

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
CHEZ DES FEMMES ENCEINTES QUÉBÉCOISES QUI DÉSIRENT ALLAITER

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
CHANTAL BAYARD

JUILLET 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire a été longue et ardue. Cette étape m'a demandé patience et persévérance. Maintes fois, j'ai voulu abandonner. Heureusement, j'ai été fortement encouragée dans la poursuite de ce projet par plusieurs personnes de mon entourage.

Je souhaite, dans un premier temps, remercier mon entourage (ami-e-s et famille) pour leur écoute et leurs nombreux mots d'encouragement. Plus particulièrement, je remercie ma mère, Gemma Simard, qui m'a encouragée depuis l'adolescence dans la poursuite de mes études. Sans elle, je n'aurais jamais terminé mes études secondaires! Ce qui me paraît invraisemblable au moment d'écrire ces lignes. Grâce à elle, j'ai pu consacrer les trois derniers mois à la rédaction de ce mémoire. xx Par le fait même, je tiens à remercier ma petite sœur Annie qui a spontanément et généreusement accepté de réviser ce mémoire. Sa contribution m'a été fort précieuse dans l'essoufflement des derniers jours. xx J'aimerais également souligner la présence de mon amie Anne Deret qui a relu certaines de ces pages et qui, surtout, m'a encouragée et soutenue dans ma plus intense période de démotivation. Sa présence et son écoute m'ont été précieuses ! Je lui dois une bouteille de champagne, peut-être deux! xx

Je tiens ensuite à remercier mes deux directrices de mémoire pour leur soutien : Hélène Belleau et Anne Quéniart. Elles ont toutes deux accueilli avec enthousiasme mon projet initial et se sont impliquées à tour de rôle dans la lecture de

ce travail. Leurs commentaires pertinents m'ont permis de pousser plus loin ma réflexion sur ce sujet.

Ce projet n'aurait pas vu le jour sans le support financier de différents bailleurs de fonds. Pour cette raison, je remercie profondément le partenariat « Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles » (INRS Urbanisation, Culture et Société), le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de l'Île et Saint-Laurent, de même que le Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. En plus de ces organismes, je remercie Micheline Bérubé, ma fée marraine, qui a payé une partie de mes frais de scolarité.

Enfin, je dédie ce mémoire à ma fille Marilou que j'aime « gros comme la terre avec un petit cochon par-dessus ». J'ai entamé ce projet alors qu'elle avait deux ans. Aujourd'hui, elle en a cinq. Son rire communicatif, sa capacité d'apprécier les petites choses de la vie, mais surtout sa présence, m'ont permis, à plusieurs reprises, de garder les deux pieds sur terre pendant cette rude épreuve intellectuelle. xxx

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC : ÉLÉMENTS DE MISE EN CONTEXTE	4
1.1 Contexte d'émergence des interventions étatiques en matière de promotion de l'allaitement maternel au Québec	4
1.1.1 Contre la mortalité infantile par la pratique de l'allaitement maternel	4
1.1.2 La mise en place des « Gouttes de lait »	7
1.2 Contexte récent de la pratique de l'allaitement au Québec	10
1.2.1 Évolution des taux d'allaitement au Canada et au Québec : de 1963 à 2006	10
1.2.2 Initiatives contribuant à la promotion de l'allaitement au Québec	12
1.3 Synthèse des recherches québécoises portant sur l'allaitement maternel ..	18
1.3.1 Recherches québécoises sur l'allaitement maternel	19
CHAPITRE II	
LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	23
2.1 La notion de représentation sociale	23
2.1.1 Caractéristiques de la notion de représentation sociale	24
2.2 Représentations sociales de l'allaitement maternel	25
2.2.1 Le concept de « nature »	26
2.2.2 Le concept de « bonne mère »	29

2.3	Représentations des seins	35
2.3.1	Le sein dans les sociétés occidentales	35
2.3.2	Le sein sexuel dans un contexte d'allaitement	36
2.3.3	Voir le sein autrement	38
2.3.4	Conflits entre les représentations sociales des seins	39
2.3.5	Allaiter dans l'espace public	40

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE	44	
3.1	Présentation de la méthode d'analyse : l'analyse par théorisation ancrée ..	44
3.2	L'analyse	46
3.3	Collecte de données	47
3.3.1	Le recrutement et les critères de sélection des répondantes	47
3.3.2	Les entrevues	48
3.4	Caractéristiques des répondantes	49
3.4.1	L'âge et le statut civil	49
3.4.2	Le stade de la grossesse et le type de suivi	49
3.4.3	La décision d'allaiter et la durée prévue d'allaitement	50
3.4.4	Le niveau de scolarité des répondantes et de leur conjoint	50
3.4.5	La situation professionnelle et le niveau de rémunération	51
3.4.6	Le lieu de naissance et la langue	52

CHAPITRE IV

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : ANALYSE DES RÉSULTATS	53	
4.1	Allaiter ou ne pas allaiter : prise de décision	53
4.1.1	Le rôle du réseau professionnel dans la prise de décision d'allaiter	54
4.1.2	L'influence du réseau familial dans la socialisation à l'allaitement maternel	58
4.1.3	Le rôle du conjoint	60

4.2	Les représentations sociales du lait maternel et du lait artificiel	61	
4.2.1	Le lait maternel : un aliment « bon pour la santé », protecteur et sécuritaire	61	
4.3	Représentations sociales du geste d'allaiter	66	
4.3.1	Allaiter : c'est donner la santé	66	
4.3.2	Allaiter : un geste responsable	69	
4.3.3	Nourrir c'est créer le lien	76	
4.3.4	Un geste naturel qui s'apprend	82	
4.4	Représentations sociales des seins	89	
4.4.1	Allaiter : seins sexuels ou seins nourriciers	89	
4.4.2	Allaiter : l'art de la discrétion	92	
CHAPITRE V			
CONCLUSION			95
5.1	Synthèse des principaux résultats de recherche	95	
5.2	Limites et pistes de recherches	98	
RÉFÉRENCES			101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	15
3.1	Caractéristiques socio-économiques des répondantes et de leur conjoint.....	51

RÉSUMÉ

Ce mémoire de maîtrise en sociologie vise à identifier les représentations sociales de l'allaitement maternel au Québec du point de vue de femmes, enceintes de leur premier enfant, qui désirent allaiter.

Afin de répondre aux questions de cette recherche, des informations ont d'abord été recueillies sur le contexte de la prise de décision d'allaiter des femmes afin d'éclaircir leurs motivations personnelles, mais aussi l'influence de leurs réseaux personnel (famille, conjoint, amis) et professionnel en regard de ce choix. Dans un deuxième temps, les femmes ont été longuement interrogées sur leurs conceptions des représentations sociales du lait maternel et du geste d'allaiter (terminologie utilisée; le sens, les valeurs et les normes sociales accordés à cette pratique; les difficultés; le rôle de mère; le rapport au corps et à la sexualité durant la période d'allaitement; l'allaitement dans l'espace public, etc.).

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, une méthode qualitative inductive et exploratoire a été privilégiée : l'analyse par théorisation ancrée. Des entretiens en profondeur ont été réalisés auprès de onze (11) femmes québécoises, âgées entre 25 et 35 ans, en période prénatale. Le contenu des entrevues a fait l'objet d'une analyse thématique et conceptuelle, verticale et horizontale.

Parmi les résultats obtenus, on remarque que le lait maternel et le geste d'allaiter sont représentés positivement par les femmes interrogées qui les décrivent principalement en des termes avantageux. En accord avec le discours institutionnel de santé publique, les répondantes considèrent l'allaitement maternel comme un geste « allant de soi » et « responsable » qui apporte des bénéfices pour la mère et pour l'enfant sur les plans physiques, psychologiques, affectifs et cognitifs. Ce geste est jugé « incontournable » dans la mesure où il est associé à la représentation que l'on se fait d'une « bonne mère ».

Mots-clés : allaitement maternel; femme; mère; représentation sociale; lait; sein;

INTRODUCTION

À travers le temps et l'histoire, la pratique de l'allaitement au sein a connu de nombreuses variations (Speltini et Molinari, 1998; Jodelet et Ohana, 2000). Ce comportement, riche en significations, a d'ailleurs évolué à l'intérieur de systèmes, de normes et de valeurs pouvant parfois se contredirent (Jodelet et Ohana, 2000). Ces oppositions font de l'allaitement maternel, mieux que la grossesse et l'accouchement, un thème pertinent pour l'analyse des liens sociaux (Knibiehler, 2003).

Il exprime la conscience, la liberté, donc la dimension proprement humaine ou sociale de la maternité; il accuse le seuil entre nature et culture. Il ne dépend pas seulement du désir de la mère, car celle-ci est soumise, en la matière, à des normes et à des codes qui varient selon les lieux, les milieux, les moments. L'allaitement maternel, fonction réputée naturelle, relation spécifique entre la femme et l'enfant, se révèle donc aussi comme un remarquable analyseur des liens sociaux (11).

Même si l'allaitement maternel s'avère un objet d'étude significatif pour comprendre la maternité, il reste peu étudié comparativement à la grossesse et à l'accouchement. Qui plus est, les recherches sociologiques sur ce thème, bien qu'elles se multiplient partout dans le monde depuis la fin des années 90, sont peu nombreuses au Québec. La pertinence sociale, mais aussi scientifique, de ce mémoire est donc justifiée par le nombre réduit de recherches sociologiques sur ce thème. En ce sens, il permettra modestement d'ajouter à la connaissance scientifique dans un contexte favorable à la promotion de l'allaitement, autant sur le plan provincial, national que mondial.

Comme d'autres sujets, l'allaitement au sein peut être étudié sous plusieurs angles. Dans le cadre de ce mémoire, ce sont les représentations sociales de l'allaitement qui seront étudiées. Le premier chapitre de ce travail de recherche établit sa problématique. Il portera, d'abord, sur les contextes social et historique (passé et présent) dans lesquels s'ancrent les représentations sociales de l'allaitement au Québec. Ces éléments s'avèrent importants, comme le soulignent Speltini et Molinari (1998), puisqu'ils permettent de comprendre les variations, propres à chaque culture, de la pratique de l'allaitement et ses représentations. Ce premier chapitre traitera plus précisément du contexte d'émergence des interventions étatiques en matière de promotion de l'allaitement. Il comprendra une présentation du contexte récent de la pratique de l'allaitement, c'est-à-dire de l'évolution des taux d'allaitement au Québec et au Canada (de 1963 à 2006) et les initiatives contribuant à la promotion de cette pratique, ainsi qu'une présentation des recherches québécoises sur le thème à l'étude et des questions qui guideront cette recherche.

Le deuxième chapitre présentera, quant à lui, le cadre théorique de cette recherche. La notion de représentation sociale sera d'abord explicitée à l'aide des textes de Jodelet (2003a et b) et de Chombart de Lauwe et Feuerhahn (1997). Puis, les représentations contemporaines du lait maternel et du geste d'allaiter seront présentées. Nous verrons comment elles sont liées, dans le contexte des sociétés occidentales, au concept de nature, mais aussi à celui de la « bonne mère ». De plus, il sera question des représentations des seins féminins, dans ces mêmes sociétés. Cette réflexion nous permettra de comprendre le rapport entre l'allaitement et la sexualité.

Le troisième chapitre de ce mémoire décrira la méthodologie utilisée pour mener à bien cette recherche. Les premières lignes de ce chapitre seront consacrées à la description de la méthode d'analyse, soit *L'analyse par théorisation*

ancrée. Les suivantes porteront sur la collecte de données alors que les dernières présenteront la synthèse des caractéristiques des répondantes de l'échantillon de recherche.

Le quatrième chapitre présentera les résultats de cette recherche. Les propos des répondantes seront analysés en lien avec la littérature scientifique sur le sujet. Ce chapitre se divisera en trois parties portant, tour à tour, sur les représentations du lait maternel, de la pratique de l'allaitement et des seins féminins dans les sociétés occidentales.

Les dernières pages de ce mémoire formeront le cinquième et dernier chapitre. La première partie constituera une brève synthèse des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche tandis que la deuxième partie établira les pistes de recherche possibles pour approfondir les connaissances sur l'allaitement maternel au Québec.

CHAPITRE I

LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC : ÉLÉMENTS DE MISE EN CONTEXTE

Ce chapitre a pour but de situer la pratique de l'allaitement maternel au Québec. La première partie présente le contexte duquel ont émergé les premières interventions étatiques en matière de promotion de l'allaitement maternel au Québec. Elle vise principalement une meilleure compréhension des raisons ayant motivé ce type d'intervention au début du siècle dernier. La deuxième partie traite, quant à elle, de la période récente, allant de 1963 à 2006. Elle expose, d'abord, l'évolution des taux d'allaitement au Québec pour cette période, ainsi que les initiatives mondiales et nationales de promotion de l'allaitement. Enfin, la troisième partie présente brièvement certaines des recherches québécoises effectuées sur le thème de l'allaitement pour la période récente - fin des années 90 à nos jours.

1.1 Contexte d'émergence des interventions étatiques en matière de promotion de l'allaitement maternel au Québec

1.1.1 Contrer la mortalité infantile par la pratique de l'allaitement maternel

Au Québec, comme en France et aux États-Unis, la fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle marquent le début de l'intensification des interventions médicales en faveur de l'allaitement maternel (Knibiehler et Fouquet, 1980; Apple, 1987;

Baillargeon, 2004)¹. Au Québec, comme ailleurs, les premières interventions en cette matière sont justifiées par les taux préoccupants de mortalité infantile. Entre 1901 et 1929, par exemple, la mortalité infantile représentait de 12,6 % à 17 % de tous les décès au Québec. Si bien qu'entre 1910 et 1914, on dénombrait 78 000 décès d'enfants de moins d'un an (Le Collectif CLIO, 1983). Les données compilées par Baillargeon (2004), à l'aide des rapports annuels du Ministère de la santé du Québec, démontrent aussi que le Québec affichait un taux annuel moyen de mortalité infantile supérieur à ceux de l'Ontario et du Canada pour la période allant de 1921 à 1968. Entre 1926 et 1930, le taux annuel moyen de mortalité infantile, par mille naissances vivantes, était de 127,1 au Québec, de 76,1 en Ontario et de 93,4 au Canada. À ce moment, le Québec avait un taux de mortalité infantile supérieur de 67 % plus élevé à celui de l'Ontario. C'est seulement à partir des années 30 que le taux annuel moyen québécois (par mille naissances vivantes) a diminué pour atteindre, entre 1966 et 1968, 23,3 au Québec comparativement à 19,6 en Ontario et 21,9 au Canada.

Comme le mentionne Guérard (1996), plusieurs facteurs expliquent les taux élevés de mortalité infantile au Québec à cette époque. Les conditions de vie insalubres (exemple : logement), l'état des connaissances médicales, l'éloignement des soins de santé, la proximité des centres urbains et l'absence d'installations sanitaires adéquates (égouts, aqueducs, système de filtration des eaux) comptent parmi ceux-ci. D'ailleurs, comme le souligne Baillargeon (2004), les taux de mortalité infantile variaient considérablement en fonction des différents milieux de vie des Québécois (rural ou urbain). Entre 1911 et 1940, le taux annuel moyen de mortalité infantile (par mille naissances vivantes) était plus élevé en milieu urbain qu'en milieu

¹ Même si la promotion de l'allaitement au sein s'intensifie durant cette période, plusieurs auteurs étrangers se sont intéressés à cette pratique d'un point de vue historique. Les ouvrages suivants apportent un éclairage pertinent sur l'évolution de cette pratique à travers les siècles : Ariès, P. 1973. *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime* (France); Knibiehler, Y. et Fouquet, C. 1980. *L'histoire des mères du Moyen-âge à nos jours* (France); Apple, R.D. 1987. *Mothers and medicine : a social history of infant feeding : 1890-1950* (États-Unis).

rural. Entre 1911 et 1915, par exemple, ce taux atteignait 218,6 en milieu urbain alors qu'il était de 131,8 en milieu rural. À Montréal, pour cette même période, le taux de mortalité infantile, par mille naissances vivantes, était de 209. Cependant, à partir des années 40, la tendance s'est inversée. Dès lors, on observe des taux annuels moyens de mortalité infantile plus élevés dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains. Ce renversement s'explique, entre autres, par la prospérité de l'après-guerre qui a permis d'améliorer les conditions de vie et les soins de santé dans les villes.

Entre les années 1926 et 1960, les causes de mortalité infantile au Québec étaient variées (diarrhées, maladies contagieuses, bronchites, pneumonies, prématurés, lésions obstétricales et malformations congénitales) (Baillargeon, 2004). Il apparaît toutefois que les diarrhées et les entérites constituaient les principales causes de décès chez les nourrissons québécois. Entre 1926 et 1930, ces causes de mortalité étaient d'ailleurs responsables du décès de 27 % des nourrissons québécois. À Montréal, le taux de mortalité par diarrhée (pour mille naissances vivantes) atteignait 64,4 entre 1920 et 1924, 42,7 entre 1925 et 1929 et 32,7 entre 1930 et 1934.

Ces statistiques alarmantes préoccupaient grandement les autorités ecclésiastiques et médicales de l'époque. Pour les médecins hygiénistes, la mortalité infantile par diarrhée était principalement due à l'ignorance et à la négligence des mères à l'égard des attitudes et des pratiques de maternage (Baillargeon, 2004). À cette période, plusieurs mères offraient à leurs nourrissons de l'eau de piètre qualité et du lait non pasteurisé, non stérilisé et conservé dans des conditions inappropriées, ce qui causait la mort d'un grand nombre de ces derniers. Pour remédier à ce drame, les hygiénistes conclurent à la nécessité d'éduquer les mères sur plusieurs aspects reliés au maternage, dont l'alimentation du nourrisson.

Pour les médecins des trois premières décennies du 20^e siècle, en effet, il ne fait aucun doute que la « grève de l'allaitement » maternel provoque le plus grand nombre de décès de nouveau-nés chaque année et que ce problème nécessite leur attention (Baillargeon, 2004 : 98).

Les Canadiennes françaises catholiques seront particulièrement ciblées par ces campagnes d'éducation puisque le taux de mortalité infantile était plus élevé (entre 1911 et 1963) dans les comtés à forte dominance francophone. À Montréal, par exemple, l'écart entre les milieux anglophone et francophone est marquant.

Pour la période 1946-1950, le taux de mortalité infantile des Canadiens-français se situe à près du double de celui des Anglo-catholiques et des Protestants, et il est presque quatre fois plus élevé que celui de la population juive, alors qu'au début du siècle la différence était nettement moindre (Baillargeon, 2004 : 41).

La réticence à allaiter des canadiennes françaises ainsi que leur propension à sevrer précocement leur nourrisson contribuaient de façon importante, selon les autorités, au taux élevé de mortalité infantile de la province (Baillargeon, 2004). Les raisons expliquant les faibles taux d'initiation à l'allaitement et le sevrage précoce des nourrissons sont nombreuses et variées. Parmi celles-ci, on compte les grossesses nombreuses et rapprochées causant l'épuisement des mères, la nécessité de prendre soin de plusieurs enfants en bas âge, la responsabilité des tâches domestiques ainsi que la pudeur. Pour ces raisons, l'alimentation au biberon, le sevrage précoce et l'alimentation solide hâtive étaient des comportements privilégiés par ces mères même s'ils avaient pour effet de causer le décès de leur nourrisson.

1.1.2 La mise en place des « Gouttes de lait »

Afin d'éduquer les mères aux pratiques de maternage et d'hygiène, le Québec, à l'instar de la France, mettra en place des centres de distribution de lait appelés

« Gouttes de lait ». Le premier centre « Goutte de lait » québécois verra le jour en 1910, soit quinze ans après l'ouverture du premier centre en France en 1894 (Knibiehler et Fouquet, 1980; Baillargeon, 2002). Principalement installés dans les quartiers pauvres de Montréal, ces centres offraient gratuitement aux mères du lait de qualité. Plus tard, ces centres seront transformés en cliniques de puériculture offrant des services médicaux variés et gratuits aux mères (pesée des nourrissons, vaccination et conseils sur la santé, l'hygiène et les soins infantiles), abandonnant peu à peu la distribution de lait. Comme le souligne Baillargeon (2002), leur nombre fut grandissant entre les années 1910 et 1953 :

En quelques années, sous l'impulsion de petits groupes composés de féministes, de dames patronnesses, de membres du clergé catholique et des médecins, une vingtaine de cliniques furent créées dans les secteurs les plus pauvres de la ville, tandis qu'à partir de 1919 le Service de santé de la Ville créait son propre réseau de « consultations » pour nourrisson. Au début des années 30, 68 cliniques étaient en activité sur le territoire montréalais; 36 étaient contrôlées par le Service de santé municipal et 32 par des organismes privés, dont 18 associations paroissiales francophones. En 1953, alors que la Ville complétait la municipalisation des cliniques privées, il en existait plus de 80 (337-338).

Commachio (citée dans Baillargeon 2002) souligne que ces cliniques avaient comme mandat principal d'introduire de nouvelles normes en matière de santé du nourrisson et de nouvelles responsabilités maternelles. Il s'agissait, à l'époque, comme encore aujourd'hui, de convaincre les femmes d'abandonner certaines pratiques jugées à risque pour le nourrisson (Baillargeon, 2002). L'allaitement maternel était l'élément numéro un sur lequel était basé le programme de promotion.

Ce sont les femmes bourgeoises et les bénévoles féminines qui assumèrent les premières la responsabilité d'éducation des mères (Baillargeon, 2002). Elles seront remplacées peu à peu par des médecins et des infirmières spécialisées. Cette prise en charge progressive des services en matière de santé infantile par des médecins et des infirmières spécialisées en hygiène publique confèrera à ces

derniers un pouvoir social non négligeable auprès des mères et contribuera à la médicalisation de la maternité et des soins aux enfants (Baillargeon, 2004). Cependant, comme le souligne cette dernière, la participation des femmes dans le processus de médicalisation n'est pas à négliger. Même si un grand nombre d'entre elles étaient réfractaires aux conseils des hygiénistes, plusieurs les recherchaient.

Malgré la gratuité des services offerts, peu de femmes des quartiers pauvres fréquentaient les « Gouttes de lait » dans les premières années de leur création. Ce qui démontre, selon Baillargeon (2002), une certaine résistance des femmes face au discours de prévention, notamment à l'égard du discours sur l'allaitement maternel qui a eu du mal à s'imposer à l'époque. Plusieurs raisons expliquent le peu d'intérêt des femmes pour les centres de puériculture. Parmi celles-ci, mentionnons leur grande pauvreté (manque de vêtements, de chaussures), leur impossibilité d'avoir recours à une gardienne pour s'occuper des autres enfants et les soins urgents requis par leur nourrisson.

En plus de la mise en place des « Gouttes de lait », on assiste, entre les deux guerres, à l'élaboration d'un nouveau type d'intervention étatique inspiré du courant américain New public Health. Dès lors, les hygiénistes mettront en place de nouveaux programmes de promotion de la santé visant des groupes spécifiques. Le deuxième grand programme de promotion, mis en place à l'époque, visera la lutte à la tuberculose et à la mortalité infantile (Guérard, 1996). Le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ) lancera, en 1925, une campagne d'éducation populaire auprès de l'ensemble des mères de la province. Un tract intitulé « Sauvons nos petits enfants. Appel aux mères » sera distribué aux mères lors de l'enregistrement des naissances. Ce document prônait l'allaitement maternel ainsi que d'autres pratiques d'hygiène infantile (l'alimentation, la dentition, les vêtements et autres) (Le Collectif CLIO, 1983).

1.2 Contexte récent de la pratique de l'allaitement au Québec

1.2.1 Évolution des taux d'allaitement au Canada et au Québec : de 1963 à 2006

Depuis le début des années 60, les taux d'allaitement à la naissance ont généralement progressé au Canada et au Québec. Le travail de synthèse réalisé par Beaudry, Chiasson et Lauzière (2006) nous permet d'apprécier l'évolution de ces taux pour la période allant de 1963 à 2006. Au Canada, le taux d'allaitement à la naissance a d'abord connu une baisse entre 1963 et 1968 puisqu'il est passé, respectivement, de 38 % à 26 % pour augmenter ensuite à 36 % en 1973. Par la suite, les taux d'allaitement à la naissance au Canada connaîtront une augmentation importante en atteignant 61 % en 1978, 69 % en 1983 et 80 % en 1988. Une légère baisse est enregistrée en 1993 alors que le taux d'allaitement à la naissance régresse à 75 %. S'ensuit une nouvelle hausse en 1998 alors que le taux canadien grimpe à 82 % pour atteindre 85 % en 2003.

