

# 3

## Résumé

À partir des résultats d'une enquête exploratoire sur l'expérience de l'entrée en maternité de douze primipares francophones de la région d'Ottawa, au Canada, cet article présente les écarts observés entre le vécu attendu et le vécu réel des participantes et offre, selon une perspective féministe, une réflexion critique sur les effets néfastes de ces écarts sur la santé des femmes. Enfin, l'auteure tente d'illustrer comment l'expérience de l'entrée en maternité, surtout en ce qui concerne l'allaitement maternel, tend à être médicalement et socialement encadrée de manière telle que le bien-être des nouvelles mères devient un aspect secondaire de leur expérience.

**Mots clés** allaitement, attentes, maternité, réalité, santé des femmes

## L'expérience de devenir mère : entre les attentes et la réalité

**DENISE MOREAU**

### Introduction

Ce que j'espère, c'est que celles- et ceux- qui se diront féministes à l'avenir auront compris qu'il faut, certes, aider les femmes à ne pas être mères quand elles ne veulent pas l'être, mais qu'il faut aussi les aider à l'être quand elles le souhaitent.

Yvonne Knibiehler, *Le Monde* 2007

Devenir mère est un changement mémorable et irréversible dans la vie d'une femme. L'entrée en maternité est un processus éprouvant qui affecte la santé des femmes. Avant la naissance de leur enfant, les femmes ont une perception de l'expérience de la maternité fondée sur les mythes qui entourent cette expérience dans notre société. Cette perception est également influencée par l'expérience de

maternité de leurs amies, leur mère et toutes les femmes de leur entourage. La plupart des femmes ont des attentes et des aspirations quant à leur futur rôle de mère. Or, lorsqu'à la naissance de leur enfant, les femmes vivent une réalité très différente de ce qu'elles avaient imaginé ou anticipé, elles se retrouvent dans une situation qui se rapproche d'une perte de contrôle pouvant mener à la détresse. Plusieurs recherches ont démontré que plus l'écart est grand entre les attentes et la réalité de la maternité plus grand est le risque que ce conflit soit associé au développement d'une fatigue physique et émotionnelle que les femmes tenteront de surmonter pendant des mois sinon des années.[1] Chez certaines femmes, cette grande fatigue peut même se transformer en dépression postnatale.[2-3]

Une enquête exploratoire proposée par une infirmière et une sociologue, visait à croiser, dans une même étude, l'approche infirmière et l'approche sociopolitique de la maternité. Cette étude avait pour but de recueillir et d'analyser le témoignage de primipares sur leur représentation de la maternité avant et après l'arrivée de l'enfant,

montrer l'écart entre les attentes et la réalité de ces femmes vis-à-vis la maternité et à mettre en évidence la présence de signes de fatigue physique et émotionnelle[1] durant cette transition à la maternité.

Cet article vise à présenter la méthodologie utilisée dans cette étude, les caractéristiques des femmes rencontrées ainsi qu'une brève recension des représentations de la maternité d'hier à aujourd'hui, suivie du différentiel constaté entre la représentation dominante actuelle et l'expérience des participantes pour terminer avec une réflexion critique sur les effets pervers de ces écarts sur la santé des nouvelles mères.

### Les représentations de la maternité

La maternité est une expérience singulière et sociale. La représentation personnelle de la maternité est une façon intime de concevoir et d'imaginer le rôle de mère influencée par la famille d'origine et le milieu social de la future mère. La représentation sociale de la maternité est constituée d'une réalité commune élaborée et partagée par un système social fondé sur l'autorité du père, en l'occurrence le patriarcat.[13] Car, même si la maternité est de plus en plus représentée comme une expérience personnelle inscrite au plus intime de la vie privée de chaque femme, elle n'en demeure pas moins une construction sociale patriarcale dont les coûts et les responsabilités sont toujours dévolues aux femmes. [14]

#### *D'hier à aujourd'hui*

Mettre au monde des enfants et être disponible pour les aimer, les nourrir, les soigner, les éduquer et s'en séparer, telle semble avoir été pendant fort longtemps la seule véritable contribution sociale attendue des femmes, tout comme leur seule raison d'être.[15] À différents moments de l'histoire, des femmes se sont révoltées contre l'unique modèle de féminité (mère épouse ménagère) qui leur était imposé, mais leurs revendications ont trouvé peu d'échos aux siècles passés.

Il a fallu attendre la fin des années 1950, pour que le mouvement des femmes qui émerge alors, devienne un point de ralliement pour exprimer haut et fort leur volonté de changement et leur désir d'être reconnues comme citoyennes à part entière.[15] Durant les années 1960, les femmes envahissent plus massivement le marché du travail et obtiennent enfin la possibilité de choisir le moment pour devenir mère ou celui d'exister sans être mère grâce à l'arrivée de la contraception. Toutefois, les difficultés, les ambivalences et les contradictions inhérentes au passage du modèle de la mère - ménagère à temps plein des années 1950-1960 à celui

de la femme orchestre des années 1970-1980 déroutent de nombreuses femmes. Pour la majorité des femmes de cette période, cette quête d'égalité par le contrôle des naissances et l'indépendance financière est vouée à l'échec tant le poids des contraintes matérielles et structurelles de l'articulation travail - famille est déterminant dans le fonctionnement de leur vie quotidienne.[15] Les représentantes de cette première vague du féminisme contemporain prennent conscience qu'il est illusoire de croire que toutes les femmes pourront, sans changements majeurs des institutions sociales et des rôles parentaux, se réaliser et s'épanouir pleinement.

Durant les années 1980, les femmes sont plus nombreuses à s'instruire et à entrer sur le marché du travail. Certaines font carrière dans des domaines anciennement réservés aux hommes. Elles sont également plus nombreuses, même à l'arrivée des enfants, à conserver leur emploi que ce soit à temps plein ou partiel. En somme, les femmes de cette décennie continuent la lutte déjà entreprise pour le contrôle de leur vie personnelle et professionnelle.[16]

Maushart[17] qualifie d'hyper -cafféinée la vie des mères des années 1990. C'est la naissance des super mamans, des super épouses, et des super femmes.[2] Ces femmes tentent de tout concilier : la maternité, la vie de couple et la carrière, certaines s'épuisent et abandonnent, d'autres y arrivent mais souvent au détriment de leur santé. Devant l'irréalisable, une envie de tout lâcher s'installe et plusieurs femmes renoncent à travailler pour devenir mère au foyer et élever leurs enfants. Cette façon d'exercer le métier de mère en tentant de tout maîtriser plutôt que d'exiger des changements sur le plan de la société est la marque de fabrique de cette super génération.[16]

