipares (Declercq, Labbok, Sakala & O'Hara, 2009). En outre, chez les jeunes mères

canadiennes, une première expérience d'allaitement réduirait la durée de l'allaitement étant donné les difficultés rencontrées et la fatigue ressentie (Bell, Benoit, Simoneau-Roy, Blouin & Gallagher, 2015). Pourtant, il aurait été constaté au Québec que majoritairement plus de femmes primipares que multipares allaiteraient à la naissance (Girard et al., 2016).

En somme, un niveau de scolarité et un revenu passablement élevés, une attitude favorable des femmes et des hommes à l'égard de l'allaitement en plus d'un soutien approprié venant particulièrement des infirmières favoriseraient l'allaitement au Québec. Toutefois, une culture et des professionnels de la santé favorisant possiblement de façon inadéquate l'allaitement et où l'acceptation sociale de l'allaitement en public est précaire feraient partie des éléments engendrant le désintérêt d'allaiter ou de poursuivre l'allaitement pour certaines femmes.

1.3 INTERVENTIONS POUR FAVORISER L'ALLAITEMENT

Constatant les taux d'allaitement préoccupants, plusieurs initiatives gouvernementales ou communautaires ont émergé au cours des dernières années afin de protéger et promouvoir cette pratique, de maximiser les bienfaits pour tous et de soutenir les mères qui allaitent. Les programmes et les organismes oeuvrant pour la promotion et le soutien de l'allaitement au Québec ainsi que la pertinence d'interventions infirmières appropriées contribuent aux interventions pour contrer les taux d'allaitement moins optimaux que l'on connaît. Ces initiatives sont décrites dans cette troisième partie de ce chapitre.

1.3.1 Programmes et organismes

En 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a mis au point le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* devant le déclin de l'allaitement maternel noté durant ces années (OMS, 1981). La mise en place de ce Code au Canada comme dans différents pays a permis de légiférer la commercialisation des substituts de lait maternel.

En 1989, l'OMS et l'UNICEF ont créé une norme mondiale connue sous le nom d'Initiative amis des bébés (IAB). Pour obtenir ce titre prestigieux, les centres de santé assurant des services de maternité doivent adopter le Code de commercialisation et appliquer les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (voir annexe I) (OMS, 2020). Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'IAB fait partie des mesures envisagées dans le Programme national de santé publique 2015-2025 et dans la Politique de périnatalité 2008-2018 (2018). C'est donc sous l'égide de l'IAB que doit être promu l'allaitement au Québec. Pour obtenir l'attestation IAB au Québec, le taux d'allaitement exclusif à l'hôpital et en maison de naissance doit être de 75 % (MSSS, 2018). Pour les CLSC, le taux d'allaitement doit être de 75 % aussi, mais sans égard à l'exclusivité. D'ailleurs, 107 établissements au Québec avaient le titre Amis des bébés en 2018, où il y est né cette année-là 9,67 % des bébés. En Chaudière-Appalaches, seulement la maison de naissance *Mimosa* a réussi à obtenir ce titre en 2014 et à le maintenir.

Diverses ressources en allaitement sont aussi présentes au Québec. En premier lieu, Héma-Québec a mis en place des banques de lait maternel pour aider les mères d'enfants prématurés à poursuivre leur allaitement maternel malgré les difficultés qu'elles peuvent rencontrer (2020). De plus, il existe depuis 2009 l'organisation *Mouvement Allaitement du Québec* qui est composée de femmes qui tentent de faire du Québec un environnement favorable à l'allaitement maternel. Par la suite, la *Ligue la Leche* a formé depuis 1956 plus de 3 000 groupes de monitrices compétentes et expérimentées en allaitement qui œuvrent entre autres au Québec pour offrir aux femmes allaitantes du soutien et des conseils. Également, la Fondation Lucie et André Chagnon finance le site Internet *Naitre et grandir* (2017), un site dont plusieurs articles fiables et validés par des professionnels de la santé au sujet de l'allaitement maternel y paraissent. Il existe aussi différentes ressources et différents groupes d'entraide dans la région de Chaudière-Appalaches qui sont présents pour les familles, tels que *Le Re-Lait* (2020), *Coup de pouce nourrice* (2020), *Allaitement Québec* (2020), *Ressources Naissances* (2020), la *Maison de la famille de Bellechasse* et les services de consultantes en allaitement. Enfin, différents efforts ont été fournis par le CISSS-CA afin de promouvoir et protéger l'allaitement maternel en Chaudière-Appalaches

(2018). En effet, le CISSS-CA adhère aux Dix conditions et au Code de commercialisation. Pour les infirmières qui travaillent auprès de la dyade mère-enfant, elles ont accès à une formation gratuite offerte par le CISSS-CA avec une consultante en allaitement. Elles peuvent d'ailleurs joindre une telle professionnelle si elles éprouvent des questionnements quant aux situations qu'elles rencontrent lors du soutien des femmes qui allaitent. En outre, sur le site internet du CISSS-CA, un module complet d'informations sur l'allaitement est disponible via l'onglet des cours prénataux de même qu'une vidéo d'enseignement concernant les premières semaines d'allaitement.

Finalement, l'OMS requiert aux employeurs des mères qui retournent au travail avant la fin de leur allaitement d'offrir des environnements calmes et intimes afin d'y permettre l'expression du lait maternel et des locaux pour y conserver le lait (2020). De plus, l'organisme souhaite que toutes les femmes puissent jouir d'un congé de maternité suffisamment long et rémunéré et d'un retour au travail à temps partiel si elles souhaitent poursuivre leur allaitement. Au Québec, la Loi sur les normes du travail encadre justement cette proposition (Educaloi, 2018). Ainsi, une mère biologique, ou une mère adoptive, a droit à certains congés de durées variables, dont un congé de maternité qui est offert à toutes les mères biologiques. Une fois ce congé terminé, un congé parental à long terme d'une durée maximale de 70 semaines est possible pour que la mère puisse consacrer du temps avec son enfant. Également, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec a mis en place un programme de prévention pour les femmes qui allaitent et travaillent (2020). En conséquence, une femme allaitante qui travaille a le droit d'être réaffectée à d'autres tâches ou de travailler dans un environnement sans danger pour elle.

En somme, au regard des différents programmes et mesures en place, le Québec a adopté une culture institutionnelle favorable à l'allaitement maternel. Or, une telle culture encadre par le fait même la pratique infirmière.

1.3.2 Interventions infirmières

Il est primordial que les professionnels de la santé soient convenablement formés et qualifiés du fait qu'ils ont un rôle majeur en soutien auprès de la femme qui allaite et sa famille. L'OMS recommandait d'ailleurs lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel de 2020 que toutes les femmes qui allaitent aient accès à des conseils qualifiés venant des professionnels de la santé. À cet égard, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) estime depuis 1998 qu'influencer les attitudes de la communauté en faveur de l'allaitement maternel correspond à une des priorités des infirmières étant donné leur position privilégiée auprès des mères et futures mères. Dans cette visée, l'IAB constitue une norme d'allaitement qui sert d'assise à la pratique infirmière à l'égard de l'allaitement, notamment à travers la formation sur l'allaitement et l'application des Dix conditions favorisant le succès de l'allaitement. Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux meilleures façons pour les infirmières de promouvoir l'allaitement maternel et d'accompagner les femmes dans cette pratique afin qu'elles l'amorcent et persévèrent. Les meilleures pratiques qui auraient été démontrées dans la littérature sont présentées ci-après.

Avant tout, des auteures ont soutenu que les femmes apprécieraient que l'information transmise soit en concordance avec celles reçues de tous les professionnels qu'elles côtoient (Pentecost & Grassley, 2014; Vallée-Ouimet, 2019). De plus, les professionnels de la santé, tels que les infirmières, devraient être conscients que l'environnement social de la femme et de son entourage semblent avoir un grand impact sur l'allaitement maternel (Bayard, 2008; Bevan & Brown, 2014; Meedy, Fahy, Parratt & Yoxall, 2015; Mitra, Khoury, Hinton & Carothers, 2004). Par conséquent, il serait important d'orienter les interventions infirmières vers le réseau social de la femme en mettant à contribution le conjoint et les personnes importantes dans sa vie (Sudfeld, Fawzi & Lahariya, 2012). En effet, une étude randomisée a évoqué que des interventions éducatives au sujet de l'allaitement auprès de la femme et son conjoint à l'hôpital en période postpartum encourageraient le conjoint à soutenir la mère de son enfant dans son allaitement. Ce soutien augmenterait ainsi les taux d'allaitement de la femme tout comme sa satisfaction envers le soutien reçu par son conjoint (Abbass-Dick,

Stern, Nelson, Watson & Dennis, 2015). De plus, des programmes axés sur les soutiens techniques et émotionnels par les proches, des programmes qui tendent à créer un environnement d'allaitement calme et sans pression tout en laissant le libre choix à la femme de décider si elle souhaite ou non allaiter seraient pertinents.

Bien qu'il soit important de faire connaître l'information à propos de l'allaitement maternel à tout l'entourage, les infirmières devraient aussi encourager les femmes à utiliser leur plein potentiel et leur auto-efficacité personnelle pour faire en sorte qu'elles croient et aient confiance en elles et en leurs capacités d'allaitement (Meedya et al., 2010; Meedya et al., 2015; Mitra et al., 2004). Par exemple, un programme développé à Hong Kong favorisant la confiance en elles des femmes aurait permis d'augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement au sein de leur population (Chan, Ip & Choi, 2016).

Les interventions des infirmières devraient être adaptées aux diverses difficultés rencontrées par les femmes et en fonction du type de population auquel elles sont confrontées (Bever Babendure, Reifsnider, Mendias, Moramarco & Davila, 2015). À titre d'exemple, offrir des conseils en combinant les séances individuelles et de groupes aurait fait ses preuves sur les taux d'allaitement des femmes vivant sous le seuil du faible revenu ou en situation linguistique et culturelle minoritaires (Haroon, Das, Salam, Imdad & Bhutta, 2013). Or, les jeunes mères adolescentes apprécieraient davantage que les infirmières leur offrent du soutien sous différents aspects : respect, discussions et réponses claires aux questions (Pentecost & Grassley, 2014).

Différents moments seraient opportuns pour promouvoir et sensibiliser à l'allaitement. Bien avant la grossesse, l'exposition dès l'enfance aux différents concepts entourant l'allaitement aurait démontré des avantages à long terme sur les taux d'allaitement (Kornides & Kitsantas, 2013). Selon une revue de littérature, il serait aussi préférable que les professionnels de la santé soient présents en périodes prénatale et postnatale plutôt que sur une courte période de la grossesse seulement (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008). Offrir l'information et le soutien en période postnatale immédiatement après la naissance serait un bon moment pour augmenter l'allaitement au cours des premiers jours suivant la

naissance de l'enfant (UNICEF & OMS, 2018) et sa poursuite (Khanal, Lee, Karkee & Binns, 2015). De plus, puisque l'intention d'allaiter semblerait évoluer tout au long de l'allaitement (Tengku Ismail, Wan Muda & Bakar, 2016), un soutien à long terme afin de faciliter l'allaitement à travers les multiples difficultés que la mère et l'enfant peuvent éprouver favoriserait également la poursuite de l'allaitement (Shrimpton, 2017).

Par contre, les infirmières ne peuvent parvenir à elles seules aux cibles d'allaitement de l'OMS. Le système de santé doit être impliqué de même que les employeurs et la communauté tout entière (Sinha et al., 2015; UNICEF & OMS, 2018). Dans une communauté plus ouverte à l'allaitement, le soutien par des pairs concernés pourrait permettre aux femmes de verbaliser sur l'expérience qu'elles vivent par rapport à leur allaitement ou leur anxiété et elles obtiendraient des encouragements et de l'information variée. Même si au cours des dernières années la majorité des taux d'allaitement mondiaux n'ont pas diminué, l'OMS (2016) soutient toujours que les investissements et les lois destinées à protéger l'allaitement sont insuffisants dans la plupart des pays. Sous ce rapport, il semblerait que des efforts restent à faire étant donné que plusieurs femmes qui croyaient en l'allaitement et qui l'ont essayé n'ont pu atteindre l'objectif d'allaitement qu'elles s'étaient fixé (Larsen & Kronborg, 2013). Encore aujourd'hui, certaines femmes vivraient de l'insécurité ou éprouveraient de la difficulté à accepter l'arrêt de leur allaitement, n'oseraient pas demander de l'aide ou manqueraient de soutien. Certaines femmes québécoises éprouveraient même des regrets, de la colère ou de la tristesse entourant la pratique de leur allaitement (INSPQ, 2017). Un nombre important de solutions proposées depuis les cinquante dernières années et celles à venir s'orientent vers l'amélioration de l'allaitement à la naissance, de la poursuite et de l'exclusivité de l'allaitement maternel par le biais des professionnels de la santé comme les infirmières. Enfin, la connaissance des facteurs psychosociaux entourant l'intention d'allaiter en Chaudière-Appalaches pourrait améliorer l'intervention infirmière.

1.4 OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE

Au terme de cette problématique, s'il est possible de constater plusieurs bienfaits de l'allaitement pour la santé des nourrissons, des mères et des pères, investir dans sa promotion est sans contredit un gain pour tous. En ce sens, diverses mesures ont été appliquées afin de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel au cours des dernières années au Québec. Toutefois, peu d'initiative ont été développées pour saisir les intentions d'allaiter durant la période prénatale. Or, la région de Chaudière-Appalaches, où des taux d'allaitement à la naissance et d'exclusivité sont notés inférieurs à la plupart des autres régions du Québec, voire même, des différentes provinces canadiennes (Lavoie & Dumitru, 2011), pourrait certainement bénéficier de telles initiatives. À ce jour, nous savons que plusieurs facteurs influencent le choix de l'allaitement, notamment certains facteurs psychosociaux et culturels. Cerner ces facteurs d'intentionnalité pourrait éclairer les initiatives de renforcement des infirmières qui travaillent auprès de ces femmes en période prénatale. Cette recherche dont l'objectif est d'explorer les facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques associés à l'intention d'allaiter des femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches permettra de répondre à la question de recherche suivante : Existe-t-il une association entre des facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques et l'intention d'allaiter en période prénatale chez les femmes de la région de Chaudière-Appalaches?

Cette recherche s'inscrit dans la pratique infirmière, car les infirmières occupent une place privilégiée en période prénatale lorsque se forge cette intention. En effet, les infirmières ayant développé des habiletés et une expertise doivent fournir au quotidien l'accompagnement nécessaire à l'allaitement puisque cela est ancré dans leurs normes professionnelles (OIIQ, 2015). Il importe donc de savoir comment les infirmières peuvent contribuer pertinemment à promouvoir et soutenir l'allaitement auprès des femmes et à répondre à leurs besoins en période prénatale. La recension des écrits au chapitre suivant fait état des facteurs influençant l'intention d'allaiter et les facteurs favorisant ou non l'allaitement à la naissance, de même que l'influence de la culture sociale, de la sexualité et

des rapports sociaux entre hommes et femmes sur le comportement d'allaitement. Elle permettra de préciser et d'expliquer les éléments retenus pour ce projet dans la perspective de mieux comprendre l'influence des facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques sur l'intention d'allaiter des femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre fait état des connaissances actuelles concernant l'intention d'allaiter chez les femmes enceintes. Deux orientations sont présentes dans les écrits retenus. D'une part, les facteurs favorisant ou non l'amorce de l'allaitement à la naissance de l'enfant et d'autre part, l'impact de la culture sociale, de la sexualité et des rapports sociaux entre hommes et femmes sur l'allaitement.

Pour réaliser cette recension des écrits, plusieurs bases de données scientifiques ont été consultées : *Google Scholar* et les bases *Current Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *PsyArticles*, *Academic Search Complete*, *Medline* ainsi que *Psychology and behavioral Sciences Collections*. La plupart des articles ont été retenus s'ils avaient été publiés à partir de 2005, c'est-à-dire parus moins de 15 ans avant le dépôt de ce mémoire. Certains articles plus anciens ont quelquefois été retenus s'ils étaient pertinents et qu'il y avait peu d'écrits sur le sujet à l'heure actuelle ou s'ils correspondaient à des travaux de nature théorique. Un article empirique était retenu s'il se rapportait à la présente problématique de l'allaitement, s'il respectait les critères de rigueur scientifique en recherche quantitative et qu'il était rédigé en français ou en anglais. De plus, il devait être en lien avec les variables et mots clés à l'étude : allaitement ou allaitement maternel (*breastfeeding* ou *breast feeding*), intention (*intent*), auto-objectification (*self-objectification*), comportement planifié (*planned behavior*), sexualité (*sexual* ou *sexuality*) et homme (*male* ou *men*).

2.1 INTENTION D'ALLAITER

Depuis plusieurs années, l'intention d'allaiter a été largement étudiée dans les projets de recherche en allaitement étant donné son caractère prédictif avec cette pratique (Ferland, 2011; Mancini, 2016; Wambach, 1997; Wilhelm, Rodehorst, Stepan, Hertzog & Berens, 2008). Certaines études se sont intéressées à l'intention d'allaiter en la conceptualisant à leur façon (Kaikini & Hyrkas, 2014; Thomas-Jackson et al., 2015; Wang et al., 2014), tandis que d'autres ont plutôt utilisé la théorie de l'action raisonnée (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975) ou bien la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen (1991) pour le faire. Ces théories s'avèrent être des théories psychosociales de l'intention comportementale. Cette première partie de ce chapitre expose avant tout le caractère prédictif de l'intention d'allaiter sur l'allaitement et sa poursuite. Après, les déterminants de cette intention sont précisés.

2.1.1 Le caractère prédictif de l'intention d'allaiter sur l'allaitement et sa poursuite

Au cours des dernières années, quelques études auraient démontré que l'intention d'allaiter, soit en période prénatale ou à la naissance, serait prédictive de l'allaitement et de sa poursuite. Selon une revue de littérature de 59 études à cet égard, l'intention d'allaiter serait effectivement le facteur prédictif le plus puissant de l'allaitement à la naissance et de la durée de cette pratique (Meedy et al., 2010). Les principales études recensées à ce sujet sont décrites dans les prochaines pages.

En ce qui concerne l'intention d'allaiter durant la période prénatale, McMillan et al. (2008) ont examiné au Royaume-Uni les déterminants de la TCP sur l'intention d'allaiter et leurs effets sur la pratique de l'allaitement à l'hôpital, au congé de l'hôpital, au dixième jour suivant la naissance de l'enfant et à ses six semaines de vie. L'échantillon était composé de femmes primipares vivant en milieu défavorisé ($N = 248$). Aux variables présentes dans le modèle original de la TCP, ils ont ajouté la norme descriptive, la norme morale et le développement de son identité personnelle comme autres facteurs déterminants de l'intention et de la poursuite de l'allaitement. L'intention a été questionnée avec cinq

énoncés et mesurée avec une échelle de type Likert en cinq points pour chacune des questions : l'intention d'allaiter, la force de la volonté d'allaiter, la probabilité qu'elles allaitent, combien elles étaient déterminées à le faire et leur niveau d'engagement à allaiter. La plupart des questionnaires qui ont permis sa mesure ont été retournés 8,7 semaines avant la naissance de l'enfant. Ils se sont servis de différenciateurs sémantiques concernant les sentiments vécus à l'endroit de l'allaitement (embarras, difficulté, etc.) pour mesurer l'attitude. La norme subjective a été questionnée de deux façons : les personnes les plus importantes pour elles croient qu'elles ne devraient *définitivement pas* (1) ou *définitivement allaiter* (5) et la perception de leur approbation du comportement d'allaitement. Enfin, la perception du contrôle comportemental a été mesurée avec trois énoncés : le degré de facilité et de difficulté perçue, le fait que certains aspects pourraient faire cesser l'allaitement et le degré de confiance qu'elles sont en mesure d'allaiter. Ainsi, les auteurs ont été en mesure de conclure qu'une forte intention d'allaiter en période prénatale était significativement liée à l'allaitement à l'hôpital, à la sortie et après 10 jours.

L'intention d'allaiter aurait aussi été démontrée comme prédictive de l'allaitement chez différentes femmes. En effet, les auteurs d'une étude auprès de mères adolescentes américaines ($N = 296$, 80 % étaient primipares) ont mentionné que celles qui avaient l'intention d'allaiter durant leur deuxième et troisième trimestre de grossesse présentaient des taux 23 fois plus élevés de chance d'allaiter que celles qui n'en avaient pas l'intention (Sipsma et al., 2013). Il en va de même pour les femmes vulnérables d'origine hispanique vivant aux États-Unis puisque l'intention forte d'allaiter durant la période prénatale était, pour elles aussi, un facteur prédictif de l'allaitement à la sortie de l'hôpital (Linares, Rayens, Gomez, Gokun & Dignan, 2015). Dans l'échantillon de femmes ($N = 99$), 17 % étaient primipares et 10 % avaient un niveau d'éducation post secondaire.

Relativement à l'intention d'allaiter lorsque mesurée à la naissance de l'enfant, une étude réalisée en Chaudière-Appalaches a rapporté que l'intention ferme d'allaiter à 48 heures de vie de l'enfant était une variable prédictive d'un allaitement à trois mois chez cette population (Ferland, 2011). Dans cette étude, l'intention d'allaiter des 138 femmes avait été

mesurée à 48 heures de vie de l'enfant (déterminée, motivée à essayer, indécise) et l'objectif d'allaitement avait été mesuré en trois temps, c'est-à-dire à 48 heures de vie de l'enfant, lorsqu'il a eu un mois puis trois mois. Les résultats ont indiqué que les femmes qui ont une intention ferme d'allaiter pour trois mois lorsque mesurée à la naissance de l'enfant auraient 3,3 fois plus de chance d'allaiter à trois mois. Par ailleurs, près de 83 % des femmes déterminées à allaiter allaitaient encore à trois mois, 65 % des femmes qui souhaitaient en « faire l'essai » allaitaient encore à trois mois et de celles qui se disaient indécises, aucune n'allaitait à trois mois.

Dans le même ordre d'idées, une étude ($N = 73$) s'est intéressée non seulement à l'intention d'allaiter pour expliquer la poursuite de l'allaitement, mais aussi au concept d'auto-efficacité pour répondre à l'objectif de son étude (Wilhelm et al., 2008). L'intention a été mesurée à la naissance avec une seule question : « À quel degré avez-vous l'intention d'allaiter pour une durée de six mois? » avec une échelle de résultat allant d'*extrêmement improbable* (1) à *extrêmement probable* (7). L'auto-efficacité a été évaluée avec une échelle propre à ce concept pour sa mesure : *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* de Dennis et Faux en 1999. À la suite de leurs analyses de régression, l'intention ferme d'allaiter chez les femmes primipares ($p = 0,02$) et un sentiment d'auto-efficacité élevé à deux semaines postpartum ($p = 0,04$) étaient associés à une augmentation de la probabilité d'allaiter pour une durée de six mois. Il en était de même pour une étude en Corée du Sud où l'allaitement maternel chez 213 femmes primipares a été décrit comme étant d'abord et avant tout influencé par l'intention d'allaiter (Yang & Seo, 2013).

Somme toute, les auteurs semblent s'entendre sur le fait qu'une forte intention d'allaiter, qu'elle soit mesurée durant la période prénatale ou à la naissance de l'enfant, prédirait l'allaitement maternel et sa durée chez les primipares.

2.1.2 Déterminants de l'intention d'allaiter

Des études ont constaté que certains facteurs sociodémographiques et psychosociaux chez les femmes, dont l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle

comportemental de la TCP semblerait forger l'intention d'allaiter. Ces déterminants sont présentés dans les prochaines pages.

2.1.2.1 Facteurs sociodémographiques

Selon les recherches, certains facteurs sociodémographiques semblent être présents et récurrents chez les mères des enfants allaités. Concrètement, dans une population de 92 364 femmes ontariennes interrogées à leur troisième trimestre de grossesse, un peu plus de 85 % d'entre elles avaient l'intention d'allaiter, 9,5 % n'en avaient pas l'intention et environ 5 % d'entre elles n'avaient pas répondu à cette question (Lutsiv et al., 2013). Après avoir effectué des analyses de régression, les chercheurs ont pu conclure que l'intention d'allaiter est plus forte chez celles qui sont âgées de plus de 19 ans, qui n'ont pas de problème de santé ou qui ne consomment pas de tabac ou de drogue. D'ailleurs, chez les non-fumeuses, le taux d'intention d'allaiter était deux fois plus élevé que celui des femmes qui fumaient. À l'inverse, ils ont noté une intention plus faible lors d'une grossesse gémellaire, lorsque les femmes n'ont pas suivi de cours prénataux ou lorsqu'elles accouchent dans un centre hospitalier primaire plutôt que tertiaire (grossesse à risque). Dans le même ordre d'idées, une étude en Angleterre a souligné que les femmes primipares ($N = 476$) avaient une intention d'allaiter exclusivement ou de façon mixte plus élevée que les multipares (Cabieses et al., 2014).

Le revenu, le poids des femmes et le retour au travail ont aussi été étudiés en lien avec l'intention d'allaiter afin d'élargir l'état des connaissances. Les auteurs d'une recherche ontarienne ont évoqué que les femmes qui avaient l'intention d'allaiter semblaient avoir un revenu familial plus élevé (72 983 \$ vs 66 206 \$) que celles qui n'en avaient pas l'intention (Lutsiv et al., 2013). Par la suite, les auteurs d'une revue de littérature ont recherché l'influence de l'Indice de masse corporelle (IMC) sur l'intention d'allaiter (Turcksin et al., 2014). Selon les dix-neuf articles retenus, ils ont rapporté que moins de femmes obèses avaient l'intention d'allaiter par rapport à celles ayant un poids santé. En outre, les femmes obèses avaient l'intention d'allaiter sur une plus courte période (6,9 mois plutôt que 9,3 mois) que celles qui présentaient un IMC d'un poids normal. Une étude similaire a rapporté

que le groupe de femmes anglaises ayant un surpoids (IMC entre 25 et 30) était associé à l'alimentation par biberon (Cabieses et al., 2014). Une autre revue de littérature chez les femmes obèses a révélé de nouveaux éléments à ce sujet (Bever Babendure et al., 2015). Selon les 60 études qui ont été relevées, les femmes qui avaient l'intention de nourrir leur enfant avec des substituts de lait maternel présentaient un degré élevé d'insatisfaction de leur corps et avaient davantage de préoccupations quant à leur poids et leur forme que celles qui avaient l'intention d'allaiter. Enfin, quant à l'effet du retour prévu au travail sur l'intention d'allaiter en période prénatale, les analyses de régression sur les données obtenues de femmes américaines ($N = 160$) ont illustré que l'intention à long terme d'allaiter semblait s'atténuer lorsqu'elles prévoyaient un retour au travail (Thomas-Jackson et al., 2015).

2.1.2.2 Facteurs psychosociaux

Les études ayant eu recours à la TCP et à la TAR ont identifié des facteurs et des croyances liés à l'intention d'allaiter des femmes au regard de ces théories. Voici les résultats de ces études sur le bâti de l'intention d'allaiter des femmes avec des profils sociodémographiques différents.

Tout d'abord, plusieurs études ont montré qu'une attitude favorable envers l'allaitement était un facteur essentiel pour bâtir l'intention d'allaiter (Bai, Wunderlich & Fly, 2011; Cabieses et al., 2014; Sovet, 2019; Vallée-Ouimet, 2019; Wang et al., 2014). À ce propos, la perception d'y voir des avantages favorise l'attitude envers l'allaitement chez les femmes québécoises ($N = 9$) (Vallée-Ouimet, 2019). À savoir, penser que l'allaitement est pratique, simple et efficace, qu'il s'agit d'une façon de donner à l'enfant des anticorps, que le lait maternel rend l'enfant « moins malade » et que l'allaitement crée un rapprochement entre la mère et l'enfant. D'autres études appuient le fait que des croyances favorables à l'allaitement forment l'attitude des femmes et influencent leur intention d'allaiter. À titre d'exemples, croire que l'allaitement est bon pour la santé de la mère et du bébé (Cabieses et al., 2014; Wang et al., 2014), est moins coûteux, naturel et plus hygiénique et qu'il est associé à une émotion positive (me fait sentir bien) (Bai et al., 2011).

De plus, malgré le fait que certaines femmes savaient que l'allaitement pouvait être difficile, celles qui jugeaient que l'allaitement était naturel, économique, pratique et aidait à la perte de poids étaient encouragées à allaiter (Sovet, 2019).

Dans une étude à devis mixte, Dyson et al. (2010) ont comparé des adolescentes enceintes âgées de 16 à 20 ans ($n = 71$) à des femmes enceintes âgées de 20 ans et plus ($n = 230$) afin de mettre en évidence certains comparatifs quant aux facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter selon l'âge. L'attitude favorable à l'égard de l'allaitement prédit aussi l'intention d'allaiter chez ces deux groupes de femmes, combinée avec d'autres facteurs. Durant la période prénatale, les participantes ont reçu un questionnaire à remplir basé sur les construits de la TCP. Par la suite, elles ont eu à participer à un groupe de discussion afin de faire ressortir de nouveaux éléments. Mesurées avec des échelles Likert allant d'un à cinq, les chercheurs ont souhaité obtenir des réponses concernant leurs croyances quant aux différentes formes d'alimentation possibles, leurs croyances individuelles concernant leur intention, les normes morales et leur identité personnelle. Pour la mesure de l'intention, les participantes devaient identifier leur intention de nourrir leur enfant à naître parmi les catégories suivantes : allaitement exclusif, principalement l'allaitement avec parfois des substituts, moitié allaitement et moitié substituts, principalement substituts avec parfois allaitement et substituts seulement. Les résultats de l'étude ont indiqué que 32 % des adolescentes avaient l'intention de nourrir leur enfant avec substituts de lait maternel seulement et 68 % d'entre elles envisageaient toutes formes d'allaitements (mixte ou exclusif). Chez celles âgées de plus de 20 ans, les taux respectifs pour ces modes d'alimentation étaient de 8 % et 90 %. D'ailleurs, l'intention avait prédit le comportement à chacun des temps mesuré (à l'hôpital et à six semaines postpartum). Pour ce qui est des relations entre les variables de la TCP et l'intention, le coefficient *bêta* des analyses de régression est présenté. L'intention d'allaiter (mixte ou exclusif) chez les adolescentes était prédite par la norme subjective ($\beta = 0,35$), l'attitude ($\beta = 0,29$) et l'identité personnelle ($\beta = 0,24$). Cette même intention chez les femmes de plus de 20 ans était prédite à la fois par l'attitude ($\beta = 0,27$), l'identité personnelle ($\beta = 0,27$), la norme morale ($\beta = 0,24$) et la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,20$) ($p < 0,05$).

Deux études ont également rapporté que l'attitude positive à l'égard de l'allaitement serait le construit le plus prédictif de l'intention d'allaiter chez les primipares et les multipares vivant avec un faible revenu et provenant de minorités ethniques (Kloebler-Tarver, Thompson & Miner, 2002; McMillan et al., 2008). Une première étude, basée sur le cadre théorique de la TAR, a mesuré l'intention, l'attitude et la norme subjective auprès de 963 femmes enceintes (38 % étaient primipares). Au groupe de femmes multipares, la variable expérience d'allaitement antérieure a été ajoutée. Chez les primipares, l'attitude ($r_s = 0,11$) et la norme subjective ($r_s = 0,03$) prédisaient l'intention ($p < 0,01$). Chez les multipares, l'attitude ($r_s = 0,18$) et la norme subjective ($r_s = 0,01$) étaient en mesure de la prédire aussi. À noter que pour ces dernières, lorsque la variable expérience d'allaitement antérieure était ajoutée au modèle d'analyse de régression, cette variable expliquait 6 % de la variance de l'intention, la valeur de prédiction de l'attitude diminuait ($r_s = 0,10$) et la norme subjective devenait insignifiante à prédire l'intention. Une seconde étude a relaté qu'auprès de femmes principalement blanches (38,7 %) et pakistanaises (32,3 %) vivant en milieu défavorisé, l'attitude était d'abord le déterminant le plus prédictif d'une forte intention d'allaiter ($\beta = 0,34$), suivi de la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,28$) et de la norme subjective ($\beta = 0,23$) ($p < 0,001$) (McMillan et al., 2008). Après, les auteurs ont inséré au modèle de régression les autres variables déterminantes de l'intention à l'étude, notamment l'âge, l'ethnie, le niveau d'éducation et la norme descriptive. À cette étape, la forte intention d'allaiter était déterminée par des niveaux élevés associés à la norme morale ($\beta = 0,36$, $p < 0,001$) et l'identité personnelle ($\beta = 0,25$, $p < 0,001$), c'est-à-dire respectivement que l'allaitement constitue un choix moral puisqu'il permet de donner la santé à autrui et le sentiment d'être une femme qui allaite est un aspect important du développement de l'identité personnelle. En plus, l'intention forte d'allaiter était prédite par l'attitude ($\beta = 0,22$, $p < 0,001$) et la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,13$, $p < 0,01$).

Ensuite, deux études ont mentionné au sein d'une population de femmes de groupes ethniques différents que l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental de la TCP semblent expliquer l'intention d'allaiter, sans égard à leur revenu

ou leur situation de vulnérabilité. D'une part, Bai et al. (2011) souhaitaient comprendre comment les mères américaines d'un nourrisson âgé de moins de quatre semaines ($N = 236$) prenaient leur décision d'allaiter exclusivement pour une durée de six mois. Ils ont noté que l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental à propos de l'allaitement exclusif, peu importe l'ethnie de la femme, étaient significativement associées à l'intention d'allaiter exclusivement. De plus, en fonction des groupes ethniques, certains construits étaient plus prédictifs que d'autres sur l'intention d'allaiter exclusivement ($p < 0,001$). Particulièrement, il s'agissait de l'attitude pour les femmes blanches dont les croyances saillantes de l'allaitement étaient de « créer des liens avec le bébé » et de « facilité », la norme subjective pour celles d'origine africaine et la perception du contrôle comportemental pour les Latino-américaines. Pour parvenir à ces résultats, l'intention des femmes a été mesurée grâce à deux questions sur la probabilité d'allaiter exclusivement. L'attitude a été mesurée en demandant de choisir parmi les sentiments proposés, ceux se rapprochant le plus de leur pensée. La norme subjective a été mesurée en jugeant si les personnes les plus importantes pour elles seraient en accord ou non avec l'allaitement exclusif. Finalement, la perception du contrôle comportemental de ces femmes a été mesurée en fonction de deux énoncés : leur perception de leur contrôle à l'égard de l'allaitement exclusif et leur degré de confiance d'être capable de le faire. Pour chacun des concepts, elles devaient répondre sur une échelle de type Likert allant d'un à sept. D'autre part, une étude réalisée auprès de femmes enceintes vivant en Angleterre a aussi appuyé le fait que malgré les ethnies différentes (femmes blanches, Pakistanaises et autres ethnies), les déterminants de la TCP demeuraient des facteurs prédictifs de l'intention d'allaiter (Cabieses et al., 2014). Dans leur méthode, ils ont remis un questionnaire élaboré selon les concepts de cette théorie à 476 femmes à leur vingt-huitième semaine de grossesse et ont analysé les données grâce à des analyses de régression multinomiales. Ils ont repris les concepts existants de la TCP, mais ils ont remplacé la perception du contrôle comportemental par le sentiment d'auto-efficacité. Pour mesurer l'intention d'allaiter (*définitivement pas* à *définitivement oui*), l'attitude (négative à positive), la norme subjective et chacune des méthodes d'alimentation possibles (exclusif, mixte et substituts de lait), les

chercheurs ont utilisé une échelle de type Likert en cinq points. Ils ont aussi ajouté une question sur la méthode d'alimentation que les femmes de leur entourage avaient choisie pour leur enfant.

