



## ***Remue-méninges du PACE/PCNP : Facteurs contribuant à accroître l'allaitement naturel chez la clientèle de PACE/PCNP***

Les 23 et 24 mars 2000, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) ont commandité leur tout premier exercice de Remue-méninges à Ottawa. Le PACE et le PCNP appuient une vaste gamme de services d'action communautaire pour les femmes enceintes et les enfants vivant des situations à risques partout au Canada. Le Remue-méninges a bénéficié de l'appui financier de Santé Canada par l'intermédiaire du Fonds pour les projets nationaux du PACE et du PCNP. Ce fonds subventionne les projets appuyant les objectifs des programmes et qui profitent directement aux projets du PACE et du PCNP d'un bout à l'autre du Canada. Le cadre de cet événement unique a été élaboré par des conseillers de programmes de Santé Canada et approfondi par une équipe du centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto (Vous trouverez des renseignements additionnels sur le PACE/PCNP et le Fonds pour les projets nationaux à l'Annexe A et sur le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp.html>).

L'exercice de Remue-méninges du PACE/PCNP a réuni des représentants de 38 projets et des chercheurs en santé communautaire afin de réfléchir à quatre grandes questions d'intérêt pour tous les programmes du PACE/PCNP au Canada. Les quatre questions à l'étude sont les suivantes :

- ▶ Comment maximiser la participation parentale;
- ▶ Comment atteindre et retenir les clientèles cibles;
- ▶ Déterminer les facteurs qui augmentent le taux d'allaitement chez la clientèle du PACE et du PCNP;
- ▶ Établir les partenariats et les interventions pour prévenir la violence faite aux enfants.

Un comité consultatif formé d'agents de projets et de porte-parole de Santé Canada à l'échelle régionale et nationale ont participé à la conception et à la mise en œuvre de l'atelier de réflexion dans le but de s'assurer que les conclusions tirées soient pertinentes et utiles aux projets du PACE/PCNP. Le cadre établi comportait la définition des questions à traiter en priorité, la nomination des chercheurs qui ont pris part à l'exercice ainsi que l'identification et la validation des programmes ayant fait preuve d'innovation et d'expertise dans l'un des quatre champs d'étude.

À l'issue de la réflexion, quatre documents ont été produits (un par question). Ces documents reflètent l'expérience et l'expertise des agents de projets et des chercheurs communautaires. Un cinquième document fournit un aperçu de ce modèle expérimental unique et du processus utilisé pour tirer les conclusions.

Ce groupe de réflexion s'est penché sur les programmes ayant grandement favorisé l'initiation à l'allaitement naturel et sa durée chez les femmes de la clientèle visée. On s'est demandé quelles étaient les pratiques et les innovations responsables de l'augmentation du taux d'allaitement naturel chez ces femmes.

### ***Ce qu'en pense la collectivité...***

Le groupe de réflexion a demandé que soit clarifié l'usage de certains termes :

#### ***1) « Appui »***

Il est ressorti de la discussion que, selon la clientèle visée, ce mot prend différentes connotations. Soulignons que le terme *appui* ne comporte aucune notion précise quant à l'intensité ou à la signification de la participation.

#### ***2) « Allaitement naturel »***

De la même manière, les membres du groupe définissaient ces termes de différentes façons. Évidemment, l'allaitement varie non seulement en termes de durée, mais aussi en termes d'exclusivité. Par exemple, une femme qui complète l'allaitement naturel avec du lait maternisé serait, pour certains, une mère allaitant naturellement, mais pour d'autres non.

### 3) « *Éducation contre formation* »

On a senti que le terme *éducation* implique le renforcement de l'autonomie de la part de celui qui apprend, et qu'il véhicule une interaction, tandis que le terme *formation* supposait une modification de comportement plus simple. Ceci étant dit, il faudra se souvenir qu'en de nombreuses occasions, les membres du groupe ont parlé de formation des compagnons d'entraide, alors qu'ils voulaient suggérer le renforcement de l'autonomie et de l'interaction.

### 4) « *Participation contre implication* »

En discutant du rôle des différents participants que sont les partenaires, les membres de la collectivité, et, plus particulièrement, les mères elles-mêmes, les membres du groupe ont préféré parler de ces acteurs comme personnes participantes plutôt que comme personnes impliquées dans le programme, ce deuxième terme pouvant traduire un engagement moindre et moins intense.

## Enseignements

Le groupe de réflexion a identifié trois grands types d'enseignements qui, réunis, améliorent l'effet des stratégies destinées à favoriser l'allaitement naturel :

- ▶ La continuité des stratégies;
- ▶ L'éducation et la formation;
- ▶ L'amélioration de la vie communautaire

## Premier enseignement : La continuité des stratégies pour fournir un appui



**« Nous avons appris que la continuité dans les stratégies devait s'installer tôt, en adoptant une approche holistique qui tient compte des besoins de la clientèle cible. C'est essentiel pour favoriser, préserver et appuyer l'allaitement naturel. »**

Il est important d'instaurer une participation avec la mère dès le premier contact, et de maintenir la continuité de cet engagement jusqu'à la fin. Cela suppose un ensemble de contacts variés, y compris :

- L'appui de compagnes;
- Le soutien professionnel;
- Une ligne téléphonique pour offrir des conseils jour et nuit;
- Des visites à domicile (qui s'avèrent très fructueuses);
- Des contacts collectifs et individuels, tous orientés vers trois objectifs importants : promotion, protection et appui à la mère qui allaite.

Le contact devrait se faire à intervalles rapprochés dans les premières semaines, et se poursuivre à raison de une fois par mois lorsque l'allaitement est mieux maîtrisé. Un accouchement qui s'est avéré être une expérience relativement positive, pendant et après, est la situation idéale pour favoriser l'allaitement naturel. Dans la mesure du possible, on doit faire participer la famille tôt dans le processus. L'appui devrait être fourni avec rapidité quand le besoin surgit, à n'importe quel moment de la grossesse ou de la période d'allaitement. Une visite durant les deux premières semaines après la naissance est l'occasion d'offrir de l'information utile. Le partage entre compagnes peut s'avérer une

excellente forme de soutien pour la mère, lors de la transition de l'hôpital à la maison.

Les programmes d'allaitement naturel qui connaissent du succès sont conçus pour satisfaire les besoins essentiels et particuliers des mères qu'ils desservent. Ces besoins varieront selon la clientèle cible — qui peut être rurale ou urbaine, jeune ou âgée ou mélangée, à revenu faible ou élevé — et qui peut comprendre des nouveaux parents ou des parents expérimentés. De la même manière, les mères peuvent s'engager dans le programme à divers degrés.

Pour qu'une femme soit en mesure de participer au programme, il est souvent utile de lui fournir l'essentiel :

- Les services de garde;
- Le transport;
- Les collations ou les repas : Les participantes peuvent être attirées par des mesures incitatives comme des bons d'épicerie, du lait, des œufs, du fromage, du jus d'orange et la livraison d'un repas chaud à domicile. De telles mesures fonctionnent mieux lorsqu'elles sont présentées comme des « primes pour le bébé » ou des formes d'encouragement pendant la période d'allaitement (pour des étapes réussies à trois mois, six mois, douze mois, etc.), plutôt que comme des incitatifs au programme;
- Des vêtements d'enfants et des vêtements de maternité recyclés;
- Une cuisine communautaire.

Dans la mesure du possible, il faudrait inviter le conjoint de la mère à participer.

Outre les besoins essentiels, les participantes éprouveront des besoins différents selon leur situation. Ces besoins devraient être pris en considération durant la conception du programme. Le programme devrait pouvoir

aider une femme à s'intégrer à la réalité de l'école, d'un emploi saisonnier ou du rôle de principal gagne-pain, car ces facteurs peuvent affecter sa capacité d'allaiter. Par exemple, les programmes populaires auprès des étudiantes mères sont souvent établis sur les lieux de l'école secondaire ou à proximité. Le programme est présenté comme partie intégrante des études et pour laquelle les participantes reçoivent des crédits. Quelquefois, le programme permet à la nouvelle mère d'obtenir un congé de maternité spécial de deux mois, sans pénalité. Ces exemples montrent comment un appui peut se formuler en fonction du parcours de chaque mère.

L'allure que prend le programme et l'atmosphère que le personnel communique aux participantes éventuelles et actuelles peuvent décider de la participation de celles-ci. Au nombre des éléments importants citons :

- La nature informelle des rencontres;
- Le rapport favorable que le personnel établit avec les participantes;
- L'acceptation et le respect de la femme et de sa situation;
- Une atmosphère familiale et amicale;
- L'utilisation d'un langage constructif;
- L'obtention de la confiance des participantes;
- La visibilité du programme;
- L'aspect agréable de l'expérience.

Dans le cas des jeunes mères, notamment, il est crucial de combler le fossé entre la « cliente » et le « professionnel ». Le programme doit nettement se différencier, dans sa forme et son contenu, de ce que la plupart des jeunes mères auront expérimenté de la naissance.



**« Les hôpitaux ressemblent à des écoles de réforme pour les [jeunes] mères. »**

Le langage revêt une importance capitale. Par exemple, les membres du groupe étaient d'accord que le terme même d'« adolescente » est employé de façon péjorative, surtout en combinaison avec le mot *mère*. Le stéréotype d'une mère adolescente est non seulement peu flatteur, mais il est également pénalisant pour certaines mères qui assument un rôle actif dans leur grossesse et, par extension, dans leur décision d'allaiter. Il en va de même quelquefois pour les femmes plus âgées qui côtoient des mères plus jeunes. On a montré une préférence pour le terme « jeune mère » ou « jeune parent ».

Par-dessus tout, l'environnement devrait être un milieu sécuritaire, où l'allaitement naturel est normal, valorisé, soutenu et glorifié. Même les petites victoires en termes d'allaitement devraient être reconnues.

La notion de continuité nécessite aussi des activités de rayonnement. L'allaitement naturel peut devenir une composante des rencontres prénatales. Une autre initiative est de prêter des pompes tire-lait (servant à extraire le lait maternel) aux mères qui, à leur départ de l'hôpital, ont l'intention de donner le biberon. Cette précaution en incite bon nombre à essayer l'allaitement naturel. On a constaté que les activités pratiques étaient un bon moyen d'amener un programme jusqu'aux participantes et vice-versa. Le taux de participation augmente lorsqu'on invite les femmes aux rencontres en leur téléphonant personnellement. Certaines mères préfèrent garder leurs bébés avec elles durant le programme — ce qui s'est avéré avantageux — tandis que d'autres préfèrent se retrouver exclusivement avec des mères de leur âge. Les programmes doivent tenir compte de ces

variables, et devraient toujours respecter les distinctions culturelles.

En dernier lieu, l'allaitement naturel est souvent un sujet « sûr » qui permet d'ouvrir une possibilité de soutien à la mère aux prises avec d'autres problèmes. Toutefois, certaines mères ne sont pas réceptives à l'allaitement naturel. Parmi les approches créatives, il peut s'agir de faire ressortir des aspects du programme qui ne se rapportent pas immédiatement à l'allaitement. Un de ces programmes a organisé avec succès des séances de tricot. Un tel programme a permis de renforcer les liens entre les participantes et leur futur bébé. Le programme a aussi permis de consolider les liens entre participantes. L'ambiance détendue offre l'occasion de traiter de sujets qui seraient autrement difficiles à aborder; on peut alors inciter une mère initialement non réceptive à envisager l'allaitement. Les programmes devraient aussi miser sur les nouvelles possibilités technologiques, telles que l'afficheur qui augmente le taux de réponse téléphonique ainsi que la téléconférence en groupes de discussion.

## **Deuxième enseignement : éducation contre formation**



**« Nous avons appris que pour bien fonctionner avec la clientèle cible et la collectivité où ils se trouvent, les programmes ont besoin de gens possédant des connaissances, des attitudes et des compétences particulières. C'est ainsi que les femmes et les familles visées auront la liberté de choisir l'allaitement naturel et réaliseront leurs objectifs. »**

Lors de la discussion sur l'éducation et la formation, la question de la spécialisation a soulevé la controverse. Par exemple, devrait-

on fournir une consultante en allaitement à chaque collectivité, ou devrait-on diffuser ce genre de connaissances à un plus grand nombre d'employés et à des compagnes conseillères? Ce n'est pas sur la consultante en allaitement que devrait reposer la plus grande part de l'encadrement en matière d'allaitement, mais de nombreuses collectivités ont besoin de la contribution de tel spécialiste. Il doit y avoir un moyen de mettre à profit l'expertise des consultantes en allaitement, peut-être par le truchement d'une formation qu'elles dispenseraient à d'autres personnes ensuite chargées du travail sur le terrain. On ferait appel à la consultante au besoin. D'autres professionnels, y compris l'infirmière présente durant les 24 heures suivant la naissance et le médecin, ont besoin de formation en allaitement naturel. La consultante en allaitement ne peut ni prescrire de médicament ni être disponible pour chaque mère.