#### *La mère parfaite*

Depuis le milieu des années 1990, les mères sont atteintes du syndrome de la mère parfaite, qui n'est pas sans rapport avec le culte de l'enfant roi. Les valeurs de performance et de réalisation de soi véhiculées par notre société entraînent le désir d'être des mères parfaites. Les médias ont en partie contribué au mythe de la mère parfaite, c'est ce que relatent les auteurs Douglas et Michaels (18) dans leur livre *The Mommy Myth : the Idealization of Motherhood and how it Has Undermined Women*. C'est à coups de reportages et d'entrevues avec des vedettes qui affirment avoir connu la félicité le jour où elles ont expulsé leur placenta que les médias, magazines féminins en tête, ont contribué à créer une image romantique et totalement idéalisée de la maternité. Bien entendu, les mères trouvent parfois ce discours ridicule, mais en même temps, elles se laissent prendre.

De nos jours, il ne suffit plus qu'une femme livre son âme à la maternité, elle doit aussi donner son corps, son esprit, son couple. On attend d'elle qu'elle se fonde dans la maternité en faisant tout ce qu'il faut durant la grossesse pour avoir un bébé en santé, accoucher naturellement, allaiter sur demande au moins un an et établir un lien fusionnel avec son bébé. Les mères sont tenues responsables du bébé à naître et de ce qu'il deviendra.[19] La mère lui doit tout, son temps, son énergie, son lait, elle doit s'oublier pour son enfant.[16,19,20] Le contexte social actuel pousse les mères à se transformer en mère parfaite à plein temps plus que complet.[16] C'est l'ère de la maternité totale. En somme, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, différentes représentations sociales de la maternité se sont succédées : la mère maternelle pour les disciples de Freud, la mère branchée prescrite par Dr. Spock, la mère libérée des années 1970, la mère qui se réalise des années 1980, la mère sacrificielle des années 1990 et la mère parfaite des années 2000.[16]

## Méthodologie

Les approbations éthiques ont d'abord été obtenues afin de permettre le recrutement des participantes et la collecte des données sous forme d'entrevues. Ainsi, pour réaliser cette étude, douze femmes francophones résidant dans la région d'Ottawa, en couple avec un homme et enceintes pour la première fois ont été rencontrées. Chaque rencontre a duré un peu plus d'une heure, au domicile de la participante. Les participantes ont été recrutées dans une classe de pré admission à l'hôpital et dans un cours prénatal offert par les services de la santé publique d'Ottawa. Les femmes francophones de la région qui ne suivaient pas un cours prénatal ont donc échappé à notre investigation. Il est important de mentionner ici cette limite parce qu'au vu des caractéristiques socio-économiques des femmes rencontrées, nous pouvons considérer que la participation à des cours prénataux offerts en français dans la capitale nationale du Canada suppose d'appartenir à une catégorie de la population supérieure à la moyenne.[4] Pour saisir l'expérience de ces femmes quant à la maternité, des entrevues semi dirigées ont été conduites en 3 temps par les deux chercheuses : au 8<sup>e</sup> mois de leur grossesse, 2 mois après la naissance et 6 mois après la naissance.

Au début de chaque visite, les femmes étaient invitées à compléter l'Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EDPE) de Cox, Holden et Sagovsky (1987).[5,6] L'EDPE a été traduite et validée dans plus de 23 langues par des chercheurs de différentes disciplines. Cette échelle se compose de 10 questions auxquelles la mère est invitée à répondre en indiquant la proposition qui correspond le mieux à son

humeur de la dernière semaine. Chaque question présente des réponses sur une échelle de 4 points (de 0 à 3). Le score total s'établissant de 0 à 30, les chercheurs estiment qu'un total de 13 et plus indique la présence de symptômes de dépression majeure. La complétion de cette échelle par chacune des participantes au début de chacune des entrevues a permis l'évaluation des émotions de la cliente au cours des sept derniers jours précédant la visite. L'échelle d'Édimbourg (EDPE) de Cox, Holden et Sagovsky (1987) a été grandement utilisée pour évaluer les symptômes dépressifs au cours de la grossesse et de la période postnatale dans les cultures occidentales et orientales.[7] L'EDPE a été validée pour être utilisée en période prénatale et cette version a été traduite dans plus de 12 langues dont l'arabe et le vietnamien.[8,9] Plusieurs recherches ont révélé que bon nombre des femmes dépressives après la naissance de leur enfant l'étaient également pendant leur grossesse. Aujourd'hui nous savons que 10 % des femmes enceintes souffriront de dépression, de là l'importance du dépistage.[10]

L'entrevue avant la naissance avait pour but de recueillir les données sociodémographiques : âge, niveau de scolarité, emploi, type d'union, durée de l'union, des informations sur la décision de devenir mère ; l'importance de cette décision à ce moment de la trajectoire de vie ; le soutien du conjoint et de l'entourage dans cette décision ; la préparation physique et psychologique à l'accouchement, le plan de naissance (s'il y a lieu) ; les changements anticipés par cette naissance sur sa vie et celle du couple, la projection de l'organisation de la vie quotidienne après la naissance ; le vécu de la grossesse et le projet d'allaiter.

L'entrevue réalisée 2 mois après la naissance visait à recueillir les impressions de la nouvelle mère sur son accouchement, sur son expérience d'allaitement (ou non) ; sur son vécu de nouvelle mère ; sur ses impressions sur son nouveau-né ; sur les réactions du conjoint et des familles à la naissance, à l'allaitement ; sur l'organisation quotidienne de la vie à trois (partage des tâches avec le conjoint ; transformations observées) ; sur le soutien matériel des familles; et sur les transformations de sa vie sociale.

L'entrevue réalisée 6 mois après la naissance insiste sur l'organisation quotidienne de la vie à trois, les transformations observées, le suivi médical s'il y a lieu et les perspectives d'avenir immédiates (retour au travail ; garderie) et à plus long terme.

La possibilité de réaliser trois entrevues sur une durée de sept mois s'est révélée riche d'enseignements. Les 36 entrevues ont été enregistrées, puis transcrites mot à mot, le plus fidèle-

ment possible. Les dires des participantes ont ensuite été organisés en deux thèmes pour faciliter l'analyse des données selon les objectifs de la recherche : les représentations de la maternité et les signes de fatigue physique et émotionnelle.[11,12] Puis, les écarts émergeants entre les attentes et la réalité des participantes vis-à-vis la maternité ont été identifiés et classifiés en fonction des similarités (les écarts communs) et des différences (les écarts distincts) entre les participantes. Enfin, les expressions de fatigue physique et émotionnelle ont été relevées dans le discours de chacune des participantes afin de permettre la comparaison de ces expressions aux scores obtenus à la complétion de l'Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EDPE) de Cox, Holden et Sagovsky (1987).