Au Québec, les taux d'allaitement à la naissance ont connu entre 1963 et 1982 une importante croissance en passant respectivement de 19 % à 61 %. Entre 1995-1996, le taux a toutefois légèrement diminué pour atteindre 57 % (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). Constatant cette diminution, le Gouvernement du Québec fixera, en 1997, des objectifs nationaux en matière d'allaitement afin de favoriser l'augmentation de l'initiation, mais aussi la persistance de l'allaitement au Québec. Il est attendu, dans le cadre des Priorités nationales de santé publique pour 1997 à 2002, que « d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % et qu'il soit de 60 % et de 30 %, respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant » (MSSSQ, 1997). En ce sens, les données présentées par Dubois et al. (2000) dans le cadre de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ) se rapprochent de cet objectif en démontrant que près des trois quarts (72 %) des nourrissons québécois ont été nourris au sein à la naissance en

1998. Dans cette même recherche, les auteures notent que, parmi ceux-ci, « 5 % ont été allaités moins d'une semaine, 7 % d'une semaine à moins d'un mois, 19 % d'un mois à moins de quatre mois et 41 % l'ont été pendant au moins quatre mois » (23). En dépit du rapprochement observé entre les objectifs gouvernementaux fixés en 1997 et les résultats de l'enquête de Dubois et al. (2000), il demeure toutefois impossible, pour des raisons méthodologiques, d'établir un taux national d'allaitement à la naissance permettant de confirmer ou d'infirmer l'atteinte des objectifs établis en 1997 (MSSSQ, 2003).

Pendant ce temps, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ) publiait, en 2001, ses objectifs en matière d'allaitement dans un document intitulé *L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices*. Dans ce document, le MSSSQ prévoyait que d'ici 2007, le Québec atteindrait des « taux d'allaitement de 85 % à la sortie des services de maternité, de 70 %, 60 % et 50 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an » (MSSSQ, 2001 : 7). Il envisageait, pour la même période, des « taux d'allaitement exclusifs² atteignant 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement à la sortie des services de maternité, au deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant » (MSSSQ, 2001 : 29). Afin de vérifier la correspondance entre les objectifs fixés en 2001 et la prévalence de la pratique de l'allaitement maternel tant sur le plan provincial que régional, le MSSSQ a financé en 2005 une enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur l'allaitement maternel (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006). Les données concernant l'ensemble du Québec permettent de constater que le taux d'allaitement total^{3 4} des Québécoises est en progression

² Allaitement exclusif : signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux; le lait maternel exprimé est également accepté (MSSSQ, 2001 : 10).

³ Taux d'allaitement total durant le séjour au centre hospitalier (CH) ou à la maison de naissance (MN) : nombre de bébés ayant reçu du lait maternel au moins une fois pendant leur séjour au CH ou à la MN sur l'ensemble des bébés visés par l'enquête et nés dans un CH ou une MN x 100 (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006 : 9).

depuis 1997. Les nourrissons québécois ont, en effet, été allaités dans une proportion de 85,1 % pendant leur séjour à l'hôpital ou en maison de naissance, de 66,7 %, 56,1 % et de 46,7 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois après la naissance (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006). Malgré cette avancée, les taux de 2005 n'atteignent pas les objectifs fixés par le MSSSQ en 2001. Il en est de même pour l'allaitement exclusif. Pour ce type d'allaitement, les taux observés sont de 52,1 % pendant le séjour à l'hôpital ou en maison de naissance, de 35,1 %, 19,7 % et 3 % au deuxième, quatrième et sixième mois après la naissance (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006).

Comme mentionné ci-dessus, les taux canadiens et québécois d'allaitement à la naissance ont connu une augmentation importante au cours des cinquante dernières années. Malgré cela, le Canada et le Québec se classent toujours loin derrière la Norvège et la Suède qui ont enregistré des taux d'allaitement à la naissance oscillant entre 94% et 99% depuis 1988 (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006). Beaudry (2001) attribue en partie cette différence au fait que des politiques publiques favorisant l'allaitement ont été adoptées dans ces pays avant celles du Québec et du Canada comme, par exemple, la mise en place de mesures visant le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981), le financement (dès 1992) d'une campagne nationale pour l'implantation de « L'Initiative des Hôpitaux Amis de bébés » (OMS, 1992) ou encore l'amélioration des congés de maternité.

1.2.2 Initiatives contribuant à la promotion de l'allaitement au Québec

Plusieurs initiatives mondiales ont influencé notre façon de concevoir la protection et la promotion de l'allaitement maternel au Québec. Parmi celles-ci, on compte

⁴ Taux d'allaitement total pour différentes durées : nombre de bébés ayant reçu du lait maternel pour une durée déterminée sur l'ensemble des bébés visés par l'enquête x 100 (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006 : 9).

l'élaboration du « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » (1981), la « Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel » (1990), « L'Initiative des hôpitaux amis des bébés » (1992) et la « Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » (2003).

1.2.2.1 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)

Le « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » a été adopté en 1981 dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS). Il s'attaque, comme son nom l'indique, à la commercialisation⁵ et aux pratiques relatives à certains produits dont les substituts de lait maternel et les préparations pour nourrissons. Son but est de « contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant, une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriée » (OMS, 1981 : 8).

De manière plus détaillée, le *Code* adopté en 1981 a notamment pour objectif d'interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public, la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents, la promotion de ces produits dans le système de soins de santé, le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents, la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé et la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus et l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif. Il vise également à s'assurer que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement

⁵ La commercialisation vise la promotion, la distribution, la vente et la publicité d'un produit ainsi que les relations avec le public et les services d'information le concernant (OMS, 1981 : 8).

la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle; que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique se limitant aux faits et que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé »; que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (p. ex., vacances, invitations à des congrès).

Le Canada s'est prononcé en faveur du Code (MSSSQ, 2001 : 26). Toutefois, contrairement à d'autres pays, les articles du Code ne sont pas intégrés dans la loi fédérale en matière de protection de la santé puisque ce dernier choisit l'autoréglementation volontaire par l'industrie pour encadrer la commercialisation (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006 : 20).

1.2.2.2 Déclaration "Innocenti" sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990)

Cette déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1990) vise, comme son nom l'indique, la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Par le biais de cette déclaration, les deux organismes encouragent les femmes à allaiter exclusivement leur nourrisson jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois et, par la suite, en complément d'une alimentation appropriée jusqu'à l'âge de deux ans. Pour atteindre cet objectif, ces organismes suggèrent, entre autres, de sensibiliser les mères et la société à l'importance de l'allaitement pour le développement optimal du nourrisson; de contribuer aux renforcements des compétences (confiance en soi, développement des aptitudes) des mères en cette matière; de favoriser l'implantation de politiques nationales en matière d'allaitement; le respect des *Dix*

conditions pour le succès de l'allaitement (voir ci-dessous), ainsi que l'adoption du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

1.2.2.3 L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (1992)

Au Québec, l'implantation de L'*Initiative des amis des bébés* (IAB) dans les hôpitaux, CLSC et maisons de naissance est la principale stratégie retenue pour atteindre les objectifs fixés par le MSSSQ en matière d'allaitement (MSSSQ, 2001; MSSSQ, 2003). D'abord connue sous l'appellation *L'Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB), cette stratégie mondiale, élaborée conjointement par l'OMS et par l'UNICEF, vise la protection, l'encouragement et la promotion de l'allaitement maternel. Les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* énoncées en 1989 dans la déclaration *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité* (OMS/UNICEF), sont à la base de cette stratégie. Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA)⁶ résume ces conditions dans un tableau de synthèse reproduit ci-dessous.

Tableau 1.1

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tout établissement qui dispense des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait observer les dix conditions ci-dessous.

1. Avoir une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

⁶ Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) est l'organisme national responsable de l'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB).
<http://www.breastfeedingcanada.ca/html/sommaire.html> (consulté le 3 novembre 2007)

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
 6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.
 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
 8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou suce.
 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
-

En plus de devoir mettre en œuvre les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*, les établissements qui veulent obtenir la désignation *Ami des bébés* doivent se soumettre à plusieurs évaluations. Ils doivent également adhérer au *Code de commercialisation des substituts du lait maternel* et réaliser le *Plan en 7 étapes*. En 2001, plus de 15 030 établissements étaient reconnus « Amis des bébés » dans plus de 141 pays dans le cadre de l'initiative des hôpitaux « Amis des bébés » (MSSSQ, 2001). En 2005, on comptait près de 20 000 maternités déclarées « Amies des bébés » dans 150 pays (OMS, 2006). Le premier établissement canadien à avoir été reconnu « Amis des bébés » est l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville, en 1999 (ayant été recertifié en 2004). Depuis ce temps, neuf autres établissements de santé québécois ont été certifiés « Amis des bébés » : le Centre hospitalier de Saint-Eustache (2004), le CLSC d'Argenteuil (2004), la Maison de naissance Mimosa (2005), le CLSC La Pommeraie (2005), le CLSC Vaudreuil-Soulanges (2006), le CLSC Samuel de Champlain (2006), le CLSC-CHSLD des Patriotes (2007), le CLSC Haute-Yamaska (2007) et le CLSC des Seigneuries (2007)⁷.

⁷ http://www.aspq.org/view_page.php?type=theme&id=52&article=2493 (consulté le 20 juin 2007).

1.2.2.4 Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Cette stratégie plus récente lancée en 2003 par l'OMS et par l'UNICEF vise la mise en place d'un cadre politique qui permettra d'agir sur les facteurs de risque affectant les pratiques alimentaires nécessaires à la survie et au développement des nourrissons et des enfants. Ce cadre s'appuie sur les initiatives antérieures (présentées précédemment) et sur l'étude approfondie des données scientifiques et épidémiologiques disponibles. Ces organismes réitèrent l'importance de l'allaitement au sein comme pratique d'alimentation fondamentale assurant le développement et la santé des nourrissons et des enfants.

1.2.2.5 Reconnaissance et promotion de l'allaitement maternel

Au fil des ans, plusieurs groupes de professionnels se sont prononcés en faveur de l'allaitement maternel. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1998), l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) (2002) et la Société canadienne de pédiatrie (2005)⁸ préconisent l'allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois. Les membres de l'Association québécoise des consultant(e)s (AQC) en lactation diplômées de *l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)* ont adopté la même position en 2005⁹. Pour ces regroupements professionnels (OIIQ, 1998; OPDQ, 2002), tout comme pour le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2001), il s'agit de faire de l'allaitement au sein une norme en matière d'alimentation du nouveau-né en « reconnaissant la supériorité de l'allaitement maternel, comparativement à tous les

⁸ <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/AllaitementMar05.htm> (consulté le 3 novembre 2007)

⁹ <http://www.ibclc.qc.ca/> (consulté le 3 novembre 2007)

autres types de nutrition infantile » (OIIQ, 1998). Ces recommandations s'accordent également avec celles de l'OMS et de l'*American Academy of Pediatrics (2005)*¹⁰.

De concert avec les groupes de professionnels et les institutions gouvernementales, plusieurs groupes non gouvernementaux sont également très actifs dans la promotion de l'allaitement maternel. La *Ligue La Leche* et la *Fédération québécoise Nourri-Source* sont probablement les ressources d'aide en matière d'allaitement les plus connues de la population puisqu'elles sont présentes dans plusieurs régions du Québec¹¹. D'autres ressources locales sont également nombreuses partout en province pour répondre aux questions des femmes et de leur entourage en matière d'allaitement¹².

1.3 Synthèse des recherches québécoises portant sur l'allaitement maternel

Dans cette section, il sera question des études québécoises consacrées au thème de l'allaitement depuis la fin des années 90. Cette brève revue de la littérature, non exhaustive, permettra de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit ce mémoire. Dans un deuxième temps, les questions de recherche qui sous-tendent ce projet seront présentées.

¹⁰ <http://www.cps.ca/francais/medias/communiqués/2005/mars8.htm> (consulté le 20 juin 2007).

¹¹ Pour plus d'informations voir les sites Internet de la *Ligue La Leche* et de la *Fédération québécoise Nourri-Source* : <http://www.allaitement.ca/main.php> et <http://www.nourri-source.org/> (consulté le 3 novembre 2007).

¹² Pour obtenir la liste des groupes d'aide en allaitement par région, consultez le site Internet du MSSSQ à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php?ressource_aide_allaitement (consulté le 3 novembre 2007).

1.3.1 Recherches québécoises sur l'allaitement maternel

Depuis le milieu des années 90, les recherches sur l'allaitement maternel sont de plus en plus nombreuses, bien que minoritaires par rapport à l'important corpus d'études sur la grossesse et sur l'accouchement. Le Québec ne fait pas exception en cette matière puisque l'on a vu apparaître récemment plusieurs recherches portant sur l'allaitement maternel. Voici quelques uns des travaux qui ont retenu l'attention.

Plusieurs auteures, principalement dans le domaine des sciences infirmières et de la santé publique, se sont intéressées aux facteurs favorisant l'initiation et à la persistance de l'allaitement (Séguin, 1998; Bell, St-Cyr-Tribble et Paul, 2001; Allard, 2002; Dumas, 2003; Shaiek, 2004; Lacombe, 2006). Selon ces recherches, en plus des caractéristiques personnelles de la mère (âge, niveau de scolarité, revenus), il semble que le soutien social du conjoint (Dumas, 2003) et de l'entourage (Séguin, 1998), de même que l'environnement et les pratiques en milieu hospitalier (Séguin, 1998; Bell, St-Cyr-Tribble et Paul, 2001) influenceraient l'initiation à l'allaitement. Quant à la persistance, des facteurs comme la dépression postnatale, la perception du tempérament de l'enfant par la mère, le lien mère-enfant (Lacombe, 2006), le rôle de modèle (avoir déjà vu quelqu'un allaiter), l'encouragement du conjoint et l'aide instrumentale de l'entourage (Séguin, 1998) peuvent influencer la durée de l'allaitement. En plus de ces recherches portant sur des aspects spécifiques de l'initiation et de la persistance de l'allaitement, d'autres études statistiques nous informent plus globalement sur ce sujet (Neill et al., 2006; Haiek et al., 2007).

Une certaine littérature scientifique, produite et publiée par des institutions gouvernementales, qui s'adressent principalement aux professionnels de la santé responsables de la promotion de l'allaitement maternel est également disponible (MSSSQ, 2001; Gauthier, Haiek, et Rocheleau, 2002; Bell et al., 2002; Ouellet, Pineault et Bernier, 2005). Ces documents sont publiés afin d'informer et de former

ces professionnels. Ils abordent généralement l'anatomie et la physiologie de l'allaitement, c'est-à-dire le processus de lactation et les composantes du lait maternel, les bienfaits de cette pratique pour la mère et l'enfant, ainsi que la mise en route de l'allaitement (mécanisme de succion, mise au sein, positions d'allaitement, fréquence et durée des tétées) et les pratiques y étant associées (cohabitation, types d'allaitement). Ces guides se distinguent toutefois dans leur contenu sur certains aspects. Un des documents traite brièvement de l'histoire de l'allaitement (Gauthier, Haiek, et Rocheleau, 2002) alors qu'un autre (Bell et al., 2002) présente, entre autres, les difficultés physiques (mère et bébé) pouvant survenir en cours d'allaitement, tout en abordant les questions du sevrage, de la conservation du lait maternel et du rôle de soutien de l'environnement familial, social et professionnel. Un autre document d'information propose, quant à lui, une analyse systémique en faveur de l'allaitement (Ouellet, Pineault et Bernier, 2005). Par son contenu, les intervenants sont informés des facteurs humains, comportementaux, techniques et environnementaux influençant la prise de décision d'allaiter et la persistance de l'allaitement. Une étude sur les contaminations du lait maternel par des substances chimiques présentes en milieu de travail (Goulet et Lapointe, 2003) et une autre sur l'allaitement en milieu pluriethnique (Côté et al., 2003) ont également été publiées par une institution gouvernementale.

D'autres informations sur l'allaitement, destinées aux parents et au grand public, sont également rendues disponibles par les institutions gouvernementales. Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec consacre plusieurs lignes sur ce sujet sur son site Internet. Il publie également chaque année, depuis 25 ans, un guide pratique qui s'adresse aux futurs parents. Dans la version récente du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères* (Doré et Le Hénaff, 2007), la section sur l'alimentation du nouveau-né a été révisée. Dans le chapitre *Le lait de maman et les autres laits*, on retrouve des informations sur la composition du lait maternel et ses bienfaits (mère et enfant), les positions d'allaitement, la fréquence et la durée des séances, ainsi

que sur des difficultés pouvant survenir pendant l'allaitement (engorgement, gerçure).

Enfin, un autre type de littérature s'intéresse davantage au profil des services de santé en périnatalité. Champagne (2002; 2004) a effectué une recherche sur le profil d'offre et les facteurs associés à la production de services de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en CLSC alors que Lepage et al. (2000) ont réalisé une étude sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement dans la région de Québec. Finalement, quelques études ont abordé des sujets variés concernant l'allaitement. Les recherches de Ross (1999) et de Goulet et al. (2003) se sont intéressées, par exemple, aux attitudes et aux normes subjectives des adolescentes québécoises face à l'allaitement maternel.

Pour résumer, le contexte québécois, mais aussi mondial, est propice à l'étude de l'allaitement maternel. Les nombreux efforts de la part des autorités publiques nationales et mondiales pour accroître l'initiation et la persistance de l'allaitement maternel témoignent de l'intérêt grandissant pour cette pratique millénaire. L'implantation du Réseau « Amis des bébés » dans toutes les régions du Québec est, en ce sens, une affirmation de cette attention croissante. Malgré la multiplication des recherches québécoises sur différents aspects de l'allaitement maternel (initiation, persistance, réseau de soutien, anatomie et physiologie de l'allaitement, organisation de services et autres), les études sociologiques demeurent peu nombreuses pour quiconque s'intéresse à ce thème. Pourtant, plusieurs sociologues états-uniennes, britanniques et australiennes s'y sont intéressées depuis la fin des années 1990 (Carter, 1995; Murphy 1999; Blum, 1999; Jodelet et Ohana, 2000; Wall, 2001; Schmied et Lupton, 2001; Hausman, 2003). La présente recherche s'inscrit donc, modestement, dans la continuité des précédents travaux. Aussi, étant donné l'absence de recherches québécoises sur les dimensions sociologiques de l'allaitement, cette recherche vient combler une partie du terrain laissé vierge par les sociologues.

Enfin, l'objet de la présente recherche s'appuie principalement sur les travaux réalisés dans le domaine des représentations sociales, qui seront exposés dans le prochain chapitre. Même si ce travail s'inscrit dans la complémentarité des écrits québécois, puisqu'il vise une meilleure compréhension des facteurs favorisant l'initiation de l'allaitement (le moment et les motivations entourant la prise de décision d'allaiter, de même que le rôle de l'entourage, principalement du conjoint, dans ce choix), il s'en distingue tout de même de manière importante. En effet, la présente recherche aborde des sujets peu documentés dans recherches québécoises comme les valeurs, les normes, les opinions et les images associées à la pratique de l'allaitement maternel, au lait maternel, au lien mère-enfant et au rapport au corps. C'est en ce sens, d'ailleurs, comme l'affirment Jodelet et Ohana (2000), que l'approche des représentations sociales est pertinente puisqu'elle « permet d'aborder comme une totalité, le système interdépendant, et parfois conflictuel, des éléments motivationnels, cognitifs, normatifs et symboliques sur lesquels s'étayent la conduite, sa poursuite ou son évolution » (145). Passons, sans plus tarder, au prochain chapitre qui présente le contenu qui constitue la base théorique de ce travail de recherche.

CHAPITRE II

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

La pratique de l'allaitement maternel comporte plusieurs dimensions et peut être étudiée sous plusieurs angles. Dans le cadre de ce mémoire, le point de vue retenu est celui des représentations sociales des femmes. Le présent chapitre abordera, dans un premier temps, les principales caractéristiques qui permettent de définir cette notion, puis, dans un deuxième temps, présentera les principales représentations sociales de l'allaitement maternel dans les sociétés contemporaines.

2.1 La notion de représentation sociale

La représentation sociale est une forme de connaissance qui permet de définir, de nommer et d'interpréter les éléments de notre vie quotidienne : une image, un comportement, une communication, etc. (Jodelet, 2003a). Elle est pratique et utile à notre compréhension du monde favorisant, par le fait même, la maîtrise, par l'individu, de son environnement, c'est-à-dire sa capacité d'agir sur le monde et dans le monde. L'acte de se représenter est un processus par lequel s'établit une *relation entre un sujet et un objet* (Jodelet, 2003a). Le sujet peut être individuel ou collectif (famille ou groupe), tandis que l'objet peut adopter une forme diverse (personne, théorie, événement, chose, etc.) à laquelle sont rattachés des éléments de contenus

variés : informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images (Jodelet, 2003b).

2.1.1 Caractéristiques de la notion de représentation sociale

Jodelet (2003b) définit d'abord la représentation sociale comme un *savoir de sens commun*. En ce sens, elle témoigne de la connaissance spontanée d'un sujet (individu ou groupe) par rapport à des éléments de la vie quotidienne se distinguant, de cette façon, du savoir scientifique.

La représentation sociale est également une *construction sociale de la réalité*. Elle est, comme le souligne Jodelet (2003a), le résultat d'un processus d'élaboration basé sur des mécanismes individuels et collectifs. Cette idée est partagée par de nombreux auteurs, dont Chombart de Lauwe et Feuerhahn (1997) qui affirment que la représentation sociale est le produit d'une interaction entre le psychisme humain et le culturel ou social. Sur le plan individuel, la construction sociale de l'objet nécessite la mobilisation de processus cognitifs et psychologiques. Se représenter implique l'individu dans sa subjectivité et dans son expérience. Ce qui fait dire à Jodelet (2003a) que la représentation sociale a également un *caractère autonome et créatif*. Elle peut ainsi être considérée comme une forme d'expression du sujet. Le sujet avec ce qu'il est, ce qu'il pense, ce qu'il connaît, son expérience, prend les morceaux de tout cela pour créer des figures qui seront le reflet de sa réalité.

Aux dimensions cognitives et psychologiques s'ajoutent des dimensions sociales et collectives. Pour Jodelet (2003a), la représentation sociale prend sa source dans les savoirs qui sont élaborés et partagés par une société, et qui nous sont transmis par la tradition, l'éducation et la communication orale. En ce sens, « les catégories qui structurent et expriment la représentation sociale sont des catégories empruntées à un fonds commun de culture » (371). Ainsi, les valeurs, les

normes sociales, le contexte historique, l'expérience, les savoirs et les modèles sont tous des éléments qui contribueront à l'élaboration de la représentation sociale.

En plus d'être une réalité construite, la représentation sociale est aussi caractérisée par sa forme *figurative et imageante*. L'acte de se représenter implique la mise en image de l'objet, par le sujet, en lui attribuant des traits concrets par le biais de l'imagination ou de l'imaginaire, individuel ou collectif. Bien qu'elle reprenne certains traits de l'objet, cette mise en image n'est pas une copie conforme de la réalité (Jodelet, 2003a). La forme figurative ou imageante de la représentation sociale est indissociable de son *caractère symbolique et signifiant*. Elle témoigne de la façon dont le sujet comprend et interprète le monde et du sens qu'un objet a pour lui. La représentation fait donc « correspondre à toute figure un sens et à tout sens une figure » (Jodelet, 2003a : 369).

Enfin, la représentation sociale est aussi une façon pour l'individu de se *situer dans l'espace social*. La position que le sujet adopte par rapport à un objet (événement, comportement, information, individu, etc.) lui permet aussi de se situer par rapport à d'autres sujets. Jodelet (2003b) affirme, en ce sens, que la représentation sociale marque l'appartenance de l'individu à un groupe. Elle permet donc la distinction des uns et des autres. En somme, une représentation est aussi l'expression ou le regard qu'un groupe ou un individu porte à un autre. Elle traduit la vision du monde de ce groupe et est engendrée par elle, tout en variant d'une société à une autre et d'un milieu social à un autre.

2.2 Représentations sociales de l'allaitement maternel

La prochaine section de ce mémoire s'attardera de manière plus précise aux représentations sociales de l'allaitement maternel. Une première partie présentera les représentations de l'allaitement à la lumière de deux concepts centraux dans le

discours de promotion de l'allaitement. Le concept de « nature » sera donc abordé en premier lieu tandis que celui de la « bonne mère » lui succèdera. Une deuxième partie examinera un autre élément participant à la construction sociale des représentations de l'allaitement, soit la norme sociale entourant le sein dans les sociétés occidentales.

2.2.1 Le concept de « nature »

2.2.1.1 La « nature » du lait maternel

Le concept de nature occupe une place centrale dans les représentations sociales de l'allaitement maternel. Dans son analyse des discours de promotion de l'allaitement au Canada, Glenda Wall (2001) a remarqué une forte association entre les caractéristiques attribuées à la nature et au lait maternel. Elle affirme que tout comme la nature, le lait maternel revêt un caractère sacré et ancestral le rendant ainsi respectable et peu questionnable.