En ce sens, la norme subjective, l'influence et l'approbation par les pairs semblent également contribuer à bâtir l'intention des femmes d'allaiter leur enfant (Groleau et al., 2013; Meedy et al., 2010). Une étude en France ($N = 26$) a fait ressortir que le conjoint, la grand-mère du bébé, les amis, la fratrie et le cercle professionnel influenceraient le choix d'allaiter un premier enfant (Maurice et al., 2020). À ce propos, quelques études ont récemment évoqué que les femmes étaient plus sujettes à allaiter leur enfant si elles vivaient dans une famille de femmes qui ont allaité ou si elles ont un entourage qui l'avait fait (Cabieses et al., 2014; Di Manno et al., 2015; Maurice et al., 2020; Sovet, 2019). En rapport à ce constat, une revue systématique a voulu valider l'hypothèse que l'allaitement est une pratique intergénérationnelle et que le fait d'avoir une génération qui a allaité va se transposer sur l'intention d'allaiter de la génération suivante (Di Manno et al., 2015). Aux termes des quinze articles retenus dans cette revue de littérature, avoir été allaité durant son enfance a constamment un impact positif sur l'intention d'allaiter d'une femme. Ensuite, les femmes d'une étude qualitative belge ont invoqué l'influence de l'entourage lors de la prise de décision d'allaiter (Sovet, 2019). Certaines avaient trouvé « logique » d'allaiter puisque leur mère et leurs sœurs avaient allaité et le partage de l'expérience d'allaitement avec leurs amis avait été aidant lors de cette prise de décision. Dans ce même ordre d'idées, une étude multiethnique en Angleterre a rapporté que les femmes étaient influencées par la méthode choisie par leur mère ou leurs amies enceintes pour nourrir leur propre enfant lorsqu'elles réfléchissent à la méthode d'alimentation pour celui-ci (Cabieses et al., 2014). Les femmes enceintes avaient effectivement l'intention d'allaiter de façon mixte lorsque l'allaitement mixte avait été choisi par leur mère ou leurs amies. De plus, certaines femmes de la Belgique qui avaient jugé leur entourage comme « pro-allaitement » avaient mentionné qu'elles craignaient de décevoir leur famille si elles n'allaitaient pas ou éprouveraient des remords si elles vivaient un échec de leur allaitement (Sovet, 2019). Par ailleurs, certains hommes de cette étude ont invoqué que l'approbation par les membres de l'entourage de la

décision d'allaiter ou non de leur femme était importante pour qu'ils soient favorables à la soutenir et pour éviter que ceux-ci ne portent un jugement de valeur envers elle.

Après cela, des études ont fait ressortir que l'opinion du conjoint favorable à l'allaitement et son soutien étaient déterminants de l'intention d'allaiter des femmes (Al Namir et al., 2017; Di Manno et al., 2015; Rempel, Rempel & Moore, 2017; Sovet, 2019). D'abord, il a été rapporté dans une revue de littérature de 47 études qu'un conjoint qui est impliqué, qui soutient sa conjointe et qui a une attitude positive à l'égard de l'allaitement augmenterait manifestement les taux d'allaitement et la durée (Al Namir et al., 2017). Par ailleurs, Di Manno et al. (2015) ont souligné que si le conjoint a été allaité lorsqu'il était jeune, il sera plus sujet à encourager et soutenir sa femme à allaiter. En outre, selon les 64 femmes, 41 hommes et 34 couples de l'étude de Rempel et al. (2017), le soutien du conjoint serait nécessaire dans le processus d'allaitement afin que l'objectif d'allaitement de la femme soit atteint. Ces auteurs ont aussi conclu que plus la femme est satisfaite de l'implication de son conjoint, plus elle a l'intention d'allaiter sur une longue période. Par contre, de façon paradoxale, un soutien trop important du conjoint envers sa femme qui allaite semble réduire la durée envisagée de l'allaitement par celle-ci. L'étude a signalé que lorsque le conjoint souhaite un allaitement sur une longue durée, apprécie l'allaitement au sein, est informé et soutient intensivement sa conjointe, cette dernière aurait l'intention d'allaiter moins longtemps du fait qu'elle ressent que celui-ci n'est pas à l'écoute et n'est pas sensible à ses besoins.

Finalement, il a aussi été souligné qu'un conjoint qui a été impliqué dans la décision entourant l'allaitement de son enfant influencerait notamment l'intention de la femme d'allaiter (Al Namir et al., 2017). D'ailleurs, 75 % des conjoints dans une étude irlandaise ($N = 1398$) ont rapporté qu'ils s'étaient sentis interpellés dans le processus de décision (Bennett et al., 2016). Des femmes d'une étude qualitative québécoise ont par ailleurs mentionné qu'elles avaient ressenti du respect et de l'appui de leur conjoint entourant leur décision d'allaiter (Vallée-Ouimet, 2019). Pourtant, l'inclusion du conjoint dans la décision d'allaiter est partagée, en ce sens où une étude réalisée en Belgique révélait que certaines

femmes mentionnaient que le conjoint n'avait pas sa place dans la décision par manque d'expérience à l'égard de l'allaitement alors que d'autres estimaient qu'il était important de l'inclure (Sovet, 2019). Une étude québécoise qualitative a aussi rapporté que très peu des femmes ayant participé aux entretiens avaient discuté de leur décision d'allaiter avec leur conjoint (Bayard, 2008). Deux des 11 femmes avaient discuté de la forme d'alimentation envisagée avec leur conjoint, car elles estimaient qu'il s'agissait d'une décision de couple. Au contraire, près du tiers des femmes avaient quant à elles évité le sujet avec leur conjoint, car leur décision était ferme.

En définitive, cette partie de la recension révèle que l'intention d'allaiter serait favorisée par certains déterminants, dont principalement une attitude favorable envers l'allaitement en y percevant des avantages, le soutien du conjoint et l'influence positive de l'entourage. Il est possible de croire que des femmes qui sont déterminées et motivées à allaiter durant la période prénatale et qui sont encouragées, informées et accompagnées dans leur choix par leur conjoint et leur famille seraient plus favorables à allaiter leur enfant à sa naissance. C'est pourquoi ce projet de recherche s'intéresse aux facteurs influençant l'intention des femmes québécoises durant leur grossesse d'amorcer l'allaitement à la naissance de leur enfant. La section qui suit apporte des précisions concernant l'allaitement à la naissance.

2.2 FACTEURS QUI FAVORISENT OU NON L'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE

L'allaitement maternel à la naissance correspond à allaiter l'enfant au cours de ses premières heures de vie. L'OMS (2020) recommande à cet égard le démarrage précoce de l'allaitement, c'est-à-dire que les mères débutent l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance du nouveau-né. Une alternative s'offre aux mères qui ne souhaitent pas de mise au sein ou dont leur état de santé les empêche d'allaiter par exemple. Ainsi, les mères peuvent extraire leur lait maternel et le donner en supplément. Selon les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, l'infirmière a un rôle prépondérant durant cette période. En

effet, elle doit « assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance », elle doit assurer ce soutien en cas de problème d'allaitement ou en cas de séparation avec le bébé, elle doit favoriser le peau-à-peau et la cohabitation 24 heures et bien d'autres. Dans cette section, les différents facteurs qui semblent favoriser ou freiner les femmes à amorcer l'allaitement à la naissance de leur enfant sont exposés.

2.2.1 Facteurs qui favorisent l'allaitement à la naissance

Premièrement, certaines variables démographiques sont souvent présentes chez les femmes qui amorcent l'allaitement. Une étude longitudinale réalisée en 2016 a comparé les déterminants entourant la pratique de l'allaitement maternel à la naissance de l'enfant des femmes du Québec à ceux de la France (Girard et al., 2016). Dans ce projet, des données provenant de femmes québécoises ayant accouché entre 1997 et 1998 ($n = 2\ 144$) et de femmes françaises ayant accouché entre 2003 et 2006 ($n = 1\ 797$) ont été retenues. Considérant qu'il s'agit de populations venant de pays différents, l'âge élevé (supérieur à 30 ans surtout), la scolarité, un revenu familial élevé et l'absence de tabagisme durant la grossesse sont les variables statistiquement significatives ($p < 0.001$) associées au démarrage de l'allaitement tant pour les Québécoises que les Françaises. D'ailleurs, une étude de cohorte longitudinale réalisée sur 4 777 femmes australiennes entre 1996 et 2012 a aussi rapporté que la scolarité de la femme avait un effet positif sur cette période d'allaitement (Holowko et al., 2016), c'est-à-dire que les femmes plus éduquées (certificat, diplôme ou plus scolarisées) amorçaient davantage l'allaitement que celles qui avaient peu d'éducation (moins de 12 années de scolarité).

Deuxièmement, le nombre de grossesses chez une femme semble influencer le fait qu'elle débutera l'allaitement à la naissance de son enfant, en fonction du pays d'où elle vient. Spécifiquement, les femmes du Québec amorcent plus souvent l'allaitement lorsqu'il s'agit de leur premier enfant contrairement aux femmes françaises (Girard et al., 2016), aux femmes japonaises (Kitano et al., 2015) et aux australiennes (Holowko et al., 2016). Notamment, en Australie, 71 % des femmes primipares ont allaité leur nouveau-né à sa

naissance, tandis que 90,5 % des femmes avec un second enfant et 88 % des femmes ayant trois enfants et plus auraient allaité. La principale raison étant qu'une fois qu'elles ont allaité un premier enfant, elles sont plus sujettes à reproduire le comportement sur les prochains enfants qu'elles auront. La disparité des résultats dans la littérature au sujet de la parité des femmes et son influence sur l'allaitement maternel à la naissance serait expliquée par d'autres facteurs qui seraient aussi influents (Girard et al., 2016). Entre autres, la perception du soutien reçu, d'une expérience antérieure d'allaitement réussie ou la présence de jeunes enfants à la maison.

Troisièmement, le soutien aux femmes qui allaitent semble favoriser l'amorce de l'allaitement maternel à la naissance s'il provient du conjoint (Otmani et al., 2015) ou s'il provient de cliniciens compétents, sans égard à l'origine ethnique des femmes (Bevan & Brown, 2014; Patel & Patel, 2016; Tang et al., 2013; Wang et al., 2014).

Finalement, des auteurs ont nommé qu'un degré élevé de sécurité des mères (Mathews et al., 2014) et l'absence de symptômes dépressifs chez ces dernières (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Scharfe, 2012) favorisaient l'allaitement à la naissance. D'abord, une étude longitudinale réalisée aux États-Unis auprès de 237 femmes primipares a étudié les caractéristiques psychologiques des femmes incluant le degré de sécurité « *Secure Attachment* » de la théorie de Bowlby et leurs effets sur le démarrage de l'allaitement dès la naissance (Mathews et al., 2014). Ce degré de sécurité signifie qu'une personne qui a été considérée et prise en charge par ses parents durant son enfance développera un sentiment de sécurité envers elle-même et les autres. Par le fait même, elle sera en mesure de créer un lien d'attachement envers son bébé et de s'occuper de lui. À leur troisième trimestre de grossesse, ces femmes ont reçu deux questionnaires à remplir, le premier concernant la variable « *Secure Attachment* » et le deuxième portant sur leurs croyances entourant les pleurs d'un enfant (p.ex., les pleurs correspondent à une manipulation de la part de l'enfant ou plutôt un sentiment de détresse de sa part). Lorsque l'enfant a eu six et douze mois, elles ont dû répondre à un autre questionnaire portant sur l'allaitement et leurs variables psychosociales. Les résultats obtenus ont permis aux chercheurs de conclure que les

femmes qui amorcent l'allaitement auraient un degré de sécurité plus élevé que celles qui n'ont pas choisi d'allaiter. D'ailleurs, les femmes présentant un degré de sécurité élevé avaient comme caractéristiques communes le fait de vivre avec le conjoint, étaient plus âgées, étaient plus éduquées, avaient un revenu familial moyen à élevé et présentaient peu de symptômes dépressifs. Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée plus tôt en 2012 ($N = 460$) utilisant le concept de l'attachement arrive relativement aux mêmes conclusions, c'est-à-dire que les femmes avec un niveau d'attachement plus élevé envers leur enfant seraient plus susceptibles à allaiter leur enfant à sa naissance (Scharfe, 2012). Ce sentiment d'attachement serait d'ailleurs favorisé par le contact peau à peau entre la mère et son bébé immédiatement après la naissance (OMS, 2020). Ce contact favoriserait la réceptivité des mères aux premiers signes de faim de son bébé et aiderait à débiter l'allaitement. Enfin, l'absence de symptômes dépressifs majeurs pour les femmes de la Finlande ($N = 873$) semblerait contribuer à améliorer les taux d'allaitement à la naissance (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016).

2.2.2 Facteurs qui freinent l'allaitement à la naissance

Tout d'abord, les femmes québécoises semblent moins favorables à allaiter si elles ont accouché par césarienne (Girard et al., 2016). En effet, selon le rapport statistique des données sur l'allaitement au Québec publié en 2011 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 33,2 % des Québécoises ont évoqué que leur accouchement par césarienne était la raison pour laquelle elles n'avaient pas choisi d'allaiter, d'autant plus si leur enfant était né prématurément. Également, une revue de littérature de 25 études se déroulant de 1990 à 2013 en Asie du Sud a permis d'identifier qu'un accouchement par césarienne et un problème de santé de la mère avant ou après l'accouchement ou présent chez le nouveau-né semblaient freiner l'allaitement dans la première heure de vie de l'enfant (Sharma & Byrne, 2016). En ce sens, l'UNICEF et l'OMS ont rapporté en 2018 qu'un accouchement par césarienne retarderait la mise au sein précoce de l'enfant à sa naissance du fait que le nouveau-né est séparé de sa mère ou que le peau à peau est retardé.

Aussi, un manque de soutien et d'information sur l'allaitement semble aussi nuire à l'allaitement en Asie du Sud (Sharma & Byrne, 2016), tout comme au niveau mondial (UNICEF & OMS, 2018). En effet, il a été rapporté dans le monde qu'encore plusieurs femmes ne reçoivent pas l'appui nécessaire pour débiter l'allaitement tant des membres de leur famille que des professionnels de la santé, des employeurs ou du pouvoir public. D'ailleurs, certaines femmes du Québec n'auraient pas amorcé l'allaitement (18,3 %), car leur conjoint s'opposait à cette pratique (Lavoie & Dumitru, 2011). De plus, plusieurs femmes profiteraient de conseils limités venant des professionnels de la santé (UNICEF & OMS, 2018).

Enfin, une attitude favorable envers l'alimentation au biberon, des sentiments négatifs entourant l'allaitement et une mauvaise expérience d'allaitement auraient un effet dissuasif d'allaiter à la naissance. Un rapport publié par l'ISQ (2011) mentionnait que les femmes n'ayant pas amorcé l'allaitement préféraient le biberon (48,6 %) en invoquant qu'il s'agissait d'une technique plus facile et aussi bonne que l'allaitement maternel. Elles percevaient également l'allaitement maternel comme une forme d'alimentation moins attrayante. Certaines avaient aussi mentionné qu'elles souhaitaient boire de l'alcool ou fumer. Une étude réalisée en Suisse en 2014 a recensé l'expérience et les sentiments vécus par les femmes entourant l'allaitement au cours des années 1992 ($n = 83$) et 1993 ($n = 74$) en comparaison avec l'année 2011 ($n = 94$) (Holmberg, Peterson & Oscarsson). Malheureusement, certaines femmes du groupe de l'année 2011 n'avaient pas amorcé l'allaitement parce qu'elles disaient exprimer un sentiment moins favorable à propos de l'allaitement. Cette impression était attribuable à une expérience d'allaitement plus difficile en plus d'un niveau supérieur de tension, d'insécurité et d'anxiété ressenti à l'égard de l'allaitement en général.

En conclusion, un soutien pendant les premiers jours de l'allaitement, qu'il provienne du conjoint ou d'un professionnel de la santé, favoriserait l'allaitement d'un bébé dès sa naissance, tandis que certains éléments contribueraient au fait que les femmes n'amorceraient pas l'allaitement ou le retarderaient. Par exemple, une attitude des femmes et

du conjoint défavorable à l'allaitement et un accouchement par césarienne qui peut différer le contact du bébé avec sa mère.

2.3 CULTURE SOCIALE, SEXUALITE ET ALLAITEMENT

Tel que mentionné dans les sections précédentes, les facteurs relatifs au comportement de l'allaitement maternel sont certes très vastes et connus. Cependant, il importe de considérer l'allaitement maternel au-delà de ces facteurs et de ne pas négliger l'empreinte culturelle qu'il peut y avoir sur ce comportement. Pour certaines femmes, l'intention d'allaiter son enfant pourrait découler du fait qu'elles sont ambivalentes face à la norme socialement prescrite, aux attentes de la société et à leurs valeurs personnelles (Rodriguez-Garcia & Frazier, 1995). En effet, l'opinion du réseau social, les opinions divergentes de l'entourage et de la société ou la crainte du jugement d'autrui si elles allaitent publiquement sembleraient influencer directement le choix d'alimentation qu'opteront certaines mères Québécoises ($N = 31$) (Groleau et al., 2013). Il est possible de constater dans cette troisième partie de ce chapitre que le choix de l'allaitement peut se révéler être bien plus qu'une simple décision personnelle. En effet, l'opinion du conjoint de l'allaitement, les représentations sociales et culturelles des seins, l'impact de l'allaitement sur le corps de la femme, l'interférence avec la sexualité du couple, l'embarras et la crainte reliés à l'allaitement en public seraient d'autres variables influentes dans le choix d'allaiter. Les résultats de deux études ayant souligné les relations entre l'intention d'allaiter et l'objectification sexuelle des femmes sont dans ce qui suit exposés.

2.3.1 Opinion du conjoint

Précédemment, il a été discuté dans la recension des écrits que l'attitude des pères à l'égard de l'allaitement semble influencer, directement ou de façon indirecte, l'allaitement envers son enfant (Cox et al., 2015; Mueffelmann, Racine, Warren-Findlow & Coffman, 2015; Noirhomme-Renard et al., 2015). D'ailleurs, il semble qu'une attitude favorable de ce dernier soit un facteur très influent sur le choix de la femme d'allaiter ou non son enfant, et

ce, depuis au moins 25 ans (Al Namir et al., 2017; Cox, Giglia, Zhao & Binns, 2014; Giugliani, Caiaffa, Vogelhut, Witter & Perman, 1994; Littman, Medendorp & Goldfarb, 1994; Maurice et al., 2020). Certains hommes ont estimé qu'il s'agissait d'une forme d'alimentation où ils avaient peu de tâches à faire et choisissaient l'allaitement comme forme d'alimentation par tradition familiale (Noirhomme-Renard et al., 2015). Des hommes belges francophones ont mentionné qu'ils estimaient l'allaitement comme bénéfique, meilleur pour la santé du bébé, comme un « gage nutritionnel » à nourrir leur enfant et qui permettait d'établir une relation intime entre la mère et le bébé (Sovet, 2019). Au Québec, des pères ($N = 36$) ont estimé que l'allaitement était bon pour la santé de leur bébé, que cette pratique était simple, naturelle et associée à un coût peu élevé (de Montigny et al., 2007). Toutefois, quelques uns percevaient des inconvénients à l'allaitement. Parmi ces inconvénients, certains ont mentionné qu'ils enviaient la relation vécue entre la mère et le bébé, qu'ils avaient hâte de pouvoir nourrir leur enfant et avaient ressenti un sentiment de frustration ou d'impuissance lorsque des difficultés d'allaitement avaient été rencontrées. Étant donné les bienfaits de l'allaitement perçus pour l'enfant, d'autres pères québécois ($N = 43$) ont mentionné avoir fait un « sacrifice » et avaient accepté de devoir attendre la fin de l'allaitement pour créer un lien étroit avec leur enfant, sans pour autant souhaiter que l'allaitement cesse plus tôt (de Montigny et al., 2018). D'ailleurs, des pères d'une étude belge ont mentionné qu'ils auraient aimé partager cette même relation intime avec leur bébé (Sovet, 2019). Plusieurs de leurs conjointes avaient même perçu que ce dernier s'était éloigné de la dyade durant la période d'allaitement et conséquemment, certaines auraient remis en question la durée prévue de leur allaitement. Or, cette perception assez positive de l'allaitement ne s'appliquerait pas à tous les pères. Peu d'enfants sont allaités (7,7 %) si leur père désapprouve ou est indifférent à l'égard de l'allaitement (Noirhomme-Renard et al., 2015). Même que, pour certains hommes vivant en contexte de pauvreté ($N = 28$), l'allaitement est très embarrassant et ils estiment que l'alimentation avec des biberons de préparations commerciales est davantage une solution plus facile (Henderson et al., 2011).

2.3.2 Représentations sociales et culturelles des seins

Selon Young (1992), les femmes vivaient dans un paradoxe des seins, perçus tantôt comme un objet sexuel, tantôt comme une source de lait nutritive. Pour la majorité des femmes qui allaitent, l'allaitement est perçu comme une fonction naturelle des seins : ils sont conçus pour faire du lait et nourrir leur enfant (Carathers, 2014). Par ailleurs, les femmes qui perçoivent leur corps comme un instrument servant à nourrir un enfant ou comme étant fonctionnel plutôt qu'esthétique auraient tendance à allaiter (Fern et al., 2014). À l'inverse, d'autres femmes ($N = 40$) se disaient préoccupées par le partage de la vision des seins à la fois entre le rôle nutritionnel et le rôle sexuel, indépendamment de leur âge ou de leur parité (Carathers, 2014). Dans une étude qualitative plus ancienne ($N = 51$), certaines femmes avaient mentionné qu'elles auraient aimé que les seins soient perçus comme un organe servant à répondre à un besoin physique chez l'enfant et non à un besoin sexuel (Stearns, 1999). Cependant, selon certaines femmes et certains hommes européens, les seins semblent être majoritairement perçus par leur société comme une partie sexuelle plutôt que d'avoir un rôle nutritionnel (Henderson et al., 2011; Sovet, 2019). Plus près d'ici, des femmes québécoises vivant en contexte de pauvreté ont mentionné avoir choisi l'alimentation avec substituts de lait maternel exclusivement, car 52,6 % d'entre elles ne percevaient pas leurs seins comme ayant une fonction nutritionnelle, mais plutôt sexuelle, malgré la promotion de l'allaitement qu'elles avaient reçue durant leur grossesse (Groleau et al., 2013). Pour elles, les seins avaient trop une connotation sexuelle et imaginaient leurs seins dans la bouche de leur conjoint plus que dans celle de leur bébé. Elles préféraient garder leurs seins comme une partie attractive de leur corps. Des femmes québécoises ont aussi mentionné dans une étude qualitative ($N = 11$) qu'elles associaient les seins à la « sexualité », à la « féminité » et à la « séduction » (Bayard, 2008).

Dans cet ordre d'idées, croyant que les seins ne possèdent pas ou peu de caractère nutritionnel, certaines femmes percevaient l'allaitement comme un abus sexuel envers leur enfant ou visualiseraient cette pratique comme une représentation bestiale de la nature, comme les animaux nourrissent leurs bébés (Groleau et al., 2013). En effet, cette situation

semble découler de l'adolescence. Une étude auprès de femmes d'âges variés a rapporté que les jeunes femmes âgées de 16 à 20 ans perçoivent à l'occasion l'allaitement comme moralement inapproprié pouvant créer un embarras sévère (Dyson et al., 2010). D'ailleurs, quelques adolescentes qui choisissaient d'allaiter malgré la norme sociale favorisant l'alimentation avec substituts de lait ressentait une forte pression négative à dévier de cette norme. Elles estimaient devoir faire preuve de confiance en elles pour résister aux moqueries de leurs pairs entourant l'aspect sexuel des seins.

2.3.3 Impacts de l'allaitement sur le corps des femmes

Ne souhaitant pas déplaire à l'autre, la façon dont l'homme et la femme se perçoivent peut transparaître à travers leurs comportements (Mercurio & Landry, 2008; Szymanski, Carr & Moffitt, 2011). De ce fait culturel, les hommes tant que les femmes peuvent être inquiets de l'impact de l'allaitement sur le corps des femmes (Al-Sagarat et al., 2016), si bien que parfois, ces préoccupations liées aux changements sur le corps nuiraient au choix de l'allaitement. En 1997, des chercheurs ont tenté de comprendre l'influence de certains facteurs psychologiques et la répulsion des femmes pour l'allaitement (Barnes, Stein, Smith, Pollock & Team). À la suite des données recueillies en période prénatale grâce à quatre questionnaires distribués ($N = 12\ 000$), ils ont évoqué que les préoccupations entourant l'apparence du corps et du poids semblaient avoir un effet sur l'intention des femmes d'allaiter. De ce fait, celles démontrant un faible score de préoccupations envers leur image avaient 1,25 fois plus l'intention d'allaiter à une semaine de vie de l'enfant et 1,26 fois plus l'intention d'allaiter à quatre mois que celles ayant un score élevé de préoccupations ($p < 0,001$). Plus récemment, il a été rapporté que l'intention d'allaiter chez des femmes enceintes de plus de 20 ans (Dyson et al., 2010) et des femmes Belges (Sovet, 2019) était influencée en partie par le fait que l'allaitement est une pratique ayant un effet positif sur leur silhouette. Par ailleurs, l'apparence physique serait perçue comme une barrière à l'allaitement (Rodgers, 2018). De sorte que, certaines femmes estiment que l'allaitement accélère la perte de poids, mais retarde le retour à leur corps d'avant la grossesse, empêche d'aller au gymnase à cet égard et affaisse les seins. À titre informatif, la

moyenne d'âge de ces femmes était de 32 ans ($N = 151$) et la plupart étaient mariées (92,1 %), blanches (87,4 %) et détenaient un niveau de scolarité post secondaire.

Dans cet ordre d'idées, certaines femmes ressentiraient une crainte entourant l'aspect visuel des seins si elles allaitaient (Brown, 2015; Hannon, Willis, Bishop-Townsend, Martinez & Scrimshaw, 2000). Certaines auraient peur que l'allaitement déforme leurs seins, déjà qu'elles estimaient que leur grossesse avait modifié en partie leur corps (Groleau et al., 2013). Dans une autre étude ($N = 576$), 33,3 % des femmes n'avaient pas apprécié le changement de taille, de forme et de sensibilité de leurs seins durant l'allaitement et 12,7 % avaient cru que leur conjoint n'avait pas non plus apprécié (Avery, Duckett & Frantzich, 2000). Certaines femmes primipares ($N = 128$) qui sont concernées par leur image corporelle avaient notamment arrêté d'allaiter parce qu'elles étaient préoccupées par les impacts de l'allaitement sur la forme de leurs seins (Brown, Rance & Warren, 2015). Toutefois, des femmes ($N = 10$) ont évoqué qu'elles avaient eu l'impression que les gênes par rapport à leur corps en période postpartum et lorsqu'elles allaitaient étaient vécues plus par elles que leur conjoint, à travers son discours ou son regard (Arnaud, 2017). En revanche, certaines femmes qui avaient allaité sur une plus longue période semblaient être plus positives à l'endroit du changement de taille, de forme et de la sensibilité de leurs seins (Avery et al., 2000). Encore aujourd'hui, certaines femmes perçoivent l'image du corps comme secondaire par rapport au maintien de l'allaitement puisqu'elles estiment des avantages à allaiter pour elles et pour leur enfant (Arnaud, 2017).

Cette même appréhension serait aussi vécue chez certains hommes. Ils auraient une attitude moins favorable à l'allaitement parce qu'ils auraient peur pour la poitrine de leur conjointe et craindraient que ses seins changent de forme (Noirhomme-Renard et al., 2015). Pour certains hommes, l'allaitement rendrait les seins flasques, les déformerait et les rendrait laids pour toute la vie et le fait de voir les veines apparentes sur les seins serait déconcertant (Henderson et al., 2011).

2.3.4 Interférence avec la sexualité du couple

Même si leur opinion de l'allaitement est favorable, certains hommes éprouvent de la jalousie ou sont rebutants à avoir des rapports sexuels avec une femme qui allaite (Carathers, 2014). Les hommes d'une étude expliquaient les faibles taux d'allaitement chez leur conjointe par le fait que celle-ci, sachant l'intérêt porté par eux pour ses seins, était plus favorable à garder cette partie de son corps comme une méthode d'attirance sexuelle plutôt que pour nourrir leur enfant (Henderson et al., 2011). D'ailleurs, 12,7 % des femmes primipares d'une étude québécoise croyaient que leur conjoint les jugeait moins désirables à cause de l'allaitement (Avery et al., 2000).

La crainte que l'allaitement interfère dans la sexualité du couple serait aussi ressentie chez les femmes. Une étude qualitative auprès de 17 femmes éduquées s'est intéressée entre autres à l'expérience générale entourant l'allaitement, la sexualité et l'image du corps (Carathers, 2014). Certaines femmes partageaient le fait que l'allaitement était une activité indépendante de la sexualité. Cette situation semblait surtout marquée chez celles qui priorisaient les besoins de l'enfant à celui de leur sexualité. Inversement, d'autres ressentaient que l'allaitement avait un réel impact sur leur sexualité et quelques-unes estimaient que l'allaitement et la sexualité ne pouvaient cohabiter en même temps (Bayard, 2008). À titre d'exemple, une femme multipare a mentionné que les rapports sexuels avec son conjoint étaient « descendus au bas de la liste de priorités » (traduction libre, Carathers, 2014, p.38) et une autre, primipare, a évoqué que « le sexe avec son conjoint n'avait jamais été aussi loin dans son esprit » (traduction libre, Carathers, 2014, p.38). En contrepartie, au moins deux participantes ont mentionné que l'allaitement « n'avait rien changé » (traduction libre, Carathers, 2014, p.38) dans l'intimité avec leur conjoint. Certaines femmes se disaient concernées par une baisse de leur libido à cause de la chute des hormones, d'autres se sentaient gênées par les compresses d'allaitement qu'elles devaient porter. D'autres refusaient qu'une personne touche leurs seins et certaines se croyaient moins attirantes à cause du changement de forme de leurs seins. En ce sens, une étude descriptive ($N = 576$) portant sur la sexualité des femmes durant leur allaitement a ressorti que 42,4 % des

femmes éprouvaient un désintérêt pour les relations sexuelles à cause de leur gain de poids et d'une gêne envers leur image corporelle (Avery et al., 2000). Pourtant, 71 % d'entre elles ont mentionné éprouver un sentiment important, voire extrêmement important après l'accouchement de retrouver leur vie sexuelle. Parmi ces femmes, 74,6 % ne percevaient pas d'interférence entre leur allaitement et leur sexualité un mois après la naissance, tandis que 3,2 % mentionnaient une interférence majeure. Une fois l'allaitement cessé, 45,3 % des femmes ont mentionné que l'allaitement avait interféré dans leurs rapports sexuels, 32,2 % ont vécu de façon difficile la gestion des deux fonctions distinctes des seins (nutrition et sexualité) et 25,5 % ont cru que leur conjoint avait trouvé cette gestion aussi difficile. De plus, 47,5 % percevaient l'écoulement de lait durant les relations sexuelles comme négatif et 28,5 % estimaient que leur conjoint le pensait aussi.

Dans la perspective de comprendre l'influence de l'allaitement sur la sexualité des femmes, une étude européenne auprès de femmes primipares ($N = 75$) s'est intéressée à la sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant (Toesca, 2017). Les résultats obtenus ont permis de souligner que l'allaitement ne serait pas associé avec la satisfaction sexuelle. Il s'agirait plutôt du partage de la chambre ($p = 0,03$), d'être à l'aise avec son corps ($p = 0,04$) ou de vivre une harmonie au sein du couple qui l'influencerait. Toutefois, il semblerait qu'allaiter un enfant retarderait le moment de la reprise des rapports sexuels, c'est-à-dire 5,33 semaines (plus ou moins 2,12 semaines) plutôt que 4 semaines (plus ou moins 1,33 semaine) si le bébé est nourri au biberon. Une situation qui serait expliquée par le fait que l'allaitement bloquerait certaines hormones sexuelles et retarderait le climat propice aux relations sexuelles. Pour d'autres femmes, l'intérêt diminué pour les relations sexuelles était seulement attribuable à la fatigue liée au rôle de mère et non au conflit entre l'allaitement et la sexualité (Carathers, 2014; Dyson et al., 2010).

2.3.5 Allaitement en public

Selon certaines études, les femmes qui allaitent publiquement rapporteraient vivre de l'embarras. À la base de ce sentiment, il y aurait la sexualisation des seins (Ussher, 1989). En outre, des auteurs ont plus récemment évoqué le fait que les femmes seraient partagées

entre le côté « naturel » de l'allaitement et le fait qu'allaiter en public soit considéré hors norme par la société (Sovet, 2019). En fait, il serait véhiculé socialement que l'allaitement au sein est considéré comme la meilleure alimentation pour les enfants, mais en revanche, les femmes seraient censées se couvrir lorsqu'elles allaitent en public (Amir, 2014). Ainsi, aux yeux du public, le sein serait considéré comme un organe sexuel qui doit rester privé. Pour des femmes, étant donné que le sein a une connotation sexuelle, l'allaitement serait par le fait même considéré comme un acte intime, d'où le malaise d'allaiter devant autrui. À cet égard, une étude de cohorte ($N = 389$) à travers différents pays a permis de constater que l'acceptation de l'allaitement en public serait bien souvent une affaire de culture (Scott et al., 2015). Dans cette étude suédoise, 78,4 % des femmes avaient déjà allaité en public et 91,4 % se disaient en accord ou fortement en accord avec l'allaitement public. Cependant, en Italie, seulement 36,3 % des femmes avaient déjà allaité dans des lieux publics et 43,7 % se disaient en accord avec cette pratique en public. D'autres femmes résidentes de la Belgique ont évoqué que dans leur pays d'origine (Cameroun), toutes les femmes allaitaient comme elles le voulaient et où elles le voulaient (Sovet, 2019). Seulement, depuis qu'elles avaient immigré en Belgique, très peu d'entre elles avaient vu une femme allaiter en public. Par ailleurs, les autres femmes d'origine belge de cette étude ont mentionné qu'allaiter en public était acceptable, mais qu'elles devaient être discrètes et devaient allaiter en toute intimité, tandis que d'autres ressentaient un malaise à allaiter devant autrui. En ce sens, certaines femmes ne se voient pas allaiter en public pour ne pas exposer une partie de leur corps à des étrangers (Groleau et al., 2013). Dans une étude réalisée au Royaume-Uni ($N = 68$), des femmes ont mentionné se sentir « très inconfortables » à allaiter devant des étrangers (Boyer, 2018). À titre comparatif, une étude ontarienne réalisée auprès de 1 276 femmes et hommes a rapporté que 75 % d'entre eux trouvaient que l'allaitement en public, dans un restaurant ou un centre commercial était acceptable (Russell & Ali, 2017). Les personnes qui étaient moins susceptibles d'appuyer l'allaitement public n'avaient pas d'enfant, avaient un niveau de scolarité faible, étaient retraitées ou étaient des femmes qui vivaient depuis plus de 15 ans au Canada. Selon d'autres femmes, il semblerait qu'allaiter

en public dépende de la pudeur des femmes ou de leur personnalité, à savoir si elles se moquent ou non des regards ou commentaires offensants (Arnaud, 2017; Sovet, 2019).