### *Caractéristiques des femmes rencontrées*

Au moment de l'enquête, les douze participantes sont âgées de 26 à 35 ans. À l'exception de l'une d'entre elles, toutes sont mariées. Quatre participantes vivent avec leur conjoint actuel et père de l'enfant depuis plus de 5 ans. Onze femmes sur douze ont un diplôme universitaire dont dix d'entre elles ont un emploi à temps plein et une des participantes ayant un diplôme collégial a aussi un emploi à temps plein. Une seule est sans emploi, bien que détentrice d'un diplôme universitaire de droit dans son pays africain d'origine où elle travaillait avant de venir au Canada. Pour six d'entre elles, le revenu du couple s'élève à plus de 100 000 \$ et varie plutôt entre 40 et 90 000\$ pour quatre des participantes, (deux n'ont pas répondu à la question). Dix grossesses sur douze étaient activement programmées. Deux participantes, inquiètes de ne pas devenir enceintes au moment choisi, ont consulté un gynécologue, aucune toutefois n'a eu recours à la procréation médicalement assistée. Dans les dix cas où la grossesse était programmée, il s'agit, aux dires des femmes (leur conjoint n'a pas été interrogé), d'un « projet parental » mis en branle à un moment précis du parcours respectif des deux partenaires. Après les études, les voyages, la carrière et la stabilité financière, ils n'attendaient plus qu'un enfant et s'y sont préparés, notamment en s'inscrivant à des cours prénataux. Plus de la moitié des femmes[8] ont rapporté vivre un partage équitable des tâches avant l'arrivée du bébé. Ces mêmes femmes croyaient que ce partage serait adapté et maintenu à l'arrivée du nouveau-né.

La réalisation des trois entrevues a été très bien accueillie par les participantes. Certaines se préparaient au rendez-vous et se réjouissaient de « parler entre adultes », comme plusieurs l'ont exprimé. Ce qui constitue sans doute un indice de la relative solitude dans laquelle elles vivent les premiers mois

de leur maternité. Il faut noter que la plupart d'entre elles sont venues vivre dans la région d'Ottawa en raison de leur travail, mais qu'elles n'y sont pas nées et leur famille est restée dans leur région d'origine. Parmi toutes les participantes, trois ne sont pas nées au Canada. Enfin, six couples n'étaient pas entourés de leurs familles au moment de la naissance.

Neuf des participantes avaient droit à un congé parental d'un an, ce qui est en liaison avec leur statut professionnel. Ce dernier aspect a échappé à notre vigilance lors de la phase préparatoire de l'enquête. Nous avions prévu réaliser trois rencontres avec chacune des participantes. Nous visions, lors de la troisième rencontre, à recueillir des données sur l'organisation de la vie familiale après le retour au travail de la mère, ce qui s'est révélé impraticable puisque la majorité des mères n'était pas de retour au travail à la troisième visite. D'autant que si plusieurs, avant la naissance, envisageaient de partager le congé parental avec le père, elles y renoncèrent par la suite ou réduisirent le temps dévolu au père en raison des difficultés rencontrées avec l'allaitement.

## **L'expérience des participantes**

### *La grossesse*

Les femmes rencontrées dans le cadre de cette étude sont des femmes de leur temps. Dès la première rencontre, elles expriment vouloir faire ce qu'il y a de mieux pour l'enfant qu'elles portent, puisqu'elles se sentent responsables de sa santé. Parmi les principaux changements et malaises physiques de la grossesse rapportés par les mères, toutes ont exprimé avoir vécu une plus grande fatigue que celle anticipée, surtout durant les trois premiers mois. Au niveau psychologique, la grossesse a semblé être un temps propice à la résurgence de conflits familiaux non résolus. Des manques affectifs ont été exprimés par certaines participantes. La relation de la gestante avec sa propre mère est reconsidérée au regard des prises de conscience et des nouvelles émotions que lui apporte l'expérience de la grossesse.

### *L'accouchement anticipé et l'accouchement vécu*

Pour les participantes, l'accouchement demeure une expérience méconnue et angoissante, même après avoir suivi des cours prénataux. Selon leurs dires, l'expérience physique de l'accouchement est démontrée et quelque peu expliquée dans les cours prénataux, mais la préparation psychologique est oubliée.

Catherine (les prénoms choisis sont fictifs) : « au cours prénatal, on nous a montré une vidéo sur dif-

férents types d'accouchements (...) moi j'ai trouvé ça (sourire) pas très beau...j'en ai parlé avec mon amie qui a trouvé ça complètement horrible(...)on ne comprend pas pourquoi on nous fait voir ce genre de vidéo. Ça nous fait peur ! »

Toutes les femmes de cette étude avaient choisi d'accoucher à l'hôpital et toutes souhaitaient donner naissance « naturellement », soit sans épidurale. L'unanimité semble indiquer que telle est la valorisation mise de l'avant. Elles étaient néanmoins conscientes de la douleur reliée à l'accouchement et ne trouvaient pas nécessaire de souffrir à tout prix, c'est pourquoi elles demeuraient ouvertes à l'option de l'épidurale. Au final, seulement trois ont accouché sans anesthésie, huit ont fini par recourir à l'épidurale et une a subi une césarienne après de longues heures de travail. Toutes ont trouvé l'accouchement beaucoup plus difficile et douloureux qu'elles ne l'avaient imaginé.

### *Le rôle de mère*

Au huitième mois de grossesse, l'arrivée du bébé et la transition à la maternité semblent difficiles à imaginer pour la majorité des participantes. Elles ont une vague idée des exigences liées aux soins du bébé et de ce que son arrivée va changer dans leur vie. Certaines craignent de ne pas être à la hauteur pour prendre soin de leur enfant parce que sans expérience ou presque avec les bébés.

À la deuxième rencontre, toutes insistent sur le fait que c'est exigeant de s'occuper d'un bébé. Alors que certaines craignaient trouver le temps long d'être à la maison, elles trouvent maintenant difficile de trouver du temps pour elles.