« [...] breast milk, given its status as a natural substance, as opposed to an artificial one, is understood to be essentially, and unquestionably, pure and good. The possibility the nature is not always a positive force and that natural substances also can be less than pure is left unaddressed » (596-597).

Wall (2001) note également que le lait maternel et la nature sont caractérisés, d'une part, par leur perfection, et d'autre part, par leur pureté. Dans le discours de promotion de l'allaitement, le lait maternel est effectivement souvent présenté comme un aliment « parfait » dans sa composition. Il est principalement reconnu pour ses qualités nutritives (vitamines, protéines, minéraux, Oméga 3, etc.) et protectrices sur le plan immunitaire. De plus, son adaptabilité, c'est-à-dire sa capacité de répondre aux besoins du nourrisson indépendamment de l'âge, vient

renforcer cette image de perfection. Dans le même sens, sa provenance humaine mise de l'avant dans la promotion de l'allaitement, confèrent à cet aliment son caractère unique (Bramwell, 2001) et authentique. D'autant plus, comme le soulève Blum (1993), que la science et l'industrie sont incapables de reproduire totalement de manière synthétique les qualités immunologiques de cet aliment.

« Promotion of human breast milk has emphasised its "humanness" to distinguish it from formula milk, emphasising the ways in which it meets the specific needs of human infants in both its nutritional content and in terms of protective antibodies it contains. However, the current promotion of formula milk de-emphasises its "animal" origins in favour of its "scientific" formulation » (Bramwell, 2001 : 90).

En plus de sa perfection, le lait humain est aussi représenté par sa pureté. Sa couleur « blanchâtre » ajoutant à la symbolique (Bramwell, 2001), cet aliment est reconnu pour son aspect « stérile » ou « aseptique », de sorte qu'il est réputé pour contenir peu de substances non désirables, toxiques ou nocives pour l'enfant. En ce sens, il constitue l'aliment « sécuritaire » et « santé » par excellence pour le nourrisson. D'ailleurs, le fait qu'il soit produit par le corps humain plutôt qu'en usine, comme le lait artificiel, ajoute à la perception de pureté et de sécurité qu'il inspire. Dans la promotion de l'allaitement, il apparaît d'autant plus sécuritaire qu'il ne nécessite aucune préparation et manipulation (exemples : stérilisation des biberons et des tétines, proportion adéquate du mélange, température). Il est, par conséquent, moins risqué pour l'enfant tout en étant pratique pour la mère.

2.2.1.2 Allaiter : un geste « naturel » ?

Dans la promotion de l'allaitement, l'acte d'allaiter est souvent présenté comme un geste « naturel ». Ce terme, préféré au terme « biologique » dans les écrits, laisse sous-entendre que les femmes forment une catégorie universelle, homogène, ayant

la capacité inhérente d'allaiter (Wall, 2001). Comme le souligne cette dernière, cette façon de concevoir l'allaitement soulève quelques questionnements.

Allison Bartlett (2002) affirme que le fait de considérer les femmes comme une catégorie homogène minimise l'impact de leur subjectivité dans la réponse du corps au processus de lactation. Elle remarque, entre autres, que l'histoire personnelle, l'environnement social et la culture sont des facteurs sous-estimés dans cette réponse.

« Breastfeeding is entirely unpredictable, a practice which cannot be reduced to a set of universal claims that relate to homogeneous bodies (see Rothfield, 1995a), because a woman's lived experiences are crucial to her body's lactational responses » (375).

Pour Shaw (2004), le fait de considérer l'allaitement comme un geste naturel auquel les femmes sont prédisposées soulève la question de l'autonomie du choix des mères en matière d'alimentation du nourrisson. La naturalisation des fonctions reproductives du corps des femmes (menstruations, grossesse, maternité, allaitement) a pour conséquence de remettre en question l'idée que les femmes peuvent choisir ou non d'allaiter. De cette façon, la raison, l'autonomie et le choix (Shaw, 2004), de même que les besoins et les aspirations personnelles des femmes (Wall, 2001), sont remis en question au moment de la décision d'allaiter ou non. Dans cette perspective, il est donc difficile de concevoir les femmes comme des individus rationnels et conscients, comme des sujets éthiques (Shaw, 2004).

Enfin, le fait d'associer « nature » et allaitement contribue à minimiser les difficultés pouvant survenir durant la période d'allaitement (Wall, 2001). De fait, dans les documents de promotion de l'allaitement, les difficultés apparaissent souvent comme mineures et facilement surmontables avec l'aide d'un soutien professionnel ou par le biais des qualités personnelles de la mère.

« These difficulties, however, are commonly characterized as small concerns that can be easily dealt with by seeking the advice of a professional or breastfeeding advocate, or being motivated, having patience, and maintaining a sense of humor » (597).

Or, bien que plusieurs femmes vivent effectivement des difficultés mineures lorsqu'elles allaitent, d'autres sont confrontées à des difficultés plus importantes. C'est ainsi que la fatigue, l'épuisement, la douleur, la dépression postnatale, la perte d'identité, l'impression d'être limitée dans ses mouvements et ses activités marquent l'expérience de certaines mères (Murphy, 2000; Schmied et Lupton, 2001; Wall, 2001). Dans le discours de promotion de l'allaitement, ces thèmes sont peu abordés, voir même absents puisqu'il s'agit bien souvent de mettre en lumière les aspects positifs de l'allaitement pour favoriser l'adoption de cette pratique par les femmes. Il en est de même pour les difficultés liées à l'environnement social, culturel et matériel des femmes (exemples : support de l'entourage, manque de ressources financières, difficultés d'allaiter dans l'espace public, etc.) (Wall, 2001). Certaines femmes peu préparées à l'éventualité des difficultés étant susceptibles de survenir durant cette période peuvent vivre une désillusion, un sentiment de culpabilité, l'impression d'avoir échouées et une perte d'estime de soi.

2.2.2 Le concept de « bonne mère »

Tout comme le concept de nature, le concept de « bonne mère » est dominant dans les discours de promotion de l'allaitement maternel. Comme l'ont relevé plusieurs auteures (Hays, 1996; Blum, 1999; Murphy, 1999; Lupton et Fenwick, 2001; Wall, 2001), la pratique de l'allaitement est aussi associée à la représentation que l'on se fait de la « bonne mère ». La définition proposée par Lupton et Fenwick (2001) regroupe les caractéristiques qui permettent de définir ce concept :

« These include the qualities of patience, unconditional love and kindness concerning how women relate to their children. 'Good' mothers are expected to 'be there' for their children and to develop a strong 'bond' with them. Specifically in relation to infants, 'good mother' are expected to place their infant's needs above their own and deal cheerfully and patiently with the loss of sleep and time for oneself and other privations that caring for baby entails. The practice of breastfeeding is also associated with the 'good mother' ideal, as dominant discourses on infant feeding insist that 'breast is best' for infants physical and emotional wellbeing » (1011-1012).

2.2.2.1 L'amour maternel

C'est dans la deuxième moitié du 18^e siècle que les caractéristiques permettant de définir l'amour maternel émergent. Jean-Jacques Rousseau contribuera grandement à la théorisation de l'amour maternel (Knibiehler et Fouquet, 1980). Ce dernier réussit à capter « l'attention de ses contemporains sur l'importance du rôle de la mère dans l'éducation. En préférant, pour l'enfant, la nature à la culture, l'affection à l'autorité, le bonheur au salut, c'est toute l'éducation qu'il engage dans une perspective plus maternelle que paternelle. Et certes, il valorise ainsi la fonction maternelle plus qu'elle ne l'avait jamais été » (Knibiehler, 2000). Dans cette perspective, comme le mentionnent Speltini et Molinari (1998), cette exaltation de la nature favorisera le culte du lait maternel dans les classes privilégiées de l'époque.

Encore aujourd'hui, quelques siècles plus tard, le geste d'allaiter est synonyme d'amour maternel. Cet amour entre la mère et l'enfant, s'exprimant par l'allaitement, représente aussi la perfection, la pureté et la spiritualité (Young, 1990). Ce geste non contractuel, volontaire et généreux est, en effet, considéré comme l'expression de cet amour et de la bonté maternelle (Wall, 2001; Bramwell, 2001; Shaw, 2003). Il est, la plupart du temps, compris comme un don ou un cadeau de la mère envers l'enfant (Wall, 2001).

« The image of the breastfeeding mother is of one who is giving her baby the most precious gift she can. She is literally giving of herself » (599).

Cependant, étant donné que les notions de don et de générosité varient d'un contexte socioculturel à un autre, Shaw (2003) pense qu'il faut rester prudent lorsque l'on attribue ces notions à l'allaitement.

Symboliquement, cet amour et ce don de soi à l'autre sont incarnés par l'image traditionnelle de la mère tenant dans ses bras son nourrisson, près de son sein ou prenant le sein, qu'elle regarde tête baissée avec tendresse ou adoration (Shaw, 2004). Cette forme figurative symbolisant la maternité est directement inspirée des représentations de la Vierge Marie et du Christ dans la religion catholique (Bramwell, 2001). Elle correspond à l'image rationnelle et objective que l'on se fait de l'allaitement plutôt qu'à l'acte d'allaiter lui-même.

2.2.2.2 Un choix orienté vers les besoins de l'enfant

Les avantages pour le nourrisson sont largement mis de l'avant dans les discours de promotion de l'allaitement (Wall, 2001). Le lait maternel est reconnu pour ses qualités nutritives (vitamines, minéraux, protéines, lipides, glucides) et immunitaires (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2001). Les effets à court et long terme du lait maternel sur la mère (perte de poids, espacement des naissances, prévention du cancer du sein et des ovaires) et l'enfant (développement cognitif, physique, psychologique et affectif) sont aussi abondamment relatés dans les écrits sur l'allaitement, et principalement dans le discours public en cette matière.

L'objectif de ce discours, véhiculé par les professionnels de la santé et les groupes de promotion de l'allaitement, consiste à convaincre les mères d'adopter cette pratique jugée la plus appropriée pour la santé du nourrisson (Murphy, 1999).

Dans ce contexte, favorable à l'allaitement, les femmes qui décident d'allaiter leur nourrisson sont considérées comme de « bonnes mères » puisqu'elles basent leur décision sur les besoins de leur nourrisson et sur les bienfaits envisagés de l'allaitement pour ce dernier (Murphy, 1999). De nombreuses chercheuses (Blum, 1993; Hays, 1996; Murphy, 1999) ont d'ailleurs soulevé le fait que la plupart des femmes choisissent d'allaiter pour ces raisons. En prenant ainsi en considération les besoins de leur nourrisson, ces mères sont perçues, selon Murphy (2000), comme des sujets responsables et rationnels contrairement aux mères qui préfèrent les préparations commerciales. Par contre, elle ajoute que la prise de décision d'allaiter revêt une dimension morale pour l'ensemble des femmes qui doivent justifier leur décision et ce, peu importe leur choix.

« Formula feeding women are concerned to demonstrate that an act which, superficially, seems irreconcilable with responsible motherhood, is perfectly justified. Breast feeding women, by contrast, are concerned to show that they can reconcile the demands of good motherhood with adequate performance of their other roles » (205).

Conséquemment, les femmes accordent moins d'importance aux retombées de l'allaitement pour leur propre santé ainsi qu'à leurs besoins personnels comme individu. D'un autre côté, les bénéfices pour la mère sont généralement explicités sommairement ou confondus avec les besoins de l'enfant (Blum, 1993; Blum, 1999; Wall, 2001). Shaw (2003) considère que l'allaitement favorise la mise en place d'une relation asymétrique et non réciproque entre le nourrisson et la mère puisque le confort, le plaisir, les besoins et le bien-être de la mère ne sont pas considérés au moment de la prise de décision.

2.2.2.3 La relation mère-enfant

Dans un autre ordre d'idée, l'allaitement est également représenté dans la promotion de l'allaitement comme un élément crucial au développement de la relation mère-

2.2.2.3 La relation mère-enfant

Dans un autre ordre d'idée, l'allaitement est également représenté dans la promotion de l'allaitement comme un élément crucial au développement de la relation mère-enfant. Le concept d'attachement est d'ailleurs, comme le souligne Wall (2001), au cœur du discours dominant sur l'allaitement. De plus, toujours selon l'auteure, la relation entre la mère et l'enfant est communément présentée comme bénéfique pour cette dyade. Aussi, cette relation est couramment désignée comme intime et de proximité et s'inscrit dans la continuité de la relation entre la mère et l'enfant lors de la grossesse ou l'idée de faire « un » à nouveau (Schmied et Lupton, 2001).

Quelques auteures (Schmied et Lupton, 2001; Wall, 2001; Hausman, 2004) remettent en question des éléments de la représentation mère-enfant décrite précédemment. Hausman (2004), par exemple, questionne l'idée que l'allaitement symbolise la qualité de la relation entre la mère et l'enfant. Pour l'auteure, le seul fait d'allaiter ne garantit pas la qualité supérieure du lien entre la mère et l'enfant puisque d'autres facteurs importants viennent interférer dans sa construction. Ce faisant, l'allaitement permet, d'une part, de définir la relation entre la mère et l'enfant au même titre que d'autres pratiques de maternage (changer les couches, laver son enfant, l'habiller, jouer, etc.), et d'autre part, d'inscrire cette relation dans un contexte historique, social et personnel rendant cette expérience, et l'importance que la mère lui accorde, comme quelque chose d'unique et d'imprévisible.

Schmied et Lupton (2001) questionnent, quant à elles, la représentation de l'allaitement qui dépeint l'acte d'allaiter comme une relation nécessairement profonde et intime entre la mère et l'enfant. Cette perception de l'allaitement contribue à idéaliser cette pratique et à la rendre uniforme pour toutes les femmes et ce, indépendamment des expériences de chacune et du sens qu'elles lui accordent. Comme le soulèvent les auteures, certaines femmes ressentent cette connexion

avec leur nourrisson pendant l'allaitement, alors que d'autres, plus nombreuses, vivent cette expérience de plusieurs autres manières.

Toujours selon Schmied et Lupton (2001), cette différence entre les expériences d'allaitement s'explique, entre autres, par le rapport à soi, à l'autre et au corps que les femmes entretiennent. Ces auteures précisent que l'inévitable corps à corps durant l'allaitement a pour effet de rendre floues et de remettre en question les limites corporelles de la mère et de l'enfant. Les résultats de leurs recherches sont intéressants sur ce point. Le tiers des femmes rencontrées par les chercheuses dans une étude sur le sujet décrit l'allaitement comme une expérience d'intime connexion avec leur nourrisson. Elles vivent cette expérience d'interdépendance positivement, la décrivent de la même façon, et apprécient le partage de leur corps avec leur nourrisson, l'exclusivité de cette relation et l'intimité partagée. Cette image qui concorde avec les représentations de la relation mère-enfant n'est toutefois pas partagée par la majorité des femmes interrogées.

« Almost two-thirds of the women in our study found breastfeeding to be disrupting, distorting and disconnected experience, and for some, it was experienced as excruciating, violent and mutilating » (244).

2.2.2.4 Relation d'interdépendance physiologique

Certaines auteures (Dettwyler, 1995; Stuart-Macadam, 1995) considèrent l'allaitement comme une *relation d'interdépendance physiologique* entre deux individus. Pour Dettwyler (1995) et Stuart-Macadam (1995), l'allaitement aurait des effets bénéfiques sur la santé du nourrisson et de la mère. De même, il favoriserait le fonctionnement physiologique optimal des deux systèmes en relation. Le colostrum sécrété par la mère faciliterait, par exemple, l'élimination du méconium et une plus grande protection du nourrisson sur le plan immunologique, alors que l'allaitement

favoriserait, entre autres, la contraction de l'utérus, et par conséquent, la diminution des risques d'hémorragies utérines et des risques de cancer (ovaire, sein) pour la mère. Par conséquent, une interférence dans ce processus biologique millénaire par le biais de comportements culturels (exemples : pressions sociales, croyances, normes) aurait, comme le souligne Stuart-Macadam (1995) des répercussions négatives à court et à long terme pour la mère et l'enfant.

2.3 Représentations des seins

2.3.1 Le sein dans les sociétés occidentales

Les seins sont une composante importante de l'image corporelle des femmes. Dans les sociétés occidentales, ils symbolisent la féminité, mais aussi, et surtout, la sexualité féminine (Young, 1990; Carter, 1995). Iris Marion Young (1990) affirme que les femmes sont rarement neutres par rapport à cette partie de leur corps. Le regard qu'elles portent sur leurs seins est teinté par l'idéologie patriarcale dominante. La taille, la forme et la fermeté des seins, dans ce contexte, sont évaluées en fonction de ce que les hommes considèrent comme attirant et désirable. Un grand nombre d'auteurs pensent, comme Young (1990), que les seins féminins, dans les sociétés occidentales, sont d'abord associés à la sexualité et à l'érotisme, de même qu'au plaisir et à la sensualité (Van Esterik, 1995; Dettwyler, 1995; Carter, 1995; Bramwell, 2001). Dans le contexte des relations hétérosexuelles, on leur attribue un pouvoir d'attraction et de séduction (Dettwyler, 1995; Carter, 1995).

« They have come to be the constant object of the male gaze, the sine qua non of female attractiveness and therefore approval. We are surrounded by representations of breasts, decoration in many workplaces, titillation over the morning tea » (Carter, 1995 : 152).

Dans notre vie quotidienne, les représentations des seins comme symbole sexuel sont nombreuses et constantes. Les seins sont abondamment représentés dans la publicité, à la télévision, dans les films et les magazines (Blum, 1999). Ils sont aussi régulièrement utilisés pour la vente de produits (exemples : bière, lingerie). Dans ce contexte, ce sont surtout les seins proéminents et galbés qui sont représentés. Dettwyler (1995) affirme, en ce sens, que l'industrie florissante de la pornographie aux États-Unis (magazines, livres, films, bars de danseuses nues, etc.) a contribué à faire du sein un objet sexuel en induisant du même souffle l'idée que les seins proéminents sont beaux, sexy et essentiels pour attirer l'attention de la gente masculine. Elle déplore que plusieurs femmes, dont un nombre grandissant d'adolescentes, aient recours à l'augmentation mammaire pour faire en sorte que leur poitrine corresponde à ce standard, sans considérer les impacts de ce type d'intervention sur la fonction de lactation des seins. Toujours selon Dettwyler (1995), cette mutilation peut causer chez certaines femmes en âge de procréer des difficultés au moment d'allaiter leur nourrisson et à plus long terme, des impacts sur leur santé.

2.3.2 Le sein sexuel dans un contexte d'allaitement

Le lien entre la sexualité et l'allaitement est souvent abordé avec précaution dans les écrits scientifiques. Bien que plusieurs écrits portant sur l'allaitement ignorent ou nient ce lien, d'autres reconnaissent son existence. L'auteure Pamela Carter (1995) considère que la sexualité ne peut être séparée de la pratique de l'allaitement.

« Breast-feeding as a social practice should be located in feminist efforts to develop its own discourses and practices concerning women's bodies. Since, breasts cannot be separated from other aspects of bodies, and sexuality cannot be separated from sensuality in mothering, so breast-feeding is a part of other feminist projects concerned with bodies and sex » (159).

Marion Iris Young (1990) partage cette idée avec Pamela Carter. Elle remarque que dans les sociétés occidentales, le corps maternel et le corps sexuel des femmes sont séparés. Cette division, basée sur les dichotomies suivantes : bon/mauvais, pur/impur, vierge/putain et maternage/séduction, contribue à mettre l'une ou l'autre des fonctions du corps de l'avant sans toutefois les intégrer. Comme le souligne Young (1990), dans la vie quotidienne, le soi des femmes est divisé entre deux images contradictoires.

« In our lives and desires it keeps women divided from ourselves, in having to identify with one or another image of womanly power – the nurturing, competent, selfless mother, always sacrificing, the soul of goodness; or the fiery, voluptuous vamp with the power of attraction, leading victims down the road of pleasure, sin, and danger » (197).

L'auteure Linda Blum (1999) va dans le même sens en affirmant que malgré le fait que plusieurs femmes tentent d'établir une distinction entre leur corps maternel et leur corps sexuel, il demeure que ces deux aspects restent liés dans la vie quotidienne des femmes étant donné la prégnance de la représentation sexuelle des seins.

Le lien entre la sexualité et l'allaitement est souvent abordé, selon Carter (1995), dans le contexte des relations hétérosexuelles entre les conjoints. Les écrits abordant ce thème soulèvent des questions quant à la place des seins, pendant l'allaitement, dans la sexualité du couple. Les besoins du conjoint et les problèmes suscités par l'allaitement dans la sexualité sont principalement au centre de cette littérature.

Les auteurs Helsing et Savage King (1982) (cités dans Carter, 1995) lient sexualité et allaitement. Ils considèrent ce dernier comme étant une dimension unique de la sexualité des femmes. Dans leur perspective, plusieurs femmes ressentiraient, lors de l'allaitement, des sensations analogues à celles qui sont

vécues pendant la sexualité. Selon ces auteurs, la stimulation des seins par succion expliquerait ces sensations, de même que le réflexe d'éjection du lait s'apparentant, toujours selon eux, au réflexe sexuel. Ils mentionnent que plusieurs femmes se sentent coupables et anxieuses face à ces sensations alors que, dans les faits, elles sont communes et normales. Blum (1999) dit avoir rencontré, dans une de ses recherches, plusieurs femmes réticentes à parler du plaisir associé à l'allaitement. Cette vigilance démontre la vulnérabilité des femmes dans ce contexte et leur souhait de ne pas voir ce plaisir associé au plaisir sexuel.

2.3.3 Voir le sein autrement

Pour faire contrepoids à l'image sexuelle des seins et ainsi favoriser l'allaitement, certaines auteures (Dettwyler, 1995; Hausman, 2003) plaident en faveur d'une réhabilitation de la fonction biologique des seins dans les sociétés occidentales. Katherine Dettwyler (1995) propose à ce titre de déconstruire l'idée que les seins sont d'abord et avant tout un organe sexuel. Adoptant une perspective biologique de l'allaitement, elle affirme que les seins féminins ne sont pas *intrinsèquement* (elle met en italique) érotiques, mais que cette façon de les concevoir résulterait plutôt d'un apprentissage précoce des hommes et des femmes dans les sociétés occidentales. Les femmes, par exemple, apprendraient et intérioriseraient dès leur très jeune âge, en accordance avec les croyances et les normes culturelles, que la stimulation orale ou manuelle de leurs seins est d'abord associée au plaisir et à l'excitation sexuelle tout comme d'autres activités (exemples : fantaisies sexuelles, langage obscène, films pornographiques, etc.). Ce qui n'est pas, comme le souligne l'auteure, sans effet sur la compréhension des sentiments vécus par les femmes au moment de l'allaitement. Cet apprentissage sexuel associé au sein peut, de fait, conduire à une mauvaise interprétation du plaisir ressenti par les femmes lorsqu'elles allaitent leur nourrisson. Le sentiment de bien-être pourrait à ses yeux

s'expliquer par d'autres facteurs : lien créé entre la mère et l'enfant; sentiment d'accomplissement de la mère; sécrétion d'hormones (oxcytocin, prolactine), etc.

« That human females can learn to associate oral and manual manipulation of their breasts during foreplay with sexual arousal and pleasure is well-know (...) This does not automatically mean that the breasts are particularly sensitive, or that the sensations a mother experiences from breastfeeding her child should be interpreted as sexual pleasure » (Dettwyler, 1995 : 183).

Dans le même sens que Dettwyler (1995), Hausman (2003) conçoit l'allaitement comme une activité indépendante de la sexualité. Cette dernière énonce que la femme, dans ses activités reproductives (grossesse, accouchement et allaitement), est une personne asexuelle. Cette séparation entre sexualité et reproduction permet de contourner les glissements d'interprétation lorsqu'une mère allaite son enfant et ce, particulièrement dans un contexte où ce dernier n'est plus un nourrisson.

2.3.4 Conflits entre les représentations sociales des seins

Les femmes qui décident d'allaiter leur nourrisson sont interpellées par le conflit qui existe entre la fonction sexuelle et la fonction nourricière des seins (Stearns, 1999). Certaines femmes tentent de maintenir un équilibre entre ces deux fonctions en redéfinissant la fonction de leurs seins, alors que d'autres sont incapables d'envisager leur conciliation (Carter, 1995). Certaines d'entre elles préféreront mettre en dormance la fonction sexuelle de leurs seins durant la période d'allaitement alors que d'autres choisiront tout simplement de ne pas allaiter (Hausman, 2003; Blum, 1999). Pour Carter (1995), le conflit entre les différentes fonctions des seins illustre le débat, souvent discuté par les féministes, entre la maternité et la sexualité.