Malheureusement, cet environnement hostile à l'allaitement façonnerait l'attitude et l'expérience des femmes. Des femmes craignent que des gens soient dégoûtés et déconcertés d'être face à un allaitement et elles sont inquiètes d'engendrer un conflit ou d'être harcelées (Carathers, 2014). Devant un tel embarras, certaines choisissent l'alimentation avec le biberon avant même la naissance de l'enfant pour ne pas avoir à allaiter devant les autres (Boyer, 2018). Pour celles qui allaitent, certaines préfèrent quitter le domicile avec un biberon de lait maternel extrait. Souvent, ce sentiment serait occasionné par peur de créer une réaction négative chez autrui. Il semble également que certaines femmes jugent du caractère érotique du sein pour une personne avant qu'elles allaitent en sa présence (Arnaud, 2017). Pour certaines femmes primipares, l'embarras d'allaiter en présence d'autrui était une des raisons pour lesquelles elles avaient cessé l'allaitement avant six mois (Brown et al., 2015).

Ce malaise de l'allaitement en public semble aussi ressenti chez les mères adolescentes (Dyson et al., 2010; Hannon et al., 2000). Des adolescentes ont mentionné qu'elles ne se voyaient pas allaiter dans des lieux publics et parmi celles qui avaient la confiance de le faire, certaines craignaient tout de même de créer un intérêt sexuel de la part des étrangers (Dyson et al., 2010). D'ailleurs, selon leurs dires, il serait tout naturel pour les hommes de ressentir cela. Certaines adolescentes choisissaient d'allaiter davantage à la maison, mais devaient faire face aux commentaires sexuels provenant des amis de leur conjoint. Selon une revue de littérature de 110 articles, d'autres adolescentes partageaient relativement ces mêmes constats (Hannon et al., 2000). Elles se sentaient embarrassées à allaiter devant autrui puisque les seins sont censés être une partie intime. Certaines croyaient aussi que les femmes qui allaitaient en public cherchaient à obtenir de l'attention sexuelle et qu'elles devraient plutôt se rendre dans les salles de bain pour allaiter. Extraire son lait à la maison et l'offrir avec un biberon lorsqu'il y a des gens serait, pour elles, beaucoup plus acceptable.

Une étude plus ancienne avait fait allusion que les femmes devaient apprendre à gérer le regard des hommes lorsqu'elles allaitaient devant eux (Stearns, 1999). Il semble que cette situation perdure encore puisque selon certaines femmes, l'allaitement en présence d'hommes causerait davantage de malaises ou de gênes que devant les femmes (Arnaud, 2017; Carathers, 2014). Par ailleurs, à certains moments, ce serait plutôt le conjoint qui vivrait un embarras lorsque sa conjointe allaite devant les autres (Carathers, 2014). Une étude sur la perception de l'allaitement maternel en public réalisée auprès d'hommes ($N = 1\ 398$) a fait ressortir qu'une minorité (9,4 %) d'entre eux étaient inconfortables avec l'allaitement en public (Bennett et al., 2016). Par contre, plus d'hommes (34,3 %) se disaient inconfortables s'il s'agissait de leur conjointe qui allaite en public. Les trois quarts des pères d'une étude belge ont mentionné que si l'allaitement restait discret, pudique et respectueux en public, ils l'estimaient comme une pratique normale, positive et admirative. Toutefois, ils estimaient que s'ils voyaient le sein d'une femme en train d'allaiter, ils considéraient que c'était « presque de l'exhibitionnisme » (Sovet, 2019). Dans une autre étude, certains mentionnaient que l'allaitement en public était inapproprié et craignaient que leurs conjointes soient victimes de voyeurisme de la part d'autres hommes (Henderson et al., 2011).

En somme, il apparaît que l'opinion des femmes et des hommes à l'égard de l'allaitement en public serait principalement forgée par la culture. À cet égard, l'érotisation des seins s'avèrerait être un obstacle à l'allaitement pour certaines femmes. En ce sens, puisque les seins feraient partie de la sphère privée des femmes (Amir, 2014), peu de femmes se retrouveraient face à un allaitement public (Carroll, Gallagher, Clarke, Millar & Begley, 2015). Si bien que peu d'entre elles auraient ce type de modèle d'allaitement et cela aurait pour effet de soutenir la culture du biberon. Ainsi, une réappropriation des femmes de leur corps et de ses fonctions naturelles sans égard aux normes culturelles permettrait de dépouiller l'allaitement maternel des jugements l'entourant. Ce contexte le rendrait possiblement plus attrayant aux yeux des femmes et lui redonnerait ses lettres de noblesse. Dans cette visée, l'infirmière aurait un rôle en tant qu'agente de changement en redonnant à

l'allaitement le caractère naturel et bénéfique qui lui revient à travers sa promotion auprès des parents et futurs parents.

2.3.6 Objectification sexuelle et intention d'allaiter

La théorie de l'objectification sexuelle des femmes² pourrait éclairer l'influence des normes sociales et culturelles sur l'attitude des femmes en regard à l'allaitement et la décision d'allaiter (Toledo & Cianelli, 2019). Des chercheurs se sont questionnés à savoir si cette théorie avait un impact sur l'attitude envers l'allaitement maternel. À notre connaissance, deux seules études ont tenté de vérifier l'applicabilité de l'objectification sexuelle dans le domaine de l'allaitement et ont voulu comprendre si les concepts théoriques la composant s'avéraient être des obstacles à l'allaitement (Johnston-Robledo & Fred, 2008; Johnston-Robledo, Wares, Fricker & Pasek, 2007).

Dans une première étude, les chercheuses ont souhaité comprendre l'attitude et les préoccupations reliées à l'allaitement et l'auto-objectification sexuelle, un des concepts de la théorie de l'objectification sexuelle (Johnston-Robledo et al., 2007). Les chercheuses ont distribué un questionnaire auprès de 275 jeunes américaines universitaires âgées de 18 à 22 ans basé sur la théorie de l'objectification sexuelle dans les classes. Aucune participante n'était enceinte ou n'avait d'enfant et 87 % d'entre elles souhaitaient en avoir plus tard. Le questionnaire développé dans le cadre de cette étude comprenait huit parties distinctes. Les auteures ont mesuré : la situation démographique des participantes, la méthode d'alimentation envisagée pour nourrir leur futur enfant et la durée prévue si l'allaitement était choisi, leur attitude à l'égard de l'allaitement et l'alimentation avec substituts de lait maternel et leur perception de l'allaitement en public (p. ex., indécent, embarrassant, obscène, les femmes devraient allaiter en public). Elles ont aussi mesuré leur attitude par rapport aux seins (p. ex., les seins plus volumineux sont plus attirants pour l'homme), le niveau attribué à dix préoccupations psychologiques des jeunes femmes à propos de l'expérience d'allaitement et ses possibles impacts sur le corps et la sexualité. Puis,

² Théorie définie à la section 3.2 de ce mémoire.

l'importance qu'elles accordaient à la surveillance de leur corps, leur degré de honte de leur corps et leur degré qu'elles croient avoir le contrôle sur leur apparence. Pour ces mesures, les auteures ont entre autres utilisé l'échelle *Objectified Body Consciousness Scale* (OBSC) de McKinley & Hyde en 1996. Cette échelle mesure le niveau de surveillance perçu par les autres de son corps, la honte de son corps lorsqu'il ne répond pas aux normes socioculturelles et les croyances de contrôle de l'apparence. Elles ont aussi utilisé l'échelle *The Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS) de De la Mora en 1999 pour la mesure de l'attitude envers les méthodes d'alimentation possible et ils ont utilisé le questionnaire *Self-Objectified Questionnaire* (SOQ) de Noll & Fredrickson en 1998 comprenant 12 attributs de l'apparence et les compétences du corps à évaluer selon l'importance accordée. À la suite de leurs analyses, elles expliquaient d'abord 65 % de la variance des préoccupations à propos du futur choix d'alimentation avec trois facteurs : l'embarras de l'allaitement en public, les impacts que l'allaitement pourrait avoir sur leur corps (seins plus mous, plus écartés et le corps revient à sa forme initiale plus lentement avec l'allaitement) et les impacts anticipés sur leur sexualité (partenaire moins attiré, nuisance à la vie sexuelle et crainte de se sentir excitée par l'allaitement). En contrepartie, celles ayant une attitude positive à l'égard de l'allaitement selon l'IIFAS étaient moins embarrassées et moins préoccupées par les impacts sur leur corps ($p < 0,001$). Celles pour qui l'allaitement en public était perçu comme une pratique indécente et celles qui avaient un degré élevé à l'échelle de la honte du corps étaient plus embarrassées par l'allaitement et plus préoccupées par les impacts négatifs envisageables sur leur corps et leur sexualité. D'ailleurs, celles qui jugeaient que l'allaitement en public était une pratique indécente envisageaient d'allaiter sur une plus courte période. Enfin, un niveau élevé de surveillance de l'apparence de son corps selon l'OBSC était associé à un embarras et une perception des impacts sur leur corps plus élevés. Celles avec un niveau élevé au SOQ croyaient que l'allaitement en public pouvait être perçu comme indécent. Aux termes des résultats obtenus et de l'échantillon étudié, les auteures ont suggéré de réaliser une telle étude auprès de femmes ayant un revenu ou un statut sociodémographique faible et d'étudier l'auto-objectification auprès des femmes enceintes ou ayant accouché afin de voir si les conclusions seraient plus pertinentes.

Par la suite, une seconde étude ayant pour but de connaître les préoccupations reliées à l'allaitement et à la décision ou non d'allaiter un enfant a été réalisée auprès de femmes américaines âgées de 18 à 30 ans vivant avec un faible revenu ($N = 52$) (Johnston-Robledo & Fred, 2008). Il s'agissait d'une étude exploratoire auprès de femmes enceintes qui étaient en moyenne à 21 semaines de grossesse et qui ont été recrutées dans les cliniques médicales. Soixante-dix-sept pour cent (77 %) étaient primipares et 23 % multipares. Par contre, de ces dernières, aucune n'avait d'expérience d'allaitement antérieure avec ses autres enfants. Les questions collectées par téléphone comprenaient les données démographiques et les données portant sur les plans d'alimentation, leur intention d'allaiter, leur degré de confort avec l'allaitement en public, leurs différentes préoccupations entourant l'allaitement, leur attitude selon l'IIFAS et leurs réponses aux questionnaires OBSC et SOQ. L'intention d'allaiter a été mesurée selon trois questions : la certitude qu'elles allaient respecter la durée prévue, leur niveau d'engagement envers leur objectif d'allaitement et leur degré d'importance à l'atteindre. Chacune de ces questions était mesurée avec une échelle Likert avec un pointage d'un à sept. Des femmes de l'échantillon, 59 % souhaitaient un allaitement exclusif, 19 % envisageaient l'alimentation avec biberons, 10 % l'allaitement mixte et 12 % des femmes étaient incertaines. Celles avec une plus faible intention éprouvaient davantage de préoccupations personnelles et structurelles envers l'allaitement que celles qui avaient une plus forte intention. Celles avec une forte intention présentaient des taux de préoccupations envers leur corps ou leur sexualité plus faibles. De plus, les femmes qui n'avaient pas prévu l'allaitement exclusif présentaient plus de préoccupations psychologiques envers l'allaitement, plus de restrictions personnelles et structurelles et étaient moins à l'aise avec l'allaitement en public. Les préoccupations psychologiques seraient donc associées significativement à un degré d'inconfort élevé à propos de l'allaitement en public. En outre, les femmes avec un tel degré d'inconfort étaient plus embarrassées, éprouvaient plus de restrictions structurelles envers l'allaitement et avaient un niveau élevé de honte de leur corps et de leur sexualité. Celles avec un résultat élevé au SOQ se disaient plus embarrassées, percevaient plus d'impacts négatifs sur leur corps à cause de l'allaitement et avaient plus tendance à utiliser le tire-lait afin de ne pas avoir à

allaiter en public. Puisque cette seconde étude a amené de nouveaux résultats relatifs à l'allaitement et l'auto-objectification des femmes, les chercheuses ont suggéré de poursuivre les études entre ces deux concepts avec des femmes ayant un statut socio-économique élevé et d'approfondir les relations entre l'intention des femmes d'allaiter, ces concepts et leur comportement réel d'allaitement.

2.4 SYNTHÈSE DE LA RECENSION DES ÉCRITS

À ce jour, nous savons grâce aux recherches antérieures que les faibles taux d'allaitement dans le monde et au Québec sont attribuables à différents facteurs sociodémographiques, psychosociaux et culturels et que le soutien par tous est important. Nous savons aussi que l'allaitement est une affaire de culture et que le fait de vivre dans un environnement social en particulier peut dicter certains comportements chez la femme, comme son choix d'allaiter (Fredrickson & Roberts, 1997; Toledo & Cianelli, 2019). Par contre, nous ne savons pas si cette situation sociale et ses conséquences sur les choix des femmes envers l'allaitement sont imputables aux faibles taux d'allaitement observés dans le monde et particulièrement, aux taux d'allaitement préoccupants de la région de Chaudière-Appalaches. De plus, nous ne savons pas ce qui, précisément, forge l'intention d'allaiter en tenant compte de l'environnement social de cette région. À la suite de la recension des écrits, il est possible de croire que des femmes démontrant une intention ferme d'allaiter leur enfant à naître durant la grossesse seront motivées à amorcer l'allaitement maternel. Il en résulterait possiblement un allaitement sur une période d'au moins trois mois selon l'étude de Ferland (2011). C'est pourquoi ce projet s'est penché sur l'identification des croyances qui influencent les facteurs explicatifs de l'intention d'allaiter à la naissance. Un manque de données de recherche sur les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et culturels associés à l'intention d'allaiter dès la naissance d'un enfant chez les femmes vivant en Chaudière-Appalaches a été soulevé dans les écrits recensés. Qui plus est, dans un contexte où la culture a un rôle prépondérant dans l'opinion des gens à l'égard de l'allaitement, il importe de connaître si des éléments correspondant à l'objectification

sexuelle des femmes font partie des croyances saillantes à l'endroit de la décision d'allaiter leur nouveau-né à sa naissance. L'intention d'allaiter étant un facteur prédictif de l'allaitement selon les écrits recensés (Ferland, 2011; Linares et al., 2015; McMillan et al., 2008; Wilhelm et al., 2008), les résultats de cette recherche permettront donc de déterminer les facteurs pouvant influencer l'intention d'allaiter des femmes primipares de Chaudière-Appalaches et les croyances associées. Ces facteurs sont précisément les croyances comportementales et normatives, les barrières et les facteurs facilitants perçus en regard de l'allaitement ainsi que la perception du contrôle comportemental. De plus, il a été spécifié dans la recension que la présence des infirmières est essentielle pour le soutien de l'allaitement. Ainsi, l'identification de facteurs socioculturels en corrélation avec l'intention pourra favoriser le développement d'interventions infirmières spécifiques en promotion et en soutien à l'allaitement auprès de la population cible.

CHAPITRE 3

CADRES THEORIQUES

Étant donné la volonté de cerner l'intention d'allaiter, ce troisième chapitre présente les deux cadres théoriques qui ont guidé ce projet de recherche. D'une part, la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen en 1991 pour la dimension intentionnelle et d'autre part, la théorie de l'objectification sexuelle des femmes de Fredrickson et Roberts en 1997 pour la relation au corps des femmes pour l'allaitement. Pour chaque théorie, la définition des concepts et leurs relations sont exposées et la manière dont ces théories influencent ce projet de recherche est évoquée.

3.1 THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE

La TCP d'Ajzen (1991) est une théorie psychosociale qui a été largement utilisée en recherche afin d'expliquer et de prédire différents comportements humains liés à la santé (Ajzen & Fishbein, 1980; Godin, 2012; Godin & Kok, 1996). Bien que la TCP ne soit pas un modèle ou une théorie propre aux sciences infirmières, son utilisation en recherche en soins infirmiers n'est pas nouvelle. Au cours des dernières années, cette théorie a servi d'assise conceptuelle à certaines études reliées à la pratique infirmière au Québec (Bilodeau, 2018; Leblanc, 2011; Pelletier, 2013). D'ailleurs, Fawcett (1999) estimait que l'utilisation de la TCP dans le cadre d'études relevant du domaine infirmier était légitime dans la mesure où elle permet d'identifier des facteurs associés à l'adoption d'un comportement. La TCP est par le fait même considérée comme une théorie cognitive du niveau intermédiaire en sciences infirmières (Peterson & Bredow, 2009).

La TCP est composée de cinq principaux concepts : l'attitude envers le comportement, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental, l'intention comportementale et le comportement lui-même (Ajzen, 1991). Cette théorie démontre que l'intention d'une personne de réaliser un comportement donné serait influencée par les construits directs de la TCP, c'est-à-dire l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental. Ces construits sont notamment façonnés par trois catégories de croyances personnelles qui sont respectivement les croyances comportementales, les croyances normatives et celles liées au contrôle. Ajzen (1991) mentionnait que lorsqu'il est question de comprendre l'application d'un comportement, l'étude des construits directs serait approprié. Lorsqu'une étude a pour objectif de définir le contenu d'interventions visant à modifier, maintenir ou promouvoir un comportement, il serait dans ce cas pertinent d'étudier les facteurs indirects que sont les croyances personnelles citées précédemment. L'étude des facteurs indirects contribuerait à la mesure des construits directs et permettrait aussi d'orienter le contenu d'interventions. Par ailleurs, le degré d'influence des construits de la TCP sur une intention varierait d'une situation à l'autre. Cette intention forgée, elle prédirait ensuite le comportement. Toutefois, selon le modèle de la TCP, le construit de la perception du contrôle comportemental pourrait à lui seul prédire le comportement. Ainsi, chaque comportement serait réfléchi et planifié au regard des construits formant la TCP (Giger, 2009). Dans le cadre de l'allaitement maternel, il est permis de croire qu'allaiter son enfant dès sa naissance serait la finalité d'une grande réflexion par les femmes durant leur grossesse et serait influencé par de nombreux facteurs externes et personnels. Devant cette présomption, la TCP a été utilisée comme principale assise conceptuelle dans la présente étude (Figure 1). Cette théorie permettra de définir et d'encadrer la mesure des facteurs psychosociaux (facteurs indirects et construits directs) qui pourraient influencer l'intention d'allaiter des femmes.

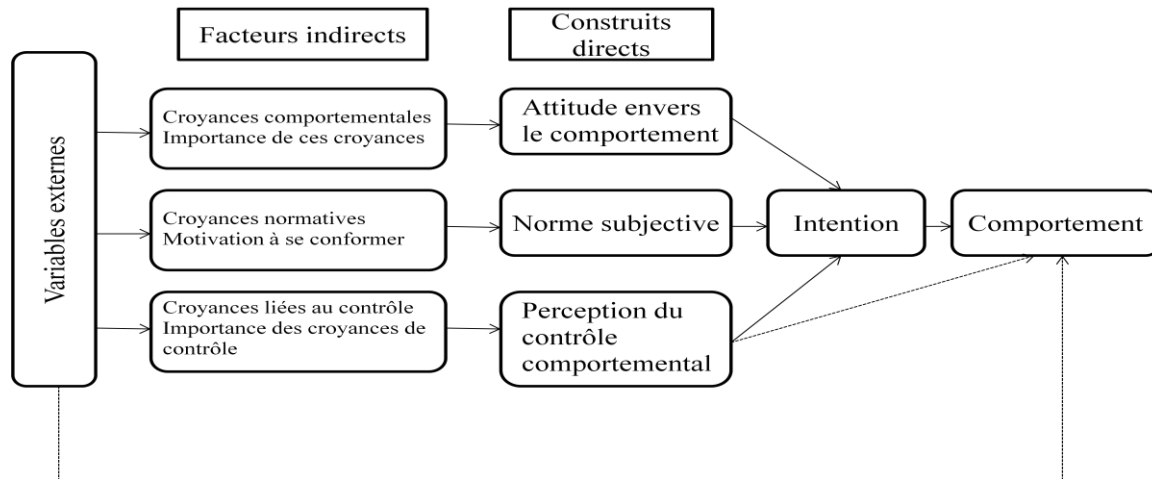


Figure 1. Théorie du comportement planifié d'Ajzen, 1991.

Premièrement, l'attitude correspond à l'évaluation favorable ou non favorable d'une conduite incluant tous les attributs possibles reliés à la réalisation du comportement (Ajzen, 1991). Une personne bâtit son attitude spontanément selon son jugement cognitif (p. ex., allaiter c'est utile, prudent, bon) et affectif (p. ex., allaiter c'est agréable, déplaisant). Aussi, deux facteurs indirects s'ajoutent au bâti de son attitude. La personne évalue d'un côté les croyances comportementales de l'adoption d'un comportement, autrement dit les inconvénients et les avantages possibles de l'allaitement dans cette étude-ci et d'un autre côté, évalue l'importance de ces croyances.

Deuxièmement, la norme subjective est définie par la pression sociale perçue par la personne d'adopter ou non un comportement, c'est-à-dire si l'opinion des personnes les plus importantes pour une femme enceinte pourrait influencer sa prise de décision d'allaiter par exemple (Ajzen, 1991). Ce construit est déterminé par les croyances normatives et la motivation à agir selon les attentes de son entourage. Les croyances normatives correspondent à la perception des attentes de son entourage et des personnes les plus importantes pour elle, à savoir si ces dernières approuveraient ou non le comportement envisagé.

Troisièmement, la perception du contrôle comportemental est l'évaluation du niveau de faisabilité d'un comportement, disons simplement s'il est jugé facile ou difficile par l'individu (Ajzen, 1991). Il est déterminé par l'information que détient la personne, de l'exactitude de ses perceptions, du niveau de ressources disponibles et du niveau de confiance en ses capacités. D'ailleurs, ce construit peut outrepasser l'intention et être associé directement au comportement si ce dernier est de nature involontaire et que la perception du contrôle comportemental est réaliste (Giger, 2009). Sinon, ce construit devient un déterminant de l'intention, au même titre que l'attitude et la norme subjective. Les croyances liées au contrôle sont un facteur indirect de la perception du contrôle comportemental et correspondent aux opportunités, aux agents facilitants, aux obstacles et aux barrières anticipés (Ajzen, 1991). Ce construit direct est également déterminé par le niveau d'importance accordée aux croyances liées au contrôle. Pour Ajzen (1991), la perception du contrôle comportemental serait similaire au concept d'auto-efficacité de la théorie sociale cognitive de Bandura en 1992. Relativement à cette recherche, la perception du contrôle comportemental se transposera en la capacité perçue d'une femme d'être en mesure d'allaiter en fonction des barrières et des facilitants perçus à l'endroit de l'allaitement.

Selon le modèle de la TCP, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental et leurs facteurs indirects sont forgés par d'autres variables externes, comme les variables sociodémographiques, les traits de personnalité du sujet, sa culture, ses valeurs ou les sources d'informations (Ajzen, 1991).

Quatrièmement, l'intention comportementale, variable centrale de la TCP, réfère à la motivation d'adopter un comportement ciblé (Ajzen, 1991). Dans ce projet-ci, elle se présente comme l'intention d'allaiter son enfant dès sa naissance. Elle indique la volonté d'une personne à appliquer un comportement (Ajzen & Fishbein, 1980) et serait déterminée par les trois construits directs de la TCP définis juste avant (Ajzen, 1991). Elle est aussi proportionnelle à la performance d'un comportement, donc plus l'intention est forte, plus la personne a de chance de performer dans le comportement ciblé. Sachant qu'en Chaudière-

Appalaches la poursuite de l'allaitement serait favorisée par une ferme intention d'allaiter (Ferland, 2011), les raisons entourant l'intention ou non des femmes d'allaiter leur enfant dès sa naissance sont recherchées dans ce projet. En fonction du cadre théorique, ces raisons seront mesurées en concordance avec l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental et leurs croyances respectives à l'égard de l'allaitement.

Finalement, le comportement ciblé est défini selon quatre aspects : l'action, l'objet, le contexte et le temps (Godin, 2012). Il correspond à l'allaitement à la naissance de son enfant dans ce projet-ci.

Au regard de l'utilisation de la TCP dans le cadre de l'étude de l'allaitement, des recherches en santé ont appuyé l'applicabilité de la TCP pour mesurer et prédire l'intention d'allaiter (Guo, Wang, Liao & Huang, 2016; Wambach, 1993, 1997). Les résultats de ces études sont exposés dans la section suivante.

3.1.1 Applicabilité de la théorie du comportement planifié avec l'allaitement

D'abord, une chercheuse a souhaité vérifier l'efficacité de la TCP à prédire l'intention d'allaiter (Wambach, 1997). Cent trente-cinq femmes contactées au cours des six dernières semaines de leur grossesse ont pris part à l'étude. L'auteure a fait usage des concepts de l'attitude des femmes à l'égard de l'allaitement, des attentes de l'entourage à l'endroit de la méthode d'alimentation qu'elles choisiront et de la confiance en leurs capacités à allaiter pour parvenir à l'objectif de son étude. Elle a conclu que l'attitude positive de la femme ($\beta = 0,30$) et son degré de confiance en sa capacité à allaiter ($\beta = 0,27$) expliquaient 23 % de la variance de l'intention d'allaiter ($p < 0,001$). Dans cette étude, la pression sociale ressentie n'a pu être associée significativement à l'intention d'allaiter contrairement à d'autres études citées dans l'ouvrage. Elle expliquait ce résultat en s'appuyant sur deux limites de l'étude. D'une part, l'attitude des femmes étant le facteur le plus prédictif de l'intention, l'échantillon qui avait une attitude très positive envers l'allaitement ne semblait pas concerné par la norme ou les attentes de son entourage pour prendre sa décision. D'un autre côté, la consistance interne insuffisamment élevée pour la mesure de la norme

subjective ($a = 0,64$) pouvait aussi expliquer ce résultat. Par ailleurs, l'intention d'allaiter dans cette étude prédisait seulement 4 % du comportement de l'allaitement jusqu'à six semaines postpartum ($\beta = 0,22$, $p = 0,01$). À nouveau, l'auteure justifiait ce faible niveau de prédiction avec une période de suivi trop courte et avec une erreur de mesure. Toutefois, l'étude a précisé que l'utilisation de la TCP serait appropriée pour prédire l'allaitement, mais demeurerait limitée.

Plus tard, une revue de littérature de Guo et al. (2016) a relevé des études allant de 1995 à 2011 afin d'évaluer la pertinence de la TCP à prédire l'allaitement. En effet, dans cette méta-analyse incluant dix études, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental étaient toutes reliées à l'intention d'allaiter ($r = 0,41$). Respectivement, la variance de prédiction de l'intention était assurée en partie par l'attitude ($\beta = 0,31$), la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,24$) et la norme subjective ($\beta = 0,21$). Le comportement de l'allaitement à court terme ($r = 0,30$), c'est-à-dire de moins de six mois, était déterminé quant à lui par l'intention ($\beta = 0,41$) et la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,21$). Ainsi, les auteurs soutiendraient la robustesse et l'applicabilité de la TCP dans le domaine de l'allaitement en fonction des résultats combinés des études analysées.

3.2 THEORIE DE L'OBJECTIFICATION SEXUELLE DES FEMMES

Depuis de nombreuses années, les relations qu'entretiennent les femmes et les hommes seraient bien distinctes d'une culture à une autre (Bozon, 2001; Mathieu, 1973). Chaque culture aurait sa propre construction sociale des femmes et des hommes, attribuable au fait que les rapports sociaux de sexe, c'est-à-dire les rapports entre les hommes et les femmes, seraient vécus différemment selon leur société (Kergoat, 2010). La sexualité humaine subirait aussi les règles culturelles et sociales (Bédard, 2010). Ainsi, la sexualité serait vécue différemment pour chaque individu en fonction du contexte social, culturel, économique, politique et historique de son environnement. La théorie de l'objectification

sexuelle des femmes de Fredrickson et Roberts (1997) se retrouve au cœur des inégalités de sexe créées par les rapports sociaux de sexe (Fredrickson & Roberts, 1997). Dans une culture d'objectification où les hommes détiennent le pouvoir, selon les auteures de la théorie, la valeur d'une femme dépendrait de l'attrait de son corps pour ces derniers. Comme Fredrickson et Roberts l'avaient mentionné en 1997, le fait de voir les femmes comme un objet sexuel projetterait d'une façon péjorative les femmes et leur corps dans la société et apporterait plusieurs conséquences sur leurs choix et leur vision d'elles-mêmes. Cette perception des femmes pourrait amener des impacts autant sur le plan psychologique que social pour celles-ci. Fort heureusement, plusieurs efforts par les gouvernements québécois ont fait en sorte d'améliorer la situation des femmes par rapport à celle des hommes. Notamment, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec (1975) et la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021 (Secrétariat à la condition féminine, 2017). Malgré cela, certaines représentations sociales et sexuelles des femmes demeurent, et cela, particulièrement dans les images publicitaires sexualisées (Secrétariat à la condition féminine, 2019). Ces représentations pourraient influencer leur vie, leur sexualité, leur image corporelle et la façon dont elles se perçoivent par rapport aux autres. Dans les pages suivantes, la théorie de l'objectification sexuelle ainsi que les conséquences de ce phénomène chez les femmes sont détaillées. Également, la pertinence de l'ajout de l'objectification sexuelle dans le cadre de l'étude de l'allaitement maternel est évoquée.

Tirée d'études féministes, la théorie de l'objectification sexuelle des femmes permettrait la compréhension de certains comportements chez les femmes (Fredrickson & Roberts, 1997). En ce sens, cette théorie aiderait à mieux comprendre les expériences de santé des femmes et les conséquences sur leur santé à travers les rapports de sexe. Elle fournirait un cadre pour faciliter la compréhension de ce qu'est, ou doit être, une femme et des décisions qu'elle doit prendre dans un environnement où son corps et son image peuvent être considérés avant tout sur le plan sexuel.

Dans toutes les sociétés, le corps des femmes ne serait pas seulement biologique, il serait défini par les traditions socioculturelles (Fredrickson & Roberts, 1997). Selon cette théorie, le corps des femmes serait vu, évalué et objectivé pour ses attributs physiques si bien que les filles et les femmes se considèreraient alors selon la perception des autres, de là l'objectification sexuelle. D'ailleurs, le corps d'une femme en matière de beauté, de poids et d'attrance déterminerait plusieurs expériences de sa vie comme les opportunités d'emploi et de mariage, l'éducation, la popularité et souvent, certaines femmes seraient la cible de discrimination au travail, de violence sexuelle ou de commentaires offensants (Bihl & Pfefferkorn, 2002; Hertrich & Locoh, 1999). L'objectification sexuelle serait constatée plus souvent chez les femmes en âge de reproduction parce que le corps d'une femme après la puberté la rendrait vulnérable à l'objectification sexuelle (Fredrickson & Roberts, 1997). Selon les auteures de la théorie, elle serait remarquée surtout chez les femmes blanches de classe moyenne. L'objectification ne serait pas endossée de la même manière par toutes les femmes. En effet, cela dépendrait de certains facteurs tels que la culture, l'ethnie, le groupe d'âge, le statut social et la couleur de la peau. En somme, l'objectification sexuelle correspond à l'évaluation sexuelle des femmes par le regard et l'appréciation visuelle de leur corps par les hommes dans les rapports sociaux de sexe. Les femmes seraient donc perçues comme un instrument, comme un plaisir pour autrui. Fredrickson et Roberts mentionnaient que l'objectification se manifesterait à travers trois différentes sphères dans la culture occidentale : les rencontres sociales, les publicités et les médias. Lors des rencontres sociales ou en milieux sociaux, les femmes seraient victimes du regard d'autrui davantage que les hommes, elles seraient plus regardées dans les espaces publics et le regard des hommes serait empreint d'une composante évaluative de niveau sexuel. En ce sens, des auteurs d'une étude portant sur les impacts cliniques de l'objectification sexuelle sur les femmes ont avancé que l'image des femmes serait saturée de commentaires sexistes venant des hommes, de remarques sexuelles et de commentaires négatifs (Szymanski et al., 2011). Ensuite, toujours selon les auteurs de la théorie, l'objectification serait présente dans les publicités où l'homme serait présenté se tenant devant la femme, qui elle, apparaîtrait au loin sur la scène (Fredrickson & Roberts, 1997). Enfin, l'objectification sexuelle se ferait

ressentir aussi dans les médias puisqu'ils mettraient en évidence le corps des femmes et ses parties pour attirer le regard. Ce serait le cas notamment dans la pornographie, l'art visuel, les magazines, les vidéoclips et la photographie. Majoritairement, dans la culture nord-américaine, l'accent chez les hommes serait davantage sur les détails du visage et la tête, tandis que chez les femmes, l'accent serait plutôt sur le corps où parfois la tête est séparée du corps.

3.2.1 Conséquences de l'objectification sexuelle sur les femmes

Les pressions externes de la construction sociale des femmes par rapport aux hommes et les rapports entre eux occasionneraient que les femmes se perçoivent en fonction de l'environnement dans lequel elles se situent (Fredrickson & Roberts, 1997). Cet environnement définissant les expériences des femmes par leur apparence physique amènerait son lot de conséquences et de préoccupations imaginées, réelles ou anticipées chez les femmes. L'impact majeur de l'objectification sexuelle des femmes qu'ont rapporté Fredrickson et Roberts est l'auto-objectification. Étant confrontées à la réalité culturelle où la société objective les femmes et leur corps comme un instrument sexuel, certaines femmes finiraient aussi, à différents niveaux, à s'auto-objectiver en se traitant elles-mêmes comme un objet pour être regardées et évaluées positivement par les autres (Noll & Fredrickson, 1998). En contexte de santé, l'auto-objectification sexuelle se produirait lorsque les femmes priorisent leurs traits physiques de leur apparence par rapport à leurs fonctions de santé (Toledo & Cianelli, 2019).