**« Selon notre modèle médical, nous confions les seins à la consultante en allaitement et l'utérus au médecin, et nous perdons la mère dans le processus. »**

Dans la meilleure situation, chaque personne qui travaille auprès des participantes devrait disposer de trois grands outils : la bonne attitude, les compétences et les connaissances. Cela ne veut pas dire qu'elle doit nourrir certaines valeurs, autres que celle de savoir accepter autrui. Ces outils doivent être appropriés à la clientèle cible et au milieu visé. Bien que beaucoup de programmes comptent sur l'apport bénévole, les bénévoles compagnons devraient idéalement recevoir une rétribution ou une allocation et vivre dans la collectivité, pour y préparer des ateliers et d'autres programmes. On devrait veiller à ce qu'ils reçoivent une formation continue ainsi que les ressources nécessaires, telles que les fiches de renseignement pour dispenser de

l'aide téléphonique et une documentation à partager avec les clientes.

Moins le personnel insiste sur sa compétence professionnelle, plus la confiance peut s'installer.

Par exemple, beaucoup de délégués de programme ont trouvé que des jeunes mères sont réticentes à l'idée de participer aux programmes parce qu'elles craignent que cela n'affecte l'aide sociale à laquelle elles ont droit.

Le personnel aussi tire des bienfaits d'un environnement favorable. Dans les programmes qui réussissent, chacun connaît bien l'importance de souligner le travail et la contribution des compagnons. Pour souligner un aspect du programme, on pourrait instaurer la semaine de l'allaitement naturel et amener l'idée originale de célébrer la grossesse des jeunes mères.



**« Essayez de valoriser la grossesse des jeunes mères, car personne d'autre ne le fera. Ces jeunes filles veulent être de bonnes mères. »**

La plupart des déléguées de programme ont trouvé que l'appui des pairs, ou le « compagnonnage » est très efficace. Les participantes qui ont suivi le programme et les femmes qui ont allaité avec succès peuvent à leur tour offrir le fruit de leur expérience à des participantes de leur milieu.

Les femmes veulent connaître les réalités de l'allaitement naturel plutôt que d'en recevoir une image idéalisée, source de déception. En même temps, les déléguées ont obtenu du succès en posant l'allaitement naturel comme le premier choix pour les femmes, en partant du principe que celles-ci allaiteront à moins qu'elles ne choisissent de faire autrement.

Enfin, la mère doit avoir la liberté de faire des choix éclairés, plutôt que de se voir imposer une situation. Cela signifie que le personnel et les gens qui apportent leur aide doivent aussi disposer des renseignements et de la compétence nécessaire pour appuyer la mère dans ses choix. La communication entourant la mère devrait être continue et inclure les proches qui la soutiennent dans sa démarche. Les choix discutables que fait une mère peuvent devenir des sources d'enseignement plutôt que des occasions de critique. Le personnel doit se montrer capable d'accepter même s'il ne partage pas les choix qui sont faits.



**« Si la mère a utilisé son petit supplément pour acheter une boisson à l'orange plutôt qu'un vrai jus d'orange, ce n'est pas une catastrophe; c'est une source d'enseignement. »**



**« Certaines personnes s'inquiètent d'introduire l'éducation (sur le rôle parental) dans les écoles. Elles semblent penser que si les jeunes parlent de grossesse, elles risqueront davantage de tomber enceintes, comme si cela pouvait se faire par osmose. »**

### **Troisième enseignement : L'amélioration de la vie communautaire**



**« Nous avons appris que lorsque les divers milieux se sentent engagés, le taux d'initiation à l'allaitement naturel et sa durée s'accroissent chez la clientèle cible. »**

Le groupe de réflexion a fait cette observation en fonction d'une collectivité qui protège, promeut, encourage et appuie la culture de l'allaitement naturel. Il a donné des exemples précis de membres de la collectivité qui pourraient s'engager dans la démarche, tels que la clientèle cible, le monde des affaires, le corps médical, les médias, les groupes sociaux et les familles. On a préféré le mot *engagé* au mot *impliqué* parce que plus constructif. Il faut éviter l'usage de termes comme *doit* et *devrait* s'engager parce qu'ils suscitent le découragement.

Les liens entre la santé, l'éducation et la société peuvent être concrétisés sous forme de partenariats. De grands avantages peuvent découler du développement de partenariats de travail, parmi les autres réseaux professionnels, les participants les établissements d'enseignement, les garderies, la communauté d'affaires, et le grand public qui pourraient tous donner leur soutien à l'allaitement naturel. Bon nombre de participantes viennent, notamment, sur la recommandation d'un médecin. Des partenariats dynamiques avec les hôpitaux et les infirmières du secteur public peuvent revitaliser des relations de travail. Les partenariats avec les milieux de travail produisent souvent de bons résultats, y compris une diminution de l'absentéisme causée par les maladies infantiles ainsi qu'un accroissement du taux d'allaitement naturel en général. On pourrait envisager des partenariats semblables pour les mères occupant des emplois saisonniers ou qui sont travailleuses autonomes.

Grâce aux partenariats, les projets PACE/PCNP peuvent compléter d'autres programmes. On peut présenter aux clientèles particulières, telles les jeunes mères, divers professionnels de la santé dans un milieu sécuritaire, par l'entremise du programme PCNP. Les regroupements prônant l'allaitement peuvent collaborer aux niveaux

régional, provincial et local tandis qu'une coalition nationale pourrait coordonner ces efforts. Les partenariats peuvent également déboucher sur de nouvelles sources de financement.

Le défi consiste à équilibrer et à respecter les différentes missions que poursuivent les partenaires, et à reconnaître la valeur du partage des connaissances.

L'appui des partenaires, les administrateurs d'établissements scolaires par exemple, est essentiel lorsque les programmes touchent des stéréotypes dans leur milieu de travail.

L'attitude de la collectivité dans son ensemble peut être compréhensive ou hostile. On pense aux hôpitaux et aux médecins, et cela peut inclure les partenariats mentionnés précédemment, dans le sens plus large de la collectivité. La plupart des programmes y gagneraient à faire l'objet d'un travail de relations publiques et à véhiculer l'amour des bébés en général. L'image même des participantes sera rehaussée si toutes et chacune, dans la clientèle cible, a la possibilité de participer (toutes les personnes des régions isolées peuvent participer étant donné que leur isolement est justement un critère propre à la clientèle cible).

On s'est beaucoup penché sur les stratégies permettant de développer une « culture de l'allaitement ». Les perceptions changent lentement et on ne les remarque que lorsqu'un nombre suffisant acceptent l'allaitement. L'affichage pourrait être employé dans les centres commerciaux. On constate des taux d'allaitement accrus dans les collectivités où l'allaitement naturel a été rendu plus visible.



*« Les gens ont besoin d'être encouragés, car ils sont souvent critiqués. Si je vois une femme qui allaite son enfant ce week-end, je vais la féliciter. »*



*« Nous avons eu des commentaires d'un restaurant qui se plaignait de voir des femmes allaiter sur les lieux; c'est donc dans ce restaurant que nous avons réuni notre groupe et que nous nous sommes toutes mises à allaiter. »*

## Questions à l'étude

Les participants au groupe de réflexion ont identifié plusieurs questions importantes découlant des trois enseignements précédents et qu'il conviendrait d'étudier.

### **1. Quelles sont les stratégies efficaces pour accroître le taux d'allaitement naturel chez la clientèle cible?**

Quelles sont les stratégies qui fonctionneront auprès des divers segments de la clientèle cible, y compris les personnes en milieu rural, les jeunes et les immigrantes? La formulation d'une réponse à cette question devrait tenir compte des facteurs décisifs comme la pertinence dans le temps et la vision holistique de la situation.

### **2. Quelle combinaison de connaissances, d'attitudes et de compétences (chez un employé du programme) permet de mieux intercéder auprès des familles dans la clientèle cible pour promouvoir l'allaitement naturel?**

Quel est l'ensemble de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes qui offre à un intervenant les meilleurs outils? Pourquoi

cette combinaison favorise-t-elle l'accroissement de l'allaitement? Les bonnes attitudes ne coexistent pas toujours avec les connaissances ou les aptitudes appropriées. Les attitudes clés concernent les jeunes mères, la communication et d'autres sujets épineux. Si le médecin n'est pas la personne par excellence pour enseigner l'allaitement, qui l'est?

### **3. Quels sont les partenaires essentiels à l'accroissement du taux d'allaitement chez la clientèle cible?**

Comment peut-on développer des partenariats efficaces? Devrait-on évaluer la réceptivité et la solidarité de la collectivité, et dans l'affirmative, qui pourrait s'en occuper et de quelle façon (Les programmes PACE/PCNP ont-ils le temps d'y voir)? Comment peut-on améliorer la bonne volonté du milieu — qui devrait-on inviter à s'engager et qui l'est déjà? Comment pouvons-nous encourager l'allaitement naturel dans une culture qui favorise l'emploi du lait maternisé? Quelles sont les sources d'influences et comment peut-on les amener à s'informer sur la question?

À cela, on peut rajouter des questions :

- Quelles stratégies existent déjà pour faire participer la clientèle cible tôt dans le processus?
- Quelle est l'influence sur le taux d'allaitement du retour précoce à la maison et du suivi?
- Qu'est-ce qui différencie le PCNP comme programme (par rapport autres programmes) en termes de succès?
- L'appui de compagnes peut-il influencer favorablement l'accroissement du taux d'allaitement naturel? Quel genre d'appui par les compagnes serait approprié?

- Comment les programmes peuvent-ils retenir le personnel, les travailleurs compagnons et les participants?

**La production de ce rapport a été rendue possible grâce au financement accordé par le Fonds pour les projets nationaux du PACE/PCNP de Santé Canada.**

**Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.**

## Membres du groupe de réflexion

Sylvie Arsenault  
Carousel Family Resource Centre  
Île-du-Prince-Édouard

Lesley French  
Health and Community Services (Western  
Region)  
Terre-Neuve

Marina Green  
North Shore Family Services  
Colombie-Britannique

Gail Hooper  
Lifestyle Education for Adolescent Parents  
(LEAP) Inc.  
Nouveau-Brunswick

Emmy Maten  
Dispensaire diététique de Montréal  
Québec

Donna Rowland  
Baby Matters  
Yukon

Linda Silver  
Better Beginnings-NOW  
Ontario

Jan van Someren  
Teen Breastfeeding Support Project  
Alberta

Chercheuse :  
Patricia Williams  
B.C. Research Institute for Children and  
Women's Health

Représentante du Comité consultatif :  
Carmen Robillard  
Nos enfants, notre avenir  
Ontario



**Étude documentaire**  
**Conclusions de la recherche**



# Étude documentaire

Préparée par Patricia L. Williams

## Introduction

Typiquement, les taux d'initiation à l'allaitement naturel chez les segments de la clientèle visée par les programmes de PACE sont très inférieurs au taux moyen de 73 % que l'on observe pour l'ensemble des Canadiennes, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 (ENSP) et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (MacLean, 1998). Les femmes facilement portées à nourrir leur enfant au lait maternisé sont les femmes plus jeunes (Robinson et coll., 1993; Grossman et coll., 1990; Ryan et coll., 1991; Sacks et coll., 1976; Ever-Hodani et coll., 1994; Bloom et coll., 1982a), qui sont célibataires (Sacks et coll., 1976; Evers et coll., 1998), qui affichent un faible niveau de scolarité (Williams et coll., 1996; Ryan et coll., 1991; Sacks et coll., 1976; Ever-Hodani et coll., 1994; Evers et coll., 1998, Grossman et coll., 1990; LeFevre et coll., 1987; Rosseau et coll., 1982), et un revenu inférieur (Myers 1979; Bloom et coll., 1982a; LeFevre et coll., 1987; Santé et Bien-être social Canada 1991, 1993; Novotny et coll., 1994; Grossman et coll., 1990; Evers et coll., 1998). Elles proviennent d'origines ethniques diverses (Santé et Bien-être social Canada, 1991; Williams et coll., 1996; Ryan et coll., 1991; Ever-Hodani et coll., 1994), et vivent dans l'Est du Canada (MacLean 1998).