2.3.5 Allaiter dans l'espace public

L'allaitement dans l'espace public illustre bien le conflit qui existe, pour certaines femmes, entre les différentes représentations des seins. Bien qu'il soit permis d'allaiter en public au Canada, cette pratique n'est pas toujours conciliable avec la réalité et l'expérience des mères (Wall, 2001).

Étant donné que les seins sont principalement associés à la sexualité dans nos sociétés, leur apparition dans l'espace public est tout de même ritualisée par des normes et des modalités mutuellement acceptées par les individus (Le Breton, 2005). Le sein allaitant, dans l'espace public, vient brouiller ce qu'il représente habituellement, c'est-à-dire un symbole sexuel pour les hommes hétérosexuels (Blum, 1999).

« [...] breast have become sexualized in our culture in particular ways, with certain rules about who should see them, when, what they should look like, who should suck them and where » (Carter, 1995 : 120-121).

Les normes et les modalités visent l'effacement ou la transparence du corps, c'est-à-dire l'idée d'être invisible à l'autre et de rendre l'autre invisible. Le corps de la conformité, de la vie courante, reste donc dans la discrétion. Toute conduite échappant à sa définition sociale est guettée par l'inconvenance. Le non-respect de « l'étiquette corporelle », qui varie selon le sexe de l'interlocuteur, son statut, son âge, le degré de parenté, ou de familiarité, le contexte de l'échange, a pour effet de rendre le corps visible, ce qui peut entraîner des réactions de gêne, de honte et d'embarras (Le Breton, 2005).

Malgré tous les efforts déployés pour faire de l'allaitement au sein une « norme » sociale, cette pratique attire toujours le regard dans l'espace public. En agissant de la sorte, les femmes contreviennent en quelque sorte aux règles de

respectabilité attendues d'elles dans cet espace. La pudeur compte parmi celles-ci (Carter, 1995). C'est pourquoi, pour arriver à concilier la fonction nourricière des seins avec la représentation sexuelle des seins en société, les femmes valorisent hautement la discrétion lorsqu'elles allaitent en présence d'autres personnes ou dans un espace public (Stearns, 1999). En fait, celles qui s'aventurent dans ce type de « performance » souhaitent ne pas être vues. Elles développent, d'ailleurs, diverses tactiques (vêtements amples, couverture couvrant le corps de la mère et celui du bébé, soutien-gorge d'allaitement) pour rendre leur corps et leurs seins invisibles aux autres. Toutefois, cette volonté d'invisibilité ne les met que partiellement à l'abri du regard des autres. En ce sens, le regard de certaines catégories d'hommes (exemples : père, beau-père, ami du conjoint) semble poser davantage d'inconfort que celui des femmes (Stearns, 1999).

En effet, selon Stearns (1999), la majorité des femmes seraient particulièrement sensibles à l'embarras et à l'inconfort que cette pratique suscite chez les autres, ce qui contribue, entre autres, à définir les lieux d'allaitement et ce, autant dans l'espace privé que dans l'espace public (Carter, 1995; Stearns, 1999). Bien que certaines femmes allaitent dans l'espace public sans contrainte, le désir d'invisibilité ou la recherche d'intimité amène la plupart d'entre elles à restreindre l'allaitement en public à certains espaces (salles d'essayage de grands magasins, voiture, salles d'allaitement, salles de bain publiques). D'autres choisissent, pour ne pas être vues, de faire coïncider les heures de sortie avec les périodes de non-allaitement ou préfèrent tout simplement rester à la maison (Stearns, 1999). Pour ces dernières, l'allaitement a pour effet de les confiner dans l'espace privé (à la maison) pour toute la durée de l'allaitement et contribue, dans certains cas, à leur isolement. Outre ces endroits à l'abri des regards indiscrets, plusieurs femmes disent éviter certains endroits qu'elles, ou leur entourage, jugent inappropriés (Stearns, 1999).

Enfin, les lieux d'allaitement, bien qu'ils soient recherchés et revendiqués, contribuent paradoxalement, à leur façon, à rendre invisible le corps des femmes qui allaitent dans l'espace public. Si les femmes allaitent dans ces endroits, elles ne sont ni vues, ni remarquées et par le fait même, elles sont en quelque sorte « exclues » de l'espace social. Cette exclusion volontaire dans plusieurs cas ne contribue pas à faire changer la norme.

En somme, cette revue non exhaustive de la littérature permet de souligner les concepts centraux sur lesquels s'appuient les représentations sociales de l'allaitement maternel dans le contexte des sociétés occidentales. D'abord, comme nous l'avons dit précédemment, le lait maternel et le geste d'allaiter apparaissent la plupart du temps comme naturels, ce qui leur confère une image de perfection, de pureté et d'authenticité. Ensuite, comme l'ont révélé plusieurs auteurs, le geste d'allaiter serait intrinsèquement lié à l'image de la « bonne mère », de sorte qu'il apparaît toujours dans la littérature comme un geste bénéfique pour la santé de l'enfant et pour son développement optimal (physique, psychologique, affectif et cognitif). Enfin, nous avons vu que le geste d'allaiter serait intimement relié à l'image du corps des femmes dans les sociétés occidentales. Il est d'ailleurs intéressant de prendre acte des débats sur l'image des seins féminins dans le contexte de ces sociétés puisqu'il en découle des répercussions sur la pratique de l'allaitement.

Pour conclure, le travail de recherche sur les représentations sociales de l'allaitement amène à la formulation des questions qui motivent la présente recherche :

- Comment les femmes interrogées perçoivent symboliquement le geste d'allaiter et le lait maternel? Quelles sont les caractéristiques (valeurs, normes) étant associées à ceux-ci ?
- Quelles sont les connaissances (scientifiques ou profanes) et les motivations sur lesquelles s'appuient les femmes rencontrées pour prendre leur décision en matière d'alimentation du nouveau-né?

- Comment leur entourage contribue-t-il à modifier ou à maintenir leurs représentations de l'allaitement?
- Comment les femmes rencontrées se représentent leur rôle de mère en regard de leur choix en faveur de l'allaitement maternel ?

Le lecteur trouvera les réponses à ces questions dans le chapitre IV « Représentations sociales de l'allaitement maternel : analyse des résultats », mais avant d'y arriver, un détour méthodologique s'impose.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre décrit la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de ce mémoire. Pour faciliter sa lecture, il sera divisé en trois parties. La première partie aura pour but de présenter, dans ses grandes lignes, la méthode d'analyse retenue, soit *l'analyse par théorisation ancrée*. La deuxième partie, intitulée « Collecte de données », abordera le mode de recrutement, de même que le contenu des entrevues. Enfin, la troisième partie décrira les caractéristiques des répondantes de l'échantillon de recherche.

3.1 Présentation de la méthode d'analyse : l'analyse par théorisation ancrée

Pour répondre aux questions qui sous-tendent ce travail de recherche, la méthode d'analyse par théorisation ancrée, ou enracinée, a été retenue comme étant la plus appropriée pour traiter les données recueillies dans le cadre des entretiens menés auprès des répondantes. Cette méthode a été jugée pertinente à l'étude sociologique des représentations sociales de l'allaitement maternel puisqu'elle permet l'étude exploratoire de phénomènes sociaux pour lesquels « peu d'analyses ont été articulées » (Laperrière, 1997). De plus, l'intérêt pour cette méthode est apparu dans le fait qu'elle ne conçoit pas le phénomène à l'étude comme une construction à priori par le chercheur. En ce sens, ce sont plutôt les données

recueillies qui ont permis de construire, tout au long du processus de recherche, les représentations sociales de l'allaitement maternel des Québécoises à l'étude en dépassant la simple description du phénomène et en tentant, modestement, l'élaboration d'une théorie le concernant. Enfin, l'analyse par théorisation ancrée s'est avérée intéressante à l'étude des représentations sociales de l'allaitement du point de vue des mères puisqu'elle se fonde, comme le mentionne Laperrière (1997), sur la réalité et la perspective des acteurs sociaux en tenant compte des contextes sociaux (micro et macro) dans lesquels s'inscrivent leurs actions (310-312). Elle a d'ailleurs été retenue afin d'éviter d'imposer un cadre ou une signification aux répondantes, ce qui constitue, selon Maxwell (1999), une menace d'invalidation.

Toutefois, dans le cadre de ce mémoire, l'analyse par théorisation ancrée n'a pas fait l'objet d'une application « pure » comme le définissent Glaser et Strauss (1967) et Laperrière (1997). La présente recherche qualitative a fait l'objet d'une pré-structuration (Maxwell, 1999) puisque la grille d'entrevue a préalablement été construite à partir de la littérature existante sur le sujet. Elle a toutefois été révisée au cours de la recherche comme le propose l'approche mixte de Miles et Huberman (Laperrière, 1997). De plus, étant donné que la formulation initiale du problème de recherche a principalement émergé de mes observations en contexte de travail professionnel dans un CLSC, il n'est pas question dans cette recherche d'étudier les représentations sociales de l'allaitement maternel dans une perspective globale, mais plutôt d'en circonscrire certains aspects. En ce sens, il s'agit, comme le laisse entendre Bourdieu (1992), de « se donner le moyen de réintroduire dans l'analyse la conscience des présupposés et des préjugés, associés au point de vue local et localisé de celui qui construit l'espace des points de vue ». Et cela, tout en restant conscient, comme le dit Maxwell (1999), de ses préconceptions afin d'éviter la menace d'invalidation associée aux biais du chercheur. Pour y arriver, il est apparu important au moment de la recension de la littérature de rassembler et de tenir compte de données divergentes et de compréhensions alternatives du problème étudié afin d'éviter la menace théorique d'invalidation.

3.2 L'analyse

Les entrevues réalisées dans le cadre de ce mémoire ont fait l'objet d'une analyse qualitative menée à l'aide des catégories conceptualisantes. La méthode décrite par Paillé et Mucchielli (2003) consiste à développer des catégories à partir des données terrain. Pour ces auteurs, l'une des caractéristiques principales de la catégorie réside dans le fait qu'elle réfère directement à un phénomène. Elle constitue une « représentation théorique » de phénomènes de différentes natures (une action, un processus, un incident, une logique, une dynamique, un état, une pratique, un vécu, etc.) définis à partir de ce qui fait sens pour l'acteur.

Le travail de catégorisation a été amorcé dès la première lecture des entrevues. Cette étape avait pour but d'identifier les représentations sociales sous-jacentes aux différents discours des femmes rencontrées sur le thème de l'allaitement maternel. Il s'agissait, dans un premier temps, de construire des catégories à partir des données terrain. Pour ce faire, chacune des entrevues a d'abord été analysée verticalement, c'est-à-dire pour elle-même, ce qui a permis de générer une première série de catégories notées à même les verbatim. Le matériel a par la suite été analysé horizontalement, c'est-à-dire que les entrevues ont été comparées entre elles au fur et à mesure de l'analyse. Cette étape a permis de réviser, de modifier ou de fusionner les catégories conceptuelles établies par l'analyse verticale des entrevues. Plusieurs relectures des entrevues en cours de processus d'analyse ont contribué à établir des liens entre différentes catégories pour former celles présentées dans le chapitre qui suit. Des liens avec la littérature existante ont été faits au fur et à mesure de l'analyse.

3.3 Collecte des données

3.3.1 Le recrutement et les critères de sélection des répondantes

Le recrutement des répondantes s'est fait par la méthode « Boule de neige ». Un mémo explicitant la recherche a été envoyé par courriel à des connaissances, qui ont ensuite référé des femmes susceptibles de répondre aux critères de sélection préétablis pour cette recherche. Le premier critère concernait l'âge des répondantes. Les femmes rencontrées devaient être âgées de plus de 25 ans. La limite inférieure d'âge a été fixée pour exclure les femmes âgées de moins de 25 ans qui font l'objet d'une intervention plus soutenue de la part des autorités publiques depuis la mise en place, entre autres, des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE). Le deuxième critère concernait le stade de la grossesse. Les femmes rencontrées devaient avoir complété leur premier trimestre de grossesse. Ce critère a été établi afin de s'assurer que ces femmes avaient décidé de mener à terme leur grossesse. Le troisième critère se rapportait au nombre de grossesses. Les femmes ayant participé à cette recherche devaient être enceinte de leur premier enfant. Ce critère avait pour but d'exclure les femmes ayant déjà allaité un ou plusieurs enfants puisqu'il s'agissait, dans le cadre de cette recherche, de comprendre les représentations et le sens de l'allaitement chez des femmes n'ayant pas vécu cette expérience. Le quatrième critère concernait le choix ou non d'allaiter. En effet, les femmes recherchées pouvaient avoir choisi ou non d'allaiter puisqu'il était prévu, au départ, de comparer les représentations sociales de ces deux groupes afin d'en distinguer les similarités et les distinctions. Malgré l'intérêt de rencontrer des mères ayant refusé d'allaiter, seules celles qui ont choisi d'allaiter ont répondu à cet appel.

3.3.2 Les entrevues

Les données de cette recherche ont été recueillies par l'entremise d'entrevues en profondeur. Pour les fins de ce mémoire, treize (13) entrevues ont été réalisées. De ce nombre, deux (2) n'ont pas été utilisées pour des raisons techniques (son déficient). Au total, onze (11) entrevues ont donc fait l'objet d'une analyse approfondie.

L'ensemble des entrevues a été mené à l'aide d'un guide divisé en trois blocs de questions portant sur les thèmes suivants : la prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter, les représentations sociales du geste d'allaiter et du lait maternel, et des questions d'ordre général sur la maternité et le maternage. Après une première question ouverte sur le déroulement de la grossesse de la répondante, les questions sur l'allaitement ont été abordées. Le premier bloc portait sur le contexte de la prise de décision d'allaiter ou de ne pas allaiter (moment de la prise de décision, motivations personnelles, rôle du réseau personnel – conjoint, amis, parents – et rôle du réseau professionnel). Le deuxième bloc abordait directement les représentations sociales des répondantes concernant la pratique de l'allaitement et le lait maternel (terminologie utilisée, avantages et désavantages, sens accordés à cette pratique, normes sociales, valeurs). Enfin, le troisième bloc regroupait des questions plus générales sur la maternité permettant une meilleure compréhension des représentations sociales de la répondante (définition de ce qu'est « une bonne mère », description de la relation mère-enfant, sens accordé à la maternité). Les données sociodémographiques des répondantes ont été abordées à la fin de l'entrevue et traitées à l'aide du logiciel Excel.

Un formulaire de consentement a été signé, en deux copies, par chacune des répondantes avant l'entrevue. Il incluait des informations sur le but de la recherche, les modalités de l'entrevue (durée, enregistrement) et l'utilisation des données. La participation à cette recherche était volontaire et les répondantes pouvaient en tout temps refuser de répondre à une ou plusieurs questions ou mettre fin à l'entrevue.

L'heure et le lieu de l'entrevue ont été déterminés par les répondantes. La majorité des femmes, sauf trois, ont préféré accorder l'entrevue dans le confort de leur foyer étant donné le stade avancé de leur grossesse. La durée des entrevues a oscillé entre 60 et 90 minutes. Afin de faciliter l'analyse, toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement sous la forme de verbatim. Cette dernière étape, bien que fastidieuse, a permis de rendre avec justesse les propos des répondantes, soit leurs visions du monde et le sens qu'elles donnent à celles-ci (Johnson, 2002). Elle a également facilité un retour aux propos exacts des répondantes lors de l'analyse tout en réduisant la menace d'invalidation d'une description (Maxwell, 1999).

3.4 Caractéristiques des répondantes

3.4.1 L'âge et le statut civil

Les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche étaient âgées entre 28 et 33 ans. Elles vivaient toutes en couple et avaient, pour la plupart, le statut civil de *conjointe de fait* puisque seulement quatre (4) d'entre elles étaient *mariées*.

3.4.2 Le stade de la grossesse et le type de suivi

Les femmes ayant participé à cette recherche étaient toutes enceintes de leur premier enfant. Dans la majorité des cas, sauf une, leur grossesse était planifiée. Au

moment de l'entrevue, huit (8) d'entre elles avaient atteint leur 30^e semaine (7^e mois) de grossesse. Alors que les trois (3) autres en étaient à un stade moins avancé (19, 26 et 28 semaines). La majorité des femmes, sauf une, avait vécu leur première échographie au moment de l'entrevue. Sept (7) femmes ont choisi d'être suivie par un médecin et quatre (4) par une sage-femme.

3.4.3 La décision d'allaiter et la durée prévue d'allaitement

Toutes les répondantes rencontrées ont clairement manifesté leur souhait d'allaiter leur nourrisson. Neuf (9) d'entre elles disent avoir pris cette décision avant leur grossesse. Quant à la durée prévue de l'allaitement, elle varie entre trois (3) et neuf (9) mois selon les femmes. Une (1) seule a affirmé ne pas s'être fixée de limite au niveau de la durée.

3.4.4 Le niveau de scolarité des répondantes et de leur conjoint

Le dernier niveau de scolarité atteint par les répondantes de l'échantillon est très élevé. En effet, dix (10) des onze (11) répondantes rencontrées ont complété des études de premier cycle ou de deuxième cycle universitaire. Plus précisément, quatre (4) ont obtenu un baccalauréat tandis que sept (7) ont complété une maîtrise. Une seule (1) des répondantes détient un diplôme d'études collégiales. Bien que moins élevé que chez les précédentes, le niveau de scolarisation atteint par les conjoints est tout de même élevé. Dans le détail, cinq (5) d'entre eux ont complété des études de deuxième cycle (maîtrise) et deux (2) de premier cycle (baccalauréat). Un des conjoints a quant à lui terminé un diplôme d'études collégiales (DEC) tandis que les autres (2) n'ont aucun diplôme reconnu. Un (1) dernier a cumulé diverses formations nécessaires à l'exercice de son métier.

3.4.5 La situation professionnelle et le niveau de rémunération

Au moment de cette recherche, toutes les femmes interrogées et leur conjoint, sauf un, occupaient un emploi rémunéré à temps plein ou partiel. Une (1) seule des répondantes a bénéficié d'un retrait préventif à cause du type d'emploi qu'elle exerce.

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques socio-économiques des répondantes et de leur conjoint ainsi que le revenu familial moyen.

Tableau 3.1
Caractéristiques socio-économiques des répondantes et de leur conjoint

Répondante ¹³	Revenu moyen de la répondante	Revenu moyen du conjoint	Revenu familial moyen
Véronique	41 000 \$	s.r.*	41 000 \$
Anne	50 000 \$	30 000 \$	80 000 \$
Hélène	32 500 \$	27 500 \$	60 000 \$
Sarah	40 000 \$	80 000 \$	120 000 \$
Julie	55 000 \$	45 000 \$	100 000 \$
Caroline	47 500 \$	52 500 \$	100 000 \$
Marilou	50 000 \$	27 500 \$	77 500 \$
Marguerite	50 000 \$	100 000 \$	150 000 \$
Léa	30 000 \$	52 500 \$	82 500 \$
Virginie	60 000 \$	30 000 \$	90 000 \$
Chloé	25 500 \$	+ de 70 000 \$	+ de 95 500 \$

* s.r.: sans revenu

¹³ Les prénoms attribués aux répondantes sont fictifs.

Le revenu annuel moyen des répondantes se situe entre 25 500 \$ et 60 000 \$. De manière plus détaillée, la répartition des répondantes selon le niveau de rémunération moyen est la suivante : une (1) des répondantes à un revenu annuel moyen se situant entre 20 000 \$ et 29 000 \$, deux (2) entre 30 000 \$ et 39 000 \$, deux (2) entre 40 000 \$ et 49 000 \$, cinq (5) entre 50 000 \$ et 59 000 \$ et finalement, une (1) entre 60 000 \$ et 69 000 \$. Le revenu des conjoints oscille quant à lui entre aucun (0) revenu et plus de 80 000 \$ par année. Les salaires annuels moyens des conjoints sont répartis comme suit : un (1) des conjoints n'a enregistré aucun revenu, un (1) gagne entre 20 000 \$ et 29 000 \$ par année, trois (3) entre 30 000 \$ et 39 000 \$, deux (2) entre 40 000 \$ et 49 000\$, un (1) entre 50 000 \$ et 59 000 \$, un (1) autre entre 70 000 \$ et 79 000 \$, et enfin deux (2) gagnent plus de 80 000 \$ pour leur travail. Globalement, huit (8) des femmes rencontrées vivent au sein d'un ménage dont le revenu annuel moyen dépasse les 80 000 \$ par année. Aussi, six (6) d'entre elles ont un revenu supérieur à leur conjoint.

3.4.6 Le Lieu de naissance et la langue

Toutes les femmes interrogées sont nées au Québec et s'exprimaient en français.

CHAPITRE IV

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : ANALYSE DES RÉSULTATS

Les représentations sociales de l'allaitement maternel sont riches et denses en significations. La discussion autour de ces réalités construites socialement permet de mieux comprendre la vision des femmes interrogées sur ce thème. Le présent chapitre se divisera en quatre parties regroupant les résultats de cette recherche. La première partie sera consacrée aux éléments de contexte qui peuvent influencer la prise de décision d'allaiter des femmes rencontrées, tandis que la deuxième partie portera sur l'analyse des représentations sociales du lait maternel et du lait artificiel. Les représentations du geste d'allaiter et des seins féminins seront ensuite décortiquées dans les troisième et quatrième parties.

4.1 Allaiter ou ne pas allaiter : prise de décision

Cette première partie a pour objectif de présenter certains éléments qui peuvent influencer la prise de décision d'allaiter des répondantes, mais aussi certaines de leurs représentations sociales de l'allaitement maternel. Le premier élément concerne le réseau des professionnels de la santé oeuvrant auprès de la mère durant sa grossesse. Plus précisément, il sera question de l'incidence des professionnels de la santé lors de la prise de décision d'allaiter dans le contexte du

suivi médical de grossesse ou sage-femme et des cours prénatals. Le deuxième élément concerne le rôle du réseau familial. Nous parlons en particulier de l'influence de la famille, surtout des femmes qui la compose et du conjoint.

4.1.1 Le rôle du réseau professionnel dans la prise de décision d'allaiter

4.1.1.1 Le suivi médical ou sage-femme

Comme nous venons de le voir dans les précédents chapitres, l'allaitement maternel est une pratique ancrée, à la fois dans un contexte social et historique, de sorte que les premières interventions étatiques en matière d'allaitement au Québec, de même que celles initiées dans la période récente, influencent grandement notre façon de concevoir cette pratique. Il apparaît que l'attention et la promotion dont est l'objet l'allaitement au sein dans le domaine de la santé publique, tout comme les prises de position de différents groupes de professionnels (exemples : infirmières, nutritionnistes, médecins), rendent quasi incontournable le « choix » des femmes en sa faveur.

D'ailleurs, un grand nombre de femmes rencontrées considèrent qu'au Québec, la pratique de l'allaitement est valorisée par la société. Elles le remarquent à l'ampleur de l'information disponible et transmise principalement par les professionnels de la santé. De leur point de vue, la valorisation de l'allaitement est toutefois davantage présente dans leur génération. Ce qui constitue, selon elles, un juste « retour du balancier » par rapport aux générations précédentes n'ayant pas été encouragées en ce sens. À ce titre, elles soulignent que l'allaitement n'était pas une pratique encouragée dans la génération de leur mère en affirmant que, dans les années 70, l'allaitement n'était pas « à la mode » ou recommandé par les professionnels de la santé. Ce qui, selon elles, n'est plus le cas aujourd'hui.

Je trouve quand même que si dans les années 70 ce n'était pas la mode, je pense qu'aujourd'hui c'est à la mode et que c'est encouragé par le système de santé, par le gouvernement. Présentement, je prends des cours prénatals au CLSC (...) il y a une rencontre qui est complètement dédiée à l'allaitement. Donc, on peut voir que l'on est dans un cycle où l'allaitement est encouragé par le système de santé (Léa, 33 ans).

Ce qui arrive avec l'allaitement c'est que je pense que c'est toujours des vagues. Moi dans mon temps l'allaitement, en tout cas ma mère me disait que ce n'était pas quelque chose qui était valorisé. Pis que c'était vraiment plus le biberon puis tout ça pis *asteure*, c'est vraiment le contraire, t'as des hôpitaux à Saint-Eustache, c'est super pro-allaitement (Marguerite, 29 ans).

Dans leur génération à eux autres [parents : j'ajoute], l'allaitement ce n'était pas quelque chose de reconnu (Sarah, 32 ans).