L'objectification sexuelle génèrerait aussi chez les femmes de la honte pour leur corps, de l'anxiété reliée à leur apparence et leur sécurité, une baisse de la conscience interne de leur corps et une diminution de leur état motivationnel (Fredrickson & Roberts, 1997). La honte de leur corps serait créée par le non-respect des standards de jeunesse, de minceur et des idéaux promeut dans la culture nord-américaine. Ainsi, les femmes tenteraient de se cacher et éviteraient les regards blessants. Vivre dans un tel contexte pourrait faire émerger un sentiment d'anxiété. Étant donné qu'elles ne savent pas quand elles seront jugées ou observées, il arriverait à l'occasion qu'elles doivent ajuster leur

apparence en fonction des standards projetés par leur culture (anxiété de l'apparence). Elles craindraient aussi d'être blessées si elles sont trop provocantes ou détonnent des autres, d'être victimes de commentaires désobligeants ou d'être violentées par les hommes (anxiété pour leur sécurité). Ces deux formes d'anxiété vécues quotidiennement occasionneraient une vigilance chronique. Cette vigilance pourrait amener les femmes à être moins conscientes des expériences internes qu'elles vivent, à moins ressentir leurs sensations physiques internes (p. ex., la fréquence cardiaque, le taux de glucose élevé et l'excitation sexuelle) et à moins utiliser leurs signaux corporels pour comprendre comment elles se sentent. Cette situation affecterait leur qualité de vie tellement que certaines femmes pourraient ressentir l'envie de restreindre leurs sorties publiques parce que les autres portent attention à leur apparence ou à une partie de leur corps.

3.2.2 Objectification sexuelle et allaitement

Diverses études décrites au chapitre précédent se sont intéressées aux normes culturelles entourant la pratique de l'allaitement, mais aussi à l'objectification sexuelle en contexte d'allaitement maternel. Pour certaines femmes, nous savons maintenant que l'auto-objectification pourrait séparer les seins de ses fonctions nutritionnelles au profit de leur rôle sexuel et que le comportement d'allaiter un enfant au sein pourrait modifier l'attraction des hommes pour les femmes. L'allaitement pourrait aussi nuire à la sexualité d'un couple ou être mal perçu par autrui lorsque pratiqué publiquement. En situation où les femmes sont objectivées sexuellement, certaines femmes prioriseraient l'apparence physique et l'attractivité des seins, ce qui réduirait conséquemment la probabilité qu'elles allaitent (Toledo & Cianelli, 2019). La sexualisation du sein dans la culture nord-américaine serait perçue comme un obstacle à la poursuite de l'allaitement de sorte que certaines femmes craindraient d'allaiter dans des lieux publics ou pourraient passer moins de temps à allaiter parce qu'elles consacraient ce temps à surveiller leur apparence physique.

Introduire les concepts de l'objectification sexuelle aux construits psychosociaux déjà existants de la TCP permettrait de vérifier si l'intention de la femme d'allaiter ou non son enfant peut être influencée par différents aspects de l'objectification sexuelle. En ce sens,

dans la présente étude, des items de l'objectification sexuelle des femmes liés à l'allaitement ont été insérés stratégiquement aux construits de l'attitude et de la perception du contrôle comportemental. L'objectif était d'élargir le niveau de recherche concernant l'influence des rapports sociaux de sexe et de l'objectification sexuelle sur l'intention d'allaiter et de répondre à la question de recherche. Les détails à ce propos sont présentés au quatrième chapitre concernant la méthode de cette étude. Constatant la complexité entourant la prise de décision d'allaiter ou non son enfant à sa naissance, la théorie de l'objectification sexuelle éclairera si les valeurs culturelles et sociales entourant l'idéal du corps des femmes, l'érotisation des seins et le désir d'attirance peuvent influencer l'intention d'allaiter un enfant.

En somme, l'emploi de ces deux théories dans le cadre de ce projet permettra de mieux comprendre le fossé qui sépare certaines femmes du choix de l'allaitement en Chaudière-Appalaches. Le chapitre suivant expose les éléments se rapportant à la méthode de recherche de la présente étude.

CHAPITRE 4

MÉTHODE DE LA RECHERCHE

Le présent chapitre est divisé en huit sections qui englobent tous les aspects méthodologiques qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche. Ces différentes sections présentent : le devis de recherche utilisé, le milieu de recherche, la population cible, l'instrument de mesure, la méthode d'échantillonnage et de recrutement, la procédure de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques du projet.

4.1 DEVIS DE RECHERCHE

Le type de devis utilisé dans ce projet est quantitatif, descriptif corrélationnel, afin de parvenir à l'objectif de l'étude qui est d'explorer les facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques associés à l'intention d'allaiter des femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches. En lien avec cet objectif, ce type de devis a été retenu puisqu'il permet d'une part de dresser un portrait descriptif de l'échantillon et des variables à l'étude. D'autre part, ce devis permet d'explorer les relations entre plusieurs variables indépendantes de nature psychosociale, culturelle et sociodémographique et la variable dépendante qu'est l'intention d'allaiter (Fortin & Gagnon, 2016; Grove, Burns & Gray, 2012). En somme, il sera possible avec ce devis de déterminer parmi les variables provenant des cadres théoriques lesquelles sont reliées avec l'intention d'allaiter et de vérifier la force de ces relations.

4.2 MILIEU DE RECHERCHE

Le CISSS-CA, dans la région de Chaudière-Appalaches au Québec, a été choisi comme milieu pour réaliser l'étude. Ce centre intégré dessert 424 868 habitants et regroupe 105 installations réparties dans 136 municipalités en plus de la ville de Lévis sur une superficie de 15 074 kilomètres carrés. Il englobe le CSSS de la Beauce (Beauce et Nouvelle-Beauce), le CSSS des Etchemins, le CSSS de Montmagny-L'Islet, le CSSS de Thetford Mines et le CSSS de Lévis. Le CISSS-CA comprend aussi les arrondissements Lotbinière, Bellechasse et Chutes-Chaudières desservis par le CSSS de Lévis.

Selon des données statistiques obtenues par le CISSS-CA, pour l'année 2018-2019, 4 406 naissances ont été recensées. Entre autres, ce centre intégré est composé de huit cliniques médicales, groupes de médecine familiale (GMF) et groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui effectuent des suivis de grossesse. Le CISSS-CA en assure par ailleurs la direction. Parmi ces installations, quatre centres ont accepté de participer à l'étude : la GMF-U des Etchemins, la GMF-U de Lévis, la GMF de Thetford Mines et la clinique de grossesse de l'hôpital de Saint-Georges de Beauce.

4.3 POPULATION CIBLE

Tout d'abord, ce projet concerne toutes les femmes enceintes de la région de Chaudière-Appalaches âgées de 18 ans et plus qui envisagent ou non d'allaiter leur enfant à sa naissance. Les critères pour participer à l'étude étaient qu'elles devaient être primipares (qui accouchent pour la première fois) et au troisième trimestre de leur grossesse (29 semaines jusqu'à la naissance). Elles devaient aussi être capables de lire et d'écrire et maîtriser la langue française. Les critères de primiparité et du choix du trimestre de grossesse ont été déterminés et justifiés en fonction des études recensées sur le sujet de l'allaitement. En effet, il a résulté des recherches antérieures que le fait d'avoir un ou des enfants serait déterminant de l'intention d'allaiter (Holowko et al., 2016; Wang et al., 2014). En retirant de l'étude les femmes multipares, il sera possible d'alléger le nombre de

variables à l'étude et d'éviter de répéter des résultats déjà connus, comme ceux obtenus dans l'étude de Kloebler-Tarver et al. (2002). De plus, certains chercheurs s'intéressant à la sexualité des femmes (Avery et al., 2000; Bayard, 2008) ou à leurs caractéristiques psychologiques (Mathews et al., 2014) par rapport au comportement d'allaitement se sont attardés aux primipares seulement. Enfin, ce projet s'est inspiré de la méthode de certaines études qui ont questionné l'intention d'allaiter des femmes lors du troisième trimestre (Barnes et al., 1997; Cabieses et al., 2014; Donath & Amir, 2003; Lutsiv et al., 2013; Mathews et al., 2014; Tengku Ismail et al., 2016).

À l'inverse, les femmes bénéficiant de services spécifiques offerts par les CLSC de la région, à l'exemple des programmes *Œuf-lait-orange* (OLO) et *Services intégrés en périnatalité et petite enfance* (SIPPE), ont été exclues³. Ces programmes sont offerts entre autres à celles qui vivent sous le seuil du faible revenu en Chaudière-Appalaches. Les femmes bénéficiant de ces deux programmes sont exposées à plusieurs interventions infirmières portant sur la promotion de l'allaitement tout au long de leur grossesse, contrairement à la clientèle régulière. Par conséquent, un biais de recherche était évité en les excluant. De plus, une autre recherche a déjà été effectuée concernant les préoccupations des femmes américaines vivant avec un faible revenu, l'objectification sexuelle des femmes et l'allaitement (Johnston-Robledo & Fred, 2008). Enfin, ce projet ne s'adressait pas aux femmes majeures inaptes mentalement.

4.4 INSTRUMENT DE MESURE

L'instrument de mesure choisi pour collecter les données est le questionnaire auto-administré tel que la TCP le suggère. Cette présente section aborde les étapes du

³ La plupart des femmes vulnérables ont été exclues du fait qu'elles participent aux programmes nommés. Cependant, il demeure tout de même que certaines femmes de l'échantillon peuvent présenter des caractéristiques de vulnérabilité sociale puisqu'elles ne participent pas toutes à ces programmes.

développement de l'instrument de mesure, le contenu du questionnaire, les définitions opérationnelles des variables et les qualités psychométriques de l'instrument.

4.4.1 Développement de l'instrument de mesure

L'instrument de mesure intègre les variables de deux théories, la TCP et l'objectification sexuelle des femmes, tel que précisé au troisième chapitre. La TCP a été choisie du fait qu'il s'agit d'un modèle théorique servant à identifier les déterminants de l'intention pour prédire un comportement, soit l'allaitement maternel à la naissance de l'enfant. Ensuite, l'intégration des éléments se rapportant à l'objectification sexuelle des femmes dans ce projet permet d'explorer l'influence de la culture sociale, de la sexualité des femmes et des rapports de sexe sur l'intention d'allaiter. D'ailleurs, la littérature scientifique révèle qu'il peut être intéressant d'ajouter de nouvelles variables à la TCP, tant que cet ajout est pertinent, afin d'augmenter le pourcentage de la variance expliquée de l'intention (Armitage & Conner, 2001). McMillan et al. (2008) l'ont d'ailleurs fait en intégrant la culture sociale, la norme morale et le développement de son identité dans le modèle de la TCP pour comprendre l'intention d'allaiter dans leur recherche. L'instrument de mesure a été développé spécialement pour ce projet de recherche et a été conçu en deux temps. Ces deux phases sont présentées avec plus de précisions.

Dans un premier temps, des entretiens qualitatifs individuels et de groupe focalisés ont été réalisés dans le but de faire ressortir les croyances saillantes personnelles des femmes enceintes en lien avec l'allaitement. Ces croyances s'avèrent être les facteurs indirects de la TCP et correspondent aux croyances qui viennent spontanément à la mémoire d'une personne lorsque le comportement ciblé est évoqué (Ajzen, 1991). C'est pourquoi, tel qu'Ajzen et Fishbein (1980) et Gagné et Godin (2012) l'ont suggéré, l'identification des croyances saillantes personnelles doit se faire préalablement avec une méthode qualitative⁴. La littérature propose au minimum une vingtaine d'individus issus de

⁴ Bien qu'une phase qualitative préalable au développement de l'instrument fût nécessaire, cette démarche ne signifie pas pour autant que cette recherche ait recours à un devis mixte.

la population visée pour effectuer cette collecte d'information (Ajzen & Fishbein, 1980; Godin, 2012). Dans cette visée, un recrutement pour réaliser ces entretiens a donc été tenté auprès de la population cible grâce à une invitation remise dans une clinique gynécologique privée de la région de Chaudière-Appalaches. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes que pour cette recherche, sauf que les femmes enceintes étaient acceptées sans égard à leur parité ou leur trimestre de grossesse. Malheureusement, aucune femme enceinte n'a répondu à l'invitation. L'étudiante-chercheuse a donc fait appel à son entourage pour réaliser ces entretiens. Ainsi, le nombre de participantes aux entretiens qualitatifs ($N = 6$) s'est arrêté par défaut au nombre de femmes enceintes disponibles et connues par l'étudiante-chercheuse répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Le canevas d'entrevue pour réaliser ces entretiens qualitatifs présentait 14 questions reliées aux croyances comportementales (avantages et désavantages perçus), aux croyances normatives (attentes perçues des proches à l'égard de l'adoption de l'allaitement maternel) et aux croyances liées au contrôle (barrières et facteurs facilitant l'adoption de l'allaitement maternel) (voir annexe II). De plus, le canevas comportait onze questions pour faire ressortir les croyances saillantes à propos de l'objectification sexuelle. Ces questions concernaient l'auto-objectification des femmes, la surveillance de leur corps et l'anxiété de l'apparence, la perception du conjoint par rapport à elles et l'allaitement et l'opinion des femmes sur leur apparence physique, enceintes ou non. Ces questions ont été élaborées en se basant sur une recension des écrits concernant l'objectification sexuelle et les rapports hommes femmes au regard de l'allaitement. Également, d'autres études antérieures sur l'objectification sexuelle et les échelles créées pour sa mesure ont aussi servi d'inspirations pour créer ces questions (Fredrickson & Roberts, 1997; Johnston-Robledo & Fred, 2008; Johnston-Robledo et al., 2007; Mercurio & Landry, 2008; Szymanski et al., 2011). Trois entretiens qualitatifs ont été réalisés avec les six femmes enceintes : un entretien individuel et deux en groupe. En moyenne, la durée des entretiens a été d'environ une heure trente minutes. Le premier entretien individuel a été réalisé avec une femme primipare à sa trentième semaine de grossesse. Cet entretien a d'ailleurs servi de pré-test pour le canevas d'entrevue. Par la suite, trois femmes entre 24 et 39 semaines de grossesse ont été

interrogées ensemble, dont une qui en était à sa deuxième grossesse. Enfin, deux autres femmes primipares de 12 et 22 semaines de grossesse ont été questionnées ensemble. Au moment des entretiens, toutes les participantes avaient un emploi stable avec formation scolaire reliée à leur emploi. D'ailleurs, elles avaient toutes terminé leur cinquième niveau du secondaire, dont deux d'entre elles avaient une formation universitaire. Elles vivaient en milieu rural et étaient âgées de 22 à 28 ans. Elles ont échangé librement à partir des questions ouvertes proposées par l'animatrice. À plusieurs reprises, des questions de clarification ont été posées selon différentes techniques d'entretien afin de bien comprendre leur propos (Guillemette & Luckerhoff, 2013). Ces entretiens ont été enregistrés sur bande audionumérique et ont été retranscrits dans leur intégralité pour en faciliter l'analyse. Par la suite, les propos recueillis ont été analysés sommairement en s'inspirant de la méthode d'analyse développementale de contenu de l'Écuyer (1990). Cette méthode d'analyse est divisée en six grandes étapes et elle permet aux chercheurs de procéder à une analyse rigoureuse du contenu, mais simplifiée, pour favoriser la compréhension du sens d'un phénomène. Voici une brève description de l'analyse des propos qui a été réalisée selon les étapes de cette méthode d'analyse. En premier lieu, une lecture préliminaire de l'information obtenue a été faite pour établir la liste des futures catégories d'énoncés. À noter que seules les données d'intérêt ayant un lien avec les croyances de la TCP ou les croyances de l'objectification sexuelle ont été retenues pour les étapes suivantes. En second lieu, les données ont été classifiées en énoncés ayant un sens en eux-mêmes, et ce, selon l'objectif de la présente étude. En troisième lieu, les énoncés de la précédente étape ont été regroupés par analogie de sens pour en faire des catégories. Selon L'Écuyer (1990), ces catégories d'énoncés doivent notamment être exhaustives, en nombre limité, cohérentes, homogènes et clairement définies. En quatrième lieu, en fonction des caractéristiques de la recherche, une analyse statistique quantitative du matériel obtenu peut s'avérer pertinente. Dans le cas présent, cette étape a permis de faire ressortir les croyances les plus souvent mentionnées dans chacune des catégories de croyances. Les cinquième et sixième étape consistent à décrire et à interpréter les résultats obtenus selon l'objectif de l'étude. Cependant, elles n'ont pas été réalisées puisque l'analyse de contenu visait seulement à faire

ressortir les croyances saillantes pour le développement de l'instrument de mesure. L'analyse sommaire des propos recueillis des participantes a permis de dresser une liste des croyances personnelles saillantes selon la TCP et de définir quatre principales catégories de croyances se rapportant à l'objectification sexuelle : la représentation des seins, l'allaitement en public, l'opinion du conjoint et l'apparence physique⁵. Ainsi, les croyances les plus souvent exprimées durant les entretiens qualitatifs ont été considérées comme les croyances de l'adoption du comportement d'allaiter à la naissance en Chaudière-Appalaches.

Dans un deuxième temps, le questionnaire intitulé « Relations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter » a été développé. Celui-ci a été conçu à partir du guide de Gagné et Godin (1999) et celui de Godin (2012) pour le développement d'un questionnaire portant sur la TCP et la mesure des variables théoriques s'y rattachant. La formulation des questions, la disposition des énoncés et le type de mesure pour chaque variable sont des exemples de ce qui est abordé dans ces guides. Deux autres références ont aussi été consultées pour assurer le développement adéquat de l'instrument (Ajzen, 2002; Francis et al., 2004). Le titre était général de manière à éviter les biais de recrutement ou de restreindre la participation de certaines femmes. Les croyances saillantes identifiées durant les entretiens qualitatifs ont été transposées en énoncés dans l'instrument de mesure. Ce dernier contenait autant de questions sur les préparations commerciales que l'allaitement maternel pour éviter de s'adresser davantage aux femmes qui désirent allaiter.

4.4.2 Contenu du questionnaire

La première page du questionnaire est destinée aux consignes générales, puis le reste du questionnaire est divisé en deux principales sections (voir annexe III). Une première section de 19 questions porte sur les données sociodémographiques et l'état de santé clinique des participantes. Les données telles que l'âge, le nombre de semaines de grossesse, le niveau de scolarité, le revenu familial annuel, les problèmes de santé et les

⁵ Puisque cette phase servait à faire ressortir les croyances saillantes exprimées par les femmes, les résultats de l'analyse développementale de contenu ne figurent pas dans ce mémoire.

antécédents de consommation sont des exemples de questions qu'on y retrouve. Des informations complémentaires sont demandées avec des espaces réponses de type « Précisez » pour les questions suivantes : expérience d'allaitement antérieure d'un proche, problème(s) de santé, type de drogues consommé, lieu d'accouchement, lieu de résidence, autres sources d'informations de l'allaitement et objectif d'allaitement (en mois). La seconde section du questionnaire correspond à la mesure de la variable dépendante et à la mesure des éléments constituant les variables indépendantes. Le tableau 1 présente les énoncés ayant servi à la mesure de ces variables.

Tableau 1

Énoncés du questionnaire

Variables	Énoncés
Intention d'allaiter	<ol style="list-style-type: none"> 1. J'ai l'intention d'allaiter mon enfant dès sa naissance. 2. À votre avis, quelles sont vos chances de réussir votre allaitement dès sa naissance.
Croyances comportementales <i>« Allaiter mon enfant dès sa naissance... »</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lui procurera des bienfaits pour sa santé. 2. Favorisera le lien d'attachement entre mon bébé et moi. 3. Lui procurera un lait qui se digère mieux que les préparations commerciales. 4. Sera un geste naturel. 5. Me permettra de perdre du poids rapidement. 6. Me permettra de relaxer.
Croyances normatives <i>« Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais allaiter mon enfant à sa naissance. »</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mon conjoint approuverait/désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance. 2. Ma mère approuverait/désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance. 3. Les femmes dans ma famille (sœurs, tantes, cousines, etc.) approuveraient/désapprouveraient que j'allaiter mon enfant dès sa naissance. 4. La mère de mon conjoint approuverait/désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

Tableau 1

Énoncés du questionnaire (suite)

	5. Mes amis approuveraient/désapprouveraient que j'allaite mon enfant dès sa naissance.
	6. Les professionnels de la santé qui suivent l'évolution de ma grossesse approuveraient/désapprouveraient que j'allaite mon enfant dès sa naissance.
	7. La société en général approuverait/désapprouverait que j'allaite mon enfant dès sa naissance.
Perception des barrières <i>« Je me sens capable d'allaiter mon enfant dès sa naissance même si... »</i>	1. Cela me gênera d'exposer une partie de mon corps en public.
	2. Mon conjoint ne pourra pas donner des boires.
	3. Cela m'empêchera de boire de l'alcool.
	4. Mon conjoint se sentira à part.
	5. Cela pourra retarder mon retour au travail.
	6. Cela me fatiguera plus qu'avec les préparations commerciales.
	7. Je crois que les seins représentent une partie intime pour mon conjoint.
	8. Cela me demandera de surveiller mon alimentation.
	9. Cela pourra rendre les gens mal à l'aise si j'allaite devant eux.
	10. Cela pourra me causer de la douleur.
	11. Cela me demandera de restreindre mes sorties.
	12. Cela me découragera de constamment prévoir du lait en effectuant du tire-lait.
	13. Mes seins peuvent ramollir.
	14. Je crois que cela pourra jouer sur ma sexualité avec mon conjoint.
	15. Mon conjoint craigne que j'allaite en public.

Tableau 1

Énoncés du questionnaire (suite)

Perception des facteurs facilitants <i>« Il serait plus facile pour moi d'allaiter mon enfant dès sa naissance... »</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si une autre personne de mon entourage avait déjà allaité. 2. Si je recevais de l'enseignement sur l'allaitement maternel par une infirmière ou un médecin. 3. Puisque ça coûte moins cher que les préparations commerciales. 4. Puisque cela demande moins de temps de préparation que le lait commercial. 5. Si j'ai le soutien de mon conjoint.
--	---

La plupart des énoncés ont été mesurés grâce à une échelle de type Likert de quatre points allant de *totalemment en accord* (1), *plutôt en accord* (2), *plutôt en désaccord* (3) à *totalemment en désaccord* (4), sauf pour le deuxième énoncé de l'intention et les croyances normatives, où les échelles utilisées sont présentées dans la section qui suit. L'échelle de Likert a été graduée en quatre points puisqu'il est évoqué dans la littérature qu'en présence d'une population cible ayant des caractéristiques de vulnérabilité, comme il en est question dans certaines MRC de Chaudière-Appalaches, une échelle de Likert avec un nombre moins élevé d'options de réponses favoriserait la participation des sujets (Gagné & Godin, 1999; Godin, 2012). Également, l'option de réponse permettant à la participante de noter son ambivalence (neutralité) n'a pas été insérée dans l'échelle puisque cette réponse est difficile à interpréter lors des analyses et peut réduire la taille des groupes en accord et en désaccord. Les questions qui ont servi à mesurer la variable dépendante correspondent aux principales suggérées dans les guides pour l'élaboration d'un instrument selon la TCP (Gagné & Godin, 1999; Godin, 2012). Le nombre de questions qui ont servi à la mesure des variables indépendantes a été réduit aux principales croyances évoquées. Ceci avait pour but de réduire le temps requis pour répondre au questionnaire, puisque le questionnaire serait rempli pour la plupart après leur rendez-vous médical de grossesse avant leur départ.

4.4.3 Définitions opérationnelles des variables

Cette section présente la définition opérationnelle pour chacune des variables à l'étude, c'est-à-dire les croyances comportementales, les croyances normatives, la perception du contrôle comportemental et ses croyances sous-jacentes, l'intention d'allaiter et finalement, les variables indépendantes secondaires. Au sein de ce projet, les facteurs indirects de la TCP que sont les croyances personnelles seront nommés comme des construits indirects de l'intention.

Les croyances comportementales concernent la perception des avantages et des inconvénients liés à un comportement (Ajzen, 1991). Elles sont rattachées au construit de l'attitude (affective et cognitive) qui correspond à l'évaluation favorable ou non de l'adoption d'un comportement. Après le volet qualitatif du projet, seules les croyances comportementales ont été questionnées en énoncés, soit les six avantages cognitifs saillants de l'allaitement. La cinquième croyance comportementale est associée au concept de la honte du corps de l'objectification sexuelle (perte de poids rapide de la femme).

Selon Ajzen (1991), les croyances normatives rattachées au construit de la norme subjective réfèrent à la perception des femmes enceintes des attentes des personnes significatives pour elles, à savoir si ces personnes pensent qu'elles devraient allaiter ou non leur nouveau-né dès sa naissance. Selon les verbatim obtenus lors de la phase qualitative du projet, les personnes significatives pour les femmes enceintes étaient leur conjoint, leur mère, les femmes dans leur famille (sœurs, tantes, cousines, etc.), la mère de leur conjoint, leurs amis, les professionnels de la santé et la société en général. La perception de leurs attentes, qu'elles allaitent ou non, a plusieurs fois été exprimée par les femmes, alors seules les croyances normatives ont fait partie du questionnaire. Sept énoncés dans le questionnaire permettent la mesure pour chacune des personnes significatives identifiées. L'échelle de type Likert pour la mesure de ce construit est spécifiquement définie en quatre points : *Approuverait totalement* (1), *approuverait un peu* (2), *désapprouverait un peu* (3) et *désapprouverait totalement* (4).

La perception du contrôle comportemental est l'évaluation de la capacité d'une personne à adopter un comportement en fonction du degré de facilité ou de difficulté perçue à le réaliser (Ajzen, 1991). Selon l'auteur de la théorie, il est un des construits directs de l'intention comportementale ou du comportement ciblé. Dans le questionnaire, la perception du contrôle comportemental est mesurée grâce à l'énoncé : « *Je me sens capable d'allaiter mon enfant à sa naissance.* ». Les croyances liées au contrôle sont le facteur indirect de la perception du contrôle comportemental. Elles sont évaluées sous forme d'une barrière ou d'un facteur facilitant l'adoption de l'allaitement maternel. Les énoncés débutants par : « *Je me sens capable d'allaiter mon enfant dès sa naissance même si...* » correspondent aux 15 barrières perçues dont six se rapportent à l'objectification sexuelle des femmes (la sexualité avec le conjoint, les seins et l'exposition en public). Les énoncés débutants par : « *Il serait plus facile pour moi d'allaiter mon enfant à sa naissance si...* » représentent les cinq facteurs facilitant l'allaitement. Ce construit ne comprend aucun item relié à l'objectification sexuelle des femmes.

L'intention comportementale est la motivation à réaliser un comportement (Ajzen, 1991). L'intention d'allaiter son enfant dès sa naissance correspond à la variable dépendante dans ce projet de recherche, celle qui peut être modifiée selon l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et les facteurs indirects reliés (Ajzen, 1991). L'intention d'allaiter dans ce projet est mesurée à partir de deux énoncés tel que présenté au tableau 1. Celui concernant les chances de réussir estimées se mesure différemment de la plupart des énoncés du questionnaire, c'est-à-dire avec une échelle de type Likert définie de *très fortes* (1), *plutôt fortes* (2), *plutôt faibles* (3) à *très faibles* (4).

Les variables sociodémographiques et l'état de santé des participantes auto-rapporté dans la première section du questionnaire correspondent aux variables indépendantes secondaires. Elles sont codifiées sous trois formes : nominales, ordinales et continues. Tout d'abord, les variables nominales correspondent au statut matrimonial, au statut d'emploi, à l'expérience antérieure d'allaitement d'un proche, aux problèmes de santé généraux et de grossesse, au type et au lieu d'accouchement prévus, au lieu de résidence, aux manières

dont les femmes ont reçu de l'information à propos de l'allaitement et finalement, à la façon dont elles prévoient nourrir leur bébé à sa naissance. Ensuite, les variables ordinales réfèrent au degré de scolarité, au revenu familial annuel et au niveau de consommation d'alcool, de tabac et de drogues durant leur grossesse. Enfin, l'âge à l'accouchement, le nombre de semaines de grossesse au moment de leur participation, la durée en mois du congé de maternité prévu et leur objectif d'allaitement en mois représentent les variables de nature continue.

4.4.4 Qualités psychométriques de l'instrument de mesure

Avant sa distribution, le questionnaire a été pré-testé par des femmes enceintes ($N = 6$) afin de vérifier la clarté et la compréhension des questions et de connaître le temps requis pour le remplir. À la suite des commentaires reçus, le questionnaire a été ajusté.

Pour assurer la fidélité de l'instrument de mesure, la cohérence interne des construits se rapportant aux croyances comportementales, aux croyances normatives et aux croyances liées au contrôle (barrières et facilitants) a été évaluée à partir de la valeur du coefficient alpha de Cronbach (α) pour chacun d'eux. Plus la valeur du coefficient s'approche de 1, plus les énoncés présentent une homogénéité entre eux. Puisque la fidélité des construits a été mesurée une fois les formulaires remplis et retournés, il n'a pas été possible d'ajouter des énoncés pour obtenir un coefficient acceptable ($\geq 0,60$) pour les analyses. Une telle procédure est généralement suggérée pour les utilisateurs de la TCP (Bartee, Grandjean & Bieber, 2004). En l'occurrence, dans l'intention d'obtenir une meilleure homogénéité entre les énoncés, certains énoncés dont la répartition des réponses ne concordait pas avec le reste du construit ont été retirés. Ceci a eu pour effet d'augmenter l'alpha des construits. Les modifications apportées à cet égard sont présentées. En ce qui concerne les croyances comportementales, un énoncé⁶ a dû être retiré pour obtenir un coefficient alpha final de 0,82. Pour le construit de la perception des facteurs facilitants, deux énoncés⁷⁻⁸ ont été

⁶ « Allaiter mon enfant à sa naissance me permettra de relaxer. »

⁷ « Il serait plus facile d'allaiter mon enfant dès sa naissance si une autre personne de mon entourage avait déjà allaité. »

retirés afin de faire augmenter la cohérence interne du construit de 0,60 à 0,73. Enfin, un énoncé⁹ a été retiré des croyances normatives pour faire augmenter le coefficient alpha de 0,58 à 0,62. Dans une autre visée, il a été noté que le coefficient alpha de Cronbach du construit des croyances comportementales était légèrement plus élevé lorsqu'il y avait retrait de l'item concernant l'objectification sexuelle et était légèrement plus faible lorsque les items de l'objectification sexuelle étaient retirés du construit de la perception des barrières. De façon succincte, un faible impact était observé sur les coefficients alpha si ces énoncés étaient ajoutés ou non. Ainsi, considérant les limites de l'étude qui sont discutées dans le sixième chapitre, il est possible de croire que l'ajout des items reliés à l'objectification sexuelle s'intègre bien à la mesure des construits indirects de la TCP pour expliquer l'intention d'allaiter chez les femmes primipares de cet échantillon. De plus, puisque les seuils alpha de ces construits demeuraient supérieurs à 0,60 lorsque les items de l'objectification sexuelle étaient présents, les construits les intégrant ont été retenus pour les analyses. À titre exploratoire, les sept items se rapportant à l'objectification sexuelle ont été regroupés afin d'évaluer si ces items pouvaient constituer un construit en soi et être traités indépendamment des variables de la TCP. Compte tenu du coefficient obtenu jugé trop faible ($\alpha = 0,44$), les items doivent rester intégrés aux construits indirects de la TCP. Sommairement, dans le cadre des analyses prévues, tous les construits psychosociaux de la TCP présentent un coefficient alpha de plus de 0,60. Le Tableau 2 expose les coefficients alpha de Cronbach à la suite des tests de fidélité pour chacun des construits indirects.

⁸ « Il serait plus facile d'allaiter mon enfant dès sa naissance si je recevais de l'enseignement sur l'allaitement maternel par une infirmière ou un médecin. »

⁹ « Les professionnels de la santé qui suivent l'évolution de ma grossesse approuveraient/désapprouveraient que j'allaiter mon enfant dès sa naissance. »

Tableau 2

Test de fidélité des construits indirects

Construits	Cohérence interne (α)
Croyances comportementales	0,79
Croyances comportementales sans l'énoncé de l'objectification sexuelle	0,82
Croyances normatives	0,62
Perception des barrières	0,83
Perception des barrières sans les énoncés de l'objectification sexuelle	0,78
Perception des facteurs facilitants	0,73

Par la suite, une corrélation de type Spearman a été effectuée entre les deux énoncés servant à mesurer l'intention pour assurer la validité du construit. La valeur du coefficient de Spearman (r_s) peut être interprété de la même façon que le coefficient linéaire de Pearson (r) lorsqu'il s'agit d'une relation monotone, c'est-à-dire lorsqu'il y a modification d'une des variables et que l'autre change à une vitesse différente (changement non proportionnel). S'ils sont significatifs, ces coefficients de corrélation peuvent être interprétés selon le sens et la force de la relation linéaire (Cohen, 1988; Gray, Grove & Sutherland, 2017). Une fois l'analyse effectuée, le coefficient obtenu n'était pas suffisamment élevé ($r_s = 0,29, p = 0,02$) pour assurer la validité du construit de l'intention. Il se peut qu'un coefficient aussi faible soit expliqué par un manque de variabilité dans les réponses obtenues pour les deux énoncés. Alors, le deuxième énoncé de l'intention a été retiré du plan d'analyse, ne gardant que le premier portant sur la mesure de l'intention d'allaiter. Le second énoncé, c'est-à-dire celui concernant les « chances de réussir », était similaire à la mesure de la perception du contrôle comportemental, c'est pourquoi c'est celui-ci qui a été retiré.

En définitive, les construits des croyances comportementales, les croyances normatives, la perception des barrières et des facteurs facilitants, l'énoncé de la perception du contrôle comportemental et le premier énoncé de l'intention font partie de la matrice de corrélation Spearman et point-bisérial et de l'analyse de régression logistique.

4.5 L'ECHANTILLONNAGE ET LE RECRUTEMENT

La méthode d'échantillonnage utilisée pour recruter les participantes est de type accidentel ou par convenance. Ce choix s'appuie sur le fait que les femmes ont été recrutées selon leur accessibilité dans un lieu (rendez-vous médical) et à un moment déterminé (troisième trimestre) (Fortin & Gagnon, 2016). Cette méthode d'échantillonnage est inspirée par d'autres études qui ont distribué des questionnaires durant les rendez-vous obstétricaux pour connaître les caractéristiques psychologiques des femmes liées au comportement d'allaitement (Mathews et al., 2014; Scharfe, 2012). Ensuite, le nombre de participantes nécessaire pour détecter une relation entre les variables à l'étude a été calculé en fonction du nombre de variables indépendantes, du plan d'analyse des données prévu et des recherches similaires à ce projet. Ce nombre a été calculé grâce au logiciel *GPower 3.1* pour le calcul de la puissance statistique a priori et sur recommandations d'auteurs (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007). Ainsi, la taille de l'échantillon nécessaire pour réaliser des analyses de corrélation et de régression avec une puissance statistique de 80 %, un seuil alpha de 5 % et une taille d'effet moyen de 0,15 selon Cohen (1988) est de 77 femmes. Considérant des refus potentiels et en fonction de la réalité du milieu clinique, un recrutement estimé de 85 femmes est visé pour l'obtention de cette taille d'échantillon.