Martine : « C'est certain qu'au tout début, j'étais surprise de la quantité de temps que je passais à prendre soin de ce bébé là (...) au travail (cette participante est médecin de famille), je pouvais pas croire les femmes qui me disaient qu'elles n'avaient pas le temps de prendre leur douche. Là, je le sais ». Stéphanie: « Je me sens un petit peu (...) pas prisonnière mais (...) c'est que je ne peux pas le laisser ».

Hélène : « Oui, ben, ma vie tourne autour de l'allaitement (...) c'est sûr que changer des couches ce n'est pas extraordinaire (...) ».

Catherine : « Ça prend vraiment du temps (...) s'occuper d'un enfant (...) je trouve qu'il prend quand même beaucoup de place, j'ai l'impression d'avoir perdu un peu de ma liberté quelque part ».

Danielle : « La semaine passée j'étais tannée, pas tannée du bébé, mais tannée d'être à la maison... changer des couches, pis d'allaiter ».

Toutes sont unanimes sur le fait que ce n'est pas très intéressant un bébé durant les premiers mois. Plusieurs ont rapporté ne pas être devenues instantanément amoureuses de leur

enfant dès sa naissance.

Catherine : « J'avoue qu'au départ, c'est pas intéressant un bébé, ça prend de la place quand même. J'étais pas si attachée (...) c'est venu à partir de 4 mois (...) ».

Bénédicté : « Il ne souriait pas, j'avais pas de (...) j'attendais cet instinct maternel (...) c'est juste depuis les dernières trois semaines que vraiment je... je suis en amour ».

Véronique : « Des fois je me dis que c'est pour tout le temps ce bébé, ce n'est pas comme du baby-sitting, je me suis dit c'est vrai on est trois et c'est pour toujours! ».

### *La fatigue physique et émotionnelle*

À la visite du deuxième mois, elles sont nombreuses à se dire très fatiguées et à manquer de sommeil. La plupart des participantes présentaient des signes de fatigue physique et ont rapporté avoir vécu des moments difficiles dans la ou les dernières semaines. Pourtant, les résultats à l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg ne reflètent pas les dires de ces participantes. Rappelons que le score obtenu à la complétion de cette échelle devait permettre une évaluation de l'état émotif de la cliente dans la semaine précédant la visite.

Si Martine obtient un score de 1/30 qui indique un état de bien-être idyllique, elle déclare pourtant au cours de l'entretien :

Psychologiquement, ça m'a pris du temps à me remettre de l'accouchement. J'ai arrêté d'allaiter la semaine passée (soupir) il avait 7 semaines, ça n'avait pas de bon sens (...) j'avais pas de plaisir (...) il me semble que j'avais perdu confiance en moi (...) peut-être que je ne suis pas assez calme (...) je trouvais que j'étais pas compétente ».

Malgré son score de 7/30, Hélène dit :

J'ai eu les blues (...) j'étais comme dépassée par les événements (...) je n'arrivais pas à gérer toutes ces nouvelles émotions (...) je pleurais tout le temps pour rien, j'étais super émotive (...) je voyais mon bébé et je pleurais (...) j'étais parfois angoissée d'être seule avec bébé.

Catherine quant à elle, obtient un score de 4/30 ce qui ne l'empêche pas de constater :

Des fois c'est vrai que je me réveille le matin, je me dis bon ben, ça va continuer encore longtemps (...) l'allaiter et tout ça, le point de non retour (...) quand on réalise ça, ça fait un peu peur.

Chantal avec un score de 7/30 déclare :

J'ai eu les blues (...) pendant les premières semaines,

j'ai trouvé ça dur, j'avais la larme à l'œil tout le temps. Les deux premières semaines, j'étais épuisée, je déprimais, j'avais l'impression de ne pas être une bonne maman.

Évidemment, il faut noter que l'expression d'une importante fatigue physique et émotionnelle se concentre généralement dans les 10 à 15 jours suivant l'accouchement alors que la complétion de l'échelle s'est faite à la huitième semaine. Toutefois, il est tout de même important de rapporter que l'expression de leur vécu de nouvelle mère à la huitième semaine ne correspond pas aux résultats obtenus à l'échelle d'Édimbourg.

À la visite du sixième mois, les scores obtenus à l'échelle d'Édimbourg indiquent encore une santé physique et émotionnelle excellente. Stéphanie va parfaitement bien puisque son score est de zéro. Elle dit pourtant :

C'est lourd par moment (...) des fois j'aimerais ça avoir une pause, pis que lui prenne la relève (...).

Alors que Catherine (5/30) établit un bilan globalement positif, mais nuancé :

J'avais envie de savoir ce que c'était d'être mère, euh, d'être enceinte et tout ça. Bon, bien, je l'ai su là, puis, bon, je ne suis pas sûre de vouloir tout de suite recommencer quand même.

Cette incohérence entre les résultats obtenus à l'échelle d'Édimbourg et le discours des participantes révèle peut-être un certain malaise chez les nouvelles mères, à se donner le droit de reconnaître leur fatigue et leur détresse.

### *Changements anticipés et changements réels dans le couple*

Pour la plupart des participantes, les principaux changements anticipés à l'arrivée du nouveau-né se résument ainsi : Comme couple, nous serons certainement moins libre et spontané, nous aurons moins de temps pour nous deux, la priorité sera l'enfant, même si une participante a dit à plusieurs reprises lors de la première entrevue : « *on a pas envie que bébé prenne toute la place* ».

À la visite du deuxième et du sixième mois, certaines ont exprimé leurs frustrations vis-à-vis leur conjoint :

Stéphanie dit : « il arrive du travail souvent tard après souper (...) il se demande pourquoi j'ai pas fait le lavage (...) il ne réalise pas ce que ça représente de s'occuper d'un bébé ».

Quant à Hélène : « On dirait que sa vie à lui n'a pas vraiment changé ».

Toutes les participantes rapportent que leurs moments d'intimité sont limités.

Chantal précise même : « J'ai couché avec la petite au sous-sol pendant les 6 premières semaines pour qu'il puisse dormir ».

Avant la naissance de l'enfant, la majorité des participantes interrogées avait indiqué que leur conjoint partageait les tâches domestiques, surtout au niveau de la préparation des repas. Cependant, après l'arrivée du bébé, plusieurs femmes ont avoué prendre sur elles plus de tâches qu'auparavant et assumer la majeure partie de la charge mentale liée aux responsabilités familiales. En somme, le nouveau-né prend beaucoup de place, toutes les activités de la mère gravitent autour de lui. La solitude des mères se fait sentir pendant que le couple semble se retrouver en suspens.