Bien que certains auteurs (MSSSQ, 2001; Champagne, 2004;) concluent à l'importance du rôle des professionnels (médecin, sage-femme, infirmière, nutritionniste) de la santé dans la prise de décision d'allaiter, aucune des mères rencontrées abonde en ce sens. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait croire, par exemple, le suivi de grossesse ne semble pas avoir contribué à influencer, chez les femmes rencontrées, leur choix en matière d'alimentation du nourrisson. D'ailleurs, plusieurs de ces femmes disent ne pas avoir abordé le thème de l'allaitement dans le cadre de leur suivi de grossesse. L'analyse des entrevues permet toutefois de relever une différence, sur ce point, entre les suivis médical et sage-femme. Concrètement, les femmes ayant été suivies par un médecin durant leur grossesse disent ne pas avoir parlé d'allaitement avec ce dernier. Ce qui n'est pas le cas des femmes ayant été suivies par une sage-femme. Étant donné le stade avancé de grossesse des mères rencontrées (plus de 30 semaines, sauf trois), il semble peu probable que les médecins n'aient pas eu le temps de discuter de ce sujet avec elles.

Non, elle [médecin] ne m'a pas vraiment parlé d'allaitement, j'ai pas, moi la façon que je l'ai su c'est vraiment par le CLSC parce que mon médecin de mémoire, je me demande même si elle m'a demandé la question, je ne me

souviens pas qu'elle m'ait posé la question si je voulais allaiter ou pas (Marguerite, 29 ans).

Mon médecin, ça ne change rien. Il me répond aux questions par oui et non. Je le vois 4 minutes. Non, vraiment pas. Je n'ai pas parlé de ça avec lui (Virginie, 30 ans).

Avec le suivi sage-femme, j'ai pu poser toutes les questions que j'aurais pas pu poser à mon médecin parce qu'il avait pas le temps. D'abord la sage-femme c'est le temps, la disponibilité, c'est surtout ça. Par rapport au moment de l'accouchement comme tel, ça me permet beaucoup plus de choix (Anne, 33 ans).

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer l'absence d'échanges sur l'allaitement entre les médecins et les femmes rencontrées. Le temps consacré à la rencontre de suivi semble expliquer, en partie, cette différence. En apparence, le médecin consacrerait moins de temps (en minute) à la femme lors de ces rencontres que la sage-femme. Le moment de la prise de décision d'allaiter par les femmes peut également expliquer cette situation. En effet, les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont, pour la majorité, décidé de donner le sein avant le début de leur grossesse et donc, par le fait même, préalablement à leur première rencontre avec leur médecin. Pour cette raison, plusieurs femmes n'ont pas jugé nécessaire d'aborder ce thème avec ce dernier. Une autre explication a trait à l'évolution de la grossesse. Au moment des entrevues, quelques femmes ont affirmé se préoccuper davantage du déroulement de leur grossesse et de l'accouchement que de l'allaitement.

J'étais plus préoccupée par le fait d'être enceinte, d'engraisser, pis que toute se passe bien, pis d'avoir une échographie, pis de voir le bébé au complet, j' imagine qu'à nos prochaines rencontres, j'ai plein de questions que je n'avais pas avant [sur l'allaitement : j'ajoute]. Je ne savais pas quoi y demander parce que je n'avais pas lu tant que ça non plus (Julie, 28 ans).

Pour plusieurs femmes, comme pour cette répondante, les questions concernant l'allaitement sont reléguées au second plan et abordées principalement en fin de grossesse.

4.1.1.2 Les cours prénatals comme source d'information privilégiée

Étant donné que le thème de l'allaitement n'est pas abordé de manière systématique dans le cadre du suivi de grossesse, les cours prénatals sont, pour l'ensemble des femmes rencontrées et leurs conjoints, une source d'information importante. Bien que leur contenu varie d'un milieu à l'autre (CLSC ou maison de naissance) et d'une personne à l'autre (infirmière ou sage-femme), ces cours constituent la « base » de l'information reçue par les futurs parents sur le thème de l'allaitement. Au moment de l'entrevue, la moitié des femmes avaient complété, avec leur conjoint, leur série de cours prénatals, dont un cours était entièrement consacré à l'allaitement. L'autre moitié des femmes, toujours accompagnées de leur conjoint, avait l'intention de suivre le même type de cours.

Parmi les sujets les plus souvent abordés dans le cadre de ces cours, on compte les avantages de l'allaitement, les positions d'allaitement, les techniques pour s'assurer que le bébé boit suffisamment, la congélation du lait et le processus physiologique de production du lait. Les difficultés vécues dans le contexte de l'allaitement sont généralement occultées par les intervenants dans le cadre des cours prénatals. Deux femmes ont entendu parler des difficultés qu'elles pourraient rencontrer durant la période postnatale, dans les premières semaines d'allaitement.

Y nous parlait des difficultés de l'allaitement mais en même temps, y'avait toujours une solution (Hélène, 28 ans).

Outre l'information transmise sur l'allaitement dans le cadre des cours, la majorité des femmes affirment qu'elles consulteront au moins une autre source d'information portant sur l'allaitement à différents stades de leur grossesse comme des livres sur la grossesse ou de la documentation provenant de sources gouvernementales et à but non-lucratives (Ligue *La Leche ou Nourri Source*). Toutefois, au moment de l'entrevue, plusieurs femmes ont affirmé reléguer à la fin de leur grossesse leur session de lecture sur l'allaitement puisqu'elles se disent davantage préoccupées par les changements et par le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Y'a plein de livres, y'a plein d'affaires, moi je vis un peu chaque chose en son temps. Là maintenant je suis dans ma phase de lire sur l'accouchement parce que j'accouche bientôt. Quand je vais être en congé, je vais commencer à lire sur la nourriture, nourrir l'enfant (...) En ce moment, c'est trop tôt de lire sur l'allaitement. Pis à trop lire en même temps, j'aime autant que ça vienne d'instinct. Je sais pas, je me laisse flotter dans tout ça (Marilou, 31 ans).

Enfin, vu que les femmes de l'échantillon ont toutes décidé d'allaiter avant leur grossesse, le cours sur l'allaitement n'a pas motivé leur décision. Il a plutôt contribué à « rationaliser » cette décision. En effet, l'information reçue par les femmes a non seulement permis d'ancrer leur décision, mais aussi de la justifier grâce à des arguments de nature scientifique, par exemple.

4.1.2 L'influence du réseau familial dans la socialisation à l'allaitement maternel

Indépendamment des professionnels de la santé et du contexte social (local, régional, national et international) favorable à l'allaitement, il semble que le milieu familial, référant de manière quasi exclusive aux femmes qui le compose (mère, sœur, belle-sœur, tante), ait joué un rôle important dans la connaissance et la sensibilisation des femmes à l'allaitement. Plus de la moitié des femmes ayant

affirmé vivre dans un milieu favorable et ouvert à l'allaitement ont été allaitées par leur mère. Certaines d'entre elles sont d'ailleurs issues d'un milieu familial où l'allaitement a été favorisé et pratiqué par plusieurs générations de femmes (grand-mère, mère, belle-mère, tante, sœur, belle-sœur). Ces femmes ont été socialisées de manière précoce à l'allaitement en ayant vu, dès leur très jeune âge, des femmes de leur famille allaiter leur nouveau-né ou parler favorablement de l'allaitement. Deux d'entre elles disent avoir vu, alors qu'elles étaient très jeunes, leur mère allaiter leur frère ou leur sœur. Ce contexte familial favorable à l'allaitement a d'ailleurs contribué, de leur point de vue, à faire de l'allaitement une pratique « normale » et « allant de soi » pour elles.

Chez nous [famille], je ne connais personne qui a allaité artificiellement, qui a donné un biberon. Tout le monde allaitait (Véronique, 29 ans).

Moi, je veux allaiter. Je veux allaiter c'est sûr (...) ma mère m'a allaité. Mon père s'est remarié, il a eu une autre femme avec qui il a eu mon frère et ma sœur. Elle aussi, elle a allaité (Julie, 28 ans).

Ma mère a allaité ses deux enfants, ma grand-mère allaitait pis ce n'était pas à la mode. C'est culturel, on allaite. Ma mère a travaillé en CLSC pour OLO, elle donnait des cours prénataux, faque chez nous, t'allaites. J'ai comme grandi avec le concept qu'allaiter ce n'est pas compliqué, c'est naturel. (...) Au secondaire, je savais que j'allaiterais quand j'aurais un bébé, oui. C'est ancré (Hélène, 28 ans).

J'ai 10 ans de différence avec ma plus jeune sœur. Ce qui fait que moi, quand j'avais 10 ans, je voyais ma mère allaiter ma jeune sœur. Pis je l'ai vu allaiter mon frère aussi (Virginie, 30 ans).

Dans le sens inverse, les femmes qui n'ont pas été allaitées ont déclaré vivre dans un environnement moins favorable à l'allaitement. En effet, elles affirment que leur mère encourage peu cette pratique. Tout en respectant le choix d'allaiter de leur fille, ces mères qualifient cette pratique « d'épuisante » et « d'astreignante ». Elles encouragent d'ailleurs leur fille à ne « pas s'acharner » si l'allaitement ne fonctionne pas. Ces filles, sauf une, partagent cette idée avec leur mère puisqu'elles

mentionnent au cours de l'entrevue vouloir essayer d'allaiter, mais sans « s'obstiner » ou « s'acharner ».

Ma mère ne m'a pas allaité. C'est sûr que c'est une question d'éducation par rapport à sa génération. Ma mère ne m'encourage pas à allaiter parce qu'elle ne sait pas c'est quoi mais pour elle, si c'est ça que j'ai choisi, c'est correct (Anne, 33 ans).

Je lui ai dit [mère] la même affaire dans le fond que je viens de dire que j'allais essayer (...) mais que j'allais pas m'obstiner. Pis elle a dit « c'est une bonne décision ». Elle n'est pas contre l'allaitement, mais elle n'est pas non plus pro allaitement. Elle est un peu plus comme moi, dans le milieu (Marguerite, 29 ans).

4.1.3 Le rôle du conjoint

Tout comme l'indique certaines études (Jodelet, 2000; Sheehan, Schmied et Cooke, 2003), le conjoint ne semble pas jouer un rôle prépondérant dans la prise de décision d'allaiter de leur conjointe. Deux conjoints seulement ont participé à la prise de décision de leur conjointe. Tout de même, la moitié des répondantes affirment avoir discuté du sujet allaitement avec leur conjoint. Elles affirment que ce dernier partage leur point de vue sur l'allaitement. De manière plus générale, au moment de la prise de décision, les conjoints sont présentés comme des personnes « supportantes » et « encourageantes » qui ne mettent pas de pression indue sur elles. Le tiers des répondantes ont affirmé ne pas avoir discuté du sujet « allaitement » avec leur conjoint. Elles supposent que ce dernier n'a pas vraiment d'opinion sur le sujet ou qu'il pense comme elles. Avant l'entrevue, ces femmes ne voyaient pas la nécessité de discuter de ce sujet avec leur conjoint étant donné que leur décision était « ferme », « non négociable » et « immuable ». Seules deux des répondantes considèrent la décision d'allaiter comme une décision de couple.

4.2 Les représentations sociales du lait maternel et du lait artificiel

4.2.1 Le lait maternel : un aliment « bon pour la santé », protecteur et sécuritaire

Le discours actuel de promotion de l'allaitement maternel, véhiculé principalement par les professionnels du réseau de la santé, présente souvent le lait maternel comme l'aliment santé par excellence pour favoriser le développement optimal du nourrisson (Wall, 2001; MSSSQ, 2001; Bramwell, 2001). Sur ce point, toutes les femmes interrogées dans le cadre de cette recherche partagent le point de vue des experts et sont convaincues de la qualité supérieure du lait maternel.

C'est le meilleur lait que tu peux avoir le lait maternel (Véronique, 29 ans).

Ce qui me motive vraiment plus c'est que, selon moi, le lait maternel est meilleur pour l'enfant (Marguerite, 29 ans).

Sur le plan des représentations, les répondantes perçoivent le lait maternel comme un aliment « naturel », « sain » et « bon pour la santé ». Ces caractéristiques lui sont attribuées en vertu de sa composition et de ses qualités nutritionnelles (nutriments, vitamines et minéraux) jugées parfaitement adaptées au besoin des nourrissons.

À mon avis, ça s'impose parce que c'est la meilleure chose que tu peux donner à ton bébé, c'est naturel, ça ne coûte rien. Je pense que c'est la première chose que tu peux lui donner, je ne vois pas pourquoi je ne le ferais pas (Véronique, 29 ans).

[le lait maternel] c'est adapté aux besoins du bébé, c'est réconfortant pour le bébé, pour la mère aussi, et nutritif (Anne, 33 ans).

Le lait maternel, pour moi c'est la santé et (...) nature à 100 % (Hélène, 28 ans).

En plus d'être « bon pour la santé », le lait maternel est également reconnu, par plusieurs répondantes, comme un aliment frais et de qualité. Pour quelques-unes, le choix d'un aliment ayant ces propriétés s'intègre parfaitement à leur mode de vie. En effet, dans leur quotidien, ces femmes disent prendre soin de leur santé en s'alimentant sainement avec des aliments frais, de qualité, naturels ou biologiques. Ainsi, la consommation de lait en « canne », comme elles le disent, s'avère moins alléchante pour elles.

J'ai de la misère à penser que ce sont des affaires dans une canne que je vais donner à mon enfant étant donné que j'aime bien manger de la nourriture fraîche (Sarah, 32 ans).

D'autre part, le lait maternel est également représenté par toutes les mères rencontrées comme un « aliment protecteur », un vaccin naturel, qui assure le développement du nourrisson. Ces mères, ont toutes mentionné l'apport du colostrum sur le développement du système immunitaire du nourrisson, de même que les bienfaits des anticorps transmis au bébé par la mère grâce à l'allaitement. Elles sont plusieurs à vanter, entre autres, les bienfaits de l'allaitement sur la réduction des allergies et des problèmes respiratoires.

Le colostrum qui vient au début, avant le lait, il paraît que c'est super bon pour le bébé (Marilou, 31 ans).

Au niveau de ses besoins nutritifs, je pense que ça répond à ce qu'il a besoin (...) il y a bien des avantages physiques pour les anticorps, le système immunitaire tout ça. Ça réduit les risques d'allergies aussi (Anne, 33 ans).

[le lait maternel] : je le vois autant comme une nourriture et un médicament (Virginie, 30 ans).

En plus de ses qualités nutritives et protectrices, le lait maternel est aussi qualifié d'aliment « sécuritaire ». C'est principalement le contexte de sa production qui renforce cette idée. Pour un grand nombre de femmes, le lieu de production

(corps humain) procure une « assurance » quant à sa qualité et à sa pureté. Elles disent, sur ce point, avoir l'impression de connaître et de maîtriser davantage sa composition, ce qui n'est pas le cas pour le lait artificiel produit en usine. D'ailleurs, elles se représentent le lait artificiel comme « chimique », « moins bon pour la santé », « moins complet » et « non équivalent » sur le plan nutritionnel que le lait maternel. De fait, le « lait en canne » ou « le lait en poudre » inspire de la « méfiance », de la « peur », et de « l'inquiétude » chez la moitié des répondantes, principalement à cause de sa composition inconnue et de sa provenance industrielle.

C'est un côté, je te dirais, positif de l'allaitement. Quand tu peux en donner, tu donnes quelque chose que tu peux contrôler, dont tu sais que la qualité n'est quand même pas pire que le lait maternisé. Oui, je sais que ça apporte plein de bonnes choses, ils l'ont fait en conséquence, mais des fois c'est trop chimique. Ça va tu vraiment amener quelque chose ? C'est un produit transformé, on s'entend aussi transformé que du chocolat au lait. Oui, ils y ont ajouté telles vitamines, telles affaires mais il n'en demeure pas moins que c'est un produit fabriqué (Marilou, 31 ans).

Le lait artificiel, c'est correct, mais (...) le mot inquiétude viendrait avec. Une petite inquiétude qu'une année ils [compagnies] disent ça et l'autre année ils disent ça. Je ne sais pas qu'est-ce qu'ils mettent vraiment là-dedans, une année c'est de la vitamine D, l'autre année c'est de la vitamine B, il y a une petite inquiétude que je n'ai pas avec mon lait à moi (Hélène, 28 ans).

Je n'ai pas trop confiance au lait en poudre. Je vais en acheter, je vais en avoir, c'est sûr que je vais passer par là. Mais je suis méfiante par rapport à ça, c'est chimique, je ne sais pas, j'ai l'impression que ce n'est pas naturel (Julie, 28 ans).

Plusieurs femmes interrogées partagent le point de vue de ces deux dernières répondantes, à savoir que le lait artificiel inspire le scepticisme quant à sa qualité et sa composition. Il en est de même pour sa manipulation. Ainsi, la garantie que le lait maternel n'a pas été manipulé par plusieurs personnes, en usine, avant d'être consommé par le bébé, rassure les répondantes. De plus, étant donné qu'il est produit à l'intérieur du corps maternel et qu'il passe directement du sein de la mère à

la bouche de l'enfant, le lait maternel n'est pas altéré, ce qui fait de lui un aliment propre et aseptique.

Ça sort direct de toi et ça va directement au bébé. Y'a pas de manipulation, y'a rien. Je me dis que c'est sûr que c'est quelque chose qui est propre. C'est quelque chose qui est sain aussi (Marguerite, 29 ans).

Même si quatre des répondantes disent que le lait artificiel est tout de même « correct », une seule affirme clairement que le lait artificiel n'est pas néfaste pour la santé du nouveau-né. Dans cette perspective, le lait artificiel apparaît ainsi comme une substance pouvant comporter des risques pour le nouveau-né. Pour cela, le lait artificiel est vu comme une substance de « remplacement » ou « palliative », dont la moitié des femmes disent qu'elles l'utiliseront si elles n'ont « pas le choix » ou par « obligation ».

Ça serait un deuxième choix pour moi. Oui, ça serait vraiment un deuxième choix, ça serait correct aussi, je l'accepterais et je ne serais pas une mauvaise mère. Il ne serait pas nécessairement asthmatique, je ne virerai pas folle avec ça, mais ça me ferait un petit pincement (Hélène, 28 ans).

Le lait en poudre, c'est sûr que je vais en acheter parce que des fois tu peux pas ou ça *adonne* pas ou tu fais garder ton bébé (...) je n'ai pas confiance au lait en poudre, mais je vais en acheter, je vais en avoir, c'est sûr que je vais passer par là (Julie, 28 ans).

Comme nous venons de le constater, la majorité des femmes rencontrées proposent une image enviable du lait maternel. On remarque que les caractéristiques lui étant attribuées (« bon pour la santé », « protecteur », « sécuritaire ») sont exclusivement positives. Les répondantes mettent principalement l'accent, comme dans les campagnes de promotion en Grande-Bretagne (Bramwell, 2001), au Canada (Wall, 2001) et aux États-Unis (Kukla, 2006), sur les aspects naturels, nutritionnels et protecteurs du lait maternel. Par opposition, les caractéristiques des préparations pour nourrisson sont généralement jugées

négativement par les répondantes. Comme l'explique Murphy (2000), les femmes de notre échantillon n'hésitent pas à endosser le discours des experts sur le risque et à utiliser les mêmes termes que ces derniers pour décrire le lait maternel.

«They endorsed expert advice that breast milk was « better for them » (babies). They drew on the expert vocabulary of « nutrients », « vitamins », « immunities », and « antibodies ». Breast milk was presented as reducing the risk of disease, and formula milk was rejected as an unnatural substance that exposed babies to « chemicals » »(301).

En regard de leur expérience d'allaitement, Murphy (2000) explique que certaines femmes rencontrées dans le cadre d'une recherche qu'elle a effectuée ont modifié leurs représentations du lait maternel et du lait artificiel en période postnatale afin de préserver une image d'elles-mêmes correspondant à celle de la « bonne mère ». Alors que toutes les femmes interrogées par Murphy (2000) endossent le discours des experts sur la supériorité du lait maternel en période prénatale, comme c'est le cas dans la présente recherche, elles sont nombreuses en période postnatale à nier les risques que comportent les préparations pour nourrissons. Les résultats de cette étude laissent présager qu'un tel changement pourrait survenir dans le discours de nos répondantes en fonction de leur expérience d'allaitement.

Enfin, pour la plupart des femmes, le lait artificiel est présenté comme un produit de consommation (plutôt qu'un aliment) qui comporte des risques, de sorte qu'il inspire la crainte alors que le lait maternel, résultant du processus biologique, inspire la sécurité. Or, comme l'explique Beck (2001), « les hommes comme la nature sont les *réceptacles* (l'auteur souligne) de toutes les substances nocives et polluantes possibles et imaginables présentes dans l'air, l'eau, le sol, la nourriture, les meubles, etc. (121) ». Dans ce contexte, le lait maternel n'y échappe pas. Cependant, aucune des femmes rencontrées ne mentionne les éléments négatifs que peut contenir le lait maternel, comme par exemples, les médicaments, l'alcool, la drogue, mais aussi les contaminants chimiques (plomb, cuivre, zinc, solvant, DDT,

BBC), les pesticides, les gras trans, etc. (Goulet et Lapointe, 2003; Beck, 2001; Beaudry, Chiasson, Lauzière, 2006). Pourtant, l'existence des risques associés aux comportements personnels, tout comme les risques attribuables à l'environnement, sont connus et existants. Dans ce contexte, comment peut-on expliquer le peu d'intérêt pour cet aspect de la réalité? Lupton et Tulloch (2002) pensent que les individus sont en partie conscients des risques qu'engendrent leurs comportements et habitudes de vie. Comme acteurs autonomes, ils considèrent avoir un rôle actif dans la prise de décision impliquant des risques. Ce qui est en partie vrai. Toutefois, ils ne réalisent pas qu'ils subissent certains « risques » qu'ils ne choisissent pas nécessairement. C'est le cas des femmes interrogées dans la présente recherche qui considèrent l'exposition de leur nourrisson à un certain nombre de risques comme dépendant uniquement du choix alimentaire qu'elles font pour ce dernier alors que, dans les faits, plusieurs autres facteurs interviennent.

4.3 Représentations sociales du geste d'allaiter

4.3.1 Allaiter : c'est donner la santé

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la majorité des mères rencontrées considèrent le lait maternel comme « le meilleur » aliment pour la santé et le développement de leur nouveau-né. Conséquemment, pour elles, le geste d'allaiter équivaut à « transmettre », à « offrir » ou à « donner la santé ». Il s'agit, pour certaines, « d'augmenter les chances » d'avoir un nourrisson en santé en lui donnant les outils nécessaires pour combattre la maladie, et pour d'autres, moins nombreuses, de « garantir » et d' « assurer » la santé de leur nourrisson tout en apportant une certaine paix d'esprit.

[allaiter] c'est le don d'une meilleure chance dans la vie (...) Cet enfant là va avoir une meilleure base qu'un enfant qui n'a pas été allaité (Virginie, 30 ans).

Ça va m'apporter probablement de la paix d'esprit parce que mon bébé a beaucoup moins de chances d'être malade à cause de mes anticorps. Je pense que ça va m'amener une certitude, une assurance que mon bébé va être en santé (Véronique, 29 ans).

Moi je pense que c'est vraiment bon pour la santé. Ça va me donner confiance qu'il a plus de chances d'être en santé (Hélène, 28 ans).

Du point de vue des mères, l'allaitement est un geste qui permet d'agir sur le devenir du nourrisson en contrant les risques anticipés de la maladie. Comme le souligne Murphy (2003), la dimension prospective du risque (Beck, 2001) est prédominante lorsque l'on aborde le thème de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant puisque l'idée d'agir aujourd'hui pour l'avenir y est très présente. Lorsque l'on prête attention au discours actuel de promotion de l'allaitement, on remarque que les professionnels de la santé insistent en effet sur les conséquences futures du non-allaitement sur la santé du nourrisson (MSSSQ, 2001; Wall, 2001). La principale motivation de ces professionnels consiste à prémunir le nouveau-né contre certains risques (exemples : asthme, obésité), mais aussi à favoriser l'adoption de l'allaitement par une prise de décision « éclairée » des mères. Le document publié en 2001 par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSSQ) est d'ailleurs éloquent sur ce point.

Les lignes directrices proposées visent à ce que toutes les mères aient la possibilité d'allaiter leur enfant. Avoir la possibilité d'allaiter, c'est d'abord pouvoir prendre une décision éclairée à ce sujet en ayant reçu une information complète. C'est également recevoir le soutien et l'encouragement nécessaires dans un milieu qui favorise l'allaitement au sein. Il ne s'agit donc pas de culpabiliser les mères qui décident de ne pas allaiter, mais de s'assurer que celles-ci et leur famille prennent une décision en étant pleinement conscientes des conséquences de ce choix et des répercussions sur l'enfant, la mère et la société (MSSSQ, 2001 : 10).

D'autres groupes de promotion de l'allaitement, comme la *Ligue La Leche*, utilisent la même stratégie pour convaincre les mères d'allaiter.