En dépit des recommandations visant à encourager, à protéger et à appuyer l'allaitement exclusivement naturel pour une période minimum de quatre (CPS et coll., 1998) à six mois (Quarante-septième Assemblée mondiale de la santé, 1994; Comité canadien pour l'allaitement, 1998), l'arrêt précoce de l'allaitement naturel est courant chez les Canadiennes; en effet, de 31 à 35 % sèvrèrent leur enfant avant 8 semaines tandis que 39 à 41 % sèvrèrent avant 12 semaines (MacLean 1998). Conformément aux faibles taux d'initiation à l'allaitement naturel, les femmes qui sont jeunes, célibataires, affichant de faibles niveaux d'éducation et de revenu, et vivant dans l'Est du Canada qui choisissent d'allaiter naturellement font partie du groupe à risques qui choisit de sevrer précocement (MacLean 1998). Même parmi les femmes ciblées par le programme PCNP, l'initiation et la durée de l'allaitement varient grandement. Les taux d'initiation à l'allaitement naturel pour les mères qui participent aux programmes PCNP de partout Canada sont en moyenne de 72,5 %, un taux similaire au taux national ([www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/webdoc22.htm#Le Programme canadien de nutrition prénatale](http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/webdoc22.htm#Le%20Programme%20canadien%20de%20nutrition%20pr%C3%A9natale)). De même, des programmes tels que « Better Beginnings, Better Futures Project », un programme de prévention chez les communautés à faible revenu de l'Ontario, ont atteint des taux aussi élevés que 77 % pour l'initiation à l'allaitement; de ces mères, 63 % allaitent encore trois mois après l'accouchement (Evers et coll., 1998). Le Dispensaire diététique de Montréal (DDM), qui dessert annuellement plus de 2 000 femmes enceintes de milieu défavorisé, a affiché des résultats tout aussi encourageants, avec un taux d'initiation de 85 %; 64 % de ces mères allaitent encore leur enfant à trois mois, et 37 % à six mois (Vallieres et coll., en préparation de publication). On a rapporté des taux très inférieurs chez d'autres groupes défavorisés. Par exemple, McKim et coll., (1998) ont rapporté que seulement 49 % des mères non autochtones Innu et des mères inuit de la côte du Labrador nourrissaient leur bébé exclusivement au sein à leur sortie d'hôpital; 33 % le faisaient encore quatre semaines après l'accouchement, et 18 % après seize semaines. On manque d'information sur les taux d'initiation et sur la durée de

l'allaitement parmi les groupes de femmes ciblées par le programme PCNP, telles que les jeunes mères, les réfugiées et les femmes à faible revenu vivant dans les régions rurales.

On associe à l'allaitement naturel la réduction de la mortalité infantile chez les enfants nés prématurément (Lucas & Cole, 1990), la diminution du risque d'infections respiratoires graves, d'affection diarrhéique, d'otite, de troubles atopiques de la peau (Cunningham et coll., 1991; Lopez-Alarcon et coll., 1997; Dewey et coll., 1995; Cohen et coll., 1995), d'asthme infantile (Oddy et coll., 1999) et d'obésité (Von Kries et coll., 1999), de même qu'à une diminution de la fréquence d'admissions à l'hôpital (Cunningham et coll., 1991). L'allaitement naturel est également bénéfique pour les parents (Heinig & Dewey 1997) puisqu'il semble lié à une réduction du taux d'absentéisme maternel (Cohen et coll., 1995). Les avantages de l'allaitement paraissent s'accroître avec son prolongement (au moins jusqu'à quatre mois) (Wilson et coll., 1998). Montgomery & Splett (1997) ont calculé que l'allaitement de chaque enfant enrôlé dans le Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants durant les premiers six mois de vie a généré des économies substantielles pour le programme et des réductions de dépenses en soins de santé Medicaid. Ils ont aussi observé une réduction d'environ 50% des coûts en produits pharmaceutiques par rapport au groupe qui nourrissait au biberon et ce, même après utilisation du rabais du fabricant de lait maternisé. Malheureusement, aucune donnée n'a été publiée jusqu'à maintenant sur l'avantage économique des programmes qui favorisent et appuient l'allaitement naturel chez les Canadiennes à faible revenu. Les jeunes mères et les mères de milieux défavorisés courent un risque plus élevé d'accoucher prématurément ou de donner naissance à un bébé de faible poids ou en moins bonne santé générale (Brown et coll., 1991; Kotagal 1993). Par conséquent, l'allaitement naturel chez la clientèle du PCNP montre un potentiel d'économies et d'avantages, à la fois pour les parents et pour notre système de soins médicaux.

Il est vital de mieux comprendre les facteurs qui influencent les décisions et les pratiques entourant l'alimentation du nouveau-né chez les mères de milieux défavorisés, afin d'améliorer les taux d'initiation et la durée de l'allaitement naturel chez la clientèle cible du PCNP. On peut s'attendre à ce que certains des facteurs démographiques et psychosociaux qui influencent de manière générale le choix des mères sur la façon de nourrir leur enfant influencent aussi les mères ciblées par le programme PCNP; cependant, il existe des facteurs uniques ou qui jouent un rôle plus déterminant pour ce groupe plus vulnérable. À ce sujet, les facteurs psychosociaux importants qui touchent les mères de milieux défavorisés incluent l'appui social (Sacks et coll., 1976; Rousseau et coll., 1982; Freed et coll., 1992a), les convictions sur les avantages ou les conséquences de l'allaitement naturel (ou sur le lait maternisé), les obstacles associés à l'allaitement, tels que l'inconfort ou la gêne (Evers et coll., 1998; Robinson et coll., 1993), et la confiance en soi vis-à-vis des difficultés à surmonter durant l'allaitement (Marten & Young 1997; Baranowski et coll., 1990; Coombs et coll., 1998; O'Campo et coll., 1992).

Les études qui ont examiné les motifs d'un arrêt précoce de l'allaitement chez les mères défavorisées rapportent invariablement que la principale raison invoquée est liée à l'insuffisance de lait (Evers et coll., 1998; Grossman et coll., 1990; Barron et coll., 1988). Simultanément, les enquêtes nationales (MacLean, 1998) et locales (Williams et coll., 1999; Marten & Young 1997; Martens et coll., 2000) menées au Canada ont mis en évidence que l'interruption précoce découle de difficultés avec la maîtrise de la technique, de la sensibilité des mamelons ou des seins, de l'insuffisance de lait, et de l'inconfort de l'allaitement. Le Syndrome d'insuffisance de lait (SIL)

comme motif à l'arrêt précoce est probablement le résultat d'un jeu d'interactions plus complexes qui peuvent toucher les connaissances techniques. De manière encore plus importante, les facteurs socio-culturels qui influencent les facteurs personnels sont la clé d'un allaitement naturel fructueux comme, par exemple, le sentiment de compétence personnelle de la mère et ses attentes face aux résultats (MacLean 1998; Hill & Aldag 1991). Hill & Humenick (1989) ont proposé un cadre de travail pour étudier ce syndrome. Il faudra approfondir la recherche pour bien comprendre les facteurs qui influencent le risque de SIL d'une mère, et comment on peut prévenir efficacement ce problème dans la clientèle cible.

Trois grands enseignements sont nettement ressortis en termes des pratiques et des innovations ayant le plus sensiblement augmenté le taux d'allaitement naturel dans le cadre des programmes à succès du PCNP. Ces trois principaux enseignements sont : 1° la continuité des stratégies; 2° l'éducation et la formation des employés du programme; et 3° l'amélioration de la vie communautaire. D'abord, nous avons appris qu'une continuité dans les stratégies (précoces et à plus long terme) qui repose sur une approche holistique de la santé et qui tient compte des besoins de la clientèle cible est essentielle pour favoriser, protéger et appuyer l'allaitement naturel. En deuxième lieu, nous avons appris que les programmes ont besoin de gens possédant des connaissances, des attitudes et des compétences particulières pour travailler efficacement avec la clientèle cible et la collectivité dans laquelle ils vivent; cette combinaison d'aptitudes fait en sorte que les femmes et les familles ont la liberté de choisir d'allaiter naturellement et sont capables d'atteindre leurs objectifs. En troisième lieu, nous avons appris que lorsque les milieux sont engagés (dans la promotion, la protection et l'appui de l'allaitement naturel), le taux d'initiation et la durée de l'allaitement chez la clientèle cible augmente. Le but de ce document est d'étudier la documentation portant sur les facteurs qui contribuent à l'augmentation de l'initiation à l'allaitement et de sa durée chez les femmes visées par le programme PCNP et ce, en relation avec ces trois enseignements qui posent des défis, et d'identifier où il y a des manques à combler dans la recherche.

## **Section Un: Stratégies de programmes**

### **Quels avantages y a-t-il à augmenter le taux d'allaitement naturel chez la clientèle du PCNP?**

#### ***1.1 Choix du moment et durée de la mise en œuvre des stratégies***

Les études montrent toutes que les décisions concernant l'alimentation du nouveau-né se prennent tôt durant la grossesse, parfois même avant (Sacks et coll., 1976; LeFevre et coll., 1987; Rousseau et coll., 1982; Entwisle et coll., 1982; Losch et coll., 1995; Aberman & Kirchoff 1985; Grossman et coll., 1990), et que les intentions prénatales concernant les pratiques de cette alimentation constituent l'indicateur le plus sûr des pratiques réelles (Entwisle et coll., 1982; Aberman & Kirchoff 1985; Coreil & Murphy 1988). Par contraste, c'est durant la grossesse ou à la naissance que les jeunes mères sont plus enclines à prendre la décision d'allaiter (Maehr et coll., 1993; Wambach & Cole 1999).

Des études par observations ont permis de découvrir un lien entre l'éducation prénatale et l'initiation à l'allaitement naturel (Grossman et coll., 1990; Jones & Belsey 1977; Wright et coll.,

1983; Entwisle et coll., 1982), alors que cette association n'a pas été remarquée dans le groupe de femmes de milieux socioéconomiques inférieurs étudié par Entwisle et coll., (1982). Kistin et coll., (1990) ont aussi démontré l'influence favorable de l'encadrement prénatal des mères sur l'accroissement du taux d'initiation à l'allaitement et de la durée lors d'un essai sous supervision avec des futures mères de race noire vivant en milieu urbain et sur un faible revenu. Une analyse récente de Sikorski & Renfrew (1999) a porté sur des études dirigées autour de l'appui à l'allaitement et l'efficacité des différents types d'interventions d'aide employées. Cette analyse suggère que les stratégies misant à la fois sur des composantes prénatales et postnatales peuvent s'avérer plus efficaces que celles restreintes à l'intervention postnatale (Sikorski & Renfrew 1999).

On a pu constater à la suite d'une analyse approfondie que l'arrêt de l'allaitement en deçà de la période recommandée de quatre à six mois (CPS et coll., 1998; Quarante septième Assemblée mondiale de la santé 1994) survient fréquemment chez les femmes visées par le programme PCNP (Evers et coll., 1998). Chez les jeunes mères et les mères à faible revenu, l'arrêt de l'allaitement se produit souvent plus tôt que prévu (Swanson 1988). Plusieurs études ont permis de comprendre que les mères ont besoin d'appui pour l'allaitement naturel durant la semaine qui suit la sortie de l'hôpital (Bull 1981; Field & Renfrew 1991; Rush et coll., 1991). Selon une étude récente à Saskatoon (Stefiuk 1998), les questions et les inquiétudes concernant l'allaitement ont compté pour 88 % des appels reçus par le truchement d'une ligne téléphonique de soutien post-partum, en fonction jour et nuit. Chez les mères de tous les milieux économiques, l'arrêt précoce de l'allaitement est grandement attribué à une perception d'insuffisance de lait ou à une sensibilité des mamelons ou des seins (Evers et coll., 1998; Barron et coll., 1988; Hill & Aldag 1991), problèmes que l'on peut prévenir par un appui durant la période périnatale.

L'analyse montre que l'orientation et l'appui durant la période qui suit immédiatement l'accouchement et un peu après influencent grandement l'initiation à l'allaitement et sa viabilité chez les femmes ciblées par le programme de PCNP. Barron et coll., (1988) ont observé que lorsqu'une source externe d'aide et d'appui pour l'allaitement naturel a été fournie aux femmes à faible revenu chez elles durant les deux premières semaines après l'accouchement (venant d'une doula ou du programme FBE), la durée moyenne de l'allaitement a quelquefois doublé par rapport à un allaitement sans appui. À Saskatoon, les grandes forces d'un programme d'aide à domicile après l'accouchement ont été la continuité des soins, les liens et le réseautage entre organismes et professionnels, et plus particulièrement pour les mères, l'enseignement et les conseils fournis par la personne qui aide à domicile (Stefiuk 1998). Ce programme consacré au post-partum opère 24 heures sur 24, sept jours sur sept, enrôle des infirmières capables de soigner mères et enfants, et comprend une ligne téléphonique jour et nuit ainsi que des visites à l'hôpital et dans les 24 heures à domicile. L'analyse des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par Lieu et coll. (2000) a montré que la durée moyenne du séjour à l'hôpital pour une naissance est passée de 4,2 jours en 1989-1990 à 2,7 jours en 1996-1997. Au Canada, il est recommandé que les mères qui ont un bébé à terme (37 à 42 semaines) dont la taille est adéquate pour la période de gestation et qui n'ont pas de complications médicales quittent l'hôpital en moins de 48 heures après la naissance de leur bébé (Comité sur le fœtus et le nouveau-né 1996). Dès lors, l'appui communautaire précoce et le soutien au foyer est très important pour initier l'allaitement avec succès. O'Leary Quinn et coll. (1997) ont fait la preuve que pour atteindre un objectif d'allaitement de 6 à 8 semaines, un séjour hospitalier de 24

heures suivi d'une visite à domicile était aussi efficace qu'un congé de l'hôpital après 48 heures sans visite à domicile.