### **L'allaitement : l'expérience la plus difficile dans la transition à la maternité**

Selon les données recueillies auprès des participantes de l'étude, c'est au niveau de l'allaitement que l'écart est le plus grand entre le vécu attendu et le vécu réel de l'expérience de la maternité. L'expérience de l'allaitement rapportée par les mères rencontrées est loin de l'idéal promu par l'OMS, l'UNICEF, relayés par Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et les diététistes du Canada.

Depuis plus de 30 ans, l'allaitement maternel fait l'objet d'une promotion institutionnalisée en matière de santé maternelle et infantile. Les organismes internationaux comme l'OMS et l'UNICEF et Santé Canada considèrent l'allaitement maternel comme la méthode optimale d'alimentation des nourrissons en raison de ses effets bénéfiques sur la croissance, l'immunité et leur développement cognitif.[21-23] L'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie et les diététistes du Canada recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois du nourrisson né à terme et en bonne santé, l'introduction d'aliments complémentaires ensuite tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à deux ans et plus.[22] Il est également mentionné que l'allaitement permet le développement et le maintien d'une « relation spéciale » ou « relation d'amour durable » avec son bébé.[24,25] Enfin, l'allaitement maternel est présenté comme faisant partie de l'« expérience complète » de la maternité puisqu'il est tenu pour avoir des effets bénéfiques sur la santé physique et psychologique des mères.[21-23]

### *Le choix d'allaiter*

Au 8<sup>e</sup> mois de grossesse, toutes les participantes de l'étude

étaient déterminées à allaiter leur enfant. Ce choix semblait naturel. Aux questions sur leurs motivations, elles répondaient, avec une belle unanimité, qu'on leur avait dit, aux cours prénataux, que « *c'est bon pour le bébé* ». Dès lors, deux futures mères exprimaient le sentiment d'avoir subi une certaine pression des professionnelles de la santé pour allaiter.

Selon Sandrine : « Je pense qu'on nous a assez rempli l'esprit que c'est la meilleure des choses (...) alors, c'est ce que je vais faire. »

Quant à Hélène, son dire est plus radical : « Il faut que je parle de la mafia de l'allaitement (...) je trouve que dans les cours prénataux, on a énormément de pression pour allaiter (...). »

La promotion de l'allaitement maternel et la participation aux cours prénataux les avait persuadées que pour « *être une bonne mère* », elles devaient allaiter leur enfant parce que c'est ce qu'il y a de mieux pour leur bébé.[26,27]

Selon les lignes directrices nationales de Santé Canada (2000), pendant la grossesse les professionnels de la santé doivent expliquer aux futures mères que :

L'allaitement et les préparations lactées pour nourrissons ne constituent pas des choix équivalents. Ils doivent s'assurer que les femmes et les conjoints connaissent les avantages de l'allaitement et les risques liés à l'utilisation de préparations pour nourrissons.[28]

Ainsi pour plusieurs femmes, la décision d'allaiter ne constitue pas un « véritable » choix ou une décision complètement « délibérée ». Car même si la majorité des femmes sont d'avis que « donner le sein est meilleur », [29] elles sentent néanmoins une pression sociale pour allaiter et croient qu'elles seront perçues comme une « mauvaise mère » si elles choisissent de nourrir leur bébé autrement.[29] Sans considération pour leur situation particulière, les futures mères sont donc contraintes de choisir l'allaitement pour se conformer aux attentes sociétales.[30]

### *La préparation à l'allaitement*

Pour la plupart des femmes y compris les participantes de la présente étude, la préparation à l'allaitement consistait à s'informer et à se documenter sur le sujet auprès des professionnels de la santé surtout dans le cadre des cours prénataux, mais aussi par des lectures et des discussions avec des amies ou des femmes qui ont déjà allaité.

Bénédictte raconte : « j'ai décidé de nourrir (...) ça m'inquiète un peu, je connais personne qui a allaité dans mon entourage (...) j'ai regardé la vidéo de Dr. Newman, pis j'ai lu le livre (...) je suis allée à une rencontre de la ligue La Lèche. »

Stéphanie semble moins convaincue : « allaiter c'est mon premier choix, par contre je ne me fais pas d'idée (...) étant donné mon historique (...) ma mère n'a jamais été capable d'allaiter. »

Hélène veut essayer : « je veux essayer, mais j'essaie de ne pas trop me mettre de pression parce que je trouve que dans les cours prénataux ils nous en mettent beaucoup (...) je vais faire ce que je peux (...) mais je ne sais pas vraiment à quoi m'attendre. »

Dans le matériel promotionnel, l'allaitement maternel est généralement associé à tout ce qu'il y a de plus facile et naturel et ce, en dépit des difficultés, souvent minimisées, auxquelles des solutions donnant toujours l'impression d'être très simples, sont apportées.

D'ailleurs, le thème choisi pour la semaine de mondiale de l'allaitement en 2010 est révélateur : « Seulement 10 petits pas! L'allaitement rendu facile ».[31] Depuis 2006, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec [32] publie chaque année dans des journaux locaux, un guide sur l'allaitement maternel dont le titre tout aussi éloquent est : « L'allaitement, c'est tout naturel ! »

Le fait d'associer l'allaitement à un geste naturel a pour effet de le délier d'un apprentissage. Ainsi, lorsque les femmes reçoivent le message que l'allaitement est naturel certaines croient qu'elles n'ont pas besoin d'apprendre à allaiter. Pourtant, même si toutes les femmes de notre étude étaient bien documentées, les premières semaines de l'allaitement ont exigé un apprentissage important et parfois difficile pour toutes les participantes.

### **L'apprentissage de l'allaitement durant les premiers jours de la période postnatale**

Afin de favoriser le succès de l'allaitement maternel, les lignes directrices nationales de Santé Canada [28] recommande d'adopter les mesures suivantes : Allaiter tôt, soit dans la première demi-heure après la naissance, encourager des tétées fréquentes sans restriction, et guidées par le bébé, réveiller le bébé somnolent au besoin, encourager la cohabitation mère enfant durant tout le séjour à l'hôpital, aider à trouver une position adéquate et à prendre le sein et favoriser l'allaitement exclusif. Les bébés nourris au sein ne devraient recevoir aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf si des conditions médicales l'exigent. Les sucettes et les tétines devraient être évitées surtout durant l'établissement de la lactation. Toutes ces mesures démontrent que l'on semble d'abord préoccupé par le bien-être du bébé plutôt que par celui de la mère.