Pour obtenir l'approbation des cliniques participantes, l'approche des chefs de ces cliniques a été faite par le comité éthique de la recherche (CER) du CISSS-CA. L'étudiante-chercheuse a par la suite déposé en main propre dans chacun des centres participant à la recherche les documents aux agentes administratives des recruteurs. Les recruteurs étaient

les médecins et les infirmières qui effectuent des suivis de grossesse lors du troisième trimestre dans ces cliniques.

Le recrutement devait se faire lorsque les femmes enceintes étaient vues en consultation avec leur médecin ou leur infirmière. Avant toute chose, ceux-ci devaient identifier les femmes enceintes respectant les critères d'éligibilité. Si elles étaient admises à la recherche, les médecins ou les infirmières devaient leur remettre la lettre d'information expliquant le projet de recherche. Une fois cette lettre lue et l'intérêt à participer exprimés, ils devaient leur remettre le questionnaire conçu pour ce projet dans l'enveloppe préaffranchie. De plus, ils devaient fournir certaines informations concernant la façon de remplir et de retourner le formulaire. Ces modalités sont expliquées dans la section suivante. Au besoin, les médecins et infirmières devaient répondre aux questions de la participante à l'endroit de ce projet. Pour assurer une validité interne et de construit, le recrutement des participantes s'est fait par les mêmes médecins et infirmières et dans des lieux similaires afin que les participantes soient dans des contextes semblables lors de la collecte de données. Des disponibilités téléphoniques par l'étudiante-chercheuse, la directrice et la codirectrice de recherche ont été offertes si les recruteurs avaient des questions à propos du projet.

4.6 PROCEDURE DE COLLECTE DE DONNEES

Tel que discuté précédemment, deux collectes de données ont eu lieu. Une première collecte de données a été réalisée lorsqu'il a été question d'identifier les croyances saillantes des femmes enceintes de Chaudière-Appalaches entourant l'allaitement. Au total, un entretien individuel et deux de groupe ont permis la collecte d'information ($N = 6$). Ensuite, ces croyances ont été transposées en énoncés dans un questionnaire quantitatif qui a servi à mesurer la variable dépendante et les variables indépendantes.

La distribution de ce questionnaire quantitatif au sein de la population cible du projet de recherche correspond à la seconde collecte de données nécessaire à la réalisation de cette

étude. Pour cette seconde collecte, un seul questionnaire auto-administré devait être rempli et à un seul moment. La durée moyenne prévue pour remplir le questionnaire était estimée à environ quinze minutes à laquelle un temps supplémentaire de cinq minutes était ajouté pour lire la lettre d'information. Les femmes enceintes pouvaient répondre au questionnaire soit dans la salle d'attente de la clinique ou soit chez elles, seules et dans un endroit calme. Une fois rempli, le retour du questionnaire à l'étudiante-chercheuse pouvait se faire de deux façons : directement par la poste dans l'enveloppe préaffranchie ou par courrier interne entre les cliniques médicales et le CLSC dans lequel l'étudiante-chercheuse travaillait. Pour finir, elles devaient insérer la partie détachable où était inscrit leur numéro de téléphone si elles souhaitaient participer au concours. En effet, elles étaient informées dans la lettre d'information qu'un tirage de quatre chèques-cadeaux de vingt-cinq dollars dans une boutique de leur choix aurait lieu à la fin du recrutement parmi les participantes. Si les médecins et infirmières rencontraient un refus, ils devaient inscrire le motif du refus de la participante sur un formulaire destiné à cet effet. Un tel formulaire était essentiel pour qu'il soit possible de comparer le profil des femmes ayant participé avec celui des femmes ayant refusé et pour expliquer les raisons entourant leur participation ou non. Pour éviter les variables confondantes, le respect des critères d'éligibilité a été validé par l'étudiante-chercheuse lors de la transcription des données.

Malheureusement, de nombreuses difficultés sont survenues au cours du recrutement. Tout d'abord, la plus grande clinique s'est désistée à recruter après quelques semaines seulement. Il a donc été nécessaire de procéder à la recherche d'une autre clinique de la région et de demander l'autorisation du CER du CISSS-CA pour s'y faire. Ensuite, bien plus de questionnaires ont dû être acheminés dans les cliniques que ce qu'il avait été préalablement estimé. La cause étant que la majeure partie des questionnaires remis aux participantes n'ont pas été retournés à l'étudiante-chercheuse. Au final, une distribution de questionnaires a été effectuée à trois reprises dans chacune des cliniques pour un total d'environ 200 questionnaires. L'hypothèse du non-retour des questionnaires est que les clientes l'apportaient chez elle sans le remplir ou le retourner, puisque les personnes responsables du recrutement dans les cliniques s'assuraient d'avoir remis tous les

questionnaires en leur possession. Il a donc été suggéré aux recruteurs d'offrir aux participantes de remplir le questionnaire directement à la clinique avant leur départ et de le remettre à l'agente administrative pour que celle-ci l'achemine à l'étudiante-chercheuse. À partir de ce moment, que quelques questionnaires ont été reçus. Malgré le fait que la période prévue de six mois pour le recrutement a été prolongée à 18 mois avec l'accord du CER, le recrutement a été cessé à la fin de cette période. Un total de 47 participantes ont dûment rempli et retourné le questionnaire, plutôt que 77 initialement attendues. Enfin, aucun des formulaires énonçant les motifs des refus des femmes enceintes à participer à l'étude n'a été retourné. Il est donc impossible d'expliquer le refus de certaines femmes à participer à l'étude.

4.7 ANALYSE DES DONNEES

Cette section aborde les analyses effectuées et les dichotomisations qu'ont subi les construits afin de permettre la réalisation de ces analyses. Le choix des analyses a été déterminé en congruence à la dynamique des relations du cadre théorique de la TCP et pour répondre à la question de recherche.

4.7.1 Analyses descriptives, de corrélation et de régression

Premièrement, une analyse descriptive (moyennes, écarts-type, fréquences et pourcentages) a été produite pour chaque variable mesurée dans la première section du questionnaire. Cette analyse avait pour objectif de dresser un portrait global des variables sociodémographiques des participantes, de leur état de santé clinique, de leurs sources d'informations en allaitement et de la forme d'alimentation envisagée pour leur bébé à naître. Également, cette même analyse descriptive a été réalisée sur chacun des construits de la TCP pour dresser un portrait des variables psychosociales des participantes.

Deuxièmement, considérant que la plupart des construits ne sont pas distribués normalement selon le test de normalité Shapiro-Wilk ($p < 0,001$), une analyse de

corrélation non paramétrique de type Spearman a été produite entre les construits et l'énoncé de l'intention d'allaiter. Le but était de connaître quels étaient les construits de la TCP associés à l'intention.

Troisièmement, selon les résultats obtenus, une analyse de régression logistique a été effectuée pour identifier les déterminants de l'intention d'allaiter et pour connaître la nature de ces relations. De manière regrettable, il n'a pas été possible d'identifier des déterminants de l'intention à partir du modèle de régression proposé compte tenu de certaines raisons évoquées au cinquième chapitre. Il s'agissait alors d'une analyse de régression exploratoire. Qui plus est, étant donné un manque de variabilité dans les réponses de la majorité des construits, il a été nécessaire de tous les dichotomiser selon leur fréquence ou leur médiane afin d'assurer une meilleure stabilité du modèle de régression. De ce fait, une fois dichotomisés, les construits présentaient des intervalles de confiance réduites. Ces modifications apportées figurent dans la section qui suit. Ainsi, le choix de l'analyse de régression logistique produite sur les données plutôt qu'une régression multiple était justifié par le fait que les variables insérées dans le modèle de régression étaient devenues dichotomiques. Pour l'analyse de régression effectuée, le résultat du test de Hosmer & Lemeshow (2000) et l'aire sous la courbe ROC (*receiver operating characteristic*) ont été vérifiés. Le test de Hosmer & Lemeshow (2000) est une mesure de la qualité de l'ajustement d'un modèle de régression qui évalue si le modèle est en mesure de discriminer la ou les variables qui influencent significativement la variable dépendante (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 1989). Il est idéal pour les échantillons de petite taille ($N \geq 10$). L'évaluation de la performance du test de régression est aussi assurée par l'aire sous la courbe ROC. Il s'agit d'une mesure de sensibilité et de spécificité d'un test indiquant le taux de vrais positifs en fonction du taux de faux négatifs (Park, Goo & Jo, 2004). Selon cette courbe, la performance d'un test est assurée si la valeur se situe au-dessous de 1 à un intervalle de confiance de 95 %.

Finalement, dans le but de décrire davantage le choix de l'allaitement à la naissance d'un nouveau-né en Chaudière-Appalaches, des corrélations ont été vérifiées entre cinq

variables indépendantes secondaires et les construits de la TCP. Bien que de telles analyses ne soient pas indiquées dans le modèle de la TCP défini par Ajzen (1991), l'étudiante-chercheuse s'est inspirée d'une autre étude qui a procédé ainsi afin d'élargir le niveau de connaissances lié au comportement étudié (Jefferson, 2014). Le choix des variables indépendantes secondaires pour l'analyse de corrélation a été fait en fonction des déterminants du choix de l'allaitement rapportés dans les écrits recensés. Ainsi, les variables retenues pour l'analyse étaient : l'âge de la participante, son niveau de scolarité, son statut matrimonial, son revenu familial annuel ainsi que sa participation ou non à des rencontres prénatales en ligne ou en groupe au CLSC. L'analyse de corrélation a été réalisée selon la méthode d'analyse point-biserial. Cette méthode d'analyse a été choisie puisque des variables dichotomiques et des variables continues étaient insérées dans la matrice de corrélation. Mathématiquement, le test correspond à une analyse de corrélation linéaire de Pearson. L'interprétation du résultat se fait aussi comme si le résultat provenait d'une analyse de Pearson et selon l'interprétation de Cohen (1988). Au moment de l'interprétation du coefficient de corrélation point-biserial (r_{pb}), il est important de souligner qu'une valeur élevée des variables continues correspond au choix de réponse *totalelement en désaccord* (4). En présence d'une association, puisque la taille de certaines variables insérées dans le modèle était inférieure à 20 observations, un graphique boîte à moustaches ou un diagramme des valeurs individuelles a été opéré afin d'assurer le sens de l'association.

Compte tenu de la variabilité des réponses obtenues et le nombre de données manquantes pour les questions de type « Précisez » du questionnaire, ces variables n'ont été soumises à aucune analyse.

Ces analyses ont été possibles avec l'utilisation du logiciel *IBM SPSS Statistics 26-27*. Afin de permettre une conclusion statistique satisfaisante, nous avons choisi d'analyser les données avec un seuil statistiquement significatif de 5 % et de porter une attention particulière au respect des postulats et au type de variables nécessaires pour chacun des tests de corrélations et de régression logistique effectués.

4.7.2 Dichotomisation des construits

L'énoncé de l'intention d'allaiter et la perception du contrôle comportemental ont été dichotomisés selon leur distribution de fréquence puisqu'il y avait qu'un seul énoncé pour leur mesure. Les autres construits ont quant à eux été dichotomisés selon leur médiane respective puisqu'ils étaient composés de plusieurs énoncés et qu'ils n'étaient pas distribués normalement selon les résultats du test de normalité Shapiro-Wilk. Le Tableau 3 résume la nouvelle signification des construits dichotomisés.

Tableau 3

Dichotomisation des construits

Construits	Médiane	Dichotomisation ^a	Nouvelle catégorisation ^b	Nouvelle signification
Intention	---	1	0	Intention forte
		Autres données	1	Intention modérée
Croyances comportementales	1,20	<1,30	0	Perception des avantages élevée
		Autres données	1	Perception des avantages modérée
Croyances normatives	1,00	1	0	Croyances normatives élevées
		Autres données	1	Croyances normatives modérées
Perception du contrôle comportemental	---	1	0	Perception du contrôle élevée
		Autres données	1	Perception du contrôle modérée
Perception des barrières	2,47	<2,5	0	Perception élevée des barrières
		≥2,5	1	Perception faible des barrières
Perception des facteurs facilitants	1,33	<1,5	0	Perception élevée des facteurs facilitants
		≥1,5	1	Perception modérée des facteurs facilitants

^a Valeurs théoriques de l'échelle de Likert : *Totalement en accord* (1), *plutôt en accord* (2), *plutôt en désaccord* (3) et *totalement en désaccord* (4), excepté pour les croyances normatives : *Approuverait totalement* (1), *approuverait un peu* (2), *désapprouverait un peu* (3) et *désapprouverait totalement* (4).

^b La signification 1 est celle qui a été insérée dans l'analyse de régression.

4.7.3 Dichotomisation des variables indépendantes secondaires

Les cinq variables indépendantes secondaires ont été dichotomisées selon la littérature¹⁰ et non selon leurs statistiques descriptives, afin de permettre la comparaison des résultats avec les autres études. La signification du chiffre 1 est celle qui a été entrée dans le modèle de corrélation point-biserial. Le Tableau 4 présente la dichotomisation effectuée sur ces variables et leur nouvelle catégorisation.

Tableau 4

Dichotomisation des variables indépendantes secondaires

Variable	Dichotomisation	Nouvelle catégorisation
Âge à l'accouchement	25 ans et moins	0
	26 ans et plus	1
Statut matrimonial	Mariée	1
	Conjointe de fait	1
	Divorcée	0
	Séparée	0
	Célibataire	0
	Vivant sous le même toit que le conjoint	0
Degré de scolarité	Secondaire 4 et moins	0
	Secondaire 5	0
	DEP ou AEC	0
	Collégial	1
	Universitaire	1
Revenu familial annuel	59 999 \$ et moins	0
	60 000 \$ et plus	1
Rencontres prénatales au CLSC ou en ligne	Oui	1
	Non	0

¹⁰ La littérature scientifique révèle qu'un âge plus élevé, le fait d'être mariée ou conjointe de fait, d'avoir un niveau de scolarité élevé, un revenu familial annuel élevé et d'avoir assisté à des rencontres prénatales de tous types seraient des déterminants du choix de l'allaitement. Les variables ont été dichotomisées selon ces résultats antérieurs, plutôt que selon leur fréquence ou leur moyenne respective (statistiques descriptives), afin de permettre la discussion des similitudes et des différences entre les résultats de la présente étude et ceux de la littérature.

4.8 CONSIDERATIONS ETHIQUES

Cette étude a reçu l'approbation du CER du CISSS-CA (2018-010, 2018-465) (voir annexe IV). Le CER a approuvé ce projet de recherche dans son intégralité et a autorisé à le réaliser dans les cliniques médicales citées dans la section 4.2 *Milieu de recherche* de ce mémoire. Un renouvellement en 2019 a été obtenu pour poursuivre la collecte de données afin d'obtenir un échantillon suffisamment grand pour pouvoir réaliser les analyses prévues.

Ce projet de recherche tient compte des principes éthiques fondés sur le respect et la dignité humaine selon l'Énoncé de politique des trois conseils (Gouvernement du Canada, 2018). Afin d'assurer la dignité des participantes, leur bien-être et leur intégrité, toutes les participantes ont choisi de participer à cette recherche de façon libre et éclairée. Elles ont eu accès au descriptif de la recherche, c'est-à-dire la lettre d'information qui contenait entre autres l'objectif de l'étude et les avantages, les inconvénients et les risques associés à leur participation (voir annexe V). De plus, toutes les participantes ont eu à remplir le même questionnaire, peu importe leur statut ou leurs données sociodémographiques. Personne ne devait obtenir le consentement des femmes, elles avaient seulement à remplir le questionnaire et à le retourner si elles consentaient à participer à ce projet. À tout moment, les femmes restaient libres de mettre fin à leur participation sans avoir à motiver leur décision ou à subir de préjudices de quelque nature. De plus, elles étaient avisées que leur participation ou non à ce projet tout comme leur retrait n'affecterait en rien leur suivi médical ou les traitements reçus par les infirmières et les médecins.

Pour les participantes, les avantages découlant de leur participation étaient la prise de conscience des raisons personnelles les amenant à la méthode d'alimentation choisie pour leur enfant et une meilleure compréhension des facteurs qui influencent leur intention d'allaiter ou non celui-ci. Pour la recherche infirmière, leur participation avait comme avantage de contribuer à l'avancement des connaissances pour améliorer l'intervention infirmière auprès des femmes enceintes vivant en Chaudière-Appalaches en promotion et sensibilisation à l'allaitement. L'inconvénient pour les participantes était le temps qu'elles devaient allouer pour répondre au questionnaire qui était estimé à une durée totale de

vingt minutes. Enfin, les risques relatifs à leur participation étaient la possibilité de vivre un stress, des préoccupations psychologiques, de l'incertitude ou de la culpabilité entourant la méthode d'alimentation choisie pour leur enfant ou la façon dont elles vivent leur grossesse. Pour y remédier, un soutien téléphonique était offert au besoin en rejoignant l'étudiante-chercheuse infirmière en périnatalité du CISSS-CA, les responsables du projet de recherche ou les infirmières et médecins de sa clinique médicale. En outre, si elles le souhaitaient, elles pouvaient être orientées vers des professionnels de la santé ou des organismes communautaires de la région pour répondre à leurs préoccupations ou les aider à faire un choix éclairé quant au mode d'alimentation pour leur nouveau-né. À cela était ajouté un tirage de quatre chèques-cadeaux parmi toutes les participantes en guise de compensation financière pour contrer les inconvénients. Cette recherche n'a causé aucun préjudice à la femme ou à son fœtus.

La confidentialité des données et l'anonymat ont été respectés lors de la sélection des participantes, lors des collectes de données et au moment de la diffusion des résultats. Les directrices de ce projet, l'étudiante-chercheuse et le biostatisticien du CISSS-CA ont été les seuls à être en contact avec les données. Pour la sécurité des données, l'ordinateur possédait un mot de passe connu que par l'étudiante-chercheuse. Les formulaires remplis et les parties détachables ont été conservés dans une armoire sous clé jusqu'à leur transcription dans un ordinateur et seront détruits cinq ans après le dépôt final de ce mémoire. Leur participation était anonyme, autrement dit qu'aucun nom n'apparaissait sur le formulaire ou durant le traitement des données. Seulement des codes numériques ont servi à l'identification des formulaires de réponse.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Ce chapitre expose les résultats des analyses effectuées à partir des données obtenues pour répondre à la question de recherche : Existe-t-il une association entre des facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques et l'intention d'allaiter en période prénatale chez des femmes vivant dans la région de Chaudière-Appalaches ? Les prochaines pages présentent d'abord la description statistique de l'échantillon en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes et leurs variables psychosociales. Puis, sont présentés successivement les facteurs psychosociaux associés à leur intention d'allaiter, les résultats de l'analyse de régression logistique exploratoire et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées aux facteurs psychosociaux.

5.1 DESCRIPTION STATISTIQUE DE L'ECHANTILLON

Cette première partie du chapitre présente les caractéristiques des participantes et décrit le portrait de leurs variables psychosociales suite aux analyses descriptives effectuées.

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les 47 femmes primipares ayant participé à l'étude vivent en Chaudière-Appalaches, dont près de la moitié habitent dans un milieu rural (48,9 %) de moins de 30 000 habitants et l'autre moitié dans un milieu urbain (51,1 %) de plus de 30 000 habitants. Au moment de leur participation à l'étude, elles étaient âgées de 20 à 36 ans et l'âge moyen était de 26,8 ans ($\bar{ET} = 3,55$). Elles avaient toutes entre 28 et 40 semaines de grossesse et étaient en

moyenne à 32,8 semaines de grossesse ($ÉT = 2,83$). Plus des trois quarts d'entre elles avaient un conjoint de fait (78,7 %) et la plupart d'entre elles avaient fait des études post-secondaires puisque 40,4 % avaient un niveau de scolarité collégial et 38,3 % un niveau d'étude universitaire. Presque la totalité des femmes (93,6 %) travaillait plus de 31 heures par semaine et les deux tiers (66 %) avaient rapporté avoir un revenu familial de 60 000 \$ et plus par année. La majorité des participantes avaient déclaré ne pas avoir de problème de santé en général (80,9 %) ni de problème de santé lié à leur grossesse (91,5 %). Dans cet échantillon, une femme seulement prévoyait accoucher par césarienne (2,2 %) et l'ensemble des participantes planifiait accoucher dans un hôpital. Par rapport à la méthode prévue des futures mères de nourrir leur enfant à naître, près des trois quarts d'entre elles envisageaient l'allaitement exclusif (74,5 %). Parmi toutes les réponses obtenues pour cette question, un peu moins que la moitié des femmes avaient l'intention de faire bénéficier leur enfant de lait maternel pour une période inférieure à six mois (45,2 %) ou avaient un objectif d'allaitement de six mois (40,4 %). Une minorité de femmes prévoyait allaiter ou offrir du lait maternel pour une durée dépassant six mois (14,2 %). Un peu moins du quart des femmes planifiaient un congé de maternité entre 40 et 50 semaines (24,5 %) et près des deux tiers planifiaient un congé de plus de 50 semaines (66,7 %). Aussi, les femmes primipares à l'étude obtenaient l'information sur l'allaitement principalement de quatre sources d'information : les rencontres prénatales (36,2 %), le site internet *Naître et Grandir* (46,8 %), le livre remis lors d'un suivi de grossesse *Mieux vivre avec son enfant* (61,7 %) et les réseaux sociaux (31,9 %). Ces caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes sont présentées avec plus de détails dans le Tableau 5 figurant aux pages suivantes et dans lequel d'autres informations sont indiquées.

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (N = 47)

Caractéristiques		Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Âge	25 ans et moins	16	34
	Âgée de 26 à 30 ans	25	53,1
	31 ans et plus	6	12,9
Nombre de semaines	32 semaines et moins	26	56,5
	Entre 33 et 35 semaines	12	26,1
	36 semaines et plus	8	17,4
Statut matrimonial	Mariée	3	6,4
	Conjointe de fait	37	78,7
	Célibataire	2	4,3
	Vivant sous le même toit	5	10,6
Degré de scolarité complété	5 ^e secondaire et moins	3	6,4
	DEP ou AEC	7	14,9
	Collégial	19	40,4
	Universitaire	18	38,3
Statut d'emploi	Moins de 30 heures/semaine	3	6,4
	Plus de 31 heures/semaine	44	93,6
Revenu familial annuel moyen	59 999 \$ et moins	16	34
	60 000 \$ et plus	31	66
Expérience d'allaitement antérieure d'un proche	Oui	23	50
	Non	23	50
Problème(s) de santé	Oui	9	19,1
	Non	38	80,9
Problème(s) de santé de grossesse	Oui	4	8,5
	Non	43	91,5
Consommation d'alcool durant la grossesse	Aucun	45	95,7
	Moins que 2 verres/semaine	2	4,3
Consommation de tabac durant la grossesse	Aucun	45	95,7
	Moins de 10 cigarettes/jour	2	4,3

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (N = 47) (suite)

Consommation de drogues durant la grossesse	Non	47	100
Type d'accouchement prévu	Vaginal	45	97,8
	Césarienne	1	2,2
Lieu d'accouchement prévu	Hôpital	45	100
Lieu de résidence	Urbain	24	51,1
	Rural	23	48,9
Sources d'information sur l'allaitement ^a	Rencontres prénatales	17	36,2
	Cours prénataux en ligne	5	10,6
	Sage-femme	3	6,4
	Organismes communautaires	2	4,3
	Marraine d'allaitement	1	2,1
	Infirmière à la clinique	2	4,3
	Site <i>Naître et Grandir</i>	22	46,8
	Livre <i>Mieux vivre avec son enfant</i>	29	61,7
	Réseaux sociaux	15	31,9
Durée prévue du congé de maternité	Moins de 40 semaines	4	8,8
	Entre 40 et 50 semaines	11	24,5
	50 semaines et plus	30	66,7
Méthode prévue pour nourrir son enfant	Allaitement exclusif	35	74,5
	Allaitement mixte	7	14,9
	Lait maternel au biberon (sans mise au sein)	1	2,1
	Colostrum à l'hôpital seulement	2	4,3
	Je ne sais pas	2	4,3

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (N = 47) (suite)

Objectif d'allaitement	Moins de 6 mois	19	45,2
	6 mois	17	40,4
	Plus de 6 mois	6	14,2

Note. L'âge, le nombre de semaines de grossesse, l'expérience d'allaitement d'un proche, le type et le lieu d'accouchement prévu, la durée prévue du congé de maternité et l'objectif d'allaitement présentent des données manquantes.

^a Variable qui n'est pas mutuellement exclusive.

5.1.2 Description des variables psychosociales

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées avec les construits des croyances comportementales, des croyances normatives et des croyances liées aux barrières et aux facteurs facilitants, la perception du contrôle comportemental et l'énoncé portant sur l'intention d'allaiter. Cette analyse a permis de dresser le portrait des variables psychosociales en fonction du niveau d'intensité des réponses obtenues sur les échelles de Likert.

Tout d'abord, selon la moyenne des réponses obtenues pour les cinq croyances comportementales ($M = 1,36$, $ÉT = 0,40$), cette statistique indique que la moyenne des femmes est en accord avec les avantages cognitifs de l'allaitement maternel. Ensuite, la moyenne obtenue pour les six croyances normatives ($M = 1,13$, $ÉT = 0,21$) indique que selon la perception des participantes, la moyenne des personnes significatives pour elles approuverait totalement si elles allaitaient leur nouveau-né dès sa naissance. La moyenne des réponses de l'énoncé de la perception du contrôle comportemental ($M = 1,53$, $ÉT = 0,55$) et la moyenne des réponses obtenues pour les trois croyances associées aux facteurs facilitants ($M = 1,58$, $ÉT = 0,50$) sont très similaires, signifiant d'une part que la moyenne des femmes est en accord à propos de ces énoncés. D'autre part, cette similarité signifie qu'elles notent pratiquement leur capacité à allaiter au même niveau qu'elles sont en accord avec les facteurs pouvant faciliter leur allaitement. Enfin, la moyenne obtenue pour

le construit de la perception des 15 barrières ($M = 2,38$, $ÉT = 0,45$) signifie que la moyenne des femmes est légèrement plus en accord qu'en désaccord avec le fait qu'elles se sentent capables d'allaiter même si elles perçoivent des barrières à l'allaitement.

En ce qui concerne la recherche de concepts de l'objectification sexuelle liés à l'intention d'allaiter, une analyse des fréquences pour chaque croyance reliée à cette théorie a été opérée. Globalement, les résultats indiquent que les femmes sont presque autant en désaccord (49 %) qu'en accord (51 %) qu'elles se sentent capables d'allaiter même si elles perçoivent des barrières reliées à la sexualité avec le conjoint, les seins et l'exposition en public. Précisément, les femmes sont en accord qu'elles se sentent capables d'allaiter même si elles sont gênées d'exposer une partie de leur corps en public (57,4 %), même si l'allaitement public peut rendre les gens mal à l'aise (52,2 %) ou que leurs seins peuvent ramollir (42,6 %). Il en est pareillement si elles croient que les seins représentent une partie intime pour leur conjoint (17 %), que l'allaitement pourra jouer sur la sexualité dans son couple (25,5 %) ou que ce dernier craigne qu'elles allaitent publiquement (23,4 %). Puis, un bon nombre de femmes (78,7 %) sont en accord qu'allaiter leur permettra de perdre du poids rapidement.

La distribution des réponses pour l'intention d'allaiter ($M = 1,23$, $ÉT = 0,52$) indique que la moyenne des femmes est totalement en accord avec cet énoncé. Précisément, la majorité des femmes sont totalement en accord avec l'intention d'allaiter leur enfant dès sa naissance ($n = 38$, 80,9 %), plutôt en accord ($n = 7$, 14,9 %) et plutôt en désaccord ($n = 2$, 4,3 %) avec cette même intention.

5.2 FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS À L'INTENTION

Cette seconde partie du chapitre expose les résultats de l'analyse de corrélation Spearman et de régression logistique.

5.2.1 Matrice de corrélation entre les facteurs psychosociaux et l'intention

Une analyse de corrélation bilatérale non paramétrique de type Spearman a été réalisée entre l'intention d'allaiter et chacun des facteurs suivants : les croyances comportementales, les croyances normatives, la perception du contrôle comportemental, la perception de barrières à l'allaitement et la perception de facteurs facilitant l'adoption du comportement. Le Tableau 6 présente les résultats de la matrice de corrélation entre ces variables.

Tableau 6

Corrélations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter (N = 47)

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Intention		0,52**	0,15	0,45**	0,28	0,39**
2. Croyances comportementales			0,22	0,32*	0,33*	0,44**
3. Croyances normatives				0,16	0,26	0,18
4. Perception du contrôle comportemental					-0,02	0,05
5. Perception des barrières						0,12
6. Perception des facteurs facilitants						

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

À la lumière des résultats obtenus, il y a trois corrélations significatives ($p < 0,05$) avec l'énoncé de l'intention d'allaiter. D'abord, selon l'interprétation de Cohen (1988) concernant la force de la relation entre les variables (Gray et al., 2017), le construit des croyances comportementales ($r_s = 0,52$, $p = 0,000$) est fortement corrélé à l'intention d'allaiter. Ensuite, la perception du contrôle comportemental ($r_s = 0,45$, $p = 0,002$) ainsi que

la perception des facteurs facilitants ($r_s = 0,39$, $p = 0,007$) sont modérément corrélées avec cette même intention. Toutes ces corrélations sont positives, indiquant que plus une femme a l'intention d'allaiter, plus elle perçoit des avantages (à dimension cognitive) à allaiter, plus elle se sent capable d'allaiter et plus la perception de facteurs facilitant l'adoption du comportement est importante.

5.2.2 Analyse de régression

Une analyse de régression logistique a été effectuée entre la variable dépendante dichotomisée intention d'allaiter et les variables indépendantes dichotomisées que sont les facteurs psychosociaux suivants : les croyances comportementales, les croyances normatives, la perception du contrôle comportemental, la perception des barrières et la perception des facteurs facilitants. Il importe de rappeler que l'analyse de régression dans le but de vérifier la présence d'une variable prédictive de l'intention d'allaiter était exploratoire pour trois raisons. À savoir, en raison du manque de variabilité dans les réponses obtenues de la variable dépendante du modèle, du fait que cette variable n'est pas une variable catégorielle dichotomique en soi, mais plutôt une variable ordinale dichotomisée en deux groupes et en raison de la petite taille d'échantillon ($N = 47$). En effet, la taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir la puissance statistique attendue de 80 % d'un échantillon de 77 participantes. Le Tableau 7 présente les résultats de l'analyse de régression logistique exploratoire.

Tableau 7

Analyse de régression logistique prédisant l'intention d'allaiter

Facteur psychosocial	β	p	Intervalle de confiance 95 %	
			Inférieur	Supérieur
Croyances comportementales	0,197	0,892	0,07	21,2
Croyances normatives	0,197	0,89	0,07	21,2
Perception du contrôle comportemental	37,94	0,996	0,000	
Perception des barrières	19,32	0,997	0,000	
Perception des facteurs facilitants.	20,150	0,997	0,000	

Note. β : Coefficient de régression bêta. p : Seuil de signification $p < 0,05$.

Tel qu'estimé, les résultats de l'analyse de régression sont peu fiables quant à la qualité d'ajustement du modèle en raison du résultat du test de Hosmer et Lemeshow ($X^2=0,000$, $p=1,000$). En effet, les résultats de ce test dépendent de la variable dépendante à l'étude qui est considérée comme la catégorie cible. Ainsi, ce résultat est sans doute expliqué par le peu de variabilité des réponses obtenues pour cet énoncé. D'autres données aberrantes figurent dans l'erreur standard et les résultats ne peuvent être interprétés. Une analyse statistique Wald¹¹ a été expérimentée et les résultats improbables obtenus renchérissent la conclusion que le modèle de régression opéré n'est pas fiable. À la lumière de ces spécificités, les résultats obtenus empêchent l'identification de facteurs psychosociaux ou croyances pouvant prédire l'intention d'allaiter. Néanmoins, l'aire sous la courbe ROC étant de 0,97 (IC 95 %) indique que la variable dépendante qu'est l'intention d'allaiter a une capacité discriminante presque parfaite entre le groupe qui a une intention forte d'allaiter et le groupe qui a une intention modérée dans le modèle.

5.3 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES ASSOCIEES AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Afin de mieux comprendre le choix d'une femme enceinte d'allaiter ou non son enfant à sa naissance, une analyse de corrélation de type point-biserial a été effectuée entre la mesure de l'intention, la perception du contrôle comportemental, les construits indirects de la TCP et certaines caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon dichotomisées. Ces caractéristiques correspondent aux variables indépendantes secondaires discutées dans la méthode et sont : l'âge de la femme, son statut matrimonial, son degré de scolarité, son revenu familial annuel et sa participation ou non à des rencontres prénatales en groupe au CLSC ou en ligne.

¹¹ Statistique qui permet de vérifier si un construit contribue à mieux prédire la variable dépendante qu'un modèle qui n'inclut pas ce construit.

À la suite de l'analyse de corrélation entre les variables indépendantes secondaires et les variables de la TCP, aucune corrélation significative n'a émergé entre les variables secondaires et l'énoncé de l'intention d'allaiter. Néanmoins, deux corrélations sont significatives entre des variables indépendantes secondaires et des construits de la TCP. Selon l'interprétation de Cohen (1988) et du résultat de corrélation obtenu (Gray et al., 2017), il s'agit de deux corrélations de force moyenne. D'une part, le revenu familial annuel présente un lien significatif et positif avec la perception des barrières ($r_{pb} = 0,31, p = 0,04$), c'est-à-dire que plus le revenu familial est élevé (60 000 \$ et plus par année), plus elle perçoit des barrières à allaiter. D'autre part, une corrélation négative se remarque entre la variable du statut matrimonial et la perception du contrôle comportemental ($r_{pb} = -0,36, p = 0,01$), de sorte que plus une femme est en couple (mariée ou conjointe de fait), plus elle se sent capable d'allaiter.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Ce dernier chapitre porte essentiellement sur l'interprétation des résultats de ce projet de recherche au regard des connaissances scientifiques actuelles sur l'intention d'allaiter des femmes primipares. L'objectif de cette recherche visait à répondre des taux d'allaitement préoccupants de la région de Chaudière-Appalaches en explorant les facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques associés à l'intention d'allaiter des femmes enceintes de cette région. Pour y parvenir, le modèle de la TCP et la théorie de l'objectification sexuelle des femmes ont été employés. Ce chapitre est divisé en trois sections. La première discute des résultats entourant l'intention d'allaiter en fonction des caractéristiques de l'échantillon, des facteurs associés à l'intention d'allaiter ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes associées aux facteurs psychosociaux. La deuxième section suggère des recommandations pour la pratique infirmière et la recherche découlant des résultats obtenus et la troisième section expose les forces et les limites de l'étude.