Lorsque les études scientifiques démontrent que les enfants allaités ont moins de maladies ou sont moins souvent hospitalisés que les enfants nourris artificiellement, ce n'est pas parce que l'allaitement confère une protection aux enfants, mais bien parce que l'alimentation artificielle augmente les risques pour la santé. Les études scientifiques montrent hors de tout doute raisonnable que l'alimentation artificielle du nourrisson augmente les risques d'infections, de maladies du système immunitaire, de cancers de l'enfance et de diabète. L'alimentation artificielle augmente les risques de décès par le syndrome de mort subite du nourrisson. L'alimentation artificielle nuit au développement cognitif de l'enfant et contribue à perturber l'établissement de saines relations d'attachement. Les conséquences pour l'enfant sont persistantes sa vie durant. Pour la mère, le non-allaitement augmente, entre autres, les risques de cancer du sein et de l'ovaire (2003 : 3).

Comme nous venons de le voir, les tenants de l'allaitement justifient la mise en lumière des conséquences du non-allaitement par la nécessité d'éclairer les mères dans leur prise de décision d'allaiter. Or, pour Kukla (2006), cette justification soulève des questions éthiques dans la mesure où il s'agit plutôt d'une prise de position en faveur d'un comportement au détriment d'un autre. Par conséquent, la promotion de l'allaitement est liée, comme le souligne Beck (2001), à un point de vue, c'est-à-dire à une façon de voir et de comprendre le monde. Ce qui fait dire à Murphy (2000) que les professionnels de la santé ne sont pas neutres sur le plan moral lorsqu'ils font la promotion de l'allaitement. Par conséquent, Kukla (2006) croit que les informations transmises aux mères sur ce sujet sont incomplètes, voire même biaisées. Elle note, entre autres, que plusieurs sujets pouvant intéresser les mères, comme les banques de lait, l'utilisation des tire-laits, le support à l'allaitement et le retour au travail, sont peu ou pas abordés dans le discours de promotion.

4.3.2 Allaiter : un geste responsable

Par tradition, les femmes ont toujours joué un rôle central dans la dispensation des soins de santé à la famille (Baillargeon, 2004). Indépendamment des changements observés au Québec dans les rôles féminins et masculins, les femmes rencontrées endossent l'idée qu'elles sont les premières responsables de la santé physique et psychologique de leur nourrisson.

On [les mères] est les premières à donner les soins, à voir au bien-être de l'enfant et à s'assurer souvent de son bien-être physique, moral et affectif. J'ai l'impression qu'on est un peu la gardienne du bien-être de l'enfant. Pas que le père n'aide pas là, mais c'est souvent à cause de l'accouchement que la responsabilité nous incombe. J'ai l'impression que vraiment la mère c'est la première responsable du bien-être de l'enfant (Véronique, 29 ans).

Conscientes de cette responsabilité, la majorité des femmes interrogées affirment vouloir offrir « ce qu'il y a de mieux » à leur nourrisson en matière d'alimentation. Comme nous l'avons dit précédemment, l'allaitement au sein représente, pour elles, le meilleur choix en cette matière. Les discours de promotion de l'allaitement vont dans le même sens puisqu'ils mettent principalement l'accent sur les bienfaits de l'allaitement pour le nourrisson et la responsabilité des mères d'y répondre (Kukla, 2006; Wall, 2001; Murphy, 1999; Hays, 1996). En ce sens, la majorité des répondantes affirment que leur décision d'allaiter a principalement été motivée par leur volonté de répondre, de manière prioritaire, aux besoins de leur nourrisson en reléguant au second plan leurs besoins personnels. Conséquemment, pour ces répondantes, le geste d'allaiter « s'impose » et « va de soi ».

C'est sûr que la relation avec l'enfant du fait que ce soit un lien direct avec le sein, que ce soit un rapport privilégié et intime c'est quelque chose qui peut être agréable, mais ce n'est pas quelque chose qui me fait tripper. Si on m'avait dit : « écoute Marguerite, le lait maternel ce n'est pas vraiment bon »,

je ne l'aurais pas prise cette décision là. J'aurais donné du lait artificiel. C'est vraiment pour les besoins de l'enfant (Marguerite, 29 ans).

Je pense que le choix de ne pas allaiter est souvent motivé par les besoins de la mère. Est-ce que ça devrait être le cas? Non, ça ne devrait pas être le cas. En principe, quand tu décides de faire des enfants, tu devrais leur donner toutes les chances (Virginie, 30 ans).

Contrairement à cette dernière, trois répondantes pensent que les besoins de la mère doivent également être pris en compte lors de la prise de décision d'allaiter.

Je pense que si on prend les besoins de l'enfant en considération, on allaiterait toutes. Mais je pense que pourquoi on n'allaite pas c'est qu'on prend en considération les besoins de la maman. Et c'est correct. Toutes les femmes vivent des situations différentes. L'idéal, je pense, c'est que la mère soit disposée, dans un bon état, mais ce n'est pas vrai que toutes les mères ont des enfants dans ces conditions là (Léa, 33 ans).

Tout de même, indépendamment des besoins de la mère, la responsabilité des mères en regard de l'allaitement est représentée, par plus de la moitié des répondantes, comme un « devoir maternel » même si, paradoxalement, la majorité des femmes rencontrées pensent que la prise de décision d'allaiter est un choix « libre » et « personnel » de la mère. Du point de vue des premières, une mère doit allaiter ou du moins essayer de le faire. D'abord, parce qu'elle a la capacité biologique de le faire, puis parce qu'elle est suffisamment informée sur les bienfaits de l'allaitement pour faire un choix « éclairé ». À ce titre, plusieurs des répondantes ont mentionné que les femmes de leur génération sont très informées sur les bienfaits de l'allaitement et que, par conséquent, le choix d'allaiter apparaît « incontournable » et le « meilleur » pour l'enfant. Pour ces femmes, comme pour celles rencontrées par Murphy (2000), l'allaitement apparaît comme un choix responsable et rationnel.

C'est sûr qu'on essaie tout le temps de dire : "ah ben non, il ne faut pas que les femmes qui allaitent pas se sentent coupables". Mais en même temps, il y

a vraiment beaucoup d'informations qui présentent les avantages de l'allaitement et tout ça. Je me mets à leur place, si je ne voulais pas allaiter, je me sentirais un peu coupable, mais ce n'était pas ma décision (Véronique, 29 ans).

Cette contradiction dans le discours (« libre choix » versus « devoir ») de certaines mères laisse supposer, comme l'affirme Gordon (1989), que le choix d'allaiter n'est peut-être pas aussi « libre » qu'elles le prétendent. Murphy (2000) partage le point de vue de Gordon (1989) puisqu'elle affirme que le choix d'allaiter des femmes est encadré et influencé par le point de vue des experts du domaine de la santé. Elle considère également que l'abondance d'information disponible en faveur de l'allaitement encourage fortement les femmes à adopter ce comportement et contribue au développement du sentiment de « devoir » dont parlent les femmes de notre échantillon. Hausman (2003) affirme, en ce sens, que la connaissance des bénéfices de l'allaitement pour la santé du nourrisson et de la mère permet difficilement d'argumenter en faveur des préparations commerciales.

Or, cet encouragement à allaiter de la part des professionnels de la santé n'est pas sans conséquence (Murphy, 1999; 2000; Wall, 2001; Schmied et Lupton, 2001). Ainsi, la moitié des femmes interrogées pensent que cette valorisation de l'allaitement crée une pression sur certaines femmes au moment de leur prise de décision en matière d'allaitement. Elles remarquent que certaines femmes sont « orientées » ou « incitées », par le milieu de la santé, dans leur choix pendant la grossesse et après l'accouchement. Elles estiment, entre autres, que l'information reçue dans le cadre des rencontres prénatales, bien que pertinente, dépasse la simple valorisation. Sur ce point, elles affirment que le cours consiste davantage à convaincre les femmes d'allaiter qu'à les informer, et à exercer une pression sur celles qui ne veulent pas allaiter.

Elles [infirmières] étaient vraiment convaincantes. Moi, c'était clair en partant que je voulais allaiter, mais il y a bien des gens dans le cours que tu sens qui

ont été vendus un peu. Ils étaient fermés à ça et ils ont ouvert la porte à ça. C'était tellement convaincant leur affaire (Hélène, 28 ans).

Parce que quand tu vas au CLSC la première rencontre c'était une rencontre en début de grossesse sur ce que tu peux manger, ce que tu ne peux pas manger et bon un petit peu comment ça se passe la grossesse. Après le cours, tu n'avais même pas le choix, ils t'offraient la séance sur l'allaitement, il fallait que tu marques ton nom et quand tu ne marquais pas ton nom en avant, il fallait que tu dises pourquoi tu ne voulais pas aller à la séance sur l'allaitement. Je trouvais un petit peu que les gens qui ne voulaient pas le marquer avaient de la pression. Il y a peut-être quelque chose que je trouve un petit peu dommage (Marguerite, 29 ans).

Elles [infirmières] ont parlé de certains avantages pour le bébé. C'est surtout les avantages pour le bébé qu'ils parlaient. Il y en avait que je ne connaissais pas mais étant donné que j'avais déjà décidé d'allaiter, ce n'était pas vraiment de ça que j'avais vraiment besoin. Je pense que c'était plus un cours pour convaincre les gens d'allaiter plutôt que de vraiment aider (Virginie, 30 ans).

Les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche affirment, quant à elles, ne pas avoir ressenti de pression au moment de faire leur choix puisqu'elles ont, pour la plupart, pris la décision d'allaiter avant leur grossesse et aussi, parce qu'elles étaient du « bon bord ».

Si j'avais décidé de ne pas allaiter j'aurais senti une pression. Là comme c'est ça que je veux moi, tout ce qu'on pouvait me dire de positif et d'encourageant je le prenais (...) la pression pas tant que ça vu que j'étais du bon bord (Caroline, 28 ans).

Pour moi c'est un choix, mais je peux comprendre qu'il y a des femmes qui se sentent très très orientées dans leur choix (Anne, 33 ans).

Même si les répondantes mentionnent ne pas avoir ressenti directement la pression sociale d'allaiter, plusieurs d'entre elles notent tout de même les effets négatifs de celle-ci sur les femmes qui décident de ne pas allaiter ou qui cessent d'allaiter. La « culpabilité », le « jugement », le « dénigrement » et le « manque de considération » comptent parmi ces effets négatifs. Les répondantes remarquent que

ces femmes doivent être « convaincues » de leur choix et être en mesure de le « justifier ».

Je pense que si on fait le choix de ne pas allaiter, on se fait juger. Dans ce sens-là, c'est peut-être moins un choix. Je pense que quelqu'un qui ne veut pas allaiter tout le monde va lui demander pourquoi et comment ça avec des yeux incrédules. Il va falloir que tu ailles des maudites bonnes raisons. C'est peut-être pas un choix tant que ça (Virginie, 30 ans).

J'ai l'impression qu'il y a quand même un jugement qui est fait, qui est plus ou moins formulé, qu'il y a quand même un jugement qui est là sur les femmes qui n'allaitent pas. À moins de vraiment ne pas pouvoir, j'ai l'impression que celles qui n'allaitent pas doivent devoir se justifier un peu (Véronique, 29 ans).

Murphy (2000) et Wall (2001) ont constaté que le non-alignement du comportement de la mère avec ce qui est prescrit par les experts a des conséquences. Murphy (2000) a démontré, dans une étude plus vaste que la présente, qu'un choix en faveur des préparations pour nourrisson peut être perçu comme une imprudence, un geste irrationnel ou même irresponsable. Dans ce contexte, l'auteure note, comme Wall (2001), que la décision d'introduire du lait artificiel dans l'alimentation du nourrisson contribue à remettre en question la capacité de la femme d'être une « bonne mère ». La mère « déviante », comme le dit Murphy (1999), est représentée comme une femme qui fait passer ses besoins avant ceux de son enfant, ce qui n'est pas valorisé dans notre société.

« The expressed intention not to breast feed her baby may jeopardise the moral status of a pregnant woman. By deciding to formula feed, the woman exposes herself to the charge that she is a « poor mother » who places her own needs, preferences or convenience above her baby's welfare. By contrast, the « good mother » is deemed to be one who prioritises her child's needs, even (or perhaps especially) where this entails personal inconvenience or distress » (188).

En plus d'être dépeinte comme quelqu'un de centré sur ses besoins, la mère qui n'allait pas est aussi taxée de faire un choix qui cause du tort à son enfant

(Wall, 2001). Une de nos répondantes, qui a choisi d'allaiter pendant une courte période de temps, illustre bien les propos de l'auteure.

Si je suis capable de le faire physiquement et que je décide de ne pas le faire, inconsciemment je pense que je me sentirais un peu coupable. Justement, "je suis donc ben égoïste, je pense à moi avant de penser à l'enfant", mais en même temps aussi c'est un choix (Sarah, 32 ans).

Comme nous venons de le voir, la pratique de l'allaitement est associée, pour plusieurs chercheuses (Lupton et Fenwick, 2001; Wall, 2001; Murphy, 1999 et 2000; Blum, 1999; Hays, 1996), au fait d'être une bonne mère. L'ensemble des répondantes remarquent aussi cette association, de leur part, mais aussi de celle des professionnels de la santé, entre l'allaitement et le fait « d'être une bonne mère ».

Je trouve que dans ma génération c'est vraiment valorisé l'allaitement, donc oui, je pense que c'est associé [au fait d'être une bonne mère]. J'avoue que je me suis posée la question quand mon amie a arrêté, pourquoi ? Je ne l'ai pas ostracisé ou quoi que ce soit, mais j'ai juste demandé pourquoi et juste le fait que j'ai questionné son choix, c'était peut-être pas super correct (Caroline, 28 ans).

En tout cas, les spécialistes, ceux qui sont pro-allaitement, je pense qu'ils le rattachent [geste d'allaiter] vraiment au fait d'être une bonne mère (Marguerite, 29 ans).

Comme toutes les répondantes, cette dernière remarque l'association qui est faite entre la « bonne mère » et l'allaitement dans la société ou dans l'entourage. Toutefois, comme Marguerite, elles sont quelques-unes à déplorer cette association.

[Une bonne mère] : c'est plus de bien s'occuper de son enfant (...), c'est de répondre à ses besoins. Quand il commence à grandir, c'est l'implication, l'amour, faire des activités de plein air, du sport, s'amuser avec. C'est un petit peu plus ça être une mère que de savoir donner du lait maternel ou du lait

artificiel. Selon moi, ça n'entre pas dans la définition d'une mauvaise mère, c'est plus une question de choix pour moi (Marguerite, 29 ans).

En somme, bien qu'il apparaisse, de prime abord, comme un choix autonome de la mère, le discours en faveur de l'allaitement semble avoir une influence sur les femmes durant la période prénatale. Bien que les femmes rencontrées affirment que les professionnels de la santé n'ont pas influencé leur choix en matière d'alimentation du nourrisson, il semble tout de même que ces personnes ont contribué à « ancrer » et à appuyer leur décision. En alignant de la sorte leur comportement sur le discours médical, les femmes rencontrées se présentent comme des mères responsables.

« By aligning themselves with the medicalised discourse these women presented themselves as responsible citizens making active well-informed and legitimate choices about how their babies would be fed » (Murphy, 2003 : 445).

Cette capacité à faire le bon choix, en vertu des besoins de leur nourrisson, constitue pour certaines « un devoir maternel » alors que pour d'autres, elle permet de se représenter comme une « bonne mère ». Dans une étude récente, Jodelet (2000) conclut effectivement que le fait de « respecter une tradition, satisfaire à un devoir, une obligation ou une fonction dévolue à la femme, sont des idées qui motivent les allaitantes mais n'effleurent pas l'esprit des réfractaires » (157). Toutefois, mettre de l'avant une telle responsabilité des femmes en regard de leur nourrisson force le questionnement sur le rôle dans l'espace public. L'allaitement maternel, sur une longue période, encouragerait un certain retour à la domesticité et contribuerait, pour certaines femmes, à leur isolement. Hausman (2003) pense, au contraire, que la promotion de l'allaitement n'est pas nécessairement synonyme de retour à la division traditionnelle des tâches. Elle argumente plutôt en faveur de la reconnaissance du travail des mères dans ce domaine.

« Promotion breastfeeding does *not* (l'auteure met l'emphase) have to mean promoting an outmoded traditionalist notion of domesticity for women, as some feminist critics suggest (...) whether they do or do not work in the waged labor market, all mothers share some interest in increasing the social value of their work as family caretakers. All mothers would benefit from social recognition of the physical costs (and benefits of biosocial maternal practices » (6).

Pour favoriser l'équité entre les hommes et les femmes, Hausman (2003) pense qu'il faut réaliser un travail politique de valorisation de l'allaitement afin de démontrer les iniquités économiques et sociales découlant de cette pratique bio sociale.

4.3.3 Nourrir c'est créer le lien

En plus d'être présenté comme l'aliment et le geste par excellence, l'allaitement est aussi représenté dans les discours de promotion comme étant bénéfique pour le développement du lien mère-enfant (Wall, 2001). Toutes les femmes interrogées, sauf une, s'entendent pour dire que la pratique de l'allaitement permet de créer un lien « fort », « privilégié » ou « d'attachement » entre la mère et l'enfant. Le contact physique peau à peau contribuerait, selon elles, au développement de ce lien. Nonobstant cet accord entre les mères, deux façons de décrire ce lien s'imposent lors de l'analyse. Un premier groupe regroupant les deux tiers des femmes décrit le lien mère-enfant comme une relation de proximité entre deux individus indépendants alors que le deuxième groupe considère que cette relation, dans l'allaitement, en est une de « fusion », de « symbiose », d'« union » ou de « communion ». Ces résultats correspondent à l'analyse de Schmied et Lupton (2001) en ce sens qu'ils traduisent deux façons de concevoir le rapport au corps dans l'allaitement.

Allaiter c'est une espèce de communion en termes d'esprit et de corps aussi, tu donnes de la nourriture à ton bébé, oui, une communion physique puis psychologique (Anne, 33 ans).

J'ai bien hâte d'avoir mon petit bébé collé. Je ne veux pas que cela devienne un lien intime, moi et mon bébé, je veux que David soit inclus là-dedans (Hélène, 28 ans).

Le premier groupe se différencie également du deuxième par la place qu'il accorde au père dans la relation d'allaitement. En effet, les femmes du premier groupe sont plus soucieuses de ne pas exclure leur conjoint de la relation d'allaitement. Sur ce point, elles spécifient ne pas vouloir développer une relation exclusive et fusionnelle mais plutôt un « trio » autour de l'allaitement. Les femmes du deuxième groupe considèrent, quant à elles, la relation mère-enfant comme la plus importante pour le nourrisson et conviennent que le père en est exclu dans les premiers mois suivant la grossesse.

La relation mère-nourrisson, je ne vois pas ça fusionnelle (...) la famille pour moi c'est important. Ce n'est pas moi et mon nourrisson. J'ai de la misère avec ce concept parce que pour moi c'est plus large. Mon noyau, ça va être moi, le papa et le nourrisson. Pour moi, c'est un triangle. Je ne veux pas que ça soit juste moi et le bébé (Hélène, 28 ans).

« On a peut-être emprunté mon corps, mais il y a quand même la moitié de toi en moi ». C'est probablement le plus beau des cadeaux. J'ai tellement plus hâte de le partager [enfant] avec Nicolas (Sarah, 32 ans).

C'est la relation la plus importante pour l'enfant dans la petite enfance, c'est sa référence, c'est ce qu'il reconnaît le plus (...) je pense qu'en termes de communication, de nourriture, pour tous ses besoins instinctivement l'enfant est plus porté vers la mère que le père (...) la relation mère-enfant c'est vraiment central, c'est vital pour un enfant les premiers mois. C'est une espèce de poteau la mère par rapport à l'enfant (Anne, 33 ans).

Il y a le côté aussi que le père au début (...) il ne peut pas créer un lien d'appartenance. C'est sûr qu'on peut décider éventuellement de tirer son lait. À ce moment-là, tu peux dire tel boire c'est le père. À un moment donné, quand t'as un bon roulement et que ton bébé accepte autant ton sein que ton biberon, c'est le *fun* parce que tu peux commencer à te détacher, à être un peu plus autonome et ton chum peut entrer dans ce lien aussi d'allaiter (Marilou, 31 ans).

Comme le souligne cette dernière, certaines femmes conviennent que l'allaitement au biberon permet de favoriser l'implication du père, la création d'un lien père-enfant et l'équilibre entre les conjoints au niveau des tâches.

[le non-allaitement] le père peut participer, toi ça t'allège comme maman. Les parts de la mère et du père sont plus vite égales et équilibrées je pense. Le père doit pouvoir, doit aimer ça aussi donner le biberon, un père qui veut s'impliquer (Anne, 33 ans).

Une force je trouve du non-allaitement c'est l'apport du père (Hélène, 28 ans)

Ce que je trouve dommage, par exemple, face à l'allaitement c'est que souvent les gens disent que c'est une relation privilégiée entre la mère et le bébé. D'un autre côté, je me dis que ton conjoint n'est pas impliqué là-dedans. Comparativement à quand tu donnes la bouteille, ça va être plus partagé. Des fois c'est toi, des fois c'est le conjoint. Ça permet aussi au conjoint d'avoir une relation privilégiée avec le bébé, chose qu'il ne peut pas avoir avec l'allaitement parce que je trouve que ça se vit plus tout seul avec ton bébé. Je trouve cela un petit peu dommage (Marguerite, 29 ans).

Indépendamment de la vision des répondantes (« symbiose » versus « indépendance »), le geste de nourrir semble constituer la principale façon de créer le lien entre un adulte (mère, père) et un nourrisson. Une seule des répondantes se questionne sur l'établissement du lien mère-nourrisson par l'allaitement.

La fameuse relation, j'ai bien hâte de voir si ça se crée. Spontanément, ça ne me vient pas parce que pour moi les seins c'est sexuel jusqu'ici dans ma vie. Je ne sais pas ce que ça va faire (...) Je ne sais pas comment le fait d'avoir quelqu'un, un bébé plogué, ça peut être un moment de communion fantastique. Je vais voir. Les gens ont l'air d'être unanimes là-dessus, en tout cas celles qui ont allaité décrivent cela comme wow! (Caroline, 28 ans).

Au-delà de l'acte de nourrir, le geste d'allaiter est aussi perçu par la moitié des répondantes comme un geste d'amour inconditionnel, de tendresse et d'affection qui permet de créer un lien. Aussi, il est considéré comme rassurant puisqu'il permet de consoler, d'apaiser et de reconforter l'enfant. Pour cette raison, ces mêmes femmes

associent le geste d'allaiter, tout comme le lait maternel, à la « chaleur » humaine, alors qu'elles attribuent les termes « froideur » et « distance » à l'allaitement au biberon.

C'est une façon en quelque sorte de consoler son enfant, faim ou pas faim, tu y donnes le sein comme petit réconfort contrairement au biberon (...) Le biberon, c'est beaucoup plus froid comme approche (Sarah, 32 ans).

[le lait artificiel] c'est nutritif, efficace, mais j'ai l'impression que c'est un peu plus froid que le lait maternel (Anne, 33 ans).

Froidueur, dans le sens de distance entre la mère et l'enfant. [Le non-allaitement consiste] à bien séparer les deux êtres humains. De bien montrer où est la limite de la mère et la limite de l'enfant. Ce sont deux individus, deux façons de nourrir. Il n'y a pas de lien par la nourriture. C'est vraiment la distance (Léa, 33 ans).

La période d'allaitement est également entendue par nos répondantes comme une période de « calme », de « tranquillité » et de « cocooning » puisqu'elle permet à la mère de prendre un temps d'arrêt et de se retirer avec l'enfant. L'allaitement au biberon est ici davantage associé à la « rapidité » et à la continuité dans les activités courantes. Le fait que l'enfant puisse, après quelques mois, prendre seul le biberon contribue à cette idée.

[Allaiter] je pense que c'est vraiment la joie, le petit bonheur, le petit moment de tranquillité et de tendresse avec le nourrisson (Sarah, 32 ans).

Brièvement, les femmes rencontrées dans le cadre de ce mémoire se représentent favorablement la relation mère-enfant. Aucune de ces femmes ne remet en question les bienfaits de la dyade mère-enfant. De fait, elles décrivent le contact physique, la proximité et le lien comme les composantes d'une expérience jugée « enrichissante » et « unique » pour la mère et l'enfant. Certaines femmes pensent, en ce sens, que l'allaitement au sein permet de créer un lien plus intense que celui engendré par l'allaitement au biberon.

Mais tu perds peut-être le lien privilégié avec le biberon (Marilou, 31 ans).

C'est quand même particulier allaiter, nourrir un être humain, c'est quelque chose que tu ne pourras pas vivre dans un autre contexte (Sarah, 32 ans).