Pour plusieurs, les débuts ont été difficiles, Sandrine : « le plus difficile c'était les premiers jours de

l'allaitement (...) ici, on essaie de nous mettre en boîte (...) y sont trop rigides dans leur façon de voir l'allaitement (...). »

Quant à Geneviève : « ça dépend des infirmières (...) elles ne disent pas toute la même chose (...). »

Et Chantal : « c'est qu'à l'hôpital à chaque trois heures, il te réveille pour allaiter la petite (...) pis y en a une autre qui arrive pour prendre ta pression (...) ça finit que t'a vraiment hâte de partir. »

Enfin Véronique : « j'ai trouvé que j'ai pas assez eu d'aide à l'hôpital (...) elle me le mettait au sein pis elle disait : c'est bien, c'est comme ça qu'il faut faire, pis elle partait tout de suite. »

Le séjour abrégé à l'hôpital des nouvelles mères influence grandement le succès de l'allaitement et le suivi. Il faut généralement compter jusqu'à quarante-huit heures pour que l'allaitement d'un nouveau-né en santé soit bien établi. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 48 heures pour presque toutes les participantes. Toutes les femmes ont trouvé leur séjour à l'hôpital peu reposant, parfois même stressant et avaient hâte de retourner dans la tranquillité de leur foyer. Leur court séjour à l'hôpital, le manque de personnel et/ou son indisponibilité n'ont pas permis aux participantes de bien démarrer l'allaitement.

### **L'expérience de l'allaitement telle que vécue par les participantes**

Toutes les participantes de l'étude ont allaité leur enfant et elles sont unanimes, même si certaines ont eu un accouchement laborieux et douloureux, à considérer que l'allaitement est l'épreuve la plus marquante dans la transition à la maternité. Cette épreuve se décompose en plusieurs sous-épreuves difficiles à surmonter. Il y a d'abord les malaises physiques et l'inconfort.

Écoutons Martine : « J'ai trouvé ça difficile (...) j'avais extrêmement mal aux mamelons après le boire ».

Hélène : « J'avais peur de la mettre au sein (...) j'avais mal aux mamelons (...). »

Danielle : « Le début était pas facile (...) ça faisait mal (...) mes seins coulaient beaucoup (...) je dormais avec une serviette autour de moi (...) c'était ridicule (...). »

Il y a ensuite la technique de l'allaitement qu'elles maîtrisent mal au début et qui atteint leur confiance dans leur capacité d'allaiter.

Ainsi Geneviève : « L'allaitement a été terriblement difficile (...) je suis revenue avec les attentes de l'hôpital qui étaient : il faut que ça soit 15 minutes d'allaitement par sein (...). Mon petit, il fait peut-être ça maintenant (à l'âge de deux mois), pis pas tout le temps, donc pour un bébé naissant, c'est vraiment

pas réaliste (...) la panique par rapport à ça était plus grande que nécessaire (...) ».

La même précise encore : « (...) quand tu allaites en football, tu ne vois pas la lèvre inférieure, la lèvre inférieure rentrait tout le temps, je pense que c'était ça mon plus gros problème, ça m'a pris du temps avant de réaliser ça (...) c'était souffrant en attendant ».

Quant à Chantal : « Au début, j'avais de la misère, elle ne prenait pas bien le sein. L'infirmière a été me chercher une tétérille. Des fois, ça marchait, des fois, ça ne marchait pas ».

D'autres s'inquiétaient pour le bébé qui avait une faible succion, buvait trop lentement ou s'endormait au sein. Ou encore qui consommait une quantité de lait trop faible à chaque tétée.

Ainsi Stéphanie : « J'avais l'impression que je n'avais pas assez de lait. On n'était pas sûr s'il faisait pipi ».

Et surtout Véronique : « Il a perdu 8 % de son poids. Là, ils m'ont dit : "vous savez, il faut lui donner un complément, parce que 8 %, c'est la phase critique, après 10 %, l'enfant est hospitalisé." Donc évidemment, j'ai commencé à pleurer, voilà, là, j'ai trouvé que (...) je n'ai pas été entourée à ce moment-là. On m'a fait peur. (...) et puis j'ai dû lui donner un biberon, ce que je ne voulais pas. Donc, ça fait un peu beaucoup, pis, après, j'ai trouvé que je n'ai pas bien été suivie, quoi (...) ».

L'allaitement est évidemment « chronophage ». Pour respecter et faire respecter les normes de l'OMS et de l'UNICEF (1990), à l'hôpital, une infirmière doit enjoindre la nouvelle accouchée de commencer à allaiter dans la première demi-heure qui suit la naissance, d'encourager des tétées fréquentes sans restriction et sur demande.

Écoutons une autre fois Geneviève : « La quantité de temps qu'on passe à allaiter dans une journée ! Au début, je passais peut-être 14 heures de ma journée à allaiter. C'est fou, là. Je n'ai pas le temps de manger, j'ai pas le temps d'aller à la salle de bain, j'ai pas le temps de me laver une pomme, j'ai le temps de rien, rien, rien. Ça c'était un choc ».

Chantal n'est pas mieux lotie : « J'ai trouvé ça extrêmement difficile dans le sens que ça lui prenait à peu près une heure à boire. Il fallait que je le nourrisse aux heures ».

Quant à Bénédicte : « Les boires sont très rapprochés, aux 2 heures, parfois même aux heures. (...) Ça n'a pas de sens. J'étais frustrée. J'ai commencé la bouteille avec mon lait à 4 mois (...) j'ai pu sortir un peu ».

Danielle a tranché un peu plus tôt : « Il mangeait beaucoup (...) ça n'arrêterait pas. Il y a des jours où je l'avais au sein tout le temps (...). Là, cette semaine, (à huit semaine de vie) j'ai décidé d'introduire de la formule (...) pour avoir un plus de liberté ».

Une participante exprime même l'impression d'être

réduite à être un biberon. Comme le dit Stéphanie : « je me sens prisonnière ».

Le « choc de l'allaitement » à l'hôpital et surtout lors du retour à la maison quelques heures plus tard est important. Les participantes n'étaient pas préparées à ce qui leur arrivait, bien qu'elles aient suivi des cours prénataux. D'ailleurs, aucune des participantes ne fait référence aux cours prénataux comme source valable de préparation à l'allaitement. En termes de préparation, certaines participantes avaient fait des lectures et/ou regardé une vidéo à propos de l'allaitement, d'autres avaient assisté à une rencontre de la Ligue La Lèche. Lors de la première rencontre, au 8<sup>e</sup> mois de la grossesse, elles paraissaient plus angoissées par l'accouchement proche que par l'allaitement. Si plusieurs se disaient un peu inquiètes : « on n'a pas de modèles » c'est que d'une part, elles n'ont pas eu la chance de voir, dans leur entourage, des mères allaiter leur enfant et que d'autre part seulement 2 % de leurs mères, dans les années 1970, ont choisi l'allaitement maternel.[33]

Stéphanie : « J'ai surtout lu (...) je connais personne autour de moi qui a allaité. Je suis confiante. Ce n'est pas quelque chose qui m'angoisse (...) c'est quelque chose de beau. Je trouve ça beau ».