## **1.2 Types de stratégies**

### ***Dispositions pour un appui additionnel***

De nombreuses études ont montré que les mères qui ont reçu un appui supplémentaire durant la grossesse et la période suivant immédiatement l'accouchement affichent un meilleur taux d'allaitement naturel que les mères qui reçoivent uniquement les soins prénataux et obstétriques courants (Sikorski & Renfrew 1999). Kahn (1979) décrit trois types d'appui social : 1° l'affect, qui comprend l'appréciation, l'admiration et l'instauration d'un sentiment de sécurité; 2° l'affirmation qui comprend le renforcement, la rétroaction et l'influence sur le processus de décision personnel; et 3° l'aide concrète, qui comprend de consacrer du temps pour aider quelqu'un. De même, Penrose et coll. (1998) ont identifié le besoin de trois sortes de ressources pour soutenir les femmes qui allaitent : 1° l'appui de type éducation et information; 2° l'appui émotionnel; et 3° l'appui de type orientation technique. Les résultats d'une enquête de Labbock & Simon (1988) suggèrent que cet appui est surtout fourni sous forme de compagnonnage par des femmes affichant un niveau de scolarité inférieur.

Dans leur analyse des essais d'appui à l'allaitement sous supervision, Sikorski & Renfrew (1999) ont conclu que l'appui additionnel de professionnels possédant des compétences précises en allaitement naturel aurait pour effet que davantage de mères continueraient d'allaiter leur bébé jusqu'à l'âge de deux mois, et ce, de façon exclusivement naturelle. Cette analyse a démontré que pour neuf mères allaitant, l'appui fourni inciterait une mère de plus à allaiter et une autre mère de plus à allaiter exclusivement de façon naturelle pendant deux mois. Comme la plupart des études citées dans cette analyse se sont uniquement penchées sur les résultats obtenus jusqu'à ce que l'enfant ait deux mois, et qu'elles se sont concentrées sur les interventions tôt après l'accouchement, il reste à définir si un appui offert sur de plus longues périodes perpétuerait cet effet (Sikorski & Renfrew 1999). Bien que les résultats montrent clairement que l'appui offert au-delà de la période habituelle des soins de maternité exerce une influence favorable sur l'initiation à l'allaitement et sur sa durée, on ne sait pas exactement quelles formes d'appui produisent les meilleurs résultats. De plus, Sikorski & Renfrew (1999) arrivent à la conclusion que les essais qui ont fait l'objet d'analyse ne fournissent pas de preuve suffisante pour déterminer quelle forme d'intervention auprès des femmes démunies pourrait efficacement atténuer la disparité de taux d'allaitement dans la société. D'autres études permettraient d'apporter des réponses.

### ***Appui par compagnonnage***

Nombre d'études descriptives suggèrent que la consultation et l'appui par les compagnes sont des stratégies efficaces pour accroître le taux d'allaitement naturel (Grummer-Strawn et coll., 1997; Kistin et coll., 1994; Schafer et coll., 1998; Langer et coll., 1998; Penrose et coll., 1998; Gross et coll., 1998). Dans une étude portant sur l'effet de l'appui des compagnes sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement naturel auprès d'un groupe de femmes à faible revenu (Penrose et coll., 1998), les participantes mises en présence de compagnes conseillères (n=18) ont affiché un

taux plus élevé d'allaitement exclusivement naturel jusqu'à trois mois après l'accouchement que celles qui n'ont pas bénéficié de conseillères (n=18). Aux États-Unis, des résultats semblables (un accroissement du taux d'initiation à l'allaitement, de la durée et de l'exclusivité de cette alimentation) ont été signalés dans des études longitudinales (Kistin et coll., 1994; Grummer-Strawn et coll., 1997) et expérimentales (Gross et coll., 1998) portant sur les programmes de compagnes conseillères en allaitement auprès de clientes, à faible revenu en milieu urbain, du Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants. Grummer-Strawn et coll. (1992) ont souligné que l'incidence du programme de consultation par les compagnes sur le taux d'allaitement naturel dépendait du bagage de connaissances et de la formation de la conseillère et de la durée de l'interaction — qui doit être suffisante — entre les conseillères et les mères.

Quelques essais effectués au hasard ont évalué l'efficacité de l'appui des compagnes sur le taux d'allaitement et n'ont pas été inclus dans l'analyse de Sikorski et Renfrew (1999). Certains essais préalables qui ont évalué l'efficacité de l'appui des compagnes sur le taux d'allaitement ont été effectués dans des hôpitaux (Langer et coll., 1998). Dans cette étude, l'appui psychosocial par les doulas (des compagnes qui sont des infirmières à la retraite) durant l'accouchement et les heures qui suivent la naissance a eu un effet favorable sur l'initiation réussie à l'allaitement. Les femmes qui ont bénéficié de cette intervention — et qui ont reçu un appui émotionnel et physique, de l'information, une possibilité de communication et de contact immédiat avec le nouveau-né — ont allaité en plus grand nombre et de façon exclusivement naturelle jusqu'à un mois après la naissance (12 %) que celles qui n'ont reçu que les soins obstétriques de routine (7 %) (RR1.64, CI 1.01-2.64). Récemment, toutefois, un essai rigoureusement conçu par Morrow et coll. (1999) a été effectué au hasard à Mexico pour évaluer l'efficacité de l'appui communautaire par les compagnes (trois ou six visites à domicile, avant la naissance et tôt après l'accouchement). L'étude a démontré clairement l'efficacité de la consultation par les compagnes à domicile dans l'augmentation du taux d'allaitement et de sa durée. Morrow et coll. (1999) ont également conclu que l'augmentation de la fréquence des visites de consultation est avantageuse. À l'heure actuelle, un essai sur l'efficacité de la consultation sur l'allaitement par les compagnes est mené à Toronto et un autre l'est en Écosse (Sikorski & Renfrew 1999).

### ***Intervention en personne contre intervention téléphonique***

Dans l'analyse de Sikorski et Renfrew (1999), des études ont permis de conclure que l'intervention en personne possède plus d'efficacité (RR pour arrêter l'allaitement 0.85, CI: 0.74 à 0.97) que le contact par téléphone (RR 0.98, CI: 0.88 à 1.09).

### ***Appui bénévole contre appui rémunéré***

On n'a pas encore clairement évalué l'efficacité de l'appui par des compagnes bénévoles par rapport à l'appui offert par des travailleurs rémunérés (Sikorski & Renfrew, 1999). Une tentative de démonstration a été menée auprès de femmes à faible revenu en milieu rural, enceintes ou ayant nouvellement accouché, et qui se qualifiaient pour le Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants. La démonstration suggère que les bénévoles formées qui ont eu une expérience préalable de l'allaitement peuvent être efficaces dans l'accroissement du taux

d'allaitement (Schafer et coll., 1998). Le fait de dispenser des services de consultation par les compagnes bénévoles, incluant une série de leçons en personne à domicile sur l'alimentation saine et l'allaitement, de même que le contact informel pour répondre aux questions et aux préoccupations des mères, a augmenté chez ces femmes à faible revenu l'initiation à l'allaitement (82 % par rapport à 31%) et sa durée (5,7 semaines par rapport à 2,5) (Schafer et coll., 1998).

### *Participation des partenaires et des familles de la mère*

L'idée que se fait une femme des préférences de son partenaire pour une méthode d'alimentation ou une autre, et l'appui qu'elle recevra du partenaire, de sa famille et de ses amis, aura une incidence sur le choix qu'elle fera (Freed et coll., 1992a&b; Dusdieker et coll., 1985; Matich et coll., 1992; Mohrer et coll., 1979; Giugliani et coll., 1994). Sharma et Petosa (1997) ont examiné l'importance du soutien qu'accorde le futur père au choix d'une mère désireuse d'allaiter dans un certain nombre d'études auprès de femmes à faible revenu. Le soutien du père est un facteur clé de l'initiation de l'allaitement et sa durée (Black et coll., 1990; Gamble et Morse, 1993; Kessler et coll., 1995; Schmidt & Sigman-Grant 1999). D'après leur analyse des facteurs qui affectent la décision d'un père d'appuyer ou non l'allaitement, Sharma et Petosa (1997) suggèrent que, pour bien cibler les pères, les stratégies devraient inclure les composantes suivantes; 1° renforcement de leurs connaissances actuelles et de leur perception favorable face à l'allaitement (p. ex., protection contre la maladie, lien avec le bébé, et autres avantages médicaux de l'allaitement); 2° diminution des réserves et des préjugés face à l'allaitement (p. ex., manque d'occasion de développer une relation avec le bébé, aspect néfaste pour la poitrine, sentiments d'incompétence et de séparation de la conjointe, perception que le lait maternisé est meilleur pour la croissance du bébé); et 3° le développement de compétences de sorte que le père peut devenir une importante source d'appui pour la mère qui allaite. Une étude qualitative auprès des pères à faible revenu en milieu rural et de leurs partenaires engagées dans l'allaitement a aussi identifié la nécessité de faire participer le père tôt dans la grossesse par l'entremise de multiples canaux (les mères, leurs familles et les professionnels de la santé) (Schmidt & Sigman - Grant 1999).

L'influence favorable de l'appui social provenant des amis et des parents dans l'initiation à l'allaitement et sa durée chez les femmes à faible revenu a aussi été bien documentée (Whelan & Lupton 1998); Humphreys et coll., 1998; Haneuse et coll., 2000; Barron et coll., 1988; Grossman et coll., 1990b; Matich & Sims, 1992). Une étude qualitative sur les perceptions du rôle parental des jeunes mères afro-américaines a conclu que la mère et les grands-mères de la jeune mère étaient la principale source d'information sur l'art d'être parent et les soins à l'enfant (Wayland & Rawlins, 1997). Les stratégies qui incluent l'appui social par des compagnes conseillères, la participation des membres de la famille dans l'éducation sur l'allaitement, et l'adaptation de rencontres sur l'allaitement pour le bénéfice des membres influents des réseaux d'appui social pour les femmes, améliorent le taux d'allaitement parmi les femmes à faible revenu, spécialement celles peu expérimentées (Humphreys et coll., 1998). Toutes les études préalables conçues pour favoriser ou appuyer l'allaitement naturel (Friel et coll., 1989; Pobocik et coll., 2000) chez les adolescentes, n'ont ciblé que les jeunes mères. Il faudra d'autres études pour évaluer l'efficacité, en terme de taux d'allaitement, des stratégies qui invitent la participation des membres influents des réseaux d'appui social pour les jeunes mères.

### *Consultation individuelle contre consultation de groupe*

En dépit de son usage répandu, peu d'études portent sur l'efficacité de la consultation individuelle, prénatale ou postnatale, à titre d'approche pour favoriser et appuyer l'allaitement. Certaines études ont évalué la consultation individuelle en combinaison avec d'autres interventions comme les vidéos de motivation (Goss et coll., 1998). La consultation individuelle par des professionnels a été utilisée avec un certain succès pour augmenter le taux d'allaitement (Young & Kaufman 1988; Russel et coll., 1999; Haider et coll., 1996), mais elle a été accusée d'être onéreuse et exigeante pour le personnel et de véhiculer des messages incohérents (Coreil et coll., 1995). Le Dispensaire diététique de Montréal a mis au point le Programme d'intervention en nutrition de Higgins, où l'intervention en nutrition est individualisée, tout en restant un moyen de diffusion économique en raison de son effet prouvé sur le taux d'allaitement. (Higgins et coll., (1985) ainsi que Dubois et coll., (1989, 1997) ont démontré l'efficacité de ce programme avec des analyses auprès des mères et auprès des groupes en situation de risque (les mères porteuses de jumeaux et les jeunes mères). Ces études ont mis en évidence une augmentation du poids à la naissance ainsi qu'une diminution dans l'incidence de nouveaux-nés de faible poids et des nouveaux-nés prématurés. L'éducation entourant l'allaitement naturel fait partie intégrante de la méthode Higgins, et combine l'approche individuelle et l'approche de groupe. Tel que nous l'avons précédemment mentionné, Vallieres et coll. ont confirmé dans une étude auprès de la clientèle du DDM en 1998-1999 que 85 % des mères suivies par le DDM ont adopté l'allaitement naturel; de plus, 64 % des mères étudiées allaitaient encore trois mois après la naissance, et 37 % d'entre elles continuaient alors que leur enfant avait atteint six mois.