Moi je pense qu'il n'y a rien comme ça sur la terre, ce genre de rapport où tu nourris ton enfant (Léa, 33 ans).

Par ailleurs, cette façon de se représenter l'expérience d'allaitement, bien que centrale dans le discours de promotion de l'allaitement (Wall, 2001), ne traduit pas la complexité et l'hétérogénéité de l'expérience vécue par les femmes en période postnatale. De fait, Schmied et Lupton (2001) révèlent, dans une étude récente, une diversité de points de vue au sujet de cette pratique. Alors que certaines de leurs répondantes présentaient l'allaitement comme une expérience « intime », « harmonieuse » et « exclusive », d'autres considéraient cette pratique comme « prenante », « déplaisante » et « exigeante ».

Sur ce dernier point, toutes les femmes rencontrées s'entendent pour dire que l'allaitement est un geste qui leur demandera une grande disponibilité aussi bien physique que mentale puisqu'il demande qu'on lui consacre temps et énergie. Il implique également que l'enfant doit toujours suivre sa mère ce qui, par conséquent, la rend moins mobile et libre de ses mouvements tout en favorisant un partage inégalitaire des tâches entre les deux parents. Tout comme dans l'étude de Schmied et Lupton (2001), la moitié des femmes considèrent cette disponibilité constante comme une entrave à leur liberté, de sorte que cette activité entraîne plusieurs sacrifices (exemples : faire du sport, sortir avec des amies, faire la fête, surveiller ce qu'elles mangent). Dans ce contexte, l'allaitement artificiel peut être considéré comme une « libération » puisqu'il peut être donné par d'autres personnes que la mère (père, grands-parents).

Le papa peut pas, à moins que tu tires ton lait, le nourrir si tu es tannée. La disponibilité est très très intense au début. Je vois ça comme un désavantage (Anne, 33 ans).

De savoir que finalement ton corps appartient encore une fois à ce petit être là parce que tu le nourris aux deux heures ou aux quatre heures autant que l'enfant devient dépendant de toi que ça peut devenir un peu angoissant comme situation ou ça peut devenir étouffant (Sarah, 32 ans).

De plus, pour un certain nombre de femmes, la dépendance anticipée de leur nourrisson envers elles est envisagée comme « angoissante », « monopolisante » et « étouffante ». Sur ce point, elles rejoignent également les propos de certaines femmes interrogées par Schmied et Lupton (2001) en période postnatale.

« In their accounts of devourment, intrusion and alienation, the demands of their bodies made by their babies and the uncertain or blurred boundaries between a mother and her breastfeeding baby were experienced as intolerable. These women sought to regain control over their lives, over their bodies, to regain their sense of autonomous self » (245).

Toujours pour Schmied et Lupton (2001), la non-reconnaissance de cette pluralité des expériences dans le discours de promotion de l'allaitement pose deux problèmes.

« First, representation of breastfeeding as fostering connectedness and intimacy between mother and child can contribute to an overly romanticised discourse of maternal identity (...) Second, advocating breastfeeding as a connectedness between mother and child is challenging for feminist debates of equality and fails to acknowledge or accommodate the diversity in embodied experience of breastfeeding » (244).

Pour Schmied et Lupton (2001), comme pour d'autres (...), l'image de la femme qui est véhiculée dans le discours de promotion de l'allaitement est essentialisée, c'est-à-dire qu'elle réfère principalement à la capacité biologique des femmes d'allaiter, mais aussi à l'idée que la maternité constitue le rôle principal des

femmes dans la société. Or, dans les faits, les impératifs de la vie moderne (exemple : le travail) ont modifié grandement le rôle attendu des femmes et des hommes, de sorte que cette image n'est plus nécessairement conforme à la réalité.

4.3.4 Un geste naturel qui s'apprend

Plus de la moitié des femmes questionnées qualifient la capacité biologique de produire du lait et la capacité physique d'allaiter de « naturelles ». De cette façon, tout comme la grossesse et l'accouchement, l'allaitement s'inscrit dans le cycle biologique de la reproduction. Dans le même ordre d'idée, le geste d'allaiter est perçu comme un comportement « instinctif » et « animal » qui rappelle que les femmes sont, comme d'autres espèces, des mammifères.

Moi je me dis que c'est un cycle naturel. Ce n'est pas là pour rien. Comme la douleur, ce n'est pas là pour rien. (...) Donc, tu vois, j'accepte les choses de la vie comme elles le sont. Je me dis que si j'ai des seins qui produisent du lait, ce n'est pas là pour rien. Moi c'est plus dans mon optique. C'est le cycle de la vie (Marilou, 31 ans).

En représentant l'allaitement comme un geste « naturel », ces répondantes endossent l'idée des experts voulant que les femmes forment une catégorie universelle ayant la capacité inhérente d'allaiter (Wall, 2001). Or, dans les faits, la capacité biologique des femmes de produire du lait et la capacité physique d'allaiter peuvent être influencées par d'autres facteurs comme l'histoire personnelle et l'environnement social (Bartlett, 2002).

Même si la moitié des répondantes estiment que toutes les femmes ont la capacité biologique de produire du lait et la capacité physique d'allaiter, elles soulignent pour la plupart que le geste d'allaiter est un comportement qui s'apprend.

D'ailleurs, ces dernières entrent dans les premières séances d'allaitement s'inscrivent dans une période « d'adaptation », « d'ajustement » ou de « transition ».

Les premières semaines et les premiers jours ça va être plus difficile, je suis pas mal convaincue de ça. Mais les deux faut qu'on s'adapte, le bébé et moi (Véronique, 29 ans).

D'après moi, les premières fois ça va être plus technique. De me placer comme ça, comme ça, comme ça, comme ça, et après ça je pense que c'est de découvrir ma zone de confort et comment ça fonctionne. Après ça, de développer plus une relation avec le bébé et de l'apprécier. Mais je pense qu'au début, je vais être plus stressée et ça va être dur de savoir comment ça marche (Marguerite, 29 ans).

La première fois, je vais me sentir bizarre (...) c'est sûr que ça va être un apprentissage pour moi (Caroline, 28 ans).

Comme j'ai pas eu non plus une grossesse magique, j'imagine pas non plus que pour moi l'allaitement ça va être magique (Léa, 33 ans).

Comme le souligne cette dernière répondante, cette période d'apprentissage n'a rien de « magique ». La plupart des femmes sont d'ailleurs conscientes que des difficultés associées à l'allaitement peuvent survenir dans les premières semaines suivant l'accouchement. Elles affirment que ce sont principalement les personnes de leur entourage (famille, amies) qui, par leur expérience, les ont sensibilisées à ces difficultés (gerçures, mastites, crevasses, manque de lait). En ce sens, lorsque les répondantes évaluent les difficultés qui peuvent survenir en période postnatale, elles évoquent principalement celles qui ont touché leur entourage.

[mon amie] elle a eu des mastites au niveau du sein et à ce moment-là, c'était la première fois que j'entendais que ça pouvait se passer (Sarah, 32 ans).

Je ne veux pas me faire une belle image. [J'essaie] de me dire : " tout peut arriver ". Je l'ai vu avec mes amies et mes belles-sœurs, je le sais, je suis au courant que tout peut arriver. J'aurai beau lire des livres, elles [infirmières] me diraient tout plein d'affaires, je n'en saurais pas plus parce qu'il faut le vivre.

Maintenant, j'essaie de me préparer à vivre différentes situations (Marilou, 31 ans).

Contrairement à l'entourage des femmes, les professionnels de la santé semblent avoir joué un rôle peu important dans la sensibilisation des femmes aux difficultés de l'allaitement. Seulement deux des répondantes disent avoir reçu de l'information concernant les embûches possibles dans le cadre de leurs cours prénatals.

Elles [infirmières] nous parlaient des difficultés de l'allaitement mais en même temps, y'avait toujours une solution (Hélène, 28 ans).

En plus de nous intéresser aux difficultés perçues, nous avons questionné les répondantes sur l'éventualité de cesser l'allaitement avant l'objectif qu'elles s'étaient fixé. Bien que deux d'entre elles considèrent cette situation avec sérénité, un grand nombre de femmes envisagent avec appréhension le fait de « laisser tomber » ou « lâcher » l'allaitement. En ce sens, l'abandon de l'allaitement est vu par plusieurs comme un « échec » qui implique un processus de deuil auquel sont associés des sentiments comme la tristesse, la déception et la culpabilité. Pour cette raison, elles sont plusieurs à « croire » ou à « espérer » que tout se déroule comme prévu.

J'imagine que je vais y arriver, je ne veux pas trop croire que ça ne marchera pas (Julie, 28 ans).

On entend souvent parler des mères qui ont des problèmes à allaiter et finalement elles se sentent super coupables, elles se sentent mauvaises mères. En tout cas, je ne sais pas, je ne l'ai pas encore vécu encore, mais je n'ai pas l'intention de me culpabiliser s'il y a quelque chose qui se passe moins bien (Virginie, 30 ans).

Le non-allaitement, c'est synonyme de deuil. Première chose qui vient de m'arriver. J'y ai jamais pensé. Oui. De deuil parce que peut-être je vivrai un peu moins ce lien dont je viens de te parler avec l'allaitement. Oui, de deuil, fort probablement de la déception à travers tout cela. Et j'espère pouvoir me rendre à une acceptation (Marilou, 31 ans).

Chez cette dernière, le sentiment « d'échec » et les émotions qui l'accompagnent mettent en lumière une certaine souffrance rencontrée chez certaines mères qui doivent faire face à un éventuel arrêt de l'allaitement. Pour ces dernières, l'arrêt de l'allaitement contribue à remettre en question leur identité de mère et leur capacité d'être une « bonne mère ».

En anticipant cette situation « d'échec », ces femmes, qui constituent plus de la moitié de l'échantillon, ont l'impression que leur sentiment de culpabilité sera atténué par le sentiment « d'avoir fait de leur mieux », « d'avoir fait leur possible » et « d'avoir tout essayé » avant d'arrêter l'allaitement.

Je pense que quand tu as l'impression que tu as fait de ton mieux et que tu as tout essayé, déjà là, je ne pourrais pas vraiment, j'imagine que mon sentiment de culpabilité serait réduit au minimum. Si j'ai essayé de faire ce que je pouvais, mais un moment donné tu ne peux pas t'acharner, le bébé faut qu'il vive, il faut qu'il soit nourri. Un moment donné, faut qu'il mange à sa faim, faut qu'il vive, moi j'ai un deuil à faire probablement mais ça serait le bébé là, faut qu'il mange (Anne, 33 ans).

D'après moi ça va bien aller. Je me sentirai pas coupable rien (...) Je vais être capable de me dire, j'ai fait mon possible, ça n'a pas marché. Après ça si les gens me jugent et me disent que je suis une mauvaise mère ou n'importe quoi, ben écoute c'est leur opinion, ça ne me dérange pas (Marguerite, 29 ans).

Il semble, cependant, que l'impression d'avoir « fait de son mieux » varie d'une mère à l'autre en fonction des limites personnelles de chacune. En effet, il apparaît, dans l'analyse des entretiens, que le niveau de persévérance en regard des difficultés fluctue en fonction de divers facteurs (la connaissance de soi, l'évaluation des difficultés, le soutien professionnel et de l'entourage, etc.). Conséquemment, certaines femmes sont prêtes à pousser le plus loin possible les limites de leur corps, jusqu'à l'abnégation, alors que d'autres disent ne pas vouloir

« s'obstiner » ou « s'acharner » si elles ne sont pas en mesure d'allaiter, et ce en dépit du sentiment anticipé d'échec.

Faudrait vraiment que j'aïlle de quoi de gros pour que ça réussisse à me « stopper » (Hélène, 28 ans).

Je veux être capable d'allaiter, c'est vital. À moins que le bébé tète vraiment mal. En fait, je ne veux même pas imaginer, c'est loin de moi encore. Mais d'arrêter d'allaiter, à moins que mes seins explosent, je ne vois pas. J'espère que ça va marcher (Julie, 28 ans).

J'ai décidé que j'allais essayer d'allaiter, mais que je n'allais pas m'obstiner à tout prix. Ce que je veux dire par là c'est que je trouve qu'à l'heure actuelle, il y a une culture de l'allaitement qui fait qu'on en entend parler partout et que l'on est incité partout à allaiter et qu'on est vraiment poussé. Je trouve que, des fois, y'a des femmes qui ne sont pas capables d'allaiter, donc elles sont obligées à un moment donné d'arrêter. Je me dis que je vais essayer de le faire, je vais faire mon possible, mais si je ne suis pas capable, je ne suis pas capable (Marguerite, 29 ans).

Ça va de soi, pour moi c'est venu tout de suite, c'est d'allaiter. Mais pas à n'importe quel prix (...) Si j'ai un bébé qui est difficile, et c'est quelque chose qui peut arriver, ça arrive, je ne vais pas virer folle, tirer mon lait ou s'il faut que j'allaite à chaque heure, je ne suis pas sûre que je vais pouvoir « toffer » pendant 4 mois comme ça. Je sais que même un mois, deux mois, c'est irréaliste (Marilou, 31 ans).

On ne fera pas d'acharnement. Si on voit que ça ne marche pas, on ne virera pas fou avec ça. On n'est pas pro-allaitement au point d'en mourir (Anne, 33 ans).

Les raisons évoquées par les femmes pour justifier un éventuel sevrage de leur nourrisson témoignent également de leur unicité. Si, comme nous l'avons dit précédemment, la prise de décision d'allaiter est principalement motivée par les besoins de l'enfant, la fin de l'allaitement est plutôt basée sur les besoins de la mère. Bien que le « mauvais état de santé » de l'enfant soit une des raisons mentionnées par les mères pour cesser d'allaiter, elles nomment toutefois plus spontanément des empêchements leur étant attribuables. Parmi les éléments les plus souvent

mentionnés, on compte les raisons relatives aux capacités physiques et psychologiques de la mère comme la douleur, l'inconfort, la fatigue, la dépression post-partum et le stress.

Je veux allaiter, mais peut-être ça ne fonctionnera pas non plus (...) C'est pas parce que ton sein crée du lait que nécessairement le reste va sortir ou quoi que ce soit alors je dis que je veux allaiter mais on va voir finalement comment ça va se passer aussi physiquement, même psychologiquement aussi. Des fois la fatigue aussi peut entrer en ligne de compte (Sarah, 32 ans).

C'est tout ça qui me fait peur. Les difficultés d'allaitement, les mastites, les infections, les mamelons gercés ou quand tu donnes, quand tu tires ton lait pour dormir un peu (...) toutes les situations où on est confronté à des difficultés dans l'allaitement, moi c'est ça qui me fait poser plus de questions que l'allaitement comme tel (Léa, 33 ans).

Bien que la plupart des femmes semblent présenter le nourrisson comme un être passif dans la relation d'allaitement, quelques-unes pensent le contraire puisqu'elles attribuent certaines difficultés d'allaitement au bébé.

Des fois, ça arrive que le bébé est allergique au lait. Cela est arrivé à une de mes amies. Elle s'est culpabilisée énormément. Je n'ai pas de contrôle là-dessus. J'ai l'intention d'allaiter, si c'est possible. Si ce n'est pas possible, ça va être dommage, mais ça va être comme ça (Virginie, 30 ans).

Je pense que si ça ne va pas. Si ton sein n'est pas bon, si ça ne fonctionne pas la chimie avec ton enfant, je pense qu'il ne faut pas non plus que tu en payes le prix. Toujours être en train de te battre avec un bébé naissant, il me semble que ça n'a pas de bon sens (Marilou, 31 ans).

De la même façon, l'âge du nourrisson semble aussi influencer la durée de l'allaitement. Plus de la moitié des femmes affirment que l'importance de répondre aux besoins du nourrisson par l'allaitement s'amenuise au fur et à mesure que le nourrisson grandit et devient un enfant. Ces femmes attirent notre attention sur leur désir d'allaiter un « nourrisson » et non « un enfant ». Or, à quel âge cesse-t-on d'être nourrisson? Cet âge varie selon les mères. Alors que certaines femmes

donnent un âge se situant entre un an et un an et demi, d'autres associent la fin de cette période à des stades de développement (exemples : lorsque l'enfant parle, mange ou marche).

Moi, un an et demi c'est la limite. Parce que c'est malsain. Oui, c'est beau d'avoir le lien au départ, l'enfant vient de sortir de ton ventre, il a été en toi, il y a encore ce lien de fusion avec moi dès le début. C'est bien, il faut le garder, mais il y a une progression. Faut laisser aller l'enfant (Marilou, 31 ans).

Je ne voudrais pas que ce soit un self-service qu'il [enfant] puisse lui-même [se servir]. Moi, tu allaites un bébé. Pour moi, un bébé c'est jusqu'à à peu près un an (...) je ne pense pas que je pourrais dépasser un an (Hélène, 28 ans).

Comme cette dernière le souligne, l'idée que l'enfant prenne l'initiative de se nourrir lui-même au sein semble déplaire à plusieurs.

Pour conclure, la pratique de l'allaitement est considérée par les répondantes interrogées comme un « geste qui s'apprend ». La plupart d'entre elles conçoivent les premières périodes d'allaitement comme s'inscrivant dans une période d'apprentissage pouvant présenter des difficultés. Même si certaines de ces femmes sont prêtes à tout pour allaiter, d'autres adhèrent plutôt à l'idée de « faire son possible » en fonction de ses besoins et de ses capacités, ainsi que de celles du bébé. Même si l'existence des difficultés en lien avec l'allaitement est reconnue par toutes, il n'en demeure pas moins que ces femmes jugent illégitimes certaines raisons évoquées par d'autres pour cesser l'allaitement ou ne pas allaiter. Le retour au travail précoce, le désir de maintenir une vie sexuelle active ou de ne pas vouloir subir trop de changements par rapport à son corps comptent parmi celles-ci.

Tu vois, une femme de carrière ou une fille qui veut juste pas changer la grosseur de ses seins, c'est un peu moins légitime (Julie, 28 ans).

4.4 Représentations sociales des seins

4.4.1 Allaiter : seins sexuels ou seins nourriciers

Il est difficile de décortiquer les représentations sociales de l'allaitement sans s'intéresser, de manière plus précise, à l'analyse de l'image sociale des seins. Ce travail analytique permet d'aborder un sujet peu traité dans le discours de promotion de l'allaitement, soit la sexualité durant la période d'allaitement. Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut dire que toutes les répondantes rencontrées associent les seins à la « sexualité », à la « féminité » et à la « séduction ». Cette vision rejoint celle largement partagée dans les sociétés occidentales (Carter, 1995; Young, 1990; Van Esterik, 1995; Dettwyler, 1995; Bramwell, 2001). Quelques-unes des répondantes se distinguent du lot en affirmant que la fonction première des seins est, ou devrait être, nourricière.

Chez nous c'est un rôle très sexuel, très associé à la féminité, à l'attraction sexuelle, je pense que c'est surtout ça. Et après ça à l'allaitement pour les femmes qui choisissent d'allaiter même si c'est leur rôle biologique, c'est leur raison d'être (Anne, 33 ans).

Moi je trouve ça difficile parce que les seins ça toujours représenté ma féminité, là tout d'un coup ça va être ma maternité (Léa, 33 ans).

C'est sexuel. Ben oui, parce que sinon on l'accepterait. Ça ne nous dérangerait pas de voir un sein nu, voir une mère naturellement se déshabiller et allaiter le bébé. C'est une fonction sexuelle c'est pour ça que les gens sont pudiques, on ne veut pas voir ça (Marilou, 31 ans).

Cette représentation sociale des seins influence grandement la façon qu'ont les femmes de concevoir la place des seins dans leur sexualité durant la période d'allaitement. Les avis sont d'ailleurs partagés sur ce point. Le quart des répondantes pensent que les fonctions nourricière et sexuelle des seins ne sont pas conciliables. Ces dernières ne s'imaginent pas partager leurs seins avec leur enfant

et leur conjoint en même temps. D'ailleurs, deux de ces femmes expriment ne pas avoir de vie sexuelle pendant leur grossesse. En ce sens, elles partagent le point de vue de Dettwyler (1995) et de Hausman (2003) qui conçoivent l'allaitement comme une activité indépendante de la sexualité.

Concilier grossesse et sexualité pour moi ça ne va pas du tout, du tout, du tout ensemble. Je ne comprends pas comment les gens font pour faire les deux en même temps, moi je ne suis pas capable (Caroline, 28 ans).

J'ai vraiment l'impression que la perception va changer probablement pour un certain temps. Probablement que peut-être que les deux fonctions ne cohabiteront pas. Ça serait très possible. Pendant une période, ils vont servir à une fonction et après ça, quand ça va être fini, ça va prendre un certain temps à replacer les idées et après ça va redevenir un objet sexuel (Virginie, 30 ans).

Contrairement aux précédentes, trois des répondantes envisagent de maintenir leur vie sexuelle durant la période d'allaitement même si cela peut s'avérer « difficile » et « gênant » par moments. L'humour semble être la façon qui sera privilégiée entre les conjoints pour dissiper l'inconfort. Le maintien de la sexualité durant la grossesse et l'allaitement demandera, selon ces femmes, une bonne communication avec leur conjoint. De plus, elles se disent sensibles à l'opinion de ce dernier quant à la conciliation des fonctions nourricières et sexuelles des seins.

Je peux nourrir mon enfant et ça fait trois mois que j'allaité et que je fais l'amour avec mon conjoint. Ce n'est pas deux thermos que j'ai là, y va pouvoir jouer avec et c'est sexuel et je veux qu'il me trouve belle pareil et je vais quand même mettre des beaux soutiens (Hélène, 28 ans).

Pour plus de la moitié des répondantes, l'attrait sexuel des seins et le désir d'être une « amante » en dépit de leur grossesse est une préoccupation. Une des répondantes affirme, en ce sens, ne pas vouloir allaiter devant son conjoint pour que ce dernier maintienne l'image de ses seins comme un attrait sexuel. Les autres ont davantage le souci que leur partenaire continue de les trouver attrayantes malgré les

changements morphologiques de leurs seins. Certaines anticipent cependant le changement d'image de leur corps après l'accouchement (seins, ventre).

Tu vois j'appréhende ça un peu plus gravement. J'ai peur de me perdre en tant que femme, en tant qu'amante, en tant que blonde. J'ai plus peur de ça que de ne pas arriver à m'accorder avec mon bébé (Marilou, 31 ans).

Pour deux répondantes, le sein allaitant n'est plus sexuel. Il est redéfini en fonction de son nouveau rôle. Ce qui représente un changement de perspective dans le regard de l'autre (inconnu, conjoint), mais aussi dans le regard que les femmes portent sur cette partie de leur corps. Comme le souligne une de ces répondantes, ce ne sont plus des seins de femme, mais plutôt des seins de mère.

La première fonction d'après moi est sexuelle, mais j'ai l'impression que quand on regarde une mère allaiter on fait abstraction de ça, et ça devient, on y pense plus, on pense plus en tant que sein objet sexuel, en fait, on le regarde pas vraiment, on a un autre regard [rires] (...) c'est ça on n'a plus le même regard sur le sein quand il y a un bébé accroché après, mais en général, on voit plus l'objet sexuel (Véronique, 29 ans).

J'ai un autre corps, j'ai d'autres seins. On dirait que le fait qu'ils [seins] ont beaucoup changé, ça nous amène tous les deux [elle et son conjoint] à les voir différemment. On les voit maintenant comme des seins nourriciers (...) je ne les vois pas vraiment comme des seins de femme, je les vois quand même comme des seins de mère » (Léa, 33 ans).

Les points de vue des femmes quant à la cohabitation de l'allaitement et de la sexualité après l'accouchement divergent grandement. Alors que certaines considèrent les deux pratiques comme irréconciliables, d'autres pensent plutôt le contraire. De même, le point de vue du conjoint quant à la perception des seins et de la sexualité après l'accouchement est important pour les répondantes. La réaction de ces derniers influence l'importance de la cohabitation ou non de la sexualité et de l'allaitement.

4.4.2 Allaiter : l'art de la discrétion

La représentation des seins comme objet sexuel impose certains comportements aux femmes qui désirent allaiter devant les autres. La discrétion, comme le souligne Stearns (1999), est l'un des comportements hautement valorisé par les femmes désireuses d'allaiter devant leur entourage (famille, amis, conjoint) ou dans un endroit public. La plupart des femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont soulevé, à un moment ou à un autre de l'entrevue, la nécessité d'adopter un comportement discret lorsqu'elles allaiteront dans ces contextes. La pudeur, le souci des autres et surtout la gêne motivent cette discrétion. D'ailleurs, la majorité des femmes rencontrées affirment ressentir de la « gêne », de la « pudeur » et de « l'inconfort » à l'idée de se découvrir devant les autres pour allaiter. Dans ce cadre, la discrétion consiste principalement à maintenir l'invisibilité du sein allaitant, mais aussi, pour certaines, celle du corps maternel ayant subi des transformations lors de la grossesse, ce qui le rend moins attrayant après l'accouchement (surplus de poids, vergetures, ventre mou). Il s'agit, pour Le Breton (2005), de rendre le corps invisible à l'autre dans l'espace public afin de se conformer à la norme sociale voulant que les seins maternels restent cachés. Les femmes cherchent ainsi à maintenir une certaine respectabilité attendue d'elles (Carter, 1995).