Quant à Véronique, elle souhaitait faire d'une pierre deux coups : « Je veux allaiter parce que c'est bon pour le bébé et (...) ça va me faire perdre du poids ».

Face au « choc » de l'allaitement, plusieurs participantes ont tenté d'obtenir des conseils et de l'aide auprès de « spécialistes de l'allaitement ». Le jugement d'Hélène est sans doute le plus sévère, parce qu'il exprime d'un seul tenant ce que d'autres rapportent par bribes. Lisons le :

Quand j'allais voir les consultantes en allaitement, des fois, elles nous aident, mais des fois elles nous font énormément de pression pour qu'on continue, pour qu'on pousse, je n'ai pas l'impression d'être tout le temps soutenue dans mon choix, mettons d'arrêter. Je trouve que ça manque un peu, beaucoup d'ouverture. L'allaitement mixte est mal vu (...).

Hélène poursuit en reprenant un terme qu'elle a déjà utilisé à la rencontre précédente :

Il faut que je parle de mafia de l'allaitement (...) on a énormément de pression pour ne pas lâcher (...) pis, même des fois, ma marraine d'allaitement disait : " Tu ferais tellement une bonne marraine d'allaitement !" Mais moi je ne veux rien savoir de ça !

Quatre participantes ont cessé l'allaitement avant les 6 mois prescrits. Les unes l'attribuent à un manque de capacité de leur part.

Ainsi Stéphanie : « Je pense que c'est juste moi là-dedans : le fait que je ne produisais pas assez de lait. J'ai cessé de l'allaiter à deux mois et demi. »

D'autres ont le sentiment de ne s'être pas acquittées de leur devoir.

Ainsi Martine : « Je suis contente d'avoir allaité jusqu'à 6 semaines (...) j'étais tellement convaincue et je voulais tellement le faire (...) Je n'étais tout simplement pas capable d'arrêter avant. Je le faisais par obligation (...) Je ne pouvais pas me permettre de ne pas allaiter (...) j'ai l'impression d'avoir échoué ».

## Les effets pervers de l'écart entre le vécu attendu et le vécu réel de la maternité

Donner naissance est un événement marquant dans la vie d'une femme. C'est une expérience corporelle et émotive intense dont elle se souviendra toute sa vie. Dans le milieu de la santé, on oublie trop souvent qu'accoucher est d'abord un événement personnel et intime avant d'être un événement médical. Les participantes de l'étude se sont dites bien informées sur la physiologie de l'accouchement mais insuffisamment préparées, psychologiquement. La plupart ont révélé avoir été anxieuses, ne sachant pas comment réagir et composer avec la douleur au moment de l'accouchement. L'anxiété affecte souvent et de façon négative le déroulement du travail et de l'accouchement, l'expérience médicale l'emporte alors sur l'expérience intime. Les témoignages des participantes sur l'expérience de l'accouchement soulèvent le besoin d'une meilleure préparation aux émotions de la mise au monde au moment de donner naissance.

Aucune des participantes de l'étude n'avait imaginé qu'il soit si exigeant et épuisant de s'occuper d'un nouveau-né, ni à quel point son arrivée allait changer sa vie. Face à un tel constat, les mères se retrouvent confrontées à une impasse : soit elles ont le sentiment d'avoir été dupées par rapport à tout ce qu'on leur avait fait miroiter sur la maternité et qu'elles ne peuvent réaliser, soit elles ne se sentent pas à la hauteur de leur nouveau rôle. Dans un cas comme dans l'autre, cette impasse entraîne une fatigue psychologique que plusieurs femmes tenteront de surmonter pendant longtemps, trop longtemps. La maternité est devenue une obligation de compétence et de performance. Trop de femmes se donnent à leurs enfants au détriment de leur santé.[16] De plus, encore aujourd'hui, les mères continuent non seulement de porter leurs enfants, mais continuent également d'en porter quotidiennement, la « charge » mentale, bien plus largement que les pères. Les mères se sentent écartelées, divisées, épuisées et culpabilisées. Dans le monde du travail, on fait comme si les femmes n'étaient pas aussi des mères, et partout ailleurs on fait comme si les mères n'étaient plus des femmes. Les femmes réclament l'espace, le temps et les mesures sociales pour vivre positivement et de façon équilibrée leur double inscription dans le privé et dans le social.[15] Il faut secouer

l'institution de la maternité et exiger une organisation sociale plus humaine, une harmonisation des rythmes professionnels et personnels et un allègement des stéréotypes masculins et féminins.

Parmi les données recueillies à l'issue des entretiens qui se sont échelonnés sur sept mois pour chacune des participantes, l'allaitement semble constituer l'expérience la plus dévastatrice dans l'apprentissage de la maternité. Aujourd'hui, l'allaitement est considéré comme un droit de l'enfant, la mère n'a donc pas son mot à dire. D'ailleurs les hôpitaux qui prônent l'allaitement sont « amis des bébés » pas forcément « amis des mamans ». Pour reprendre ici les mots d'Yvonne Knibiehler : « La grossesse et plus encore l'allaitement constituent des moments privilégiés de moralisation ».[14] Contrairement à la grossesse, l'allaitement n'est pas obligatoire pour la mère en devenir, ce qui déstabilise la société qui compense par une pression encore plus forte.

L'allaitement en soi n'est pas à critiquer, ses bienfaits sont incontestables tant pour l'enfant que pour la mère. Ce qu'il faut critiquer ce sont les pressions, les injonctions et les normes qui sont imposées aux femmes et qui les culpabilisent. Les femmes méritent de pouvoir accéder à des informations nuancées, objectives et non culpabilisantes afin de décider si elles allaiteront ou pas, de la même manière qu'elles peuvent aujourd'hui décider si elles ont ou non des enfants.