Un guide pratique a été élaboré comme outil économique pour prendre la relève après la consultation personnelle. On a évalué l'efficacité de cet outil auprès des femmes à faible revenu en employant un test de Coombs et coll. (1998) sur deux groupes au hasard, avant et après. Le groupe exposé s'est avéré plus enclin à l'intention d'allaiter; il est possible de dire que le guide pratique a eu des effets sur l'initiation à l'allaitement, sans pouvoir dire s'il en a eu sur la durée.

Les études laissent penser que les groupes de discussion pourraient constituer, à l'intention des jeunes mères, une approche plus efficace pour l'éducation et l'appui à l'allaitement que la consultation individuelle ou les rencontres sous forme de conférence. Les discussions de groupe peuvent être fructueuses avec les jeunes mères parce qu'elles sont à un stade de développement où elles sont encore centrées sur elles-mêmes; leur prochaine étape de développement les amène à soupeser un certain nombre de points de vue, ce qui se fait très bien dans le contexte des interactions avec des compagnes (Yoos, 1985). De plus, les adolescentes sont particulièrement vulnérables aux idées préconçues entourant l'allaitement et aux obstacles qu'il pose, tel que l'embarras que soulève le sujet (Baisch et coll., 1998a&b; Robinson et coll., 1993; Radius & Joffe, 1988). Les discussions de groupe représentent une ouverture sur le sujet. Un groupe a offert le programme d'éducation et d'appui sur l'allaitement, intitulé *Early Experiences and Counseling for Effective Lactation* (traduisible par Premières expériences et consultation pour un allaitement efficace). Ce programme été évalué dans le cadre d'un essai sous supervision par Pobocik et coll. (2000); offert à un groupe d'adolescentes enceintes ou déjà mères et d'origines culturelles multiples, ce programme a été dispensé par l'entremise d'écoles et du Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants. Il a permis de doubler les possibilités d'initiation à l'allaitement et d'augmenter le taux d'allaitement deux mois après l'accouchement par rapport au groupe de contrôle. De plus, cette étude a fourni des données utiles montrant la relation entre la fréquence de participation au programme et le taux d'initiation à l'allaitement ainsi que sa durée. Chaque présence

à une rencontre d'information augmentait les chances d'initiation à l'allaitement de 1,098 et ce, même après avoir tenu compte de la parité, l'appartenance ethnique, l'inscription à un établissement scolaire et l'âge (Pobocik et coll., 2000).

### ***Le point sur les besoins de base (nourriture, vêtements, et services de garde)***

Les femmes disposant de maigres ressources financières risquent de nourrir leur enfant au lait maternisé (Ryan et coll., 1991; Bloom et coll., 1982). En effet, un manque de ressources financières entrave pour ces mères l'accès aux ressources sur l'allaitement naturel, aux programmes, aux groupes de soutien et aux rencontres sur l'allaitement. Cette difficulté d'accès se traduit par l'absence de transport et de service de garde (Penrose et coll., 1998). Les responsables de programmes tels que le Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants et le PCNP savent bien qu'il est essentiel de combler les besoins de base des femmes démunies comme la nourriture, les vêtements, le transport et les services de garde, en plus de fournir l'éducation et le soutien pour l'allaitement. Cependant, il existe peu de recherches qui abordent la question de la nécessité de satisfaire les besoins essentiels. Par exemple, quel effet cela aura-t-il sur la participation, le taux d'allaitement et sa durée si on comble les besoins de base? Quels sont les besoins essentiels et ceux qui sont incontournables? Quel est le moyen le plus efficace d'offrir ces nécessités dans le cadre d'un programme communautaire? De quelle manière doit-on proposer de satisfaire ces besoins pour préserver le renforcement de l'autonomie des participantes?

### ***Encourager les mères qui allaitent au moyen d'incitatifs***

Le recours à des moyens incitatifs pour stimuler l'allaitement et sa prolongation a fait ses preuves au terme d'un essai sous supervision par Sciacca et coll. (1995). Une initiative communautaire a consisté à offrir des prix aux femmes à faible revenu et à leurs partenaires qui décidaient de participer à une rencontre sur l'allaitement et à se joindre à un programme d'appui à l'allaitement. Cette mesure a permis de hausser la participation au programme et d'augmenter le taux d'allaitement exclusivement naturel auprès de la clientèle au départ de l'hôpital, après deux et six semaines, et après trois mois suivant l'accouchement. Il est possible que les écarts dans les taux d'allaitement entre le groupe de contrôle et le groupe suivi soient imputables à des différences entre les séances d'information et les rencontres sur l'allaitement. Néanmoins, cette étude indique que l'on peut utiliser des incitatifs pour attirer les femmes à faible revenu et leurs partenaires à participer aux programmes d'éducation et d'appui à l'allaitement. Haneuse et coll. (2000) ont démontré que l'allaitement durait 77,5 % plus longtemps chez les mères qui ont reçu des encouragements que chez celles qui n'en ont pas reçu.

## **1.3 Paramètres entourant les stratégies**

Des études ont montré que la pratique des visites à domicile comme stratégie de soutien durant la période suivant l'accouchement a pour effet d'allonger la période d'allaitement et d'améliorer la santé générale du bébé (Serafino-Cross & Donovan, 1992; Morrow et coll., 1999). Morrow et coll. (1999) ont effectué un essai sous supervision au hasard pour mesurer l'efficacité de la consultation à domicile par les compagnes pour argumenter la proportion des femmes adoptant l'allaitement

exclusivement naturel dans les quartiers périurbains de Mexico. Les groupes où il y a eu intervention de compagnes conseillères (trois et six visites) ont connu de plus longues périodes d'allaitement et moins d'incidence d'affection diarrhéique que les groupes de contrôle. Trois mois après l'accouchement, l'allaitement exclusivement naturel exclusif était encore pratiqué par seulement 12 % dans le groupe contrôle par rapport à 67 % pour les groupes ayant reçu six visites, et 50 % pour les groupes ayant reçu trois visites. Lieu et coll. (2000) ont récemment identifié au hasard 1163 tandems mères et nouveaux-nés, à faible risque médical et social, dont l'accouchement s'est fait sans complication, pour recevoir la visite d'une infirmière à domicile ou pour se rendre à une visite de suivi à la clinique et ce, le troisième ou quatrième jour après l'accouchement. Bien que le temps moyen des visites à domicile était de 70 minutes, comparativement à 20 minutes pour un rendez-vous à la clinique, et que les visites à domicile procuraient une plus grande satisfaction à la mère, le taux d'abandon de l'allaitement a été similaire dans les deux groupes. Si cette étude suggère que les visites à la clinique plus économique pour le système peuvent être aussi efficaces que les visites à domicile pour une clientèle à faibles risques, elle ne donne pas d'indication pour les clientèles à risques élevés que sont les mères admissibles au programme PCNP.

## **Section Deux : Les connaissances, les attitudes et les compétences des travailleurs du programme**

### **Quelle combinaison d'aptitudes serait la plus efficace dans le travail auprès des familles pour favoriser l'allaitement chez la clientèle du PCNP?**

Bien que la documentation abonde sur les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de la santé et du personnel d'hôpital requises pour la promotion, la protection et l'appui à l'allaitement naturel, aucune documentation n'a été publiée concernant les travailleurs de programmes communautaires comme le PCNP. Des études américaines ont cherché à évaluer l'effet des connaissances, des attitudes et des compétences des travailleurs du Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants ainsi que des professionnels de la santé sur la promotion et le soutien de l'allaitement. Ces études rapportent que les travailleurs ayant de plus hauts niveaux de scolarité, une certaine formation en allaitement, et des expériences personnelles favorables à l'allaitement ont manifesté une meilleure capacité de soutien que les travailleurs qui n'affichaient pas cette formation et cette expérience (Beshgetoor et coll., 1999; Crowder, 1981; Lowe, 1990). Bien qu'on ait trouvé que les employés du Programme spécial de supplément alimentaire pour les femmes, les bébés et les enfants étaient favorables à l'allaitement pour les mères mariées ou célibataires, travaillant ou fréquentant l'école, de même que les jeunes mères, ils ont montré un appui moins ferme pour les mères éprouvant des difficultés psychologiques et les mères qui fumaient (Beshgetoor et coll., 1999). Ces études illustrent la nécessité de programmes de formation destinés au perfectionnement des travailleurs directement et indirectement engagés dans la promotion de l'allaitement naturel, et de mécanismes à l'intérieur des programmes pour identifier les incohérences dans l'appui des travailleurs face à l'allaitement (Beshgetoor et coll., 1999). Des études plus poussées permettront d'aborder la question des connaissances, des attitudes et des compétences des travailleurs du programme PCNP et de découvrir l'influence de ces variables sur le taux d'initiation à l'allaitement et sa durée chez la clientèle cible.

Des études ont fait ressortir la nécessité pour les travailleurs de se doter des connaissances pratiques et des compétences afin de communiquer la bonne technique d'allaitement naturel et de solutionner les problèmes précoces d'allaitement (Evers et coll., 1998; Grossman et coll., 1990; Barron et coll., 1988; Williams et coll., 1999; Marten et Young, 1997; Martens et coll., 2000). Renfrew et Lang (1999) ont récemment complété une étude méthode d'essais au hasard et quasi-aléatoires de Cochrane concernant l'aide au niveau du bon positionnement de l'enfant au sein en comparaison avec l'absence d'une correction de la technique d'allaitement chez les femmes éprouvant des problèmes d'allaitement (en rapport avec la technique). Bien que l'analyse n'ait porté que sur l'étude de 54 femmes avec leur bébé né à terme et en bonne santé (Righard & Alade, 1992), les auteurs de l'analyse ont conclu que la mise au point de la technique d'allaitement réduit les problèmes d'insuffisance de lait et de douleurs aux seins, et par voie de conséquence, diminue le risque que les femmes en difficulté arrêtent d'allaiter. Un plus grand nombre de femmes avaient cessé d'allaiter à un, deux, trois et quatre mois après l'accouchement dans le groupe où la technique de succion n'avait pas été corrigée. Comme l'insuffisance de lait et les problèmes de douleurs aux seins sont les principales causes d'arrêt précoce de l'allaitement chez les femmes défavorisées (Evers et coll., 1998; Hill et Aldag, 1991; Barron et coll., 1998), les connaissances pratiques et les compétences concernant la bonne technique de l'allaitement, de même que la solution aux problèmes courants d'allaitement, devraient être dispensées à tous les travailleurs du programme PCNP.

La promotion de l'allaitement et l'appui ultérieur chez les jeunes mères posent des défis particuliers. Quand on travaille auprès de jeunes mères, il importe de pouvoir s'occuper des besoins uniques liés à l'adolescence et à la maternité simultanée (Yoos, 1985). La compréhension des besoins propres aux jeunes mères touche le développement, l'aspect social, la nutrition (Yoos, 1985), le langage (Wayland & Rawlins, 1987), la centration sur soi, l'image de soi et l'estime de soi (Yoos, 1985). La pertinence des connaissances, des attitudes et des compétences des professionnels de la santé et des travailleurs du programme qui œuvrent avec les jeunes mères a été remise en question (Podgurski, 1995; Wambach & Cole, 1999), mais elle reste encore à être étudiée.

Une étude par Orrell-Valente et coll. (1999) suggère que la participation des parents dans les programmes communautaires peut être stimulée par les travailleurs du programme qui partagent des affinités avec les familles en termes d'expériences de vie, de culture et de situation socioéconomique.

Les études qui ont mis au jour le fait que les programmes de perfectionnement et de formation visant à raffiner les connaissances et les attitudes des travailleurs chargés de stimuler d'allaitement, ont surtout ciblé les professionnels de la santé (Westphal et coll., 1995; Prasad & Costello, 1995; Rea et coll., 1999; Naylor, 1990). Les cours conçus pour former les travailleurs en santé communautaire dans la promotion de l'allaitement et la gestion de la lactation ont aussi été décrits (Armstrong, 1990; Davies-Adetugbo & Adebawa, 1997; Davis-Adetugbo et coll., 1997). Ces études montrent que les programmes de formation sur la lactation peuvent instaurer des changements dans les institutions dont le personnel a reçu la formation, et ainsi améliorer les pratiques d'allaitement des mères. Cependant, ces études montrent aussi qu'il existe un besoin de former les professionnels de la santé et les travailleurs du programme pour qu'ils mettent davantage en pratique les connaissances acquises et qu'ils les partagent mieux, tout comme il existe un besoin de rafraîchissement des notions pour maintenir les résultats.