6.1 L'INTENTION D'ALLAITER

Dans la présente étude, l'allaitement exclusif était la méthode prévue pour nourrir leur enfant à naître pour 74,5 % des cas participantes. Cette intention est plus faible que le taux d'initiation à l'allaitement des femmes québécoises qui se situait à 89,3 % pour la même période (Statistique Canada, 2021). Par ailleurs, les résultats obtenus de l'étude de McMillan et al. (2008) au Royaume-Uni stipulaient que l'intention d'allaiter durant la grossesse était significativement liée à l'allaitement à l'hôpital jusqu'à 10 jours. L'étude de Donath et Amir (2003) évoquait que parmi celles ayant l'intention d'allaiter avec un objectif

d'allaitement précis, les deux tiers (66 %) réussissaient à l'atteindre. Considérant ces résultats d'études, il est possible de croire que le taux d'allaitement exclusif au centre hospitalier pour les participantes à l'étude en Chaudière-Appalaches pourrait être plus faible que celui de leur intention. Enfin, les taux d'allaitement exclusif s'atténueraient considérablement au cours des premiers mois chez certaines femmes québécoises notamment parce qu'elles se disent incommodées ou fatiguées par l'allaitement exclusif (Lavoie & Dumitru, 2011). Ainsi, il semblerait que les estimations de Chaudière-Appalaches à partir de cet échantillon de femmes n'atteignent pas les recommandations de l'OMS (2020) en termes d'allaitement à la naissance et d'exclusivité.

6.2 FACTEURS ASSOCIES A L'INTENTION D'ALLAITER

À la suite des analyses effectuées, certains facteurs psychosociaux de la TCP sont associés à l'intention d'allaiter des femmes primipares de Chaudière-Appalaches. À l'inverse, les facteurs sociodémographiques et culturels ne démontrent pas d'association avec l'intention d'allaiter. Dans les prochaines pages, ces associations sont expliquées selon le contexte de cette étude et en fonction du modèle de la TCP. Elles sont aussi comparées avec les résultats des recherches antérieures sur le sujet.

6.2.1 Facteurs psychosociaux

À la suite de l'analyse de corrélation effectuée dans la présente étude, les croyances comportementales, la perception du contrôle comportemental et la perception de facteurs facilitant l'adoption de l'allaitement à la naissance d'un nouveau-né sont les facteurs psychosociaux associés à l'intention d'allaiter chez les femmes de notre échantillon. Tout d'abord, le construit des croyances comportementales est celui qui est le plus fortement associé à leur intention d'allaiter. De sorte que, plus une femme perçoit des avantages à allaiter, plus elle a l'intention d'allaiter. Rappelons que le construit des croyances comportementales s'avère être le facteur indirect de l'attitude selon la TCP. Les statistiques descriptives ont montré que la majorité des participantes sont totalement en accord avec les

avantages cognitifs de l'allaitement. Ce résultat indique donc que les croyances comportementales sont considérées comme le point culminant des facteurs qui influencent leur intention d'allaiter. Selon la TCP, cette perception positive des avantages cognitifs influencerait l'attitude favorablement envers l'allaitement et pourrait avoir un impact positif sur leur intention d'allaiter. Ce qui concorde avec une étude québécoise où il a été rapporté par des femmes qui ont allaité que le fait de percevoir des avantages à l'allaitement favorisait leur attitude à allaiter et par le fait même, influençait positivement leur choix d'allaiter (Vallée-Ouimet, 2019). Par ailleurs, des femmes québécoises qui perçoivent plus d'avantages à nourrir leur enfant à sa naissance avec des substituts de lait maternel ou qui perçoivent des inconvénients à l'allaitement choisiraient moins d'allaiter (Gionet, 2015; Groleau et al., 2013; Lavoie & Dumitru, 2011). Les avantages à l'égard de l'allaitement dans le questionnaire étaient tous à dimension cognitive et correspondaient à : l'allaitement procurera des bienfaits à mon enfant, favorisera le lien d'attachement entre leur bébé et elle, procurera à mon bébé un lait qui se digère mieux que les préparations commerciales, est un geste naturel et permettra à elle-même de perdre du poids rapidement. Entre autres, le fait d'être concernées par les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant a été véhiculé par certaines femmes québécoises, comme quoi l'allaitement permettait de « donner des anticorps » (Vallée-Ouimet, 2019) et de « donner la santé » (Bayard, 2008). D'ailleurs, les femmes enceintes de Chaudière-Appalaches sembleraient se soucier du bien-être de leur enfant à naître lorsqu'elles réfléchissent à la façon dont elles les alimenteront puisque trois énoncés sur les cinq du construit constituaient un avantage de l'allaitement pour celui-ci. Ceci rejoint l'étude québécoise de Bayard (2008) qui rapportait que la prise de décision d'allaiter était notamment motivée par les besoins de l'enfant. Également, le fait que l'allaitement permet de développer une relation entre la mère et l'enfant a aussi été évoqué par certaines femmes québécoises (Bayard, 2008; Vallée-Ouimet, 2019), tout comme le fait qu'il s'agit d'une fonction du corps et d'une pratique jugées naturelles (Bayard, 2008). Plusieurs études au cours des dernières décennies appuient la relation prédictive entre l'attitude positive et l'intention d'allaiter, et cela, peu importe que les femmes soient jeunes (Dyson et al., 2010) ou non (Cabieses et al., 2014; Emond, 2008; Sovet, 2019), d'ethnies différentes (Bai et al.,

2011; Jefferson, 2014) et sans égard à leur situation économique (Kloeblen-Tarver et al., 2002; McMillan et al., 2008). L'attitude positive envers l'allaitement aurait aussi été démontrée plusieurs fois comme étant le construit qui avait le plus grand effet sur l'intention parmi ceux de la TCP (Guo et al., 2016; Kloeblen-Tarver et al., 2002; McMillan et al., 2008; Wambach, 1997), dont particulièrement chez les femmes blanches où les principaux avantages de l'allaitement perçus étaient les énoncés « créer des liens avec le bébé » et « facilité » (Bai et al., 2011). Cependant, aucune étude à notre connaissance n'a identifié les croyances comportementales liées à la formation de l'attitude chez les femmes primipares dans leurs analyses pour nous permettre de comparer nos résultats à cet égard.

Ensuite, la perception du contrôle comportemental est corrélée avec l'intention d'allaiter, signifiant que plus une femme se sent capable d'allaiter, plus elle a l'intention d'allaiter. Cette relation s'harmonise avec les résultats de multiples études portant sur l'intention d'allaiter chez les primipares (Guo et al., 2016; McMillan et al., 2008), les femmes de plus de 20 ans londoniennes (Dyson et al., 2010), les femmes latino-américaines (Bai et al., 2011), malaisiennes (Tengku Ismail et al., 2016) ou de femmes de groupes ethniques différents vivant en Angleterre (Cabieses et al., 2014).

De plus, la perception de certains facteurs ou conditions qui peuvent faciliter leur allaitement chez les femmes québécoises, c'est-à-dire le fait que l'allaitement demande moins de temps de préparation, coûte moins cher et avoir le soutien du conjoint, est aussi associée positivement à l'intention d'allaiter. Cette corrélation signifie que plus une femme enceinte est en accord avec ces éléments facilitant son allaitement, plus elle a l'intention d'allaiter. Aussi, rappelons que la moyenne des réponses obtenues pour l'énoncé de la perception du contrôle comportemental et celle pour la perception des facteurs facilitants sont similaires. À ce propos, il est permis de croire que les femmes enceintes évaluent leur niveau de capacité à allaiter en se basant entre autres sur la perception des facteurs qui pourraient faciliter leur allaitement. Ce résultat rejoint l'association relatée dans le modèle de la TCP selon laquelle la perception de facteurs facilitant l'adoption de l'allaitement augmenterait la perception d'avoir du contrôle sur sa réalisation. Également, la plupart des

femmes de l'échantillon (80 %) ont estimé être totalement en accord avec le fait que le soutien de leur conjoint est une condition qui faciliterait l'allaitement à la naissance. Ceci cadre justement avec les résultats d'études qui rapportaient que le soutien du conjoint était favorable à l'atteinte de l'objectif d'allaitement et forgeait l'intention d'allaiter (Al Namir et al., 2017; de Montigny et al., 2007; Maurice et al., 2020; Rempel & Rempel, 2011). En ce qui a trait aux deux autres facteurs facilitants, des aspects méthodologiques différents rendent la comparaison de ces résultats avec la littérature difficile. D'un côté, la plupart des études ont considéré ces facteurs comme étant des avantages de l'allaitement et non comme des aspects facilitant l'allaitement. D'un autre côté, aucune étude à notre connaissance n'a identifié de facteurs facilitants dans la formation de la perception du contrôle comportemental dans leurs analyses.

À la suite de l'analyse de corrélation effectuée, il n'y a pas d'association significative entre les croyances normatives et l'intention d'allaiter au sein de cet échantillon. Cela signifie que les attentes de l'entourage de ces femmes à l'égard du fait qu'elles devraient ou non allaiter ne semblent pas influencer leur intention d'allaiter, contrairement à une étude qui a évoqué que l'approbation de l'allaitement par le conjoint, la famille proche et les amis était associée au choix de l'allaitement pour des femmes francophones belges, au risque de les décevoir si elles n'allaitaient pas (Sovet, 2019). D'ailleurs, Bai et al. (2011) ont rapporté que la perception des attentes de l'entourage était plus importante chez les groupes de femmes blanches et les Africaines tandis que McMillan et al. (2008) n'ont pas rapporté spécifiquement d'association entre les croyances normatives et l'intention d'allaiter dans leur échantillon de femmes vivant avec des difficultés économiques.

6.2.2 Facteurs culturels

Dans ce projet de recherche, des entretiens de groupe ont permis de faire émerger les croyances saillantes personnelles de six femmes enceintes de Chaudière-Appalaches à propos de l'allaitement. Puis, ces croyances ont été transposées en énoncés dans le questionnaire et ont servi à la mesure des construits indirects : les croyances comportementales, normatives et celles liées au contrôle. Certaines de ces croyances étaient

sous le rapport de l'objectification sexuelle des femmes et ont été intégrées à deux construits indirects de la TCP pour tâcher de connaître l'influence des facteurs socioculturels sur l'intention ou non d'allaiter un nouveau-né dès sa naissance. Un premier énoncé se rapportant à l'objectification sexuelle des femmes a été intégré au construit des croyances comportementales du questionnaire et correspondait à : « *Allaiter mon enfant dès sa naissance me permettra de perdre du poids rapidement.* ». Les autres énoncés liés à l'objectification sexuelle étaient des croyances pouvant être perçues comme des barrières à l'allaitement, ils ont donc été intégrés au construit de la perception des barrières. Ces croyances correspondaient à la gêne entourant l'exposition d'une partie de son corps en public, la représentation des seins comme une partie intime pour le conjoint, le fait que l'allaitement puisse rendre les gens mal à l'aise s'il est pratiqué devant eux ou qu'il puisse interférer dans la sexualité avec le conjoint, que ce dernier craigne que sa conjointe allaite en public et que les seins puissent ramollir. Compte tenu du faible résultat du coefficient alpha de Cronbach pour assurer une consistance interne suffisante pour faire de ces items un construit en soi, il n'a pas été possible de démontrer d'association directe entre les éléments se rapportant spécifiquement à l'objectification sexuelle des femmes de Chaudière-Appalaches et leur intention d'allaiter. En contrepartie, rappelons que l'énoncé « *Allaiter mon enfant dès sa naissance me permettra de perdre du poids rapidement.* » relié au concept de la honte du corps de l'objectification sexuelle était un item qui représentait un avantage dans les croyances comportementales et ce construit a démontré une association forte et positive avec l'intention d'allaiter. Considérant que la majorité des femmes (78,7 %) ont mentionné être en accord qu'allaiter leur enfant à naître leur permettrait de perdre du poids rapidement, il semblerait donc qu'il y ait un lien indirect entre cet avantage cognitif et l'intention d'allaiter. Ceci rejoint les résultats de certaines études auprès de femmes anglaises (Cabieses et al., 2014; Dyson et al., 2010) et belges francophones (Sovet, 2019) qui mentionnaient qu'une des raisons pour lesquelles les femmes avaient choisi d'allaiter est le fait que l'allaitement occasionne une perte de poids. Toutefois, cette raison n'a pas été rapportée dans une récente étude qualitative québécoise comme étant un facteur ayant influencé le choix de l'allaitement des femmes (Vallée-Ouimet, 2019). Ce choix était plutôt

influencé par les perceptions que l'allaitement est bon pour la santé de l'enfant, est simple et pratique. Pourtant, ces femmes présentaient sensiblement le même profil démographique que celui de cette présente étude (formation universitaire, revenu élevé, en couple et âgées de 26 à 40 ans). Cependant, l'échantillon ne comportait que neuf femmes et l'objectif de l'étude qualitative ne correspondait pas à la recherche de facteurs pouvant influencer le choix d'allaiter. En somme, il se peut que le souhait de certaines femmes de respecter les standards de minceur promeut dans la culture des femmes québécoises soit facilité par l'allaitement maternel. Cette hypothèse concorde avec les résultats d'une revue de soixante études de 1995 à 2014 à propos de l'influence du poids sur l'intention d'allaiter (Bever Babendure et al., 2015). L'étude soulignait que les préoccupations en ce qui concerne son poids ou à sa forme influenceraient l'intention d'allaiter des femmes.

Par ailleurs, les statistiques descriptives obtenues pour les items de l'objectification sexuelle intégrés aux barrières perçues démontrent qu'en moyenne, la moitié des femmes de cet échantillon sont concernées par ces barrières. Malgré cela, ces éléments n'ont pas été associés à l'intention d'allaiter des femmes de l'échantillon, ni de façon indirecte. Il se peut que l'absence d'association soit expliquée par la taille restreinte de l'échantillon. Les auteures Johnston-Robledo & Fred (2008) avaient d'ailleurs rapporté cette même constatation avec leur échantillon de femmes vivant sous le seuil du faible revenu. À titre comparatif, Rodgers (2018) évoquait plutôt dans son étude que les femmes qui percevaient des barrières à l'allaitement liées à l'apparence physique présentaient un niveau plus faible d'auto-efficacité envers l'allaitement. Les femmes enceintes de ce projet évalueraient donc favorablement l'impact de l'allaitement pour elles et leur enfant nonobstant les barrières culturelles et sexuelles qu'elles perçoivent. Somme toute, le fait d'avoir intégré les éléments liés à l'objectification sexuelle à l'intérieur des construits indirects de la TCP est une avenue intéressante à considérer au regard de l'allaitement.

6.2.3 Facteurs sociodémographiques

Dans cette étude-ci, aucune des variables indépendantes secondaires (âge élevé, niveau de scolarité élevé, revenu familial annuel élevé, être mariée ou conjointe de fait et

participation à des rencontres prénatales en ligne ou en groupe au CLSC) n'a démontré de corrélation directe avec l'intention d'allaiter. Il est possible que l'homogénéité de l'échantillon soit en cause tout comme il est possible que d'autres éléments influent davantage sur l'intention d'allaiter un enfant dès sa naissance que ces facteurs sociodémographiques. Ce fut d'ailleurs le cas par exemple chez des femmes européennes où l'influence de l'attitude positive était supérieure à l'influence des facteurs démographiques sur l'intention (Scott et al., 2015).

Tout d'abord, contrairement aux résultats de cette étude, une recherche ontarienne a révélé que l'âge élevé de femmes au troisième trimestre de leur grossesse était associé à une plus forte intention d'allaiter (Lutsiv et al., 2013). L'âge élevé a également été associé à l'amorce de l'allaitement chez les femmes québécoises (Girard et al., 2016). Ainsi, il se peut que l'intention des femmes puisse se développer entre autres avec l'âge, à partir de ses expériences et ses connaissances touchant l'allaitement maternel. Dans la présente étude, il est possible de croire que l'âge élevé des femmes vivant en Chaudière-Appalaches ne soit pas corrélé avec l'intention parce qu'elles ont été en contact très tôt avec des interventions de promotion de l'allaitement, expliquant qu'il n'y ait pas de différence visible entre les femmes âgées de moins de 25 ans et celles plus âgées. Une situation qui pourrait d'ailleurs être le résultat de la mise en œuvre de plusieurs programmes promouvant l'allaitement maternel au Québec depuis les années 1980, tel que spécifié dans la section *1.5 Interventions pour favoriser l'allaitement*, de ce mémoire.

Ensuite, Mitra et al. (2004) ont rapporté que celles qui avaient l'intention d'allaiter avaient au moins un niveau de scolarité postsecondaire et Cabieses et al. (2014) ont souligné qu'un niveau de scolarité moins élevé était associé au groupe de participantes qui envisageaient de nourrir leur bébé avec le biberon. Il est possible de croire que la non-significativité du niveau de scolarité élevé sur l'intention dans cette étude pourrait être attribuable aux faits que les femmes vivant en Chaudière-Appalaches sont en mesure de s'informer sur l'allaitement, qu'elles ont les ressources pour le faire et que ces ressources sont appropriées pour toutes les femmes, qu'elles aient un niveau de scolarité élevé ou pas.

D'ailleurs, il avait été recommandé en 2012 dans le rapport de recherche *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec* (Semenic et al.) que le MSSS, les Agences de la santé et des services sociaux régionales et les CSSS mettent en place des moyens novateurs, flexibles et accessibles pour répondre aux besoins de tous les parents québécois en matière d'information en allaitement.

De plus, aucune corrélation n'a émergé entre le fait d'avoir participé à des rencontres prénatales de groupe au CLSC ou en ligne et l'intention d'allaiter. Pourtant, une étude ontarienne rétrospective mentionnait que les femmes de leur étude avaient plus l'intention d'allaiter si elles avaient assisté à des rencontres prénatales (Lutsiv et al., 2013). Ces femmes n'étaient cependant pas toutes primipares. Une autre étude a ressorti qu'une intervention basée selon le modèle de la TCP et portant sur les bienfaits et les obstacles entourant l'allaitement aurait fait augmenter l'intention des femmes américaines d'essayer l'allaitement de 66 % à 73 % (Ross-Cowdery, Lewis, Papic, Corbelli & Schwarz, 2016). Il semble alors juste de croire qu'assister à des rencontres d'éducation à la santé ciblées à partir d'éléments significatifs pour les femmes aurait un impact positif sur l'intention des femmes d'allaiter. Seulement, cette étude ne permet pas de l'affirmer. Considérant qu'un peu plus du tiers des participantes à ce projet disent avoir reçu de l'information à propos de l'allaitement lors des rencontres prénatales de groupe, il se pourrait que les rencontres prénatales en Chaudière-Appalaches ne soient pas suffisamment axées sur les croyances comportementales des femmes à l'égard de l'allaitement maternel pour avoir un effet positif sur leur intention d'allaiter. En ce sens, un article ontarien paru dans une revue de soins infirmiers mentionnait que peu de femmes canadiennes assistaient aux rencontres prénatales et encore moins les pères (Moreau, Polomeno, de Pierrepont, Tourigny & Ranger, 2015). Les raisons invoquées étaient la perception que ces rencontres ne sont pas utiles, que les parents n'ont pas d'intérêt pour de l'information prénatale, qu'un manque de sensibilité culturelle est noté dans le contenu et que ce contenu n'est pas adapté aux conjoints.

Le revenu familial annuel élevé (60 000 \$ et plus par année) n'a également pas démontré d'association significative avec l'intention d'allaiter proprement dite contrairement à l'étude de Mitra et al. (2004). Les auteurs Lutsiv et al. (2013) ont aussi rapporté une influence entre le revenu élevé et l'intention d'allaiter. Toutefois, ils ont comparé des revenus annuels familiaux différents de la présente étude, à l'effet que les femmes ayant un revenu élevé (72 983 \$) avaient plus l'intention d'allaiter que celles avec un revenu plus faible (66 206 \$). Selon ces auteurs et leurs écrits recensés, qu'il soit significatif ou non, le revenu demeurerait peu concluant avec l'intention d'allaiter. L'étude québécoise de Couture (2013) avait tout de même souligné que les femmes ayant un revenu annuel familial de plus de 55 000 \$ par année avaient plus de chances d'allaiter.

Enfin, le fait d'être en couple (mariée ou conjointe de fait) n'a également pas démontré d'association avec l'intention d'allaiter. D'ailleurs, aucune étude recensée n'a précisément rapporté une telle association. Toujours est-il que des auteurs ont souligné qu'être célibataire ou ne pas vivre avec le conjoint était associé à l'intention de nourrir son nouveau-né avec des substituts de lait maternel (Cabieses et al., 2014).

Selon le modèle théorique d'Ajzen (1991), ces caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont considérées comme des variables externes pouvant avoir une influence sur les facteurs indirects des construits psychosociaux, qui eux-mêmes forgent l'intention. À la lumière de ce modèle, il n'est donc pas étonnant qu'aucune de ces variables n'ait été associée directement à l'intention. Aussi, ces variables externes peuvent influencer directement le comportement même (Ajzen, 1991). Dans cette étude, le comportement d'allaitement n'a pas été mesuré au moment de la naissance de l'enfant, il n'est donc pas possible de corroborer l'influence des facteurs sociodémographiques et cliniques sur ce comportement. Néanmoins, l'analyse de corrélation effectuée a démontré deux associations entre ces variables externes que sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes et les facteurs psychosociaux. Il s'agit d'associations qui rejoignent davantage les relations dans le modèle de la TCP. La discussion de ces résultats figure à la section qui suit.

6.3 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES ASSOCIEES AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Dans la perspective d'élargir l'état des connaissances concernant les variables associées à l'intention d'allaiter, l'analyse de corrélation opérée a révélé deux corrélations significatives entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes et les facteurs psychosociaux de la TCP.

Une première corrélation a émergé entre le revenu annuel familial élevé et la perception des barrières. De telle façon qu'en présence d'un revenu familial élevé (60 000 \$ et plus par année), les participantes perçoivent plus de barrières à l'allaitement, bien que la majorité des femmes de l'échantillon soient en accord qu'elles se sentent capables d'allaiter malgré ces barrières, comme en témoigne la moyenne des réponses du construit. Ce résultat semble aller à l'encontre de ce qui a été rapporté par Mitra et al. (2004), comme quoi les femmes ayant un revenu élevé percevaient moins de barrières à l'allaitement. Une autre étude similaire évoquait que le revenu élevé était associé à un sentiment d'auto-efficacité élevé (Leahy-Warren et al., 2014), un concept comparable à la capacité perçue à réaliser un comportement malgré la présence de barrières d'Ajzen (1991). Également, quelques études rapportaient l'association entre le revenu élevé et l'allaitement à la naissance (Girard et al., 2016). Pourtant, à notre connaissance, très peu l'ont étudié avec la perception des barrières à l'allaitement puisqu'entre autres le modèle de la TCP ne suggère pas une telle analyse. La corrélation obtenue entre le revenu annuel familial élevé et la perception des barrières peut être expliquée du point de vue de la pratique et de la méthode. Du point de vue de la pratique, il est possible de remarquer selon les fréquences des réponses obtenues que la majorité des femmes primipares vivant en Chaudière-Appalaches perçoivent des barrières à l'allaitement. Surtout, empêcher la consommation d'alcool, retarder le retour au travail, croire que le conjoint se sentira à part ou que les seins représentent une partie intime pour ce dernier et que l'allaitement peut jouer sur la sexualité avec leur conjoint. Cependant, attendu que presque la totalité des participantes occupe un emploi de plus de 31 heures par

semaine et les deux tiers des participantes ont un revenu familial élevé, il se peut que le fait de bien gagner sa vie pour ces femmes ou d'être indépendantes financièrement puisse leur donner du pouvoir à surmonter certaines barrières perçues à allaiter leur nouveau-né. Du point de vue de la méthode, entre 25 % et 75 % de la dispersion du construit de la perception des barrières se situe entre *plutôt en accord* et *plutôt en désaccord*, que les femmes aient un revenu familial annuel inférieur ou supérieur à 60 000 dollars par année. Ce qui conséquemment expose qu'en dépit du seuil de revenu, les femmes perçoivent pratiquement le même niveau de barrières. Par la suite, la taille minimale doit être de 20 observations par variable lors d'une corrélation point-biserial pour assurer un résultat de corrélation fiable. Étant donné que le nombre de femmes ayant un revenu annuel de 59 999 \$ et moins par année n'est que de 16, un manque de variance dans les données pourrait expliquer le résultat de corrélation obtenu. Puis, cette corrélation a été déterminée après un seul temps de mesure, il est donc difficile de conclure statistiquement ce résultat, tout en tenant compte des limites de l'étude.

Une deuxième corrélation significative a ressorti entre le statut matrimonial et la perception du contrôle comportemental. Ainsi, lorsque les femmes sont en couple (mariées ou conjointes de fait), la perception d'être capable d'allaiter est renforcée. Ce qui par le fait même favoriserait leur intention d'allaiter, puisque leur perception du contrôle comportemental est associée à l'intention d'allaiter. Cependant, aucune étude recensée ayant eu recours à la perception du contrôle comportemental pour comprendre l'allaitement n'a effectué d'analyse de corrélation avec cette variable. Selon l'étude de Dégrange et al. (2015), les femmes présentant un sentiment d'auto-efficacité élevé envers l'allaitement avaient certaines caractéristiques communes, dont celle d'être mariée. Seulement, ces auteurs n'avaient pas été en mesure d'expliquer cette relation. En ce sens, d'autres études devraient être tenues afin d'approfondir l'effet positif qu'apporte le statut matrimonial sur la perception d'être capable d'allaiter. Rappelons du moins que le statut matrimonial a maintes fois été associé à l'intention d'allaiter et à l'allaitement à la naissance tel que spécifié dans la recension des écrits de ce mémoire.

En réponse à la question de recherche, les croyances comportementales à l'égard de l'allaitement constituent la variable la plus fortement corrélée à l'intention d'allaiter leur enfant dès sa naissance, suivie de la perception du contrôle comportemental et des facteurs facilitants.

6.4 RECOMMANDATIONS

Cette présente section énonce les recommandations en ce qui concerne deux domaines de la pratique en soins infirmiers : la pratique clinique et la recherche.

6.4.1 Recommandations pour la pratique infirmière

Puisque les suivis de grossesse sans particularité se font de plus en plus par les infirmières cliniciennes et infirmières praticiennes en première ligne au Québec (OIIQ, 2015), que l'infirmière est habilitée à dispenser des rencontres prénatales aux futurs parents et étant donné la place privilégiée qu'a l'infirmière lors du suivi postnatal de l'accouchée et du nouveau-né jusqu'à 18 mois pour la vaccination de l'enfant, il est estimé que les infirmières en périnatalité sont les mieux placées pour promouvoir ou sensibiliser au choix de l'allaitement. En effet, il s'agit de moments privilégiés entre les infirmières et les femmes enceintes où l'allaitement maternel et les différentes formes d'alimentation pourraient être discutés. Ainsi, il est permis de croire que les femmes vivant dans cette région qui auraient reçu du soutien et de l'information par des infirmières qualifiées en période seraient plus disposées à allaiter et à maintenir cette pratique.

Respectant que l'intention d'allaiter en période prénatale soit liée à de meilleurs taux d'allaitement à l'hôpital (McMillan et al., 2008), que l'intention d'allaiter surpasse l'influence des facteurs démographiques sur l'allaitement (Donath & Amir, 2003) et qu'en Chaudière-Appalaches, les femmes déterminées à allaiter ont plus de chances d'allaiter jusqu'à trois mois (Ferland, 2011), il serait judicieux de sensibiliser les femmes enceintes à l'allaitement maternel au moment où le choix du type d'alimentation pour le nouveau-né se

forge. C'est d'ailleurs pourquoi l'OMS et l'UNICEF ont choisi la sensibilisation à l'allaitement maternel comme une des dix conditions pour le succès de l'allaitement, en plus d'être un critère pour l'obtention du titre Amis des bébés. À l'issue des résultats obtenus dans cette étude, diverses stratégies de promotion et soutien s'offrent aux infirmières. Pour y parvenir, il serait pertinent que les infirmières profitent d'abord des rencontres prénatales de groupe pour discuter de l'allaitement avec les femmes enceintes et leur conjoint, comme le suggèrent Yang et Seo (2013). En effet, la participation à des cours prénataux serait significativement associée à une durée d'allaitement plus longue chez les Québécoises (Groleau et al., 2013) et le fait de ne pas y avoir assisté serait associé à une faible intention d'allaiter en Ontario (Lutsiv et al., 2013). Tout de même, près de la moitié des participantes à la présente étude (46,8 %) ont mentionné que les rencontres prénatales, en présence ou en ligne, étaient une source d'information en allaitement. Il s'agirait donc d'une opportunité de plus à saisir par les infirmières pour promouvoir l'allaitement. En appui à cette recommandation, une recherche quasi expérimentale visant à évaluer l'effet d'une intervention infirmière en promotion de l'allaitement sur l'intention d'allaiter aurait réussi à démontrer que les femmes présentaient une attitude plus positive à l'égard de l'allaitement à la suite de l'intervention éducative (Emond, 2008). En outre, une étude en 2016 rapportait qu'une intervention de cinq minutes basée sur les bienfaits de l'allaitement maternel ajoutée à une rencontre prénatale sur les méthodes d'alimentation pour le nouveau-né était associée significativement à une augmentation des réponses en faveur de l'intention d'allaiter (Ross-Cowdery et al.). Qui plus est, du fait que l'intention d'allaiter des femmes peut changer au cours des six premiers mois de vie de l'enfant (Tengku Ismail et al., 2016), nous estimons qu'il serait tout aussi pertinent d'offrir un soutien adéquat durant la période postnatale (Hannula et al., 2008; Khanal, Scott, Lee, Karkee & Binns, 2015; Sudfeld et al., 2012).

Près de la moitié des femmes de l'échantillon ont mentionné qu'elles avaient obtenu de l'information sur l'allaitement via Internet et le tiers via les réseaux sociaux. Du moins, pour les femmes blanches, éduquées et vivant avec un revenu moyen, il pourrait alors être pertinent de promouvoir l'allaitement maternel en Chaudière-Appalaches en utilisant différents médias sociaux. Des ressources éducatives facilement accessibles en ligne par

toutes seraient aussi une valeur ajoutée à la promotion de l'allaitement, tel que suggéré dans des études (Jefferson, 2014; Semenic et al., 2012; Zhang et al., 2013).

La TCP pourrait être utilisée comme assise aux différentes interventions infirmières conformément à son caractère prédictif avec l'allaitement maternel. Intégrer les éléments se rapportant à l'objectification sexuelle dans les interventions en tant qu'avantages ou barrières à l'allaitement à travers les construits de la TCP serait sans aucun doute judicieux pour considérer l'impact culturel et les rapports de sexe sur le choix de l'allaitement. Dans un objectif de promotion ciblée, il serait important de tenir compte des facteurs associés à l'intention d'allaiter de cette étude. Ainsi, les infirmières pourraient miser sur le développement des croyances comportementales cognitives des femmes enceintes envers l'allaitement et le renforcement de leur perception d'être capable d'allaiter notamment par le biais des facteurs pouvant faciliter leur allaitement. Des précisions sont apportées à ces recommandations.

D'abord, vu que les résultats de cette étude démontrent que les croyances comportementales des femmes sont fortement associées à l'intention d'allaiter, renforcer ces croyances par rapport à l'allaitement pourrait définir l'attitude des femmes envers l'allaitement. Par la suite, cette attitude plus favorable à l'allaitement pourrait forger l'intention de celles qui souhaitent allaiter dans l'objectif d'avoir une portée positive sur la poursuite de l'allaitement maternel (Ferland, 2011). Pour s'y faire, il serait intéressant que les infirmières fassent verbaliser les femmes à propos des avantages et inconvénients qu'elles perçoivent vis-à-vis l'allaitement. Également, il s'agirait de consolider les connaissances quant aux bienfaits de l'allaitement envers la mère allaitante et l'enfant, tel que l'OMS et l'UNICEF (2003) le suggèrent. En plus, de faire mention des conséquences positives de l'allaitement, telles que sa pratique favorise le lien d'attachement entre la mère et son bébé et la perte de poids de l'accouchée et que le lait maternel se digère mieux par le bébé que les substituts de lait.

Ensuite, comme la perception du contrôle comportemental et la perception des facteurs facilitants sont aussi associées à l'intention d'allaiter, il serait pertinent de favoriser

la réflexion des futures mères entourant les facteurs qui pourraient contribuer à l'atteinte de leur objectif d'allaitement. Une intervention de ce genre aurait pour effet d'augmenter leur niveau de capacité perçue à allaiter. Relativement à la présente étude, les facteurs ou conditions facilitant l'allaitement abordés par les infirmières pourraient être le coût moins élevé associé à l'allaitement maternel, le fait que l'allaitement demande moins de temps de préparation et le soutien du conjoint. Particulièrement, il serait important d'intégrer le conjoint dans toutes les interventions infirmières puisque le soutien de celui-ci envers l'allaitement serait perçue comme un facteur facilitant l'allaitement maternel par des femmes québécoises. En ce sens, il serait intéressant que les couples soient encouragés à travailler en équipe et à être complémentaire tel que Rempel et Moore (2017) proposent, de même qu'il serait intéressant que les pères soient encadrés pour offrir du soutien à leur femme en fonction des besoins éprouvés de celle-ci (Semenic et al., 2012).

Dans le cadre de ces interventions infirmières, il ne faudrait pas omettre que certaines femmes semblent concernées par la sexualisation des seins et l'allaitement. Alors, le contexte culturel dans lequel vivent les femmes devrait être considéré dans l'approche des infirmières (Vallée-Ouimet, 2019). Par exemple, en tentant de créer une culture approuvant l'allaitement en public durant cette période clé qu'est la grossesse (Edwards et al., 2018). Les infirmières pourraient agir en tant qu'agentes de changement en promotion de l'allaitement en adoptant une perspective de soin orientée sur le contexte culturel de l'allaitement. D'ailleurs, selon les Standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité de l'OIIQ (2015), l'infirmière en périnatalité doit être respectueuse et réceptive de la situation de vie des membres de chaque famille, de leur vécu et de leurs déterminants de santé. Elle doit également adopter un rôle-conseil auprès des femmes en soutien dans leur décision et faire preuve d'ouverture envers leur choix d'alimentation. En ce sens, Bayard et Chouinard (2014) mentionnaient que la promotion de l'allaitement au Québec ne devait pas seulement être axée sur la santé de l'enfant en vue de favoriser l'adoption de l'allaitement, mais aussi d'être centrée sur les besoins et les réalités des parents. Par ailleurs, il serait intéressant que les infirmières dépistent les femmes qui semblent se soucier du regard ou de l'opinion des autres sur l'allaitement afin de discuter de

leur perception de l'apparence physique et des pressions sociales à l'égard de l'allaitement (Toledo & Cianelli, 2019).