Selon Penny Van Esterik, Américaine féministe et militante de l'allaitement, les groupes féministes devraient intégrer l'allaitement dans leurs luttes pour plusieurs raisons : l'allaitement suppose des changements sociaux structurels qui amélioreraient la condition des femmes; l'allaitement affirme le pouvoir de contrôle de la femme sur son propre corps et questionne le pouvoir médical; l'allaitement s'oppose à la perception du sein comme étant d'abord un objet sexuel; l'allaitement exige de redéfinir le travail des femmes en tenant compte à la fois de leurs activités productives et reproductives d'une façon plus réaliste; enfin, l'allaitement encourage la solidarité féminine et la coopération entre les femmes d'ici et d'ailleurs.[34]

En conclusion, les témoignages des femmes interrogées dans cette étude révèlent que l'expérience intime de l'accouchement est troublante, que les exigences liées aux soins du nouveau-né sont sous-estimées et que l'expérience de l'allaitement est culpabilisante. Les témoignages des participantes de cette étude nous forcent à reconnaître que l'entrée en maternité est socialement et médicalement encadrée au détriment du bien-être de la femme dans cette expérience si personnelle et intime.

## Références

1. Guéritault V. La fatigue émotionnelle et physique des mères. Le burn-out maternel. Paris: Éditions Odile Jacob; 2004.
2. Choi P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything : performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2005;23(2):167-80.
3. Mauthner NS. *The darkest days of my life : stories of postpartum depression* Cambridge: Harvard University Press; 2002.
4. Ville d'Ottawa. Sondage sur les soins aux nourrissons 2005. Ottawa: Préparé par: Santé publique Ottawa; Décembre 2006.
5. Cox JL, Holden J. *Perinatal mental Health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS ed)* London : Gaskell; 2003.
6. Ross L.E. Dennis C.L. Robertson Blackmore E. Stewart D.E. *Postpartum Depression. A Guide for Front-line Health Social Service Providers*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health publication, 2005.
7. Cox JL, Holden J. *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994.
8. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* avril 1990; 8 (2) : 99-107.
9. Matthey S. Barnett B.E. Elliott A. Vietnamese and Arabic women's responses to the Diagnostic Interview Schedule (depression) and self-report questionnaires: cause for concern. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:360-9.
10. Agence de la santé publique du Canada. La dépression pendant la grossesse. Disponible sur: [www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/preg\\_dep-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/preg_dep-fra.php). Consulté le 26 octobre 2010.
11. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France 2009.
12. Bertaux D. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin, 2<sup>ème</sup> édition 2005.
13. Jodelet D. (dir) *Les représentations sociales*. Paris, PUF 1989.
14. Knibiehler Y. (dir) *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Préface de Françoise Héritier. Paris, Bayard 2001.

15. Descarries F. Corbeil C. (dir) Espaces et temps de la maternité. Les éditions du remue-ménage. Montréal 2002.
16. Warner J. Mères au bord de la crise de nerfs. La maternité à l'ère de la performance. Albin Michel 2006.
17. Maushart S. The mask of motherhood : How becoming a mother changes everything and why we pretend it doesn't. The New Press. New York, NY 1999.
18. Douglas s. Michaels M. The mommy myth. : The idealization of motherhood and how it has undermined women. Free Press. New York, NY 2004.
19. Horwitz E. Long B.C. Mothering and stress discourses. A Deconstruction of the Interrelationship of Discourses on Mothering and Stress. Dans A. O'Reilly, M. Porter & P.Short. Motherhood. Power & Oppression. Women's Press Toronto 2005 Chapitre six : 97-110.
20. Badinter E. Le confit, la femme et la mère. Flammarion 2010.
21. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Énoncé de position commun. Énoncé commun sur l'allaitement maternel 2008. Disponible sur <http://www.cna-aiic.ca>. Consulté le 30 octobre 2010.
22. Kramer M. Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding : a systematic review. Advances in Experimental Medicine and Biology 2004. 554 : 63-77.
23. OMS/UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève Suisse 2003.
24. Agence de la santé publique du Canada. 10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé. L'allaitement est la meilleure solution pour vous et votre bébé 2009. ISBN :978-0-662-06835-8. Disponible sur : [www.santepublique.gc.ca/allaitement](http://www.santepublique.gc.ca/allaitement). Consulté le 30 octobre 2010.
25. Aglukkaq Leona. Message de Leona Aglukkaq, ministre de la Santé- Santé Canada durant la Semaine mondiale de l'allaitement maternel du 1er au 7 octobre 2009. Disponible sur : [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/messages/\\_2009/2009](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/messages/_2009/2009). Consulté le 26 octobre 2010.
26. Murphy E. Breast is best : Infant feeding decisions and maternal deviance. Sociology of Health and Illness 1999; 21(2):187-208.
27. Schmied V. Sheenan A. Barclay L. Contemporary breastfeeding policy and practice : Implications for midwives 2001, Midwifery 17 : 44-54.
28. Santé Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales 2000, 4e édition. Division de l'enfance et de la jeunesse.
29. Santé Canada. Étude sur les attitudes par rapport à l'allaitement maternel : sommaire exécutif, préparé par Anita Pollak pour l'unité de la santé de la famille et de l'enfance 1995a, Ottawa, Ontario.
30. Nathoo T. Ostry A. The One Best Way ? Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada 2009, Wilfrid Laurier University Press. Waterloo, Ontario, Canada.
31. WABA-World Alliance for Breastfeeding Action. Protects, Promotes and Supports Breastfeeding Worldwide 2010. Disponible sur [www.waba.org.my](http://www.waba.org.my). Consulté le 28 octobre 2010.
32. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). L'allaitement, c'est tout naturel ! 2006, Disponible sur [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php). Consulté le 30 octobre 2010.
33. Myres A.W. A retrospective look at infant feeding practices in Canada : 1965-1978. Journal of the Canadian Dietetic Association 1979a, 40 (3) : 200-211.
34. Grégoire L. Poussart M-A. Près du cœur. Témoignages et réflexions sur l'allaitement 2008, Les éditions du remue-ménage. Montréal.

#### Remerciements

*Cette étude a été réalisée grâce à une subvention du Programme d'initiatives de recherche collaborative interfacultaire de l'Université d'Ottawa.*

*Pour contacter l'auteur:*

*Denise Moreau, inf., Ph.D.*

*Professeure adjointe*

*Université d'Ottawa*

*Faculté des sciences de la santé*

*Écoles des sciences infirmières*

*451 chemin Smyth pièce 3235B*

*Ottawa, Ontario, K1H 8M5*

*Canada*

*Courriel: [dmoreau@uottawa.ca](mailto:dmoreau@uottawa.ca)*