On a recommandé que soient intégrées à la formation académique des professionnels de la santé des directives cliniques appropriées et une formation en résolution de problèmes liés à l'allaitement

(Goldstein & Freed, 1993; Rea et coll., 1999). Freed (1993) cite trois domaines de connaissances qui devraient être incorporés à la formation sur l'allaitement : 1° les connaissances; 2° les prévisions et les résultats; et 3° les objectifs d'efficacité. Les connaissances à transmettre touchent aussi la raison d'être médicale, les techniques et les compétences en résolution de problèmes pour devenir un conseiller efficace en allaitement. Les résultats escomptés comprennent la sensibilisation, la conviction et l'acceptation de l'information démontrant l'effet favorable de l'allaitement sur la santé des enfants. On nourrit aussi l'objectif que les médecins eux-mêmes deviennent des conseillers efficaces et sûrs de leurs connaissances et qu'ils pourront ainsi augmenter la fréquence et la durée de l'allaitement (Freed, 1993).

## **Section Trois : Partenariats communautaires entourant le programme**

### **Quels sont les partenariats capables d'augmenter le taux d'allaitement chez la clientèle du PCNP?**

#### ***3.1 Les partenaires importants dans l'accroissement du taux***

L'intensification des appuis pour l'allaitement dans les divers milieux ainsi que la naissance d'une culture d'allaitement parmi les Canadiennes nécessitent que soient conclus des partenariats avec les milieux influents entourant la mère, y compris : familles, secteur des soins de santé, écoles, milieux de travail, établissements publics (par exemple, les restaurants, les centres commerciaux), médias et responsables des orientations politiques.

#### ***Les familles***

Tel qu'établi précédemment, les études laissent entrevoir, à travers l'établissement de partenariats plus efficaces avec les familles, un énorme potentiel d'amélioration du taux d'initiation à l'allaitement et de sa durée de l'allaitement chez les mères défavorisées (Freed et coll., 1992a&b; Dusdieker et coll., 1985; Matich et coll., 1992; Mohrer et coll., 1979; Giugliani et coll., 1994; Black et coll., 1990; Gamble et Morse, 1993; Kessler et coll., 1995; Schmidt & Sigman-Grant, 1999; Haneuse et coll., 2000). La participation du partenaire de la mère dans les interventions visant la promotion de l'allaitement peut avoir une influence importante, favorable vis-à-vis de l'initiation à l'allaitement et sa durée (Sciacca et coll., 1995).

#### ***Le secteur des soins de santé***

Les études montrent que l'éducation et l'appui que fournissent médecins et professionnels de la santé aux mères peuvent efficacement promouvoir l'allaitement (Kistin et coll., 1990; Lawrence, 1993; Young et coll., 1998). La qualité des soins prénataux fournis aux jeunes mères est considéré comme un facteur important dans l'attitude qu'elles adoptent face à l'allaitement et à la décision sur la façon d'alimenter leur bébé (Baisch et coll., 1989b). Malheureusement, une enquête menée récemment par l'American Academy of Pediatrics (AAP) a conclu que seulement 65 % des médecins ayant participé à l'enquête ont rapporté avoir recommandé dans les faits l'allaitement naturel (Schandler et coll., 1999). De plus, des études au Canada (Burgleous et coll., 1997) et aux États-Unis (Howard et coll., 1997; Michelman et coll., 1990; Reames, 1985) fournissent la preuve que la formation médicale

actuelle et l'efficacité du médecin seul face à l'appui à l'allaitement sont inadéquates. Malgré ces résultats indiquant que les médecins ne sont peut-être pas aptes à conseiller les mères sur l'allaitement, ou à leur fournir de l'aide et des solutions, ces professionnels occupent une place stratégique; ils peuvent fournir aux mères une éducation sur l'allaitement et un appui en ce sens durant la période périnatale et plus tard. Les médecins reçoivent dans leur cabinet la plupart des mères, y compris celles visées par le programme PCNP, à quelques occasions durant leur grossesse. De plus, Howard et coll. (1997) ont rapporté que 68 % des obstétriciens ou leur personnel infirmier étaient fréquemment interrogés sur les questions de l'allaitement par leurs patientes après l'accouchement. Il y a de quoi s'inquiéter : les recommandations de médecins mal renseignés peuvent avoir des effets négatifs sur l'allaitement (Simon et coll., 1988; Michelman et coll., 1990; Freed, 1993); les obstétriciens distribuent de façon routinière des trousseaux d'information comprenant des échantillons gratuits de lait maternisé et des feuillets publicitaires (Howard et coll., 1994a & 1997); plusieurs médecins, lorsque confrontés à des problèmes d'allaitement, recommandent l'utilisation de lait maternisé pour régler les problèmes et les inconvénients (Winikoff et Baer, 1980). Bien qu'aucune information n'ait été publiée en rapport avec les effets d'une telle promotion de lait maternisé auprès des futures mamans sur leur choix d'allaiter, on sait que la distribution de matériel publicitaire sur le lait maternisé à la sortie de l'hôpital diminue la durée de l'allaitement exclusivement naturel et de l'allaitement en général (Howard et coll., 1994a&b; Perez-Escamilla et coll., 1994; Frank et coll., 1987; Haneuse et coll., 2000). Ces résultats illustrent la nécessité de programmes communautaires sur l'allaitement pour travailler en partenariat avec les médecins.

On a d'autres raisons de s'inquiéter puisque une enquête nationale menée en 1993 auprès des administrateurs d'hôpitaux sur les soins et pratiques de routine en maternité dans les hôpitaux canadiens a révélé que seulement cinq hôpitaux au Canada satisfaisaient les critères d'un programme intitulé Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (Levitt et coll., 1995). Une étude complémentaire menée au Manitoba en 1996 menée auprès des administrateurs d'hôpitaux, du personnel infirmier et des mères, a conclu que même si des améliorations ont été apportées dans les hôpitaux manitobains en rapport avec les critères de cette initiative, de nombreuses politiques et pratiques ont ni évolué ni respecté les critères établis. En fait, le risque de nourrir le bébé au lait maternisé ou d'arrêter précocement l'allaitement demeure (Martens et coll., 2000). Les facteurs de risque de sevrage précoce (en dedans de deux semaines) qui étaient indépendants de l'initiative, mais liés aux soins anténataux incluaient : l'administration d'une épidurale ou d'une anesthésie spinale, l'apport complémentaire au bébé à l'hôpital, et l'interruption temporaire de l'allaitement (Martens et coll., 2000). La présence de ces facteurs de risque était particulièrement importante dans la décision d'arrêter l'allaitement chez les mères qui n'avaient pas l'expérience de l'allaitement ou pas d'études post-secondaires. Des enquêtes dans les hôpitaux et dans les centres de santé communautaire albertains, menées par Field et Renfrew (1991), ont révélé que les infirmières du milieu hospitalier recommandaient peu souvent aux mères les services bénévoles de la communauté. Étant donné la tendance de donner congé à la mère très vite après l'accouchement (Lieu et coll., 2000), le temps consacré en hôpital à l'éducation et à l'appui pour l'allaitement est limité. Fait à signaler, les études montrent que les motifs les plus courants des visites de suivi dans la communauté, de même que le nombre des appels téléphoniques aux services de maternité ou aux lignes d'appui après l'accouchement, étaient liés à l'alimentation du nouveau-né (Field & Renfrew, 1991; Stefiuk, 1998; Rush et coll., 1991).

Ces études indiquent l'importance du partenariat avec les services de maternité pour améliorer les politiques et pratiques en milieu hospitalier et les rendre plus accueillantes pour le bébé, de même

que pour identifier les femmes à risques de problèmes ou de sevrage précoce et leur offrir un service de soutien. Il est nécessaire d'établir des partenariats avec des institutions engagées dans la formation académique des professionnels de la santé afin de les sensibiliser à l'allaitement et les rendre plus réceptifs à sa promotion; il faudra incorporer des directives cliniques une formation en résolution de problèmes spécifiques à l'allaitement (Westphal et coll., 1995; Freed, 1993).

### *Les écoles*

Les adolescentes plus âgées (16 ans et plus) sont davantage enclines que les autres adolescentes à allaiter (Yoos 1985). Cependant, on a découvert chez les adolescentes de tous les âges qu'une plus grande exposition à l'allaitement et que la familiarisation avec le sujet de l'allaitement inspiraient une attitude favorable face à l'allaitement et à l'intention d'allaiter (Fried et coll., 1989; Cusson, 1985; Baisch et coll., 1989a; Joffe & Radius 1987 & 1988). Ces études laissent entendre que les partenariats entre programmes communautaires d'allaitement et écoles qui visent à promouvoir l'allaitement auprès de la clientèle étudiante peuvent améliorer le taux d'allaitement. Malheureusement, en dépit des recommandations visant à exposer en classe les étudiants à l'information sur l'allaitement (Friel et coll., 1989), les données publiées indiquent que relativement peu d'adolescentes enceintes ont entendu parler de l'allaitement dans leur école (Baisch et coll., 1989a). Il est recommandé que des endroits réservés à l'allaitement du bébé soient prévus dans les écoles pour les mères d'âge scolaire (AAP, 1982). Le retour à l'école constitue l'un des principaux obstacles à l'allaitement chez les jeunes mères (Wayland & Rawlins, 1997). Toutefois, les niveaux et les formules d'appui pour l'allaitement dans les écoles, et les partenariats avec les programmes communautaires d'allaitement n'ont pas encore fait l'objet d'étude.

### *Les milieux de travail*

Le retour au travail est posé comme l'une des raisons les plus courantes au sevrage de l'enfant après trois ou quatre mois (Williams et coll., 1999; Yeung et coll., 1983; Williams & Morse, 1989). Pour les adolescentes, le retour au travail peut être perçu comme un obstacle à l'allaitement (Yoos, 1995; Lizarraga et coll., 1992), mais ce genre de données n'est pas disponible pour les autres clientèles visées par le programme PCNP. On a pu faire un lien entre l'allaitement dans un milieu d'affaires et la diminution de maladies infantiles et de leur gravité, et une baisse du taux d'absentéisme de la mère (Cohen et coll., 1995). Les mères et les enfants visés par le PCNP sont des groupes à risques en termes de maladies infantiles (Brown et coll., 1991; Kotagal, 1993). Par conséquent, il est possible que des partenariats entre le PCNP et les milieux de travail de la collectivité visant à établir de tels programmes d'allaitement s'avèreraient rentables et avantageux pour les familles, les employeurs et la société en général. Étant donné que les congés de maternité et de paternité au Canada varient présentement entre 15 et 50 semaines ([http://www.hrdc-drhc.gc.ca/ei/common/IN007\\_e.shtml](http://www.hrdc-drhc.gc.ca/ei/common/IN007_e.shtml)), la mise en œuvre de partenariats avec les milieux de travail pour favoriser l'allaitement est vitale si l'on veut permettre aux mères de réussir à allaiter de manière exclusivement naturelle pendant les quatre à six mois recommandés, et de pouvoir continuer l'allaitement partiel jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans (CPS et coll., 1998; Quarante-septième Assemblée mondiale de la santé, 1994). Les programmes communautaires peuvent aider à relever les défis posés par l'allaitement dans le milieu de travail en établissant des partenariats avec ces derniers; il sera plus facile de fournir l'éducation et l'aide nécessaire; l'appui entourant l'usage du

tire-lait et la conservation du lait maternel; les explications concernant les avantages sociaux et affectifs de l'allaitement pour les mères travailleuses, leurs enfants; les explications concernant les avantages financiers pour les employeurs; l'encadrement pour une législation appropriées et des stratégies de mise en œuvre.

### *Les médias*

Les messages en rapport avec l'allaitement et qui sont présentés dans les médias peuvent influencer de manière favorable ou défavorable les choix personnels et la culture de l'allaitement. L'analyse des messages publicitaires sur l'allaitement dans la presse australienne et les magazines populaires de cet état a révélé que l'allaitement était présenté comme étant problématique et négatif (Henderson, 1999). La seule étude publiée pour évaluer l'effet d'une campagne médiatique se rapportant à l'allaitement (c'est-à-dire une publicité télévisée et des annonces dans un journal local) sur la perception et les connaissances des adolescentes a été menée par Friel (1989). Bien que la campagne médiatique n'ait pas eu d'effet sur les connaissances de cette clientèle, on a associé cette publicité télévisée avec une amélioration de la perception de l'allaitement.