6.4.2 Recommandations pour la recherche

À la lumière des résultats de cette recherche, les croyances comportementales, la perception du contrôle comportemental et la perception de facteurs facilitant l'allaitement des femmes au Québec en période prénatale sont identifiées comme étant des facteurs associés à l'intention d'allaiter. Nous remarquons aussi à travers les écrits recensés que différents éléments reliés à l'objectification sexuelle sont ressentis, occasionnellement sous forme de barrières à l'allaitement, chez certaines femmes vivant en Amérique (Groleau et al., 2013; Johnston-Robledo et al., 2007; Vallée-Ouimet, 2019). Cependant, ces éléments demeurent peu étudiés. En intégrant les concepts de l'objectification sexuelle sous forme de barrières à travers les croyances liées au contrôle de la TCP, d'autres études pourraient être menées chez les femmes québécoises pour mieux comprendre leur lien avec l'allaitement. À ce sujet, un échantillon plus grand de femmes et de statuts sociodémographiques variés pourrait permettre des comparaisons entre les différents groupes, tel que proposé précédemment dans une analyse de concepts concernant l'auto-objectification sexuelle en contexte d'allaitement (Toledo & Cianelli, 2019). Également, l'étude de l'influence de l'objectification sexuelle sur tout le comportement de l'allaitement, tel que sa poursuite et son exclusivité, s'avérerait pertinente.

À notre connaissance au Québec, aucune formule de rencontres prénatales ou d'ateliers d'éducation à la santé regroupant les éléments associés à l'intention d'allaiter dans le cadre de cette étude n'est offerte pour les femmes enceintes actuellement. De ce fait, il serait pertinent d'évaluer l'efficacité d'une intervention éducative sur l'intention d'allaiter en Chaudière-Appalaches. L'objectif d'une telle intervention pourrait être de renforcer l'intention d'allaiter tel que Meedy et al. (2010) l'ont suggéré, puisque cette variable serait le facteur le plus prédictif de l'amorce de l'allaitement et de sa poursuite. Cette intervention serait destinée aux femmes enceintes, à leur conjoint et possiblement à leur entourage significatif. L'intervention pourrait être basée sur les facteurs psychosociaux reconnus

comme des facteurs d'influence à l'intention de choisir l'allaitement, dont les croyances comportementales, la perception du contrôle comportemental dans lesquels les concepts de l'objectification sexuelle seraient intégrés et les facteurs facilitants. Les éléments se rapportant à l'objectification sexuelle pourraient être la sexualisation des seins, l'image du corps des femmes, l'allaitement en public et l'interférence dans la sexualité du couple. À cet égard, Michie et al. (2011) ont développé une taxonomie de techniques d'intervention basées sur des déterminants de comportements.

6.5 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

6.5.1 Forces de l'étude

Les principales forces de l'étude sont certainement l'utilisation de la théorie de l'objectification sexuelle des femmes à l'endroit de l'allaitement maternel au Québec et l'intégration de ses concepts en énoncés à l'intérieur des construits existants de la TCP. L'ajout d'éléments dans certains construits indirects lors de l'étude d'un phénomène avec la TCP n'est pas nouveau, mais l'intégration d'items reliés à l'objectification sexuelle est particulièrement originale. Une autre force de cette recherche est que les éléments qui ont été ajoutés sont ceux qui ont été exprimés par des femmes enceintes québécoises à partir d'entrevues qualitatives auprès de la population cible. Ces entrevues ont fait ressortir les croyances saillantes spécifiques en Chaudière-Appalaches qui ont permis l'élaboration d'un instrument de mesure adapté à la réalité de ces femmes. D'éventuelles recherches sur l'allaitement au Québec pourraient s'inspirer de cette démarche. Également, la méthode de ce projet a servi à comprendre l'allaitement au Québec avec une perspective orientée sur ce qui influence l'intention d'allaiter plutôt qu'au comportement d'allaitement, comme il a été question dans le recensement de Statistique Canada en 2018 (2021). Enfin, la population à l'étude comprenait un échantillon de femmes avec un niveau de scolarité et un revenu passablement élevé. Ceci a permis d'étudier l'influence de l'objectification sexuelle sur l'allaitement sur un groupe différent de femmes des études antérieures réalisées sur le sujet

(Johnston-Robledo & Fred, 2008; Johnston-Robledo et al., 2007), c'est-à-dire de jeunes femmes et celles vivant en contexte de pauvreté.

6.5.2 Limites de l'étude

Cette étude contient certaines limites reliées au développement de l'instrument de mesure, notamment se rapportant à l'ajout de l'objectification sexuelle. D'autres limites sont reliées à la méthode de recrutement de l'étude et aux caractéristiques de l'échantillon.

Tout d'abord, un instrument de mesure a été créé spécifiquement pour ce projet en s'inspirant de la TCP et de ceux qui ont été faits antérieurement sur le sujet (McMillan et al., 2008; Wambach, 1997). Il a été développé en deux étapes et certaines limites s'avèrent présentes dans chacune des étapes. Avant tout, lors des entretiens individuels et de groupe focalisés, il aurait été préférable que la taille d'échantillon soit d'une vingtaine de participantes par sous-groupe (Ajzen & Fishbein, 1980; Godin, 2012) et de caractéristiques sociodémographiques et cliniques diverses. Par exemple, en incluant celles qui sont isolées socialement, vivant en milieux défavorisés ou peu scolarisées. D'autres croyances saillantes auraient alors pu émerger de la discussion et l'ajout des items de l'objectification sexuelle à travers la TCP aurait peut-être démontré plus de significativité avec l'intention d'allaiter des participantes. Lors de l'élaboration du questionnaire quantitatif, sachant que les résultats des construits présentent peu de variabilité, il aurait été préférable qu'ils soient mesurés en cinq ou sept points sur une échelle de Likert plutôt qu'en quatre points pour apporter plus de nuance dans les résultats. L'analyse des données selon la TCP est conséquemment plus difficile. En comparaison, Bai et al. (2011) ont mesuré tous leurs construits avec des échelles Likert en sept points et obtiennent pour l'intention un coefficient alpha de 0,99 et de 0,90 pour la perception du contrôle comportemental. Cependant, le choix d'une échelle graduée en quatre points dans la présente étude est basé sur le fait que la population cible, celle de Chaudière-Appalaches, vit dans certaines MRC où des caractéristiques de vulnérabilité sont présentes dans les familles. Ainsi, le nombre d'options de réponses moins élevé rend la participante en mesure de distinguer sa pensée plus facilement à travers les choix proposés (Gagné & Godin, 1999). De plus, le nombre d'énoncés pour mesurer

l'intention et la perception du contrôle comportemental aurait dû être d'au moins trois énoncés pour présenter une meilleure cohérence interne. En comparaison, McMillan et al. (2008) ont mesuré l'intention avec cinq énoncés et les auteurs obtiennent une cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach très élevé (0,96). Il aurait été aussi pertinent d'inclure les autres construits directs de la TCP, c'est-à-dire celui de l'attitude et de la norme subjective. Leur intégration au questionnaire aurait permis de comprendre davantage les facteurs d'influence du comportement de l'allaitement maternel chez les participantes et non seulement les croyances sous-jacentes à la formation de ces construits directs. Cependant, par souci de restreindre la durée de la participation, le nombre d'énoncés dans le questionnaire avait été réduit. Seules les croyances ont donc été mesurées dans l'optique de préciser le contenu d'interventions infirmières visant à changer les construits directs de l'intention d'allaiter, tel que suggéré par Ajzen (1991). Par ailleurs, un prétest du questionnaire a été fait par quelques femmes enceintes avant la distribution des questionnaires pour assurer la compréhension des questions et pour connaître le temps de réponse. En revanche, d'autres démarches de validation auraient été nécessaires auprès d'experts en mesure et évaluation d'instruments de mesure en lien avec la TCP. Qui plus est, il aurait été intéressant de distribuer le questionnaire au premier trimestre et de vérifier si la place de l'objectification sexuelle dans l'esprit des participantes aurait été différente qu'au troisième trimestre. Les recherches concernant l'objectification sexuelle et l'allaitement maternel sont en nombre limité dans la littérature, tout comme l'utilisation de la théorie de l'objectification sexuelle dans le domaine des sciences infirmières est précaire (Toledo & Cianelli, 2019). Il se peut qu'au moment où cette recherche a été définie, la compréhension de l'objectification sexuelle des femmes en contexte d'allaitement ait été mal comprise ou mesurée incorrectement. Toledo & Cianelli (2019) ont justement défini et expliqué les éléments se rapportant à l'auto-objectification sexuelle lorsque perçue en situation d'allaitement maternel. Il serait donc intéressant d'interpréter les croyances saillantes liées à l'objectification sexuelle au regard des résultats de cette analyse lors d'une prochaine étude sur le sujet. Pour finir, il se peut que certains construits puissent avoir subi

une erreur de mesure (le contenu des descripteurs de l'échelle de mesure ou la formulation des énoncés), expliquant les résultats obtenus de l'étude.

Par la suite, il est possible qu'il se soit glissé un biais lors du recrutement des participantes à l'étude. Étant donné que l'échantillon de femmes est relativement homogène, il importe de se questionner si le projet s'est adressé davantage à une clientèle scolarisée et plutôt nantie. Aussi, est-ce que le peu de variabilité dans les réponses obtenues est attribuable à un biais de recherche de sorte que seules les femmes ayant l'intention d'allaiter ou favorables à l'allaitement se sont senties interpellées par la recherche, ou si les participantes auraient eu tendance à répondre de façon socialement acceptable ? Il est difficile de répondre à ces interrogations et d'expliquer l'homogénéité de l'échantillon puisqu'aucun des formulaires énonçant les refus de participation n'a été retourné à l'étudiante-chercheuse. À cet effet, pour éviter que ces biais liés au recrutement se produisent, les personnes responsables du recrutement devaient présenter ce projet à toutes les femmes, qu'elles aient ou non l'intention d'allaiter. Aussi, la plupart des participantes avaient de façon générale une attitude positive à l'égard de l'allaitement, avaient l'intention d'allaiter, étaient scolarisées et possédaient un revenu familial élevé. Il s'avère donc impossible de généraliser ces résultats à toute la population de femmes vivant en Chaudière-Appalaches, par exemple les femmes peu scolarisées, les femmes monoparentales ou vivant avec un faible revenu. Également, une taille d'échantillon plus grande telle que souhaitée dans la méthode aurait permis de dresser un portrait plus juste de l'intention d'allaiter en Chaudière-Appalaches et de réaliser l'analyse de régression. Cette analyse aurait pu préciser les éléments prédictifs de l'intention d'allaiter concernant les croyances de la TCP et celles de l'objectification sexuelle des femmes. En somme, il serait astucieux pour d'éventuelles recherches sur le sujet d'opter pour une autre procédure de recrutement que par le biais des cliniques de grossesse pour augmenter la taille de l'échantillon et la représentativité de la population cible avec un échantillon hétérogène. À titre de suggestions, le recrutement pourrait se faire lors des rencontres prénatales de groupe ou auprès de différents organismes communautaires.

CONCLUSION GÉNÉRALE

À notre connaissance, cette recherche est la première en ce qui a trait à l'étude de l'intention d'allaiter selon le cadre théorique du comportement planifié en considérant l'influence possible de l'objectification sexuelle dans le processus de réflexion des femmes enceintes du Québec à allaiter ou non leur bébé à naître. Nous souhaitions connaître si des associations entre les facteurs psychosociaux, culturels et sociodémographiques des femmes et l'intention d'allaiter existaient, pour mieux comprendre la décision des femmes d'allaiter leur enfant à sa naissance. Un devis descriptif corrélationnel a été utilisé afin d'y répondre. En somme, les relations résultant des analyses effectuées démontrent que certains construits directs et indirects de la théorie du comportement planifié sont pertinents dans l'étude de l'intention d'allaiter en Chaudière-Appalaches. La plupart des participantes ont une intention élevée d'allaiter leur nouveau-né à sa naissance. D'ailleurs, les croyances comportementales considérées dans la formation de l'attitude correspondent au construit qui est le plus fortement associé à l'intention d'allaiter chez ces primipares. Ainsi, plus une femme perçoit des avantages cognitifs à l'égard de l'allaitement, plus l'intention d'allaiter son enfant à sa naissance est forte. L'énoncé de la perte de poids plus rapide pour les femmes qui allaitent se rapportant au concept de la honte de son corps de l'objectification sexuelle est par ailleurs perçu comme un des avantages à l'allaitement. Il est donc indirectement relié à l'intention d'allaiter puisqu'il s'agit d'une croyance comportementale. La perception du contrôle comportemental et la perception de facteurs facilitant l'allaitement sont aussi associées à l'intention d'allaiter. Alors, plus une femme se sent capable d'allaiter et perçoit des facilitants à allaiter, plus elle a l'intention d'allaiter. À la lumière de cette étude, les énoncés rattachés à l'objectification sexuelle sont parfois perçus comme des barrières à l'allaitement, sans pour autant influencer l'intention d'allaiter de ces femmes. Certaines limites reliées à l'élaboration de l'instrument de mesure, à la clarté

entourant l'utilisation de l'objectification sexuelle par rapport à l'allaitement ainsi qu'à la taille et la nature de l'échantillon sont notamment des raisons pouvant expliquer les résultats obtenus et l'impossibilité de réaliser l'analyse de régression souhaitée.

Dans l'espérance de voir un réel effet sur les taux d'allaitement en Chaudière-Appalaches de même que pour atteindre les recommandations de l'OMS, des interventions éducatives dispensées par les infirmières pourraient être ajustées avec le soutien des instances dirigeantes en santé publique en y ciblant les facteurs d'influence identifiés dans la présente étude. Ces programmes du domaine infirmier seraient adaptés à l'expérience vécue par les mères pendant l'allaitement, empreints d'écoute et de respect et basés sur leurs croyances entourant l'allaitement maternel. Pour la recherche, comprendre la réflexion entourant la décision de certaines femmes d'allaiter leur enfant ou non est complexe puisque plusieurs éléments psychosociaux et culturels entrent en jeu. L'utilisation des éléments se rapportant à l'objectification sexuelle est intéressante pour la compréhension de l'intention d'allaiter dès la naissance de l'enfant, elle pourrait même l'être pour la compréhension de la poursuite et l'exclusivité de l'allaitement. D'autres études devraient intégrer l'objectification sexuelle à travers les déterminants de l'intention d'allaiter afin de mieux définir l'influence de la culture sociale québécoise sur l'allaitement.

ANNEXE I
DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET
RECOMMANDATIONS CANADIENNES



PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, puis continuer jusqu'à ce que le bébé ait deux ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés.

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) ¹
CONDITION 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Se conformer entièrement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé; b. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et la porter systématiquement à la connaissance du personnel soignant et des parents; c. Mettre sur pied des systèmes de gestion de données et de surveillance continue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les employés, professionnels de la santé et des bénévoles.
CONDITION 2	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le personnel soignant possède des connaissances, compétences et habiletés suffisantes pour soutenir l'allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que tous les employés, les professionnels de la santé et les bénévoles ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'alimentation de l'enfant.
CONDITION 3	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de l'importance de l'allaitement, et de sa gestion, avec les femmes enceintes et leur famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.
CONDITION 4	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un contact peau contre peau immédiat et ininterrompu, et assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Placer les bébés en contact peau contre peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, reproduit avec la permission du ministre de la Santé, 2019. Ou : ISBN 978-0-662-92129-9. Pub. 13-0273





**PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR
L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION
CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR
LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017)¹
CONDITION 5	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein et continuent de le faire, et les aider à résoudre toutes difficultés qui se présentent. 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.
CONDITION 6	<ul style="list-style-type: none"> Ne donner, aux nouveau-nés qui allaitent au sein, aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les mères à allaiter exclusivement pour les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.
CONDITION 7	<ul style="list-style-type: none"> Permettre aux mères et à leur nourrisson de demeurer ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24. 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter la cohabitation sur 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés: mères et bébés restent ensemble.
CONDITION 8	<ul style="list-style-type: none"> Aider les mères à reconnaître les signaux du nourrisson pour s'alimenter et à y répondre adéquatement. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager l'allaitement en réponse aux signaux du bébé. Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.
CONDITION 9	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller les mères sur la façon d'utiliser les biberons, les tétines artificielles ou sucettes, ainsi que les risques qui y sont associés. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.
CONDITION 10	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner les congés de l'hôpital de façon à ce que les parents et le nourrisson aient un accès opportun à un soutien et à des soins continus. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaire et les groupes d'entraide en allaitement. Appliquer des principes de soins de santé primaires et de santé des populations pour soutenir les mères sur le continuum de soins et implanter des stratégies qui influenceront positivement les taux d'allaitement.

¹ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'autorité en ce qui concerne l'allaitement maternel et l'Initiative des amis des bébés au Québec. Il s'assure que les normes qui y sont en vigueur sont celles du MSSS.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du document intitulé **Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales**, ou pour télécharger ce document, lancez une recherche « soins à la mère et au nouveau-né » sur le site **CANADA.CA**.

ANNEXE II
CANEVAS D'ENTREVUE

« Allaiter ou nourrir aux substituts de lait maternel mon bébé à sa naissance? »

Canevas d'entrevue destiné aux futures mères ou aux mères enceintes

=====

Règles de base:

- Ouverture et flexibilité.
- Droit de parole donné à chacune. Si trop personnel, elles peuvent ne pas répondre.
- Pas de jugement hâtif, pas de jugement porté par moi-même.
- Remarques négatives.
- Confidentialité et anonymat par les participantes.
- Peuvent quitter à tout moment si elles le désirent.

Procédure:

- Durée : 1,5 - 2 heures.
- Discussion enregistrée pour une seconde écoute et retranscription des données.
- Pause si nécessaire après la première heure.
- Questions ouvertes, elles discutent entre elles.
- Lecture et signature du consentement à la participation.

Sujets qui seront discutés:

- Questions reliées à l'attitude des femmes envers l'allaitement maternel (opinion personnelle).
- La perception de l'homme envers la femme et le type d'alimentation (rapports hommes femmes).
- Allaitement maternel, la société et les proches (auto-objectification et rapports hommes femmes).
- Le corps et son apparence, enceinte ou non (auto-objectification, surveillance et honte du corps, anxiété de l'apparence, estime de soi).

Différentes stratégies utilisées:

- Les inviter à prendre la parole.
- Reflets, reformulations et questions ouvertes en lien avec leurs propos.
- Approfondir leurs propos, demander des précisions, demander des exemples.
- Respecter les silences.
- Ouverture et écoute.
- Considérer et questionner autant les femmes allaitantes que celles qui ont choisi les substituts.

A. Questions reliées à l'attitude des femmes envers l'allaitement maternel (opinion personnelle).

1. Quelle méthode d'alimentation envisagez-vous pour votre bébé?

- i. Qu'est-ce qui vous amène à ce choix?
 - ii. Comment votre choix a-t-il été fait?
2. Que pensez-vous de l'allaitement maternel?
- i. Quels sont les points positifs de l'allaitement maternel? Et les négatifs?
 - ii. Quels sont les impacts positifs de l'allaitement sur votre corps? Et les négatifs?
 - iii. Que pensez-vous de l'image d'un bébé qui tète au sein de sa mère?
 - iv. Que pensez-vous de donner du lait maternel au biberon sans faire de mise au sein?
 - v. Que pensez-vous de l'allaitement en public? Quels sentiments émergent lorsque vous vous imaginez allaiter en public?
 - vi. Que pensez-vous de l'alimentation grâce aux substituts de lait maternel?
 - vii. Quels sont les points positifs des substituts de lait maternel donnés au biberon?
3. En lien avec votre condition, contexte de vie, emploi, emploi du temps, congé de maternité et aptitudes, à quel point croyez-vous que l'allaitement est possible?
- i. Et pourquoi?

B. Questions reliées à la perception de l'homme envers la femme et le type d'alimentation (rapports hommes femmes).

1. Quelle est l'opinion de votre conjoint concernant votre type d'alimentation choisi? i.
Et à l'égard de l'allaitement maternel?
- ii. Quelle est l'importance de l'opinion de votre conjoint sur la forme d'alimentation choisie?

- iii. En lien avec votre condition, contexte de vie emploi, emploi du temps, congé de maternité et aptitudes, comment votre conjoint estime-t-il possible l'allaitement maternel?
 - iv. Quels sont les désirs ou souhaits de votre conjoint envers l'allaitement maternel?
 - v. Et ses craintes?
 - vi. Et sur vous plus particulièrement?
 - vii. Que pense votre conjoint de l'allaitement en public?
2. Quel soutien auriez-vous de votre conjoint, peu importe le choix d'alimentation choisie?

C. Questions reliées à l'allaitement maternel, la société et les proches (auto-objectification et rapports hommes femmes).

- 1. Que croyez-vous que vos proches diraient s'ils savaient que vous vouliez allaiter? Et s'ils savaient que vous nourrissez aux substituts de lait?
 - i. Quelle importance accordez-vous à l'opinion de vos proches en rapport à votre méthode d'alimentation choisie?
- 2. À quel point votre entourage pourrait-il influencer votre décision?
 - i. Comment les commentaires des autres envers l'allaitement maternel pourraient influencer votre décision?
- 3. Si vous décidiez d'allaiter, quel soutien auriez-vous de votre entourage?

D. Questions reliées au corps et son apparence, enceinte ou non (auto-objectification, surveillance et honte du corps, anxiété de l'apparence, estime de soi).

1. Auto-objectification

- i. Comment percevez-vous votre corps?
- ii. Quelle importance accordez-vous aux normes sociales de « l'idéal » de la femme?
- iii. Quelle importance accordez-vous à la perception des autres sur votre corps?
(Amis, famille, conjoint)
 - a. Comment cette importance se traduit-elle enceinte?

2. Surveillance et honte du corps

- i. Au quotidien, quelle importance accordez-vous à ce que vous ressemblez?
 - a. Pour qui accordez-vous de l'importance?
 - b. Quels sont les sentiments qui émergent lorsque vous pensez à votre apparence?
 - c. Si le sentiment de honte ressort : Quelles sont les parties que vous aimeriez voir changer? Comment vous sentez-vous en sachant que vous ne respectez pas l'idéal du corps de la femme?
- ii. Jusqu'à quel point croyez-vous avoir le contrôle sur votre apparence physique?

3. Anxiété de l'apparence

- i. Comment vous sentez-vous lorsque quelqu'un vous regarde?
- ii. Jusqu'à quel point ce regard influence-t-il votre perception de vous-même?

4. Estime de soi

i. Comment vous estimez-vous comme personne?

a. Comment se traduit votre estime de soi enceinte?

ANNEXES III
QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

CODE

Relations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter

Questionnaire

Ne pas inscrire votre nom sur le questionnaire ni
écrire dans la section CODE.

Ce code a pour but d'assurer l'anonymat de vos
réponses.

Consignes

Assurez-vous d'avoir lu la lettre d'information avant de compléter ce questionnaire.

Ce questionnaire porte sur la méthode d'alimentation de votre nouveau-né dès sa naissance.

Le questionnaire comporte deux sections : la première concerne vos données sociodémographiques et votre état de santé. La deuxième section porte sur vos perceptions des facteurs qui influencent votre décision ou non d'allaiter.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Michelle Rodrigue, l'étudiante chercheuse au numéro de téléphone inscrit dans la lettre d'information.

Section 1: Données sociodémographiques et état de santé

Cochez une ou plusieurs réponses, celle(s) qui vous semble(nt) la(les) plus appropriée(s). Pour les questions à développement, veuillez préciser votre réponse.

1. Âge à l'accouchement : _____ ans

2. Nombre de semaines de grossesse à ce jour : _____

3. Statut matrimonial :
 - Mariée
 - Conjoint de fait
 - Divorcée ou séparée
 - Célibataire
 - Vivant sous le même toit que le conjoint

4. Dernier degré de scolarité complété :
 - Secondaire 4 et moins
 - Secondaire 5
 - DEP ou AEC
 - Collégial
 - Universitaire

5. Statut d'emploi :
 - Temps partiel 30 heures/semaine et moins
 - Temps complet >31 heures/semaine
 - Études
 - Aucun

6. Revenu familial annuel moyen (incluant prestations gouvernementales, s'il y a lieu):

14 999\$ et moins

15 000\$-24 999\$

25 000\$-44 999\$

45 000\$-59 999\$

60 000\$ et +

7. Expérience d'allaitement antérieure d'un proche :

Oui Précisez le lien avec la personne: _____

Non

8. Problème(s) de santé :

Oui Précisez: _____

Non

9. Problème(s) de santé relié(s) à votre grossesse :

Oui Précisez: _____

Non

10. Consommation d'alcool durant votre grossesse :

Aucune

< 2 verres/semaine

3-5 verres/semaine

> 6 verres/semaine

11. Consommation de tabac durant votre grossesse :

Aucune

<10 cigarettes/jour

>11 cigarettes/jour

12. Consommation de drogues durant votre grossesse :

Aucune

<2 fois/semaine

3-5 fois/semaine

>6 fois/semaine

Précisez le type de drogues : _____

13. Type d'accouchement prévu :

Vaginal

Césarienne

14. Lieu d'accouchement prévu : _____

15. Lieu de résidence : _____

Urbain (>30000 habitants)

Rural (<30000 habitants)

16. Comment avez-vous reçu de l'information ou entendu parler de l'allaitement maternel ?

Rencontres prénatales au CLSC

Site Internet Naitre et Grandir

Cours prénataux en ligne

Livre Mieux vivre avec son enfant

Sage-femme

Réseaux sociaux

- Organismes communautaires
- Marraine d'allaitement
- Programme OLO avec l'infirmière du CLSC (coupons)
- Infirmière praticienne (super-infirmière)
- Infirmière consultante en lactation
- Infirmière à la clinique médicale
- Autre Précisez: _____

17. Durée prévue du congé de maternité avant le retour au travail ou aux études, s'il y a lieu : _____ (mois ou semaines).

18. De quelle façon prévoyez-vous nourrir votre bébé à sa naissance?

- Allaitement exclusif
- Allaitement mixte (lait maternel et préparations commerciales)
- Extraire son lait maternel et le donner au biberon (sans mise au sein)
- Préparations commerciales
- Colostrum (premier lait) à l'hôpital seulement
- Je ne sais pas

19. Quel est votre objectif d'allaitement, s'il y a lieu (jours, semaines, mois, années):

Section 2: Questionnaire psychosocial

Voici les choix de réponses allant de 1 à 4 pour chacune des phrases suivantes.
Encercliez spontanément le chiffre qui reflète le mieux votre pensée en fonction du
choix ci-dessous.

1	2	3	4
Totalem ^{ent} en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalem ^{ent} en désaccord

EXEMPLE: Je me sens capable de manger 5 fruits et légumes par jour durant ma grossesse.

1	2	3	4
Totalem ^{ent} en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalem ^{ent} en désaccord

1. Je me sens capable d'allaiter mon enfant à sa naissance.

1	2	3	4
Totalem ^{ent} en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalem ^{ent} en désaccord

2. J'ai l'intention d'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Totalem ^{ent} en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalem ^{ent} en désaccord

3. À votre avis, vos chances de réussir votre allaitement dès sa naissance sont:

1	2	3	4
Très fortes	Plutôt fortes	Plutôt faibles	Très faibles

4. Qui pourrait vous aider si vous souhaitiez allaiter votre bébé ?

Voici les choix de réponses allant de 1 à 4 pour chacune des phrases suivantes.
Encerclez spontanément le chiffre qui reflète le mieux votre pensée en fonction de la
phrase suivante :

Allaiter mon enfant dès sa naissance...

1. lui procurera des bienfaits pour sa santé.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

2. favorisera le lien d'attachement entre mon bébé et moi.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

3. lui procurera un lait qui se digère mieux que les préparations commerciales.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

4. sera un geste naturel.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

5. me permettra de perdre du poids plus rapidement.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

6. me permettra de relaxer.

1 Totale­ment en accord	2 Plutôt en accord	3 Plutôt en désaccord	4 Totale­ment en désaccord
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

Voici les choix de réponses allant de 1 à 4 pour chacune des phrases suivantes.
Encerclez spontanément le chiffre qui reflète le mieux votre pensée en fonction de la
phrase suivante :

Je me sens capable d'allaiter mon enfant dès sa naissance
même si...

1. cela me gênera d'exposer une partie de mon corps en public.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

2. mon conjoint ne pourra pas donner des boires.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

3. cela m'empêchera de boire de l'alcool.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

4. mon conjoint se sentira à part.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

5. cela pourra retarder mon retour au travail.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

6. cela me fatiguera plus qu'avec les préparations commerciales.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

Je me sens capable d'allaiter mon enfant dès sa naissance
même si...

7. je crois que les seins représentent une partie intime pour mon conjoint.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

8. cela me demandera de surveiller mon alimentation.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

9. cela pourra rendre les gens mal à l'aise si j'allaite devant eux.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

10. cela pourra me causer de la douleur.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

11. cela me demandera de restreindre mes sorties.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

12. cela me découragera de constamment prévoir du lait en effectuant du tire-lait.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

Je me sens capable d'allaiter mon enfant dès sa naissance
même si...

13. mes seins peuvent ramollir.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

14. je crois que cela pourra jouer sur ma sexualité avec mon conjoint.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

15. mon conjoint craint que j'allaite en public.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

Voici les choix de réponses allant de 1 à 4 pour chacune des phrases suivantes.
Encerclez spontanément le chiffre qui reflète le mieux votre pensée en fonction de la
phrase suivante :

Il serait plus facile d'allaiter mon enfant dès sa naissance...

1. si une autre personne de mon entourage avait déjà allaité.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

2. si je recevais de l'enseignement sur l'allaitement maternel par une infirmière ou un médecin.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

3. puisque ça coûte moins cher que les préparations commerciales.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

4. puisque cela demande moins de temps de préparation que le lait commercial.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

5. si j'ai le soutien de mon conjoint.

1	2	3	4
Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord

Voici les choix de réponses allant de 1 à 4 pour chacune des phrases suivantes.
Encerclez spontanément le chiffre qui reflète le mieux votre pensée en fonction de la
phrase suivante :

**Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je
devrais allaiter mon enfant à sa naissance :**

- Mon conjoint approuverait /désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Approuverait totalement	Approuverait un peu	Désapprouverait un peu	Désapprouverait totalement

- Ma mère approuverait /désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Approuverait totalement	Approuverait un peu	Désapprouverait un peu	Désapprouverait totalement

- Les femmes dans ma famille (sœurs, tantes, cousines, etc.) approuveraient /désapprouveraient que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Approuveraient totalement	Approuveraient un peu	Désapprouveraient un peu	Désapprouveraient totalement

- La mère de mon conjoint approuverait /désapprouverait que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Approuverait totalement	Approuverait un peu	Désapprouverait un peu	Désapprouverait totalement

- Mes amis approuveraient /désapprouveraient que j'allaiter mon enfant dès sa naissance.

1	2	3	4
Approuveraient totalement	Approuveraient un peu	Désapprouveraient un peu	Désapprouveraient totalement

- Les professionnels de la santé qui suivent l'évolution de ma grossesse approuveraient/désapprouveraient que j'allaite mon enfant dès sa naissance.

1 Approuveraient totalement	2 Approuveraient un peu	3 Désapprouveraient un peu	4 Désapprouveraient totalement
--	--------------------------------------	---	---

- La société en général approuverait /désapprouverait que j'allaite mon enfant dès sa naissance.

1 Approuverait totalement	2 Approuverait un peu	3 Désapprouverait un peu	4 Désapprouverait totalement
--	------------------------------------	---------------------------------------	---

Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Bien vouloir remettre ce questionnaire rempli et la partie détachable pour la participation au concours à votre infirmière ou à votre médecin dans l'enveloppe que vous aurez scellée ou bien la mettre à la poste.

Commentaires s'il y a lieu :

Merci beaucoup pour votre participation.

ANNEXES IV
APPROBATIONS DU COMITE ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Le 12 février 2018

LETRE AMENDÉE DU 14 NOVEMBRE 2017

PAR COURRIEL

Madame Emmanuelle Bédard
Département des sciences infirmières
UQAR - Campus de Lévis

Objet : Autorisation de réaliser une recherche

Projet #2018-465, 2018-010

Relations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter chez des femmes primipares vivant en Chaudière-Appalaches: étude descriptive
corrélative

Madame,

Nous avons le plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au CISSS de Chaudière-Appalaches. Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche à la Direction du programme jeunesse (cliniques de grossesse des CLSC et **hôpital de Saint-Georges**), au GMF-U de Lévis et au **GMF-U des Etchemins**.

L'examen éthique a été effectué par le CER de notre établissement qui a confirmé dans sa lettre du 14 novembre 2017 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER ; et
- respecter les exigences fixées par le CER pour le suivi éthique continu de la recherche.

Veillez vous adresser à madame Annick Payeur qui agit comme répondante de la Direction du programme jeunesse, hôpital de Saint-Georges, pour votre projet de recherche :

Téléphone : (418) 228-2031, poste 34005

Courriel : annick.payeur.casbeauce@ssss.gouv.qc.ca

Pour obtenir les conseils et le soutien voulu pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, je vous invite à entrer en communication avec le *Guichet unique de la recherche* (gur.ciass-ca@ssss.gouv.qc.ca).

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.



Véronique Boutier
Directrice administrative de la recherche



Le 29 novembre 2018

PAR COURRIEL

Madame Emmanuelle Bédard
Département des sciences infirmières
UQAR - Campus de Lévis

Objet : Approbation de l'ajout d'un centre

Projet #2018-465

Relations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter chez des femmes primipares vivant en Chaudière-Appalaches: étude descriptive corrélationnelle

Madame,

Les documents en lien avec le projet de recherche cité en objet ont été analysés les 20 et 28 novembre 2018, en comité restreint, par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Ainsi, nous approuvons le document suivant :

- ◆ Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche (F1 - 1426), signé et redéposé le 28 novembre 2018.

et nous accusons réception des documents suivants :

- ◆ Signature des médecins participants au projet au groupe de médecine de famille (GMF) de Thetford (clinique médicale Kingsville) (Signatures GMF Thetford.pdf), datée du 23 novembre 2018;
- ◆ Autorisation de Dre Giguère à réaliser la recherche au GMF de Thetford (signature Dre Giguere.pdf), datée du 27 novembre 2018;
- ◆ Annexe 1 - Liste des cliniques médicales / GMF pour le recrutement et leurs professionnels (liste des cliniques.docx), datée du 28 novembre 2018.

Contenu de la demande : Il s'agit de la demande d'ajout du groupe de médecine de famille (GMF) de Thetford (clinique médicale Kingsville) comme centre participant au recrutement du projet de recherche.

De plus, nous approuvons la réalisation de cette recherche au groupe de médecine de famille (GMF) de Thetford (clinique médicale Kingsville). **Ce groupe de médecine de famille ne fait pas partie du réseau de la santé et des services sociaux, mais ses représentants ont accepté la réalisation du projet et ont confirmé de respecter l'autorité du comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches.**

Le CER du CISSS de Chaudière-Appalaches (numéro FWA00006050) est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS) et adhère aux directives publiées dans l'EPTC 2 - Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains 2 (2014), conformément au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (MSSS, 1998). Le Comité adhère aux exigences édictées pour les comités d'éthique de la recherche selon la Partie C, Titre 5 du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C. ch.870) et agit en conformité avec les standards du Code of Federal Regulations américain qui encadre la recherche impliquant des sujets humains. Le Comité fonctionne de manière compatible avec les standards internationaux en appliquant notamment la ligne directrice de l'ICH adoptée par Santé Canada : Les Bonnes pratiques cliniques (BPC) : directives consolidées.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Martin Gaudreau, M. Sc.
Coordonnateur du comité d'éthique de la recherche et du
guichet unique de soutien à la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches

Le 2 octobre 2018

PAR COURRIEL

Madame Emmanuelle Bédard
Département des sciences infirmières
UQAR - Campus de Lévis

Objet : Renouvellement éthique d'un projet de recherche

Projet # 2018-465, 2018-010

Relations entre les facteurs psychosociaux et l'intention d'allaiter chez des femmes primipares vivant en Chaudière-Appalaches: étude descriptive
corrélacionnelle

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS de Chaudière-Appalaches a pris connaissance de l'information et de tout document
contenus au formulaire F9 - 1294, déposé en vue du renouvellement annuel du projet de recherche susmentionné, en comité restreint, le 2 octobre
2018.