Pour atteindre cet objectif, certains moyens sont davantage prisés, comme le port de certains vêtements qui facilitent l'allaitement (chandails amples, soutiens-gorge d'allaitement) ou l'utilisation d'une couverture pour recouvrir le sein et le corps.

Je ne sais pas comment je vais faire. Je vais aller m'acheter des soutiens-gorge d'allaitement, comme avec une petite poche, ça ne va pas être super beau, mais au moins je vais être cachée un peu. Je vais essayer de m'acheter des choses mettons qui s'ouvrent bien pour que je ne sois pas obligée de remonter mon chandail (Caroline, 28 ans).

Je pense qu'il y a des façons d'allaiter. Je ne lèverai pas le chandail en avant du *Simons* pour allaiter, mais si mon bébé a faim puis que je suis là puis qu'il faut que j'allaite bien je vais m'arranger, je vais plier une petite couverture (Hélène, 28 ans).

Allaiter en public, par contre, ça tu vois je suis gênée. J'ai des amies qui le font et sans aucune gêne, moi je ne sais pas, faudrait vraiment que j'aie un châle ou quelque chose (...) moi, je ne suis pas très à l'aise d'allaiter dans un restaurant, dans un party où y'a plein de monde (Julie, 28 ans).

Pour la plupart de ces femmes, il s'agit également de maîtriser la mise au sein afin que le mamelon ne soit pas exposé trop longtemps au regard des autres. Il semble, en effet, que c'est la visibilité du mamelon, plus que du sein, qui est problématique puisque que plusieurs femmes affirment « qu'une fois le bébé au sein, on ne voit plus le sein ».

Je vais amener des couvertures pour cacher le bébé, mais je ne sais pas, peut-être qu'à partir d'un certain moment tu te dégènes (...) de toute façon quand t'allaites on ne voit pas, le bébé est devant, ça cache un peu ton sein (Véronique, 29 ans).

L'intérêt de maintenir l'invisibilité du corps lors de l'allaitement est également influencé par le regard que l'autre porte sur soi. Certaines femmes disent appréhender ou craindre le regard négatif qui pourrait être porté sur elles lorsqu'elles allaiteront en public. La peur d'être jugée, mais aussi d'embarrasser l'autre ou de susciter de l'inconfort chez lui est une préoccupation pour quelques-unes d'entre elles.

Allaiter devant des étrangers, bon je vais essayer d'être plus discrète. Pas pour moi, mais parce que je sais qu'il y a des gens que ça choque. Tu vois, plus pour ne pas faire d'histoires, pour pas me faire dire, "madame ça pas de bon sens d'allaiter en public" (Marilou, 31 ans).

Sur ce point, le discours de promotion de l'allaitement valorise l'allaitement au sein dans l'espace public (Wall, 2001). Pour favoriser l'adhésion des femmes à ce

comportement, certaines astuces sont transmises aux mères, par les professionnels de la santé, pour camoufler leurs seins lors de l'allaitement. La discrétion est, comme pour les femmes interrogées, une valeur hautement valorisée par ces professionnels (Stearns, 1999). De plus, pour faciliter l'allaitement dans l'espace public, plusieurs groupes de promotion de l'allaitement militent pour un changement de la norme sociale. Il est souhaité que le sein soit réhabilité dans sa fonction biologique (MSSSQ, 2001; LLL, 2003).

CHAPITRE V

CONCLUSION

Les prochaines lignes concluent ce projet de mémoire de recherche en sociologie sur les représentations sociales de l'allaitement maternel. Dans un dernier souffle, voici une synthèse des principaux résultats de cette recherche, les limites et les pistes de recherches émergentes.

5.1 Synthèse des principaux résultats de recherche

Les résultats de cette recherche démontrent que, pour les femmes interrogées en période prénatale, les représentations de l'allaitement maternel sont généralement positives. Autrement dit, ces représentations qui émergent du discours des répondantes proposent des images enviables, de perfection et idéalisées du lait maternel et du geste d'allaiter comparativement à celles du lait artificiel et du non-allaitement. Rappelons, dans un premier temps, que pour la majorité des femmes rencontrées, le lait maternel est vu comme un aliment « bon pour la santé » et « naturel » alors que le lait artificiel est présenté comme une substance « chimique », « industrielle », non équivalente sur le plan nutritif. Alors que le premier est vu comme l'aliment le plus adapté pour répondre aux besoins du nourrisson, le deuxième est plutôt considéré comme une substance de remplacement « correcte » ou « mauvaise ». Il est intéressant de noter, dans le discours des répondantes, les

oppositions entre le lait maternel et le lait artificiel (bon – correct ou mauvais, biologique – industriel, naturel – chimique) qui contribuent à polariser le discours les concernant.

Tout comme le lait maternel, le geste d'allaiter est également décrit en des termes avantageux. En effet, pour l'ensemble des répondantes, ce geste contribuerait à « donner la santé » grâce aux caractéristiques nutritives, protectrices et sécuritaires du lait maternel. Cette idée de « transmission de la santé » est d'ailleurs grandement valorisée par les femmes rencontrées, mais aussi par les professionnels de la santé qui cherchent à prémunir le nourrisson des risques. De plus, pour ces femmes, le fait d'offrir un aliment jugé supérieur et sain équivaut à « offrir ce qu'il y a de mieux » à leur nourrisson. Le geste d'allaiter apparaît donc, dans ce contexte, comme un geste qui « s'impose » et qui « va de soi ». D'ailleurs, cette idée « d'assurer » la santé physique, psychologique et affective du nourrisson par l'allaitement rend le choix en sa faveur incontournable, rationnel et responsable. Or, comme nous l'avons dit précédemment, cette façon d'aborder l'allaitement n'est pas sans conséquence. En plus de présenter les femmes comme une catégorie homogène ayant la capacité inhérente d'allaiter, mais aussi la volonté de le faire, cette façon d'aborder l'allaitement comporte également certaines conséquences pour les femmes qui décident de ne pas allaiter. Ces dernières sont appelées à vivre, comme l'ont soulevé plusieurs répondantes, une certaine pression de la part des professionnels de la santé (exemple : au moment des cours prénatals) au moment de leur prise de décision d'allaiter, mais aussi d'autres conséquences comme la culpabilité, le jugement ou le manque de considération. Plus préoccupant encore, le non-alignement du comportement de la mère avec ce qui est prescrit par les experts – allaitement exclusif jusqu'à six mois – peut être perçu comme un geste imprudent, irrationnel ou irresponsable puisque les préparations pour nourrissons sont souvent présentées comme des substituts qui causent du tort à l'enfant. Ce qui est remis en cause, dans ces circonstances, c'est la capacité de la femme à être une « bonne mère ». Cette association entre le concept de « bonne mère » et

l'allaitement surprend, mais n'est pas récente puisqu'elle est présente dès le début du 20^e siècle.

En regard des résultats obtenus, le geste d'allaiter est aussi représenté par les femmes rencontrées comme une façon de créer le lien mère-enfant. Cette relation est décrite comme bénéfique pour la mère et l'enfant. Aucune ne remet en question l'importance de créer le lien d'attachement mère-enfant par l'allaitement, même si certaines conçoivent que ce n'est pas le seul moyen d'y arriver. Il est intéressant de constater que, bien que positive, la relation est décrite de deux façons par les répondantes. Les deux tiers des répondantes décrivent ce lien comme une relation de proximité entre deux individus indépendants alors que l'autre tiers des répondantes considèrent cette relation comme fusionnelle. Cette façon d'aborder la relation mère-enfant influe, comme nous l'avons dit précédemment, sur la place que ces femmes accordent au père dans les premiers jours et les premiers mois suivant l'accouchement. Enfin, l'allaitement est perçu comme un geste d'amour inconditionnel, comme une période de calme, de tendresse et de réconfort.

Le geste d'allaiter est également présenté par la plupart des femmes rencontrées comme un geste qui s'apprend. Les premiers jours suivant l'accouchement s'inscrivent d'ailleurs, selon elles, dans une période d'adaptation, d'ajustement et de transition. Malgré cette prise de position marquée en faveur de l'apprentissage, la moitié des répondantes considèrent que le geste d'allaiter s'inscrit dans la continuité du cycle biologique des femmes – grossesse, accouchement, allaitement. Tout de même, indépendamment de cette prise de position, la plupart des femmes rencontrées sont conscientes des difficultés associées à l'allaitement puisqu'elles ont toutes, sauf une, dans leur entourage une ou plusieurs femmes qui ont vécu des difficultés en cette matière. Certaines des femmes rencontrées angoissent d'ailleurs à l'idée de devoir peut-être cesser d'allaiter avant d'avoir atteint leur objectif. De cet échec découleraient un sentiment de culpabilité et l'impression

de ne pas être une « bonne mère ». Il semble cependant que ces sentiments seraient atténués par l'impression d'avoir « fait de son mieux ».

Enfin, les questions concernant le rapport au corps, surtout aux seins, durant la période d'allaitement ont surpris plusieurs des répondantes. La plupart d'entre elles n'avaient pas réfléchi à l'éventuel chevauchement dans les fonctions nourricière et sexuelle des seins. Alors que le quart des répondantes pensent que les fonctions nourricières et sexuelles des seins ne sont pas conciliables, les autres souhaitent maintenir leur vie sexuelle durant cette période. Pour ce qui est de l'allaitement dans l'espace public, la discrétion est de mise pour l'ensemble des répondantes. La pudeur, le souci des autres et la gêne motivent principalement ce comportement.

5.2 Limites et pistes de recherches

Les limites de cette recherche sont principalement attribuables à la nature de l'échantillon. La première limite concerne la méthode privilégiée. Dans le cadre de ce mémoire, la méthode par théorisation ancrée n'a pas été appliquée de manière intégrale puisqu'il s'agit d'une approche mixte. Or, contrairement à ce qui était souhaité au départ, le guide d'entrevue a été l'objet d'une préstructuration. Ce qui signifie que certains éléments de discussion ont été choisis au détriment de d'autres et que, par conséquent, les catégories conceptuelles sont construites à partir de l'analyse des entretiens, mais aussi des écrits consultés. La deuxième limite concerne la composition de l'échantillon. Tel que mentionné dans le chapitre « méthodologie », les femmes rencontrées forment un sous-groupe relativement homogène. Il est à penser que des femmes ayant des caractéristiques différentes (revenu, scolarité, âge, origine ethnique) pourraient proposer d'autres représentations s'apparentant ou non à celles mentionnées par les répondantes de cette recherche. En plus, comme il a été mentionné dans ce même chapitre, les

femmes interrogées avaient toutes privilégiées l'allaitement comme mode d'alimentation de leur nourrisson. Il aurait été pertinent comprendre les motivations de ces femmes, ainsi que les normes et les valeurs qui sous-tendent leur choix. Et ce, d'autant plus dans un contexte où la pratique de l'allaitement est valorisée. Pour toutes ces raisons, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population féminine qui est composée de femmes enceintes aux points de vue aussi diversifiés que multiples. La troisième limite de cette recherche concerne la taille de l'échantillon de recherche. La nature du travail imposé a eu pour effet de limiter le nombre d'entrevues nécessaires à la réalisation de ce projet. Toutefois, le nombre d'entrevues réalisées répond à ce qui est attendu dans le cadre d'un mémoire de maîtrise.

Aussi, pour les fins de ce travail, plusieurs thèmes relatifs à l'allaitement maternel ont volontairement été écartés de l'analyse. Il aurait été intéressant de s'attarder davantage, par exemple, aux représentations de l'enfant et des femmes à travers l'histoire. Tout comme il aurait été enrichissant, dans un autre ordre d'idée, d'aborder la dimension économique associée à la commercialisation et à la production du lait industriel. Le lien entre les politiques publiques et la persistance de l'allaitement maternel aurait également été une piste de recherche intéressante à approfondir. D'autant plus que le Québec s'est doté récemment de politiques avantageuses pour les parents en matière de congé parental qui permettent une possibilité réelle, pour les femmes qui en bénéficient, d'allaiter leur nourrisson jusqu'à l'âge de un (1) an.

En conclusion, le travail accompli dans le cadre de ce mémoire constitue l'amorce d'un projet de recherche que je compte poursuivre au doctorat. Il me semble, à ce jour, et dans le contexte actuel, que le sujet de l'allaitement maternel mérite davantage d'attention. Ma motivation à poursuivre en ce sens est d'autant plus grande que plusieurs aspects de ce sujet restent peu abordés dans la littérature

et, par conséquent, plusieurs pistes de recherches sont émergentes. Voici celles qui retiennent particulièrement mon attention.

Dans la continuité de la présente recherche, il serait de circonstance d'analyser, dans une recherche de type longitudinal, les représentations sociales de l'allaitement de femmes rencontrées à différents moments durant les périodes prénatale et postnatale. De telles recherches ont été effectuées récemment par Schmied et Lupton (2001), ainsi que par Murphy (1999), respectivement en Australie et en Grande-Bretagne. À mon avis, le Québec profiterait d'une étude semblable qui permettrait de comprendre en profondeur l'expérience des femmes en regard de l'allaitement maternel.

De mon point de vue, en accord avec Kukla (2006), il serait aussi essentiel de développer une analyse plus poussée des enjeux éthiques dans le domaine de la santé publique en regard de la promotion de l'allaitement maternel au Québec. Une analyse approfondie du discours actuel en cette matière permettrait d'identifier les enjeux auxquels sont confrontés les mères, mais aussi les intervenantes qui œuvrent dans ce domaine. Ce type de recherche est d'autant plus pertinent qu'il s'inscrit dans un contexte où le gouvernement cherche à implanter l'initiative « Amis des bébés » (OMS et UNICEF) dans les institutions publiques (hôpitaux, CLSC et maisons de naissance).

RÉFÉRENCES

- Allard, M. 2002. «L'expérience de persistance à l'allaitement maternel des femmes primipares, francophones et québécoises». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.
- Apple, R.D. 1987. *Mothers and medicine: a social history of infant feeding: 1890-1950*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Ariès, P. 1973. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. France: Éditions du Seuil.
- Baillargeon, D. 2002. «Les Gouttes de lait de Montréal: une institution médicale aux multiples usages». In *Espaces et temps de la maternité*, sous la dir. de F. Descarries et C. Corbeil, p. 337-358. Montréal: Éditions du Remue-ménage.
- . 2004. *Un Québec en mal d'enfants: la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal: Éditions Remue-ménage.
- Bartlett, A. 2002. «Breastfeeding as Headwork: Corporeal Feminism and Meanings for Breastfeeding». *Women's Studies International Forum*, vol. 25, no 3, p. 373-382.
- Beaudry, M. 2001. «Recréer une culture d'allaitement maternel. Le rôle potentiel des politiques publiques». *Le PÉRISCOOP*, vol. 5, no 1, p.1-4.
- Beaudry, M., S. Chiasson et J. Lauzière. 2006. *Biologie de l'allaitement: le sein, le lait, le geste*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Beck, U. 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Bell, L. et al. 2002. *Allaitement maternel. Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes*. Estrie : Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Bell, L., D. St-Cyr-Tribble et D. Paul. 2001. «Le point sur l'allaitement maternel en Estrie». *L'Infirmière du Québec*, vol. 9, no 1 (sept.-oct.), p.12-22.
- Blum, L. 1993. «Mothers, Babies, and Breastfeeding in Late Capitalist America: The Shifting Contexts of Feminist Theory». *Feminist Studies*, vol. 19, no 2 (summer), p. 291-311.
- . 1999. *At the Breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*. Boston: Beacon Press.
- Bourdieu, P. 1992. *Réponses, pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- Bouthat, C. 1993. *Guide de présentation des mémoires et thèses*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Bramwell, R. 2001. «Blood and Milk: Constructions of Female Bodily Fluids in Western Society». *Women & Health*, vol. 34, no 4, p. 85-96.
- Carter, P. 1995. *Feminism, Breasts and Breast-feeding*. New York: St-Martin's Press.
- Champagne, S. 2002. «Profil d'offre et facteurs associés à la production de services de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en CLSC». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.
- Champagne, S., L. Richard, L. Séguin, D. D'Amour, J-F. Labadie, J-M. Brodeur, R. Pineault et R. Latour. 2004. «Les services de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en CLSC». *Perspective Infirmière*, vol. 2, no 2, p. 12-22.
- Chombart de Lauwe, M-J., et N. Feuerhahn. 1997. «La représentation sociale dans le domaine de l'enfance». In *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, p. 340-360. Paris: PUF.
- Comité canadien pour l'allaitement (CCA). 2003. *L'Initiative des amis des bébés*. Ontario: Comité canadien pour l'allaitement.
- Côté, B, C. Loiselle, D. Gastaldo, S. Semenic et H. Sissoko. 2003. *Allaitement maternel en milieu pluriethnique*. Montréal: Direction de santé publique.
- Dettwyler, K.A. 1995. «Beauty and the Breast: The Cultural Context of Breastfeeding in the United States». In *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, sous la dir. de P. Stuart-Macadam et K.A Dettwyler, p. 167-215. New York: Aldine De Gruyter.

- Doré, N. et D. Le Hénaff. 2007. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans: guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de la santé publique du Québec.
- Dubois, L., B. Bédard, M. Girard et É. Beaudesne. 2000. «L'alimentation». In *Études longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Dumas, M.E. 2003. «Début de l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées: Rôle du soutien du conjoint». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.
- Gauthier, D.L., L.N. Haiek et L. Rocheleau. 2002. *L'allaitement maternel: formation de base: trousse à l'intention des intervenants oeuvrant en périnatalité*. Moncton: Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Goulet, C., A. Lampron, I. Marcil et L. Ross. 2003. «Attitudes and Subjective Norms of Male and Female Adolescents Toward Breastfeeding». *Journal of Human Lactation*, vol. 19, no 4, p. 402-410.
- Goulet, L., et G. Lapointe. 2003. *Recension des écrits sur la contamination du lait maternel par des substances chimiques présentes en milieu de travail*. Québec: Institut national de santé publique.
- Gordon, J. 1989. «Choosing to Breastfeed: Some Feminist Questions». *Resources for Feminist Research*, vol. 18, no 2, p.10-12.
- Guérard, F. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal: Éditions Boréal.
- Haiek, L.N., G. Neill, N. Plante et B. Beauvais. 2006. *L'allaitement maternel au Québec: coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Haiek, L.N., D.L. Gauthier, D. Brosseau et L. Rocheleau. 2007. «Understanding Breastfeeding Behavior: Rates and Shifts in Patterns in Québec». *Journal of Human Lactation*, vol. 23, no 1, p. 24-31.
- Hausman, B.L. 2000. «The Feminist Politics of Breastfeeding». *Australian Feminist Studies*, vol. 19, no 45, p.273-277.
- . 2003. *Mother's Milk. Breastfeeding Controversies in American Culture*. New York: Routledge.

- Hays, S. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. United States: Yale University Press.
- Jodelet, D., et J. Ohana. 2000. «Représentations sociales de l'allaitement maternel: une pratique de santé entre nature et culture». In *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, sous la dir. de G. Petrillo, p.139-165. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Jodelet, D. 2003a. «Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie». In *Psychologie sociale*, sous la dir. de S. Moscovici, p. 361-384. Paris: PUF.
- . 2003b. «Représentations sociales: un domaine en expansion». In *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, p. 47-78. Paris: PUF.
- Johnson, J.M. 2002. «In-Depth Interviewing». In *Handbook of Interview Research*, sous la dir. de J.F Gubrium et J.A. Holstein. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Knibiehler, Y., et C. Fouquet. 1980. *L'histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours*. France: Éditions Montalba.
- Knibiehler, Y. 2000. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF.
- . 2003. «L'allaitement et la société». *Recherches féministes*, vol. 16, no 2, p.11-33.
- Kukla, R. 2006. «Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns». *Hypatia*, vol. 21, no 1, p. 157-180.
- Lacombe, M. 2006. *Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant : rôle des interactions mère-enfant, de la dépression postnatale et du tempérament de l'enfant*. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.
- Laperrière, A. 1997. «La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées». In *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires, p. 309-340. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Le Breton, D. 2005. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.

- Le Collectif Clio. 1983. *L'Histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Montréal: Club Québec Loisir.
- Lepage, M.C., et J. Moisan. 1998. *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*. Québec : Direction de la santé publique.
- Ligue La Leche. 2003. *Allaitement maternel*. Montréal: Ligue La Leche.
- Lupton, D., et J. Fenwick. 2001. «They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising in special care nurseries». *Social Science & Medicine*, vol. 53, no 8 (october), p. 1011-1021.
- Lupton, D., et J. Tulloch. 2002. «"Risk is Part of Your Life": Risk Epistemologies among a Group of Australians». *Sociology*, vol. 36, no 2, p.317-334.
- Maxwell, J.A. 1999. *La modélisation de la recherche qualitative: une approche interactive*. Suisse : Éditions Universitaires de Fribourg.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1997. *Des priorités nationales de santé publique: 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec.
- . 2001. *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Québec: Gouvernement du Québec.
- . 2003. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus: 5^{ième} bilan*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Murphy, E. 1999. «"Breast is Best": Infant Feeding decisions and maternal deviance». *Sociology of Health & Illness*, vol. 21, no 2, p.187-208.
- . 2000. «Risk, Responsibility and Rhetoric in Infant Feeding». *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, no 3, p.291-325.
- . 2003. «Expertise and Forms of Knowledge in the Government of Families». *The Sociological Review*, vol. 51, no 4, p.431-462.
- Neill, G., B. Beauvais, N. Plante et L.N. Haiek. 2006. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec: Institut de la statistique.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 1998. *Prise de position*.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec. 2002. *Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement*

favorable à l'allaitement maternel. Québec: Ordre professionnel des diététistes du Québec

Olivier, L., G. Bédard et J. Ferron. 2005. *L'élaboration d'une problématique de recherche. Sources, outils et méthode.* France: L'Harmattan.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF. 1981. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.* Genève : Organisation mondiale de la santé.

----- . 1990. *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel.* Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2006. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal. Rapport du secrétariat.* Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

----- . 2003. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.* Genève : Organisation mondiale de la santé.

Ouellet, I. 2005. Sur tous les fronts, bâtir la santé : analyse systémique en faveur de l'allaitement maternel. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas-Saint-Laurent. Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux.

Paillé, P., et A. Mucchielli. 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Montréal: Armand Colin.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2003. *La prévention en actions. Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006.* Montréal: Direction de la santé publique.

Ross, L. 1999. *Attitudes et normes subjectives d'adolescentes québécoises face à l'allaitement maternel.* Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.

Schmied, V., et D. Lupton. 2001. «Blurring the Boundaries: Breastfeeding and Maternal Subjectivity». *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, no 2, p. 234-250.

Séguin, L., L. Goulet, K. Frohlich, M-E. Dumas et L. Desjardins. 1998. *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées.* Rapport de recherche, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

- Shaiek, M. 2004. *L'influence des pratiques cliniques périnatales sur le maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.
- Shaw, R. 2003. «Theorizing Breastfeeding: Body Ethics, Maternal Generosity and the Gift Relation». *Body & Society*, vol. 9, no 2, p. 55-73.
- . 2004. «Performing Breastfeeding: Embodiment, Ethics and the Maternal Subject». *Feminist Review*, vol. 78, no 1, p. 99-116.
- Sheehan, A., V. Schmied et M. Cooke. 2003. «Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy». *Midwifery*, vol. 19, no 4, p.259-266.
- Stearns, C.A. 1999. «Breastfeeding and the Good Maternal Body». *Gender & Society*, vol. 13, no 3, p. 308-325.
- Speltini, G. et L. Molinari. 1998. «L'allaitement et ses représentations». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, no 39, 23-42.
- Stuart-Macadam, P. 1995. «Biocultural Perspectives on Breastfeeding». In *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, sous la dir. de P. Stuart-Macadam et K.A Dettwyler, p. 1-38. New York: Aldine De Gruyter.
- Van Esterik, P. 1995. «The Politics of Breastfeeding: An Advocacy Perspective». In *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, sous la dir. de P. Stuart-Macadam et K.A Dettwyler, p. 145-165. New York: Aldine De Gruyter.
- Wall, G. 2001. «Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse». *Gender & Society*, vol. 15, no 4, p.592-610.
- Young, I.M. 1990. *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*. United-States: Indiana University Press.