## Bibliographie

- American Academy of Pediatrics. Policy statement based on task force report. The promotion of breastfeeding. *Pediatrics* 1982;69:654-661.
- Aberman S, Kirchoff KT. Infant-feeding practices, mothers' decision making. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1985;14:394-8.
- Armstrong HC. Breast-feeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1990;31(suppl 1): 91-103.
- Baisch MJ, Fox RA, Goldberg BD. Breast-feeding attitudes and practices among adolescents. *Journal of Adolescent Health Care* 1989b;10(1):41-5.
- Baisch MJ, Fox RA, Whitten E, Pajewski N. Comparison of breastfeeding attitudes and practices: low-income adolescents and adult women. *Maternal-Child Nursing Journal* 1989a;18(1):61-71.
- Baranowski T, Rassin DK, Richardson CJ, Bee DE, Palmer J. Expectancies of infant feeding methods among mothers in three ethnic groups. *Psychol Health* 1990;5:59-75.
- Barron SP, Lane HW, Hannan TE, Struempfer B, Williams JC. Factors influencing duration of breast feeding among low-income women. *Journal of the American Dietetic Association* 1988;88(12):1557-61.
- Beshgetoor D, Larson SN, LaMaster K. Attitudes toward breast-feeding among WIC employees in San Diego County. *Journal of the American Dietetic Association* 1999;99(1):86-8.
- Black RF, Blair JP, Jones VN, DuRant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. *Journal of the American Dietetic Association* 1990;90(2):255-9.
- Bloom K, Goldbloom RB, Robinson SC, Stevens FE. Factors affecting the continuance of breast-feeding. *Acta Paediatr Scan (Supp.)* 1982a;300:9-14.
- Bloom K, Goldbloom RB, Stevens FE. Breast vs. formula feeding: I. Factors affecting the mother's choice of infant feeding method. *Acta Paed Scand Suppl* 1982b;300:3.
- Breastfeeding Committee of Canada. Breastfeeding statement of the Breastfeeding Committee of Canada. *J Can Diet Assoc* 1998;59(1):11-13.
- Brown HL, Fan Y, Gonsoulin WJ. Obstetric complications in young teenagers. *Southern Medical Journal* 1991;84:46-48.
- Bull MJ. Changing concerns of first time mothers after one week at home. *JOGN* 1981; 10:391-394.
- Burglehaus MJ, Smith LA, Sheps SB, Green LW. Physicians and breastfeeding: beliefs, knowledge, self-efficacy and counselling practices. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1997;88(6):383-387.
- Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada. *Nutrition for Health Term Infants*, Minister of Public Works and Government Services, Ottawa, 1998.

- Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *American Journal of Health Promotion* 1995; 10(2):148-53.
- Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG. Maternal activity budgets: feasibility of exclusive breastfeeding for six months among urban women in Honduras. *Social Science & Medicine* 1995;41(4):527-36.
- Coombs DW, Reynolds K, Joyner G, Blankson M. A self-help program to increase breastfeeding among low-income women. *Journal of Nutrition Education* 1998;30:203-9.
- Coreil J, Murphy JE. Maternal commitment, lactation practices and breast-feeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17:237-78.
- Coreil J, Bryant CA, Westover BJ, Bailey D. Health professionals and breastfeeding counseling: client and provider views. *Journal of Human Lactation* 1995;11(4):265-71.
- Crowder DS. Maternity nurses' knowledge of factors promoting successful breastfeeding. A survey at two hospitals. *JOGN Nursing* 1981;10(1):28-30.
- Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EF. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *Journal of Pediatrics* 1991; 118(5):659-66.
- Cusson RM. Attitudes toward breast-feeding among female high-school students. *Pediatric Nursing* 1985; 11(3):189-91.
- Davies-Adetugbo AA, Adebawa HA. The Ife South Breastfeeding Project: training community health extension workers to promote and manage breastfeeding in rural communities. *Bulletin of the World Health Organization* 1997;75:323-32.
- Davies-Adetugbo AA, Fabiyi AK, Ojoofeitimi EO, Adetugbo K. Breastfeeding training improves health worker performance in rural Nigeria. *East African Medical Journal*. 1997;74:510-513.
- Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *Journal of Pediatrics* 1995;126(5 Pt 1):696-702.
- Dubois S, Coulombe C, Pencharz P, Pinsonneault O, Duquette MP. Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to improve adolescent pregnancy outcome. *Journal of the American Dietetic Association* 1997;97(8):871-8.
- Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW. Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behaviour: a replication and extension. *Am J Orthopsychiatry* 1982;52:244-60.
- Ever-Hodani P, Seidman DS, Manor O and Harlop S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:281-5.
- Evers S, Doran L, Schellenberg K. Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1998;89:203-207.
- Fetus & Newborn Committee. Policy statement: early discharge and length of stay for term birth. A joint policy statement by the Canadian Paediatric Society and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *J SOGC* December 1996;18:1281-85.

- Field PA, Renfrew M. Teaching and support: nursing input in the postpartum period. *International Journal of Nursing Studies* 1991;28(2):131-44.
- Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, Heeren T. Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987;80(6):845-54.
- Freed GL. Breast-feeding: Time to teach what we preach. *JAMA* 1993;269:243-245.
- Freed GL, Jones TM, Schandler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in an indigent population. *Am J Perinatal* 1992(b);9:420-4.
- Freed GL, Clark SJ, Cefalo RC, Sorenson JR. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1995;173(5):1607-13.
- Freed GL, Jones TM, Fraley JK. Attitudes and education of pediatric house staff concerning breast-feeding. *Southern Medical Journal* 1992 85(5):483-5.
- Freed GL, Jones TM, Schanler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in an indigent population. *American Journal of Perinatology* 1992;9(5-6):420-4.
- Friel JK, Hudson NI, Banoub S, Ross A. The effect of a promotion campaign on attitudes of adolescent females towards breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1989;80:195-199.
- Gamble D, Morse JM. Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22:358-364.
- Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *Journal of Human Lactation* 1994a 10(3):157-61.
- Giugliani ER, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding. *Acta Paediatrica* 1994b;83(11):1127-31.
- Goldstein AO, Freed GL. Breast-feeding counseling practices of family practice residents. *Family Medicine* 1993;25(8):524-9.
- Gross SM, Caulfield LE, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, Paige DM. Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding *J Am Diet Assoc* 1998;98:143-148.
- Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *American Journal of Diseases of Children* 1990a;144(4):471-4.
- Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clinical Pediatrics* 1990b;29(1):30-7.

Grummer-Strawn LM, Rice SP, Dugas K, Clark LD, Benton-Davis S. An evaluation of breastfeeding promotion through peer counseling in Mississippi WIC clinics. *Maternal & Child Health Journal* 1997;1(1):35-42.

Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, Mahalanabis D, Habte D. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization* 1996;74(2):173-9.

Haneuse S, Sciacca J, Ratliff M, Alexander D, Rivero ME. Factors influencing breast-feeding rates among Arizona WIC participants. *Am J Health Behav* 2000;24:243-253.

Health and Welfare Canada. Canada's Health Promotion Survey 1990: Technical Report. Ottawa: Minister of National Health and Welfare 1993.

Health and Welfare Canada. Report on Present Patterns and Trends in Infant Feeding in Canada, Health & Welfare: Ottawa, Canada, 1991.

Heinig MJ, Dewey KG. Health effects of breast feeding for mothers: a critical review. *Nutrition Research Reviews* 1997;10:35-56.

Henderson AM. Mixed messages about the meanings of breast-feeding representations in the Australian press and popular magazines. *Midwifery* 1999;15:24-31.

Hill PD, Aldag J. Potential indicators of insufficient milk supply syndrome. *Res Nurs Health* 1991;14:11-19.

Hill PD & Humenick S. Insufficient milk supply. *Image* 1989;21:145-148.

Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24:240-6.

Howard CR, Howard FM, Weitzman M, Lawrence R. Antenatal formula advertising: another potential threat to breast-feeding. *Pediatrics* 1994a;94(1):102-4.

Howard CR, Howard FM, Weitzman ML. Infant formula distribution and advertising in pregnancy: a hospital survey. *Birth* 1994b;21(1):14-9.

[http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/webdoc22.htm#The Canada Prenatal Nutrition Program.](http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/webdoc22.htm#The%20Canada%20Prenatal%20Nutrition%20Program)

[http://www.hrdc-drhc.gc.ca/ei/common/IN007\\_e.shtml.](http://www.hrdc-drhc.gc.ca/ei/common/IN007_e.shtml)

Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Assessment of breastfeeding intention using the transtheoretical model and the theory of reasoned action. *Health Education Research* 1998;13(3):331-341.

Joffe A, Radius SM. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers' infant feeding practices. *Pediatrics* 1987;79:689-695.

Jones RAD, Belsey EM. Breast-feeding in an inner London borough: A study of cultural factors. *Soc Sci Med* 1977;11:175-9.

Kahn RL. 1979. Aging and social support. In *Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives* (Riley WW, eds). Westview Press. Boulder, Colorado, pp 77-91.

Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation* 1995;11(2):103-9.

Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of Human Lactation* 1994;10(1):11-5.

Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990;86(5):741-6.

Kotagal UR. Newborn consequences of teenage pregnancies. *Pediatric Annals* 1993;22(2):127-32.

Labbok MH, Simon SR. A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American Journal of Preventive Medicine* 1988;4(2):62-7.

Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers wellbeing in a Mexican public hospital – a randomized clinical trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1998;105:1056-1063.

LeFevre M, Kruse J, Zweig S. Selection of infant feeding method: a population-based study in a rural area. *J Fam Pract* 1987;24:487-91.

Levitt C, Hanvey I, Avard, et coll. Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals. Ottawa: Health Canada and Canadian Institute of Child Health, 1995.

Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics* 2000;105:1058-1065.

Lizarraga JI, Maehr JC, Wingard DI, Felice MF. Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *J of Adolescent Health Care* 1992;13:676-681.

Lopez-Alarcon M, Villalpando S, Fajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *Journal of Nutrition* 1997;127(3):436-43.

Losch M, Dungy C, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decision regarding infant feeding. *J Peds* 1995;126:507-14.

Lowe T. Breastfeeding: attitudes and knowledge of health professionals. *Australian Family Physician* 1990;19:392-398.

Lucas A, Brooke OG, Morley R, Cole TJ, Bamford MF. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomised prospective study. *BMJ* 1990;300(6728):837-40.

MacLean HM. Breast-feeding in Canada: a demographic and experiential perspective. *J Can Diet Assoc* 1998;59(1):15-23.

- Maehr JC, Lizarraga JL, Wingard DL, Felice ME. A comparative study of adolescent and adult mothers who intend to breastfeed. *Journal of Adolescent Health* 1993;14(6):453-7.
- Martens PJ, Young TK. Determinants of breastfeeding in four Canadian Ojibwa communities - a decision-making model. *American Journal of Human Biology*. 1997;9(5):579-593.
- Martens PJ, Phillips SJ, Cheang MS, Rosolowich V. How Baby-Friendly are Manitoba hospitals? The Provincial Infant Feeding Study. Breastfeeding Promotion Steering Committee of Manitoba. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 2000; 91(1):51-7.
- Matick JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social Science and Medicine* 1992;34:919-927.
- Michelman DF, Faden RR, Gielen AC, Buxton KS. Pediatricians and breastfeeding promotion: attitudes, beliefs and practices. *Am J Health Prom* 1990;4:181-186.
- Mohrer J. Breast-feeding and bottlefeeding in an inner city community: and assessment of perceptions and practices. *Med Anthropol* 1979;3:125-145.
- Montgomery DL, Splett PL. Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *J Am Diet Assoc* 1997;97:379-385.
- Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-1231.
- Myers AW. A retrospective look at infant feeding practices in Canada: 1965-1978. *J Can Diet Assoc* 1979;40:200-210.
- Nayor A. Professional education and training for trainers. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1990;31 Suppl 1:25-7.
- Novanty R, Kieffer E, Mor J, Thiele M, Nikaido M. Health of infant is the main reason for breastfeeding in a WIC population in Hawaii. *J Am Diet Assoc* 1994;94:293-297.
- O'Leary Quinn A, Koepsell D, Haller S. Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation. *JOGNN* 1997;26:289-294.
- Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, Kendall GE, Burton PR. Association between breast feeding and asthma in a 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999;319:815-819.
- Orrell-Valente JK, Pinderhughes EE, Valente E Jr., Laird RD. If it's offered, will they come? Influences on parents' participation in a community-based conduct problems prevention program. *American Journal of Community Psychology* 1999;27(6):753-83.
- Penrose Arlotti J, Cottrell BH, Hughes Lee S, Curtin JJ. Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *J Comm Health Nurs* 1998;15:163-178.
- Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American Journal of Public Health* 1994;84(1):89-97.