Après analyse de ces documents, c'est avec plaisir que nous vous informons de la décision favorable du CER à la poursuite de votre projet de
recherche, et ce, du 14 novembre 2018 au 14 novembre 2019.

*Le CER du CISSS de Chaudière-Appalaches (numéro FWA00006050) est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS) et adhère aux directives
publiées dans l'EPTC 2- Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains 2 (2014), conformément au Plan
d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (MSSS, 1998). Le Comité adhère aux exigences édictées pour les
comités d'éthique de la recherche selon la Partie C, Titre 5 du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C. ch.870) et agit en conformité avec les
standards du Code of Federal Regulations américain qui encadre la recherche impliquant des sujets humains. Le Comité fonctionne de manière
compatible avec les standards internationaux en appliquant notamment la ligne directrice de l'ICH adoptée par Santé Canada : Les Bonnes
pratiques cliniques (BPC) : directives consolidées.*

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.



Martin Gaudreau, M. Sc.
Coordonnateur du guichet unique de soutien à la recherche

ANNEXES V
LETTRE D'INFORMATION

LETTRE D'INFORMATION
Invitation à participer à la recherche:

Relations entre les facteurs psychosociaux de la femme enceinte et son intention ou non d'allaiter.

Description et but du projet de recherche

Ce projet de recherche en sciences infirmières s'adresse aux femmes vivant en Chaudière-Appalaches qui attendent leur premier enfant et qui en sont à leur 29^e semaine et plus de grossesse. De par ce projet, nous souhaitons explorer les facteurs qui influencent l'intention de 77 femmes enceintes d'allaiter ou non leur nouveau-né à sa naissance.

Nature et durée de votre participation au projet de recherche

Vous devrez répondre à un seul questionnaire format papier. Il doit être rempli dans la salle d'attente de votre clinique médicale ce jour ou à votre prochain rendez-vous médical, ou encore chez vous à la maison lorsque vous serez seule. La durée prévue pour remplir le questionnaire est d'environ 15 minutes. Lorsque votre questionnaire sera rempli, vous devrez le remettre dans l'enveloppe à votre infirmière ou à votre médecin le jour même de votre rendez-vous ou au prochain rendez-vous s'ils sont occupés ou encore, la mettre à la poste, elle est déjà affranchie. Votre enveloppe sera transmise à l'infirmière étudiante-chercheuse.

Avantages

Vous pourrez prendre conscience de vos raisons personnelles entourant votre intention ou non d'allaiter votre enfant dès sa naissance. En y participant, vous contribuerez aussi à l'avancement des connaissances sur l'approche des infirmières pour mieux soutenir les femmes de votre région dans leur choix d'allaiter ou non leur nouveau-né.

Risques

La participation à cette étude ne comprend aucun risque majeur connu sur votre santé. Cependant, vous pourriez vivre un stress, des préoccupations psychologiques, de l'incertitude ou de la culpabilité entourant votre méthode d'alimentation choisie pour votre enfant ou la façon dont vous vivez votre grossesse. Afin de pallier à cet inconvénient, un soutien téléphonique vous sera offert au besoin en rejoignant l'infirmière étudiante-chercheuse ou en discutant avec votre infirmière ou votre médecin. Si vous le souhaitez, vous serez orientée vers des professionnels de la santé ou des organismes communautaires de votre région qui pourront répondre à vos préoccupations ou vous aider à faire un choix éclairé quant au mode d'alimentation de votre nouveau-né.

Compensation financière

Afin de compenser aux risques qui peuvent être encourus durant cette recherche et à votre temps accordé pour ce projet, quatre chèques-cadeaux de 25 \$ dans une boutique de maternité de votre choix de la région de Chaudière-Appalaches seront tirés parmi les participantes au projet de recherche.

Retrait de la participation au projet de recherche

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir ni à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts.

Confidentialité

Aucun renseignement personnel ou médical supplémentaire ne sera nécessaire excepté ceux qui figureront dans le questionnaire. L'infirmière étudiante-chercheuse et les membres de l'équipe d'encadrement s'engagent à respecter la confidentialité de tous les

renseignements recueillis dans les limites prévues par la loi. Aucune information pouvant vous identifier ne figurera au questionnaire ; votre questionnaire sera identifié que par un code numérique. Il sera conservé dans une armoire sous clé pour une durée de quinze (15) mois suivant votre participation. Il sera détruit par la suite dans le respect des règles en vigueur. En cas de publication des résultats de la recherche, l'étudiante-chercheuse s'engage à ce que rien ne puisse permettre de vous identifier. Seulement l'étudiante-chercheuse et ses collaborateurs auront accès aux données recueillies et utiliseront les données strictement à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans cette lettre.

Identification des personnes-ressources

Pour toutes questions relatives à ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec l'infirmière étudiante-chercheuse ou les responsables de cette étude aux numéros suivants :

- **Michelle Rodrigue**, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Rimouski (UQAR), Campus de Lévis. 418-957-2267.
- **Emmanuelle Bédard**, Mps PhD., professeure et directrice du projet de recherche, département des sciences infirmières, UQAR, Campus de Lévis. 418-833-8800 # 3328.
- **Danielle Boucher**, inf. PhD., professeure et codirectrice du projet de recherche, département des sciences infirmières, UQAR, Campus de Lévis. 418-833-8800 # 3309.

En cas de plainte

Pour tout problème concernant vos droits en tant que participante à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches, ou un membre de son équipe, au numéro suivant : 1 877 986-3587.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le comité éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le coordonnateur du comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au 418 835-7121, poste 101256.

Si vous êtes intéressée à participer à ce projet, veuillez le mentionner à votre médecin ou à l'infirmière de votre suivi de grossesse, ils vous remettront le questionnaire à remplir et l'enveloppe préaffranchie pour le retour de votre questionnaire.

Merci de votre précieuse collaboration.

Pour participer au concours des chèques-cadeaux de 25 \$, veuillez inscrire lisiblement votre numéro de téléphone :

Détachez cette partie et glissez-la dans l'enveloppe avec votre questionnaire rempli. Merci.

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 

UQAR

Campus de Lévis

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbass-Dick, J., Stern, S. B., Nelson, L. E., Watson, W., & Dennis, C.-L. (2015). Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, *135*(1), 102-110.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Vaarno, J., Junttila, N., Pajulo, M., Rähä, H., Niinikoski, H., & Lagström, H. (2016). Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *95*(4), 396-404. doi: 10.1111/aogs.12857
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. *Psychology, Business*, *14*. Repéré à http://chuang.epage.au.edu.tw/ezfiles/168/1168/attach/20/pta_41176_7688352_57138.pdf
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New-Jersey: Prentice Hall.
- Al-Sagarat, A. Y., Yaghamour, G., & Moxham, L. (2016). Intentions and barriers toward breastfeeding among Jordanian mothers-A cross sectional descriptive study using quantitative method. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*. doi: 10.1016/j.wombi.2016.11.001
- Al Namir, H. M. A., Brady, A.-M., & Gallagher, L. (2017). Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *British Journal of Midwifery*, *25*(7), 426-440.
- Allaitement Québec. (2020). Allaitement Québec. Repéré à <https://allaitementquebec.org/>
- Amir, L. H. (2014). Breastfeeding in public: "You can do it?". *International breastfeeding journal*, *9*(1), 1-3.
- Anatolitou, F. (2012). Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, *1*(1), 11-18.

- Ancel, H. (2019). L'influence de l'allaitement maternel sur la croissance craniofaciale. *La Revue Sage-Femme*, 18(2), 61-67.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
- Arnaud, M. (2017). *Les corps des femmes et leur vécu : Quel impact sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel ?* UFR de Médecine et des Sciences de la Santé. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01558321>
- Atchan, M., Foureur, M., & Davis, D. (2011). The decision not to initiate breastfeeding-women's reasons, attitudes and influencing factors-a review of the literature. *Breastfeeding Review*, 19(2), 9.
- Avery, M. D., Duckett, L., & Frantzich, C. R. (2000). The Experience of Sexuality During Breastfeeding among Primiparous Women. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 227-237. doi: 10.1016/S1526-9523(00)00020-9
- Bai, Y., Wunderlich, S., & Fly, A. (2011). Predicting Intentions to Continue Exclusive Breastfeeding for 6 Months: a Comparison Among Racial/Ethnic Groups. *Maternal & Child Health Journal*, 15(8), 1257-1264. doi: 10.1007/s10995-010-0703-7
- Barnes, J., Stein, A., Smith, T., Pollock, J., & Team, A. S. (1997). Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(10), 551-559.
- Bartee, R. T., Grandjean, B. D., & Bieber, S. L. (2004). Confirming the reliability of a theory-based questionnaire. *American Journal of Health Studies*, 19(3).
- Bayard, C. (2008). *Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter*. Université du Québec à Montréal, academia.edu.
- Bayard, C., & Chouinard, C. (2014). *La promotion de l'allaitement au Québec: regards critiques*. Les Éditions du remue-ménage.
- Bédard, E. (2010). Rapports de genre, sexualité et VIH-Sida: Des comportements à risque à la lumière du social. Dans *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements*. (Vol. 2, pp. 181-203). Québec Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/18099/1/22928.pdf>

- Bell, L., Benoit, A., Simoneau-Roy, J., Blouin, S., & Gallagher, F. (2015). Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères canadiennes. *Santé Publique*, 27(1), 7-15.
- Bell, L., Lacombe, M., Yergeau, É., Moutquin, J.-M., St-Cyr Tribble, D., Royer, F., & Garant, M.-P. (2008). Les facteurs facilitant et contraignant l'allaitement maternel en Estrie (Québec). *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 212-215.
- Bennett, A. E., McCartney, D., & Kearney, J. M. (2016). Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*, 40, 169-176.
- Bevan, G., & Brown, M. (2014). Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *British Journal of Nursing*.
- Bever Babendure, J., Reifsnider, E., Mendias, E., Moramarco, M. W., & Davila, Y. R. (2015). Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *International Breastfeeding Journal*, 10, 21-21. doi: 10.1186/s13006-015-0046-5
- Bihl, A., & Pfefferkorn, R. (2002). *Hommes, femmes, quelle égalité?: école, travail, couple, espace public*. Paris: Editions de l'Atelier.
- Bilodeau, C. (2018). *La mobilisation précoce de la clientèle ventilée artificiellement aux soins intensifs: portrait de la pratique infirmière au Québec*. Université de Sherbrooke.
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal Of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium For Public Health*, 28(1), 7-14. doi: 10.1177/1010539515624964
- Boyer, K. (2018). The emotional resonances of breastfeeding in public: The role of strangers in breastfeeding practice. *Emotion, Space and Society* 26, 33-40. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.emospa.2016.09.002>
- Bozon, M. (2001). Les cadres sociaux de la sexualité. *Sociétés contemporaines*(1), 5-9.
- Brown, A. (2015). Breast is best, but not in my back-yard. *Trends in molecular medicine*, 21(2), 57-59.
- Brown, A., Rance, J., & Warren, L. (2015). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery*, 31(1), 80. doi: 10.1016/j.midw.2014.06.003

- Cabieses, B., Waiblinger, D., Santorelli, G., & McEachan, R. R. C. (2014). What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: A multi-methods, multi-ethnic study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *14*(1), 1-21. doi: 10.1186/1471-2393-14-50
- Carathers, J. Y. (2014). *The breastfeeding problematic: Maternal sexuality and the performance of gender*. Middle Tennessee State University.
- Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Millar, S., & Begley, C. (2015). Artificial milk-feeding women' s views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*, *31*(6), 640-646. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.002
- Centre de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2018). Centre de Santé et Services Sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). Repéré à <https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/perinatalite-grossesse-et-maternite/vous-etes-enceinte/suivi-de-grossesse-et-encadrement/#c6154>
- Chan, M. Y., Ip, W. Y., & Choi, K. C. (2016). The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery*, *36*, 92-98. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.003
- CNESST. (2020). Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail. Repéré à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Pages/accueil.aspx>
- Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied psychological measurement*, *12*(4), 425-434.
- Costanian, C., Macpherson, A. K., & Tamim, H. (2016). Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *BMC pregnancy and childbirth*, *16*(1), 100. doi: 10.1186/s12884-016-0889-9
- Couture, M.-E. (2013). *Étude descriptive de la sensibilité et de l'anxiété de la mère primipare selon la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois*. Université du Québec à Rimouski.
- Cox, K., Binns, C. W., & Giglia, R. (2015). Predictors of breastfeeding duration for rural women in a high-income country: evidence from a cohort study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *104*(8), e350-e359. doi: 10.1111/apa.12999
- Cox, K., Giglia, R., Zhao, Y., & Binns, C. W. (2014). Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural Western Australia. *Journal Of Human*

Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association, 30(4), 488-497. doi: 10.1177/0890334414547274

- Critch, J. N. (2013). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de la naissance à six mois: un aperçu. *Paediatrics & child health*, 18(4), 208-209. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html>
- de Montigny, F., Devault, A., Miron, J.-M., Lacharité, C., Goudreau, J., & Brin, M. (2007). L'expérience de pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant. *Gatineau, Université du Québec en Outaouais*.
- de Montigny, F., Larivière-Bastien, D., Gervais, C., St-Arneault, K., Dubeau, D., & Devault, A. (2018). Fathers' Perspectives on Their Relationship With Their Infant in the Context of Breastfeeding. *Journal of Family Issues*, 39(2), 478-502. doi: 10.1177/0192513X16650922
- Declercq, E., Labbok, M. H., Sakala, C., & O'Hara, M. (2009). Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed. *American Journal of Public Health*, 99(5), 929-935.
- Dégrange, M., Delebarre, M., Turck, D., Mestdagh, B., Storme, L., Deruelle, P., & Rakza, T. (2015). Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né? *Archives de Pédiatrie*, 22(7), 708-717.
- Demirci, J., Caplan, E., Murray, N., & Cohen, S. (2017). "I Just Want to Do Everything Right:" Primiparous Women's Accounts of Early Breastfeeding via an App-Based Diary. *Journal of Pediatric Health Care*.
- Di Manno, L., Macdonald, J. A., & Knight, T. (2015). The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration: a systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 42(1), 5-15. doi: 10.1111/birt.12148
- Donath, S., & Amir, L. H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatrica*, 92(3), 352-356.
- Dyson, L., Green, J. M., Renfrew, M. J., McMillan, B., & Woolridge, M. (2010). Factors Influencing the Infant Feeding Decision for Socioeconomically Deprived Pregnant Teenagers: The Moral Dimension. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(2), 141-149. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00394.x

- Educaloi. (2018). Le congé de maternité, le congé de paternité et le congé parental. Repéré à <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-conge-de-maternite-le-conge-de-paternite-et-le-conge-parental>
- Edwards, M., Jepson, R., & McInnes, R. (2018). Breastfeeding initiation: An in-depth qualitative analysis of the perspectives of women and midwives using Social Cognitive Theory. *Midwifery*, 57, 8-17.
- Emond, T. (2008). *Effets d'une intervention éducative en soin infirmier reliée à l'allaitement maternel auprès de gestantes adultes*. Université de Moncton.
- Fallon, V., Komninou, S., Bennett, K. M., Halford, J. C., & Harrold, J. A. (2017). The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Maternal & child nutrition*, 13(4), 14. doi: 10.1111/mcn.12392
- Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research* (3). Philadelphie: F.A Davis Company.
- Ferland, M. (2011). *Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois chez des mères de la région de Chaudière-Appalaches*. Université de Sherbrooke.
- Fern, V. A., Buckley, E., & Grogan, S. (2014). Women's experiences of body image and baby feeding choices: Dealing with the pressure to be slender. *British Journal of Midwifery*, 22(11), 788-794.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e). Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J. M., Foy, R., ... Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers* : Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206.
- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval.

- Giger, J.-C. (2009). Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement : la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. *L'Année psychologique*, 108(01), 107-131.
- Gionet, L. (2015). *Tendances de l'allaitement au Canada* : Statistique Canada.
- Girard, L.-C., Côté, S. M., de Lauzon-Guillain, B., Dubois, L., Falissard, B., Forhan, A., ... Tremblay, R. E. (2016). Factors Associated with Breastfeeding Initiation: A Comparison between France and French-Speaking Canada. *PLoS ONE*, 11(11), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0166946
- Giugliani, E. R., Caiaffa, W. T., Vogelhut, J., Witter, F. R., & Perman, J. A. (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10(3), 157-161.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11(2), 87-98.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2* Repéré à https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html
- Gouvernement du Québec. (1975). *Charte des droits et libertés de la personne*
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research* (Vol. 8e éd.). St-Louis, Missouri: Elsevier.
- Groleau, D., Sigouin, C., & D'souza, N. A. (2013). Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context: When motherhood meets poverty. *Health & place*, 24, 250-259.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2013). *Formation sur l'entretien de recherche qualitative, Cahier du participant* (pp. 30): Université du Québec à Trois-Rivières.
- Guo, J. L., Wang, T. F., Liao, J. Y., & Huang, C. M. (2016). Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation

modeling. *Applied Nursing Research: ANR*, 29, 37-42. doi: 10.1016/j.apnr.2015.03.016

Hannon, P. R., Willis, S. K., Bishop-Townsend, V., Martinez, I. M., & Scrimshaw, S. C. (2000). African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 26(6), 399-407.

Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of clinical nursing*, 17(9), 1132-1143.

Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(3).

Helewa, M., Lévesque, P., & Provencher, D. (2002). Cancer du sein, grossesse et allaitement. *JOGC*, 172-180. Repéré à <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/111F-CPG-Fevrier2002.pdf>

Héma-Québec. (2020, 2019). Lait maternel. Repéré à <https://www.hema-quebec.qc.ca/lait-maternel/index.fr.html>

Henderson, L., McMillan, B., Green, J. M., & Renfrew, M. J. (2011). Men and Infant Feeding: Perceptions of Embarrassment, Sexuality, and Social Conduct in White Low-Income British Men. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(1), 61-70. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00442.x

Hertrich, V., & Locoh, T. (1999). *Rapports de genre, formation et dissolution des unions dans les pays en développement*. Liège: International Union for the Scientific Study of Population.

Holmberg, K. S. M., Peterson, U. M. C., & Oscarsson, M. G. (2014). A two-decade perspective on mothers' experiences and feelings related to breastfeeding initiation in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal Of The Swedish Association Of Midwives*, 5(3), 125-130. doi: 10.1016/j.srhc.2014.04.001

Holowko, N., Jones, M., Koupil, I., Tooth, L., & Mishra, G. (2016). High education and increased parity are associated with breast-feeding initiation and duration among Australian women. *Public Health Nutrition*, 19(14), 2551-2561. doi: 10.1017/S1368980016000367

Hosmer, D., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (3). Wiley New York.

- Hosmer, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (1989). The multiple logistic regression model. *Applied logistic regression*, 1, 25-37.
- Hunter, T. (2014). Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. *Health promotion perspectives*, 4(2), 132.
- INSPQ. (2017). Mieux-Vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. *Guide pratique pour les mères et les pères* 2017. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-sein>
- Jefferson, U. T. (2014). Infant feeding attitudes and breastfeeding intentions of black college students. *Western Journal Of Nursing Research*, 36(10), 1338-1356. doi: 10.1177/0193945913514638
- Johnston-Robledo, I., & Fred, V. (2008). Self-Objectification and Lower Income Pregnant Women's Breastfeeding Attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(1), 1-21. doi: 10.1111/j.1559-1816.2008.00293.x
- Johnston-Robledo, I., Wares, S., Fricker, J., & Pasek, L. (2007). Indecent exposure: self-objectification and young women's attitudes toward breastfeeding. *Sex Roles*, 56(7-8), 429-437.
- Kaikini, K. L., & Hyrkas, K. (2014). Mothers' Intentions to Breastfeed and Hospital Practices on Breastfeeding: A Longitudinal Study at 6 Months After Birth on Predictors of Breastfeeding in a Cohort of Mothers From a Large Northern New England Medical Center. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43, S78.
- Kergoat, D. (2010). *Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion*. Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.colle.2010.01.0060
- Khanal, V., Lee, A. H., Karkee, R., & Binns, C. W. (2015). Postpartum Breastfeeding Promotion and Duration of Exclusive Breastfeeding in Western Nepal. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 42(4), 329-336. doi: 10.1111/birt.12184
- Khanal, V., Scott, J. A., Lee, A. H., Karkee, R., & Binns, C. W. (2015). Factors associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 12(8), 9562-9574. doi: 10.3390/ijerph120809562
- Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2015). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of

- exclusive breastfeeding. *Preventive Medicine Reports*, 3, 121-126. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.12.010
- Kloeblen-Tarver, A. S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (2002). Intent to breast-feed: The impact of attitudes, norms, parity, and experience. *American journal of health behavior*, 26(3), 182-187.
- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal Of Child Health Care: For Professionals Working With Children In The Hospital And Community*, 17(3), 264-273. doi: 10.1177/1367493512461460
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. PUQ.
- Lacombe, J. (2020). Coup de pouce nourrice. Repéré à <http://www.coupdepoucenourrice.com/>
- Larsen, J. S., & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful - mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01091
- Lavoie, A., & Dumitru, V. (2011). *L'allaitement maternel: une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada*: Institut de la statistique du Québec. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/no-28-lallaitement-maternel-une-pratique-moins-repandue-au-quebec-quailleurs-au-canada-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., Phelan, A., & Corcoran, P. (2014). Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*, 30(3), 345-352. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.008
- Leblanc, G. (2011). *Étude sur les déterminants de l'intention des infirmières de première ligne d'utiliser le Dossier de santé du Québec (DSQ) dans leurs activités cliniques*. Université Laval. Repéré à <http://hdl.handle.net/20.500.11794/22494>
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology*, 28(6), 516-521. doi: 10.1016/j.jpag.2015.03.007
- Ligue la Leche. (2017). Notre mission. Repéré à <http://allaitement.ca/lorganisme/>

- Linares, A., Rayens, M., Gomez, M., Gokun, Y., & Dignan, M. (2015). Intention to Breastfeed as a Predictor of Initiation of Exclusive Breastfeeding in Hispanic Women. *Journal of Immigrant & Minority Health, 17*(4), 1192-1198. doi: 10.1007/s10903-014-0049-0
- Littman, H., Medendorp, S. V., & Goldfarb, J. (1994). The Decision to Breastfeed The Importance of Fathers' Approval. *Clinical Pediatrics, 33*(4), 214-219.
- Lutsiv, O., Pullenayegum, E., Foster, G., Vera, C., Giglia, L., Chapman, B., ... McDonald, S. D. (2013). Women's intentions to breastfeed: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology, 120*(12), 1490-1498. doi: 10.1111/1471-0528.12376
- Mancini, K. (2016). *Body Image, Eating Attitudes and Breastfeeding Intention in Breastfeeding Mothers Compared to Non-Breastfeeding Mothers. Thèse de doctorat inédite.* Adelphi University.
- MAQ. (2017). Mouvement allaitement du Québec. Repéré à <http://allaiterauquebec.org/>
- Mathews, M. E., Leerkes, E. M., Lovelady, C. A., & Labban, J. D. (2014). Psychosocial predictors of primiparous breastfeeding initiation and duration. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association, 30*(4), 480-487. doi: 10.1177/0890334414537707
- Mathieu, N.-C. (1973). Homme-culture et femme-nature? *L'Homme, 13*(3), 101-113. doi: 10.3406/hom.1973.367364
- Maurice, A., Kersuzan, C., Comoretto, G., & Tichit, C. (2020). Le choix d'allaiter son premier enfant: une décision maternelle sous influence. *Cahiers de Nutrition et de Diététique.* doi: 10.1016/j.cnd.2020.09.006
- McMillan, B., Conner, M., Woolridge, M., Dyson, L., Green, J., Renfrew, M., ... Clarke, G. (2008). Predicting breastfeeding in women living in areas of economic hardship: Explanatory role of the theory of planned behaviour. *Psychology & Health, 23*(7), 767-788. doi: 10.1080/08870440701615260
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth, 23*(4), 135-145.
- Meedya, S., Fahy, K., Parratt, J., & Yoxall, J. (2015). Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum - The theoretical foundations of a successful program. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives, 28*(4), 265-271. doi: 10.1016/j.wombi.2015.06.006

- Mercurio, A. E., & Landry, L. J. (2008). Self-objectification and well-being: The impact of self-objectification on women's overall sense of self-worth and life satisfaction. *Sex Roles*, 58(7-8), 458-466.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(1), 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
- Mitra, A. K., Khoury, A. J., Hinton, A. W., & Carothers, C. (2004). Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal and Child Health Journal*, 8(2), 65-70.
- Moreau, D., Polomeno, V., de Pierrepont, C., Tourigny, J., & Ranger, M.-C. (2015). Les rencontres prénatales: sont-elles utiles? La perception des couples parentaux franco-ontariens de la région d'Ottawa. *Recherche en soins infirmiers*(4), 36-48.
- MSSS. (2018). Initiative des Amis des Bébé. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/>
- Mueffelmann, R. E., Racine, E. F., Warren-Findlow, J., & Coffman, M. J. (2015). Perceived Infant Feeding Preferences of Significant Family Members and Mothers' Intentions to Exclusively Breastfeed. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 31(3), 479-489. doi: 10.1177/0890334414553941
- Naitre et Grandir. (2017). L'allaitement. Repéré à https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/alimentation/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-allaitement-maternel-avantage
- Noirhomme-Renard, F., Close, M., & Gosset, C. (2015). Représentations et expérience des pères «primipares» de l'allaitement maternel: lien avec la durée de l'allaitement. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 28(1), 7-15.
- Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 623-636.
- OIIQ. (2015). Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. 126. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1457804/4443-perinatalite-web.pdf/ec1f97ec-89c6-cf81-41f6-5c86076bb030>
- OMS. (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* Repéré à www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr

- OMS. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève Repéré
- OMS. (2016). *Les lois destinées à protéger l'allaitement sont insuffisantes dans la plupart des pays*. Genève/New York. Repéré à <https://www.who.int/fr/news/item/09-05-2016-laws-to-protect-breastfeeding-inadequate-in-most-countries>
- OMS. (2020). L'allaitement maternel. Repéré à <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
- OMS, & UNICEF. (2017). *Global Breastfeeding Scorecard, Tracking Progress for Breastfeeding policies and Programmes*. (pp. 7). New York. Genève.
- Otmani, C., Ibanez, G., Chastang, J., Hommey, N., Cadwallader, J. S., Magnier, A. M., & Hadji, S. (2015). [Role of the mother's family environment in the initiation of breastfeeding]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 27(6), 785-795.
- Park, S. H., Goo, J. M., & Jo, C.-H. (2004). Receiver operating characteristic (ROC) curve: practical review for radiologists. *Korean journal of radiology*, 5(1), 11-18.
- Patel, S., & Patel, S. (2016). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 32(3), 530-541. doi: 10.1177/0890334415618668
- Pelletier, J. (2013). *Identification, chez des étudiantes en sciences infirmières, des déterminants de l'intention d'initier, auprès d'un patient, un enseignement à propos de la sexualité*. Université Laval. Repéré à <http://hdl.handle.net/20.500.11794/24640>
- Pentecost, R., & Grassley, J. S. (2014). Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 30(2), 224-228. doi: 10.1177/0890334413510358
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Re-Lait. (2020). Le Re-Lait. Repéré à <https://www.lerelait.com/>
- Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115-121.

- Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. (2017). Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Maternal & child nutrition, 13*(3).
- Ressources Naissances. (2020). Ressources Naissances. Repéré à <http://www.ressources-naissances.com/>
- Rodgers, R. F. (2018). A biopsychosocial model of body image, disordered eating, and breastfeeding among postpartum women. *Appetite, 126*, 163. doi: 10.1016/j.appet.2018.04.007
- Rodriguez-Garcia, R., & Frazier, L. (1995). Cultural paradoxes relating to sexuality and breastfeeding. *Journal of Human Lactation, 11*(2), 111-115.
- Ross-Cowdery, M., Lewis, C. A., Papis, M., Corbelli, J., & Schwarz, E. B. (2016). Counseling About the Maternal Health Benefits of Breastfeeding and Mothers' Intentions to Breastfeed. *Maternal and Child Health Journal, 1*-8.
- Russell, K., & Ali, A. (2017). Public attitudes toward breastfeeding in public places in Ottawa, Canada. *Journal of Human Lactation, 33*(2), 401-408.
- Salone, L. R., Vann, W. F., Jr., & Dee, D. L. (2013). Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *Journal Of The American Dental Association (1939), 144*(2), 143-151.
- Scharfe, E. (2012). Maternal Attachment Representations and Initiation and Duration of Breastfeeding. *Journal of Human Lactation, 28*(2), 218-225. doi: 10.1177/0890334411429111
- Scott, J. A., Kwok, Y. Y., Synnott, K., Bogue, J., Amarri, S., Norin, E., ... Edwards, C. A. (2015). A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: results of a cohort study. *Birth (Berkeley, Calif.), 42*(1), 78-85. doi: 10.1111/birt.12138
- Secrétariat à la condition féminine. (2017). Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021. Repéré à <http://scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Egalite/strategie-egalite-2021.pdf>
- Secrétariat à la condition féminine. (2019). La sexualisation des espaces publics. Repéré à <http://www.scf.gouv.qc.ca/sansstereotypes/les-stereotypes-et/sexualisation-de-lespace-public/>
- Semenic, S., Groleau, D., Rodríguez, C., Gray-Donald, K., Bell, L., Haiek, L., ... Agnolon, M. C. (2012). *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement*

maternel au Québec, Rapport de recherche, Programme actions concertées :
Université McGill.

- Sharma, I. K., & Byrne, A. (2016). Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *International Breastfeeding Journal*, *11*, 17-17. doi: 10.1186/s13006-016-0076-7
- Shrimpton, R. (2017). *La poursuite de l'allaitement maternel pour la croissance et le développement harmonieux de l'enfant*. Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA): OMS. Repéré à https://www.who.int/elena/titles/bbc/continued_breastfeeding/fr/
- Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M. J., Martines, J., Taneja, S., Mazumder, S., ... Bhandari, N. (2015). Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, *104*(467), 114-134.
- Sipsma, H. L., Magriples, U., Divney, A., Gordon, D., Gabzdyl, E., & Kershaw, T. (2013). Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, *53*(3), 394-400. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.04.005
- Sovet, M. (2019). *L'allaitement maternel en public: Analyse du processus cognitif par lequel une norme sociale influence le comportement des mamans en Belgique francophone, en 2019*. Université catholique de Louvain, Belgique. Repéré à <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19870>
- Statistique Canada. (2021). Tableau 13-10-0096-01 Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Repéré
- Stearns, C. A. (1999). Breastfeeding and the good maternal body. *Gender & Society*, *13*(3), 308-325.
- Sudfeld, C. R., Fawzi, W. W., & Lahariya, C. (2012). Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PlosOne*, *7*(9). doi: 10.1371/journal.pone.0045143
- Szymanski, D. M., Carr, E. R., & Moffitt, L. B. (2011). Sexual objectification of women: Clinical implications and training considerations. *The Counseling Psychologist*, *39*(1), 107-126.
- Tang, L., Binns, C. W., Lee, A. H., Pan, X., Chen, S., & Yu, C. (2013). Low prevalence of breastfeeding initiation within the first hour of life in a rural area of Sichuan Province, China. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *40*(2), 134-142. doi: 10.1111/birt.12038

- Tengku Ismail, T. A., Wan Muda, W. A. M., & Bakar, M. I. (2016). The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition Research And Practice, 10*(1), 49-55. doi: 10.4162/nrp.2016.10.1.49
- Thomas-Jackson, S. C., Bentley, G. E., Keyton, K., Reifman, A., Boylan, M., & Hart, S. L. (2015). In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association.*
- Toesca, C. (2017). *Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant.* UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS.
- Toledo, C., & Cianelli, R. (2019). Self-objectification in the context of breastfeeding: A concept analysis. *Public Health Nursing, 36*(2), 207-214.
- Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., ... Girardet, J.-P. (2013). Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de pédiatrie, 20*, S29-S48.
- Turcksin, R., Bel, S., Galjaard, S., & Devlieger, R. (2014). Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition, 10*(2), 166-183. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00439.x
- UNICEF. (2016). Allaitement maternel. Repéré à <https://www.unicef.org/fr>
- UNICEF, & OMS. (1990). *Innocenti Declaration* (pp. 2). Florence, Italie. Repéré à http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf
- UNICEF, & OMS. (2018). Capture the Moment—Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. *New York: UNICEF.*
- Ussher, J. M. (1989). *The psychology of the female body.* Taylor & Frances/Routledge.
- Vallée-Ouimet, S. (2019). *Une analyse situationnelle du discours des mères ayant choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif: enjeux pour la pratique infirmière.* Université du Québec en Outaouais.
- Vassilaki, M., Chatzi, L., Bagkeris, E., Papadopoulou, E., Karachaliou, M., Koutis, A., ... Kogevinas, M. (2014). Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Maternal & Child Nutrition, 10*(3), 335-346. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00420

- Viry Choffel, C. (2005). *Allaitement maternel et santé bucco-dentaire du jeune enfant*. UHP-Université Henri Poincaré. Repéré à <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733364>
- Wallenborn, J. T., Masho, S. W., & Ratliff, S. (2016). Paternal Pregnancy Intention and Breastfeeding Duration: Findings from the National Survey of Family Growth. *Maternal And Child Health Journal*, 554-561. doi: 10.1007/s10995-016-2139-1
- Wambach, K. A. (1993). *A test of a breastfeeding intention and outcome model*. University of Arizona.
- Wambach, K. A. (1997). Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Research in nursing & health*, 20(1), 51-59.
- Wang, W., Lau, Y., Chow, A., & Chan, K. S. (2014). Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. *Midwifery*, 30(6), 678-687. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.015
- Wilhelm, S. L., Rodehorst, T. K., Stepan, M. B. F., Hertzog, M., & Berens, C. (2008). Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Applied Nursing Research*, 21(3), 123-130.
- Yang, H.-J., & Seo, J.-M. (2013). [A structural model for primiparas' breastfeeding behavior]. *Journal Of Korean Academy Of Nursing*, 43(3), 399-408. doi: 10.4040/jkan.2013.43.3.399
- Young, I. M. (1992). Breastfed experience: The look and the feeling. Dans *The body in medical thought and practice* (pp. 215-230): Springer.
- Zhang, Y., Carlton, E., & Fein, S. B. (2013). The association of prenatal media marketing exposure recall with breastfeeding intentions, initiation, and duration. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 29(4), 500-509. doi: 10.1177/0890334413487256