- Pobocik RS, Benavente JC, Schwab AC, Boudreau N, Morris CH, Houston MS. Effect of a breastfeeding education and support program on breastfeeding initiation and duration in a culturally diverse group of adolescents. *Journal of Nutrition Education* 2000;32:139-145.
- Podgurski MJ. Supporting the breastfeeding teen. *The Journal of Perinatal Education* 1995; 4:11-14.
- Prasad B, Costello AM. Impact and sustainability of a “baby friendly” health education intervention at a district hospital in Bihar, India. *BMJ* 1995;310:621-3.
- Radius SM, Joffe A. Understanding adolescent mothers' feelings about breast-feeding. A study of perceived benefits and barriers. *Journal of Adolescent Health Care* 1988;9(2):156-60.
- Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(6):492-8.
- Reames ES. Opinions of physicians and hospitals of current breast-feeding recommendations. *J Am Diet Assoc* 1985;85:79-80.
- Renfrew MJ, Lang S. Interventions for improving breastfeeding technique (*Cochrane Review*). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1992;336:1105-1107.
- Robinson JB, Huat AE, Pope J, Garner B. Attitudes toward infant feeding among adolescent mothers from a WIC population in northern Louisiana. *J Am Diet Assoc* 1993;93:1311-1313.
- Rousseau EH, Lescop JN, Fontaine S, Lambert J, Roy CC. Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding. *CMAJ* 1982;127:701-4.
- Rush JP, Kitch TL. A Randomized, Controlled Trial to Measure the Frequency of Use of a Hospital Telephone Line for New Parents. *Birth* 1991;18:193-197.
- Russell BK, Aviles M, Brion LP. Relationship between perinatal counseling and incidence of breastfeeding in an inner-city population. *Journal of Perinatology* 1999;19(7):501-4.
- Ryan AS, Pratt WF, Wysong JL, Lewandowski G, McNally JW and Krieger FW. A comparison of breast-feeding data from the National surveys of family growth and the Ross Laboratories Mothers' Survey. *Am J Public Health* 1991; 81(8): 1049-1052.
- Sacks SH, Brada M, Hill AM, Parton P, Harland P. To breast feed or not to breast feed. *Practitioner* 1976;216:183-91.
- Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C. Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *Birth* 1998; 25(2):101-6.
- Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999;103:E351-E355.
- Schmidt MM & Sigman-Grant M. Perspectives of low-income fathers' support of breastfeeding: an exploratory study. *J Nutr Ed* 1999;31:31-37.

- Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. A breast feeding education and promotion program: effects of knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Comm Health* 1995;20:473-490.
- Serafino-Cross P, Donovan PR. Effectiveness of professional breastfeeding home support. *J Nutr Ed* 1992;117-22.
- Sharma M, Petosa R. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. *J Am Diet Assoc* 1997;97:1311-1313.
- Sikorsk J, Renfrew MJ. Selected Cochrane systematic reviews. Support for breastfeeding mothers. *Birth: Issues in Perinatal Care & Education* 1999 26(2):131.
- Simon JL, Johnson CA, Liese BS. A family practice 'breastfeeding hotline': description and preliminary results. *Fam Med* 1988;20:224-226.
- Stefiuk W. Primary health care and new life. Part 1: success in earlier hospital discharge. Part II: promoting breastfeeding success. *Concern* 1998;27:24-5.
- von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319(7203):147-50.
- Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and Adolescents. *JOGNN* 1999;29:282-294.
- Wayland J, Rawlins R. African American teen mothers' perceptions of parenting. *J Pediatr Nurs* 1997;12:13-20.
- Westphal MF, Taddei JA, Venancio S, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization* 1995;73:461-8.
- WHA Forty-Seventh World Health Assembly. WHA 47.5. Agenda Item 19, Infant and young children nutrition, May 9, 1994.
- Whelan A, Lupton P. Promoting successful breast feeding among women with a low income. *Midwifery* 1998;14:94-100.
- Williams KM, Morse JM. Weaning patterns of first-time mothers. *MCN* 1989; 14:188-92.
- Williams PL, Innis SM, Vogel AMP. Breastfeeding and weaning practices in Vancouver. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1996;87(4):231-236.
- Williams PL, Innis SM, Vogel AMP, Stephen LJ. Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1999;90:114-119.
- Wilson AC, Stewart Forsyth J, Greene SA, Irvine L, Au C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 1998;316:21-25.
- Winokoff B, Baer E. The obstetrician's opportunity: translating 'breast is best' from theory to practice. *Am J Obstetrics and Gynaecology* 1980;138:105-117.

Yeung DL, Pennell MD, Leung M, Hall J. Breastfeeding: Prevalence and influencing factors. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique* 1983;72:323-330.

Yoos L. Developmental issues and the choice of feeding method of adolescent mothers. *J Obst Gyne Neontatal Nurs* 1985;14:68-72.

Young SA, Kaufman M. Promoting breastfeeding at a migrant health center. *Am J Publ Health* 1988;78:523-525.

Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents. A national survey of parents with young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1998;152(3):255-62.

## **Remue-méninges 2000 du PACE/PCNP**

### **Observations et thèmes communs**



## Observations et thèmes communs : Remue-méninges 2000 du PACE/PCNP

Chaque groupe de réflexion du Remue-méninges a traité d'une question spécifique et relevé les « enseignements » propres à cette question. Ces enseignements sont rapportés, dans les mots des participantes elles-mêmes, dans les rapports individuels des groupes de travail. Nous espérons qu'ils fourniront des pistes intéressantes, des idées et une certaine orientation pour d'autres projets du PACE et du PCNP traitant de questions et de défis similaires.

En plus des agents de projet, chaque groupe de travail comptait dans son équipe un chercheur universitaire possédant une connaissance particulière ou de l'expertise en recherche communautaire. Le rôle des chercheurs était de relier les enseignements s'appuyant sur l'expérience des agents de projet à des conclusions de recherche plus vastes, tirées de sources nationales et internationales bien connues et respectées. Aussi, chaque rapport de groupe de travail s'accompagne d'une « étude documentaire » réalisée par le chercheur à la suite de l'exercice de Remue-méninges.

Au cours des deux jours de réflexion, les agents de projet ont insisté sur le fait que chaque programme était unique et caractérisé par sa propre dynamique. La culture de la collectivité locale, la démographie de la clientèle cible, les besoins spécifiques et les expériences de vie particulières des participantes (et du personnel) sont autant de facteurs qui influencent la façon de concevoir chaque programme, son fonctionnement et les buts atteints. Dans le contexte d'un programme communautaire, les agents nous ont mis en garde : les facteurs essentiels de réussite sont la *flexibilité* et la *polyvalence*. Une méthodologie rigide à l'emporte-pièce ne fonctionne tout simplement pas.

Parallèlement, un certain nombre d'éléments et de thèmes communs sont ressortis des quatre rapports de groupe de réflexion, peu importe la question abordée. Ces mêmes thèmes et éléments ont été cernés dans les études documentaires réalisées par les différents chercheurs.

Manifestement, les programmes du PACE et du PCNP menés d'un bout à l'autre du pays font preuve de constance et de justesse.

Certains des thèmes et observations qui reviennent constamment, et qui sont appuyés de références bibliographiques, sont résumés ci-dessous. Veuillez noter que les thèmes ne sont pas classés par ordre de priorité.

<b>Observations et thèmes communs</b>	<b>Références pertinentes*</b>
<p><b>Flexibilité et polyvalence</b> dans l'élaboration des programmes, la gestion de projets, les critères et modes d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gaba &amp; Lincoln, 1990</li> <li>▶ Allard, 1993</li> <li>▶ Massé, 1993</li> <li>▶ Smith, 1994</li> <li>▶ Fetterman, 1996</li> <li>▶ Hembrof et coll., 1999</li> </ul>
<p><b>Acceptation du facteur TEMPS</b> : établir des relations de confiance, faire des progrès, atteindre des résultats et les mesurer, ça prend du temps!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Guba &amp; Lincoln, 1990</li> <li>▶ Allard, 1993</li> </ul>
<p><b>Contribution à l'approche de « partenariats »</b> : partenariats parents-familles, avec d'autres organismes, avec d'autres gens de la collectivité (p. ex., entreprises, médias, églises)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kiefer, 1984</li> <li>▶ Freed et coll., 1992</li> <li>▶ Bernstein et coll., 1994</li> <li>▶ Peters &amp; Russell, 1994</li> <li>▶ Hooper-Briar, 1996</li> <li>▶ Servian, 1996</li> <li>▶ Barter, 1998</li> <li>▶ Howell, Devany, McCormick, Raykovich, 1998</li> <li>▶ Le Bossé et coll., 1998</li> </ul>
<p><b>Continuité des services et des programmes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Goffin, 1983</li> <li>▶ Carniol, 1995</li> <li>▶ Le Bossé, 1998</li> <li>▶ O'Donnel et coll., 1998</li> <li>▶ Rifkin et coll., 1998</li> </ul>
<p><b>Participation directe et renforcement de l'autonomie</b> des participants dans tous les aspects du programme, de l'élaboration jusqu'aux processus de décision et d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dunst &amp; Trivette, 1987</li> <li>▶ Berkowiyz, 1990</li> <li>▶ Rodal &amp; Mulder, 1993</li> <li>▶ Lee, 1994</li> <li>▶ Pantoja &amp; Perry, 1995</li> <li>▶ Bellefeuille &amp; Ricks, 1997</li> <li>▶ Waler, 1998</li> <li>▶ Barter, 1999</li> </ul>

<b>Observations et thèmes communs</b>	<b>Références pertinentes*</b>
<p><b>Valeurs, principes et attitudes du personnel</b> axés sur le renforcement de l'autonomie et sur la famille; ne portent pas de jugements; terminologie et discours constructifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bracht &amp; Gleason, 1991</li> <li>▶ Smale, 1995</li> <li>▶ Saleebey, 1996, 1997</li> <li>▶ O'Donnell et coll., 1998</li> <li>▶ Robbins, Chatterjee &amp; Canda, 1998</li> <li>▶ Arcury et coll., 1999</li> <li>▶ Seita, 2000</li> </ul>
<p><b>Maintien du personnel, continuité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Souligné dans tous les rapports individuels des groupes de travail, sans références spécifiques</li> </ul>
<p><b>Allocation adéquate et appropriée de ressources</b> (humaines, financières, non financières)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Callahan, 1993</li> <li>▶ Ozawa, 1995</li> <li>▶ Schorr, 1998</li> <li>▶ Arcury et coll., 1999</li> <li>▶ Seita, 2000</li> <li>▶ Waldfogel, 2000, 1998</li> </ul>
<p>« <b>Plaisir</b> » : Célébrer les succès, participer aux activités familiales et créatrices des groupes cibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Carpenter, 1990</li> <li>▶ Bracht &amp; Gleason, 1991</li> <li>▶ Landerhold &amp; Lowenthal, 1993</li> <li>▶ Mattiani, 1993</li> </ul>
<p><b>Environnement et lieu amical, non menaçant, chaleureux, de type « portes ouvertes »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Scorr, 1998</li> <li>▶ Barter, 2000</li> </ul>
<p><b>Accessibilité au programme</b> : lieu, transport, garderie, visites au foyer, visites sur le terrain</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thomas et coll., 1997</li> <li>▶ Altpeter et coll., 1998</li> <li>▶ Lauder, 1998</li> <li>▶ MacDonald, 1998</li> <li>▶ Arcury et coll., 1999</li> <li>▶ Ciliska et coll., 1999</li> </ul>

<b>Observations et thèmes communs</b>	<b>Références pertinentes*</b>
<p><b>Programmes et services appropriés sur les plans culturel et social</b> (Ceci fait référence aux communautés autochtones, mais aussi aux milieux isolés, nordiques et ruraux et aux clientèles cibles aux prises avec des problèmes et des besoins spécifiques comme le SAF, la monoparentalité, les relations abusives, l’analphabétisme ou le faible niveau d’alphabétisation, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taylor-Henley &amp; Hudson, 1992</li> <li>▶ Morrissette et coll., 1993</li> <li>▶ CCSD, 1995</li> <li>▶ Norton et coll., 1995</li> <li>▶ Red Horse, 1995</li> <li>▶ Barter, 1996</li> <li>▶ Huff &amp; Kline, 1996</li> <li>▶ Loos et coll., 1996</li> <li>▶ Strickland &amp; Strickland, 1996</li> <li>▶ Battaglini et coll., 1997</li> <li>▶ Holland et coll., 1997</li> </ul>
<p><b>Appui des semblables, programmes de « marrainage »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Parsons et coll., 1993</li> <li>▶ McFarlane et coll., 1997</li> <li>▶ Orrell-Valente et coll., 1999</li> <li>▶ Wade et coll., 1999</li> </ul>
<p><b>Occasions d’éducation, de formation et de perfectionnement</b> pour les participantes ainsi que pour le personnel et les travailleurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lowe, 1990</li> <li>▶ Crowder, 1991</li> <li>▶ Westphal et coll., 1995</li> <li>▶ Davies-Adetugo &amp; Adebawa, 1997</li> <li>▶ Beshgetoor et coll., 1999</li> </ul>

\* Les références notées ci-dessus reflètent uniquement les sources identifiées par les chercheurs universitaires ayant participé aux divers groupes de travail sur les quatre grandes questions abordées. Il est important de noter que les chercheurs ont tous fourni d’imposantes bibliographies, lesquelles sont incluses dans les études documentaires annexées au rapport de chaque groupe de réflexion.