

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Rapport de recherche

Chercheuses principales

Sonia Semenic, Université McGill et CUSM
Danielle Groleau, Université McGill et Hôpital Général Juif – IRMLD

Cochercheuses

Charo Rodríguez, Université McGill
Katherine Gray-Donald, Université McGill
Linda Bell, Université de Sherbrooke

Collaboratrices

Laura Haiek, Université McGill et MSSS
Lindiwe Sibeko, Université McGill

Autres membres de l'équipe

Julie Lauzière, coordonnatrice de recherche principale
Ménaïque Légaré-Dionne, coordonnatrice terrain
Maria Carolina Agnolon, étudiante graduée, Université de Montréal
Luisa Molino, étudiante graduée, Université McGill
Alessandra Miklavcic, professionnelle de recherche, Université McGill

Établissement gestionnaire de la subvention

Université McGill

Numéro du projet de recherche

2009-AM-132497

Titre de l'Action concertée

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel

Partenaires de l'Action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE A. CONTEXTE DE LA RECHERCHE	3
PARTIE B. PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX	8
Pistes d'action découlant de l'Étude #1.....	8
Pistes d'action découlant de l'Étude #2.....	10
Éléments complémentaires découlant de la recension des politiques en matière d'allaitement.....	15
PARTIE C. MÉTHODOLOGIE	17
PARTIE D. RÉSULTATS	19
Émergence, élaboration et mise en œuvre des LD.....	19
Barrières et facilitateurs à la mise en œuvre de l'IAB.....	21
Expériences maternelles des services de promotion et de soutien à l'allaitement en lien avec le niveau d'implantation de l'IAB	24
PARTIE E. CONTRIBUTION EN TERMES D'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES ET PISTES DE RECHERCHE	27
PARTIE F. RÉFÉRENCES.....	29

Annexes au rapport de recherche

ÉQUIPE DE RECHERCHE.....	32
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET AUTRES FORMES ABRÉGÉES, ET DÉFINITIONS.....	33
ANNEXE 1. ÉNONCÉ DES <i>DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</i> ET RÉSUMÉ DU <i>CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL</i>	35
ANNEXE 2. ÉTUDE #1 – ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET PRINCIPAUX RÉSULTATS	37
ANNEXE 3. ÉTUDE #2 – ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET PRINCIPAUX RÉSULTATS	53
ANNEXE 4. RECENSION DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES SPÉCIFIQUES À L'ALLAITEMENT AU CANADA ET DANS D'AUTRES PAYS INDUSTRIALISÉS.....	69

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

L'allaitement maternel est reconnu comme le mode d'alimentation optimal pour les nourrissons et les jeunes enfants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois ainsi que sa poursuite, avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (OMS, 2003). Au cours des 15 dernières années, le Québec a fait des progrès remarquables vers son objectif d'augmenter les taux d'allaitement en vue de créer une culture d'allaitement dans toute la province. Depuis l'instauration de l'allaitement comme priorité nationale de santé publique en 1997 (MSSS, 1997), le taux d'amorce de l'allaitement a augmenté radicalement au Québec, passant de 60 % à la naissance (Santé Canada *et al.*, 1999), soit le plus bas taux de toutes les provinces canadiennes, à 85 % à la sortie des services de maternité (Neill *et al.*, 2006). Le Québec a d'ailleurs été la province qui a connu la plus forte croissance du taux d'amorce de l'allaitement pendant cette période au Canada (ASPC, 2008). Depuis, la progression du taux d'amorce de l'allaitement semble s'être stabilisée alors que le taux d'allaitement exclusif à 6 mois aurait continué à progresser (Lavoie & Dumitru, 2011; Statistique Canada, 2011). Ces statistiques reflètent la contribution de l'action concertée des partenaires du réseau de la santé dans le dossier allaitement, qui s'est produite au Québec depuis le lancement de la politique intitulée *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices* (LD) (MSSS, 2001). Le Québec est d'ailleurs la première province canadienne à s'être dotée d'une politique d'allaitement et à lancer un programme sur l'allaitement à l'échelle provinciale. Les plus récentes statistiques provinciales montrent que les objectifs du MSSS pour 2007 (MSSS, 2001) ont été atteints pour ce qui est du taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital (85 %), et pratiquement atteints quant à la durée totale de l'allaitement, avec des taux de 67 %, 56 % et 47 % à deux, quatre et six mois (Neill *et al.*, 2006). Cependant, malgré les progrès réalisés, les objectifs de 2007 établis pour l'allaitement

exclusif ont été loin d'être atteints, avec des taux de 52 % à la sortie des services de maternité et de 3 % à six mois (Neill *et al.*, 2006).

Dans leur rapport, Neill et collaborateurs (2006) signalent des disparités régionales marquées dans la pratique de l'allaitement, passant par exemple d'un faible 61 % pour l'amorce de l'allaitement sur la Côte-Nord à un fort 90 % en Montérégie, indiquant ainsi la présence de facteurs sociaux de même que d'autres facteurs contextuels qui influencent la portée de l'implantation des LD dans la province. Puisque plus de femmes au Québec choisissent maintenant d'allaiter, il est nécessaire de comprendre les processus sociaux et les pratiques institutionnelles qui peuvent aider à expliquer la portée des politiques passées et actuelles en matière d'allaitement au Québec.

En 1991-1992, l'UNICEF et l'OMS ont lancé l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB)^a qui repose sur la mise en œuvre des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (*Dix conditions*) et le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (*Code*) (WHO & UNICEF, 2009; voir l'annexe 1). Les retombées des pratiques promues par l'IAB sur l'allaitement incluent une augmentation des taux d'allaitement, autant en ce qui a trait à son amorce, à sa durée et à son exclusivité (Kramer *et al.*, 2001; Merten *et al.*, 2005; Venancio *et al.*, 2011). Par conséquent, l'agrément *Amis des bébés* est devenu une norme étalon internationale dans les services de maternité (Saadeh & Casanovas, 2009). Les LD ont permis de focaliser sur une mise en œuvre étendue de l'IAB, comme principale stratégie retenue pour accroître les taux d'allaitement au Québec^b, et de fixer comme objectif intermédiaire l'obtention de 20 hôpitaux et de 40 CLSC reconnus *Amis des bébés* d'ici 2007 (MSSS, 2001). Bien que le nombre actuel d'établissements *Amis des bébés* dans la province soit bien inférieur à cet objectif, le Québec est reconnu comme un chef de file canadien dans la mise en œuvre de l'IAB. En effet, il compte le premier hôpital et la

^a Au Canada, l'IHAB est connue sous le nom d'*Initiative des amis des bébés* (IAB).

^b Trois autres stratégies ont été retenues dans les LD, à savoir l'organisation du soutien à l'allaitement, le suivi et l'évaluation, et le pouvoir d'influence.

première maison de naissance certifiés au Canada (Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, en 1999; Maison de naissance Mimosa, en 2005) et le premier centre de santé communautaire *Ami des bébés* en Amérique du Nord (CLSC Argenteuil, en 2004). Au 13 janvier 2012, 27 établissements québécois étaient certifiés *Amis des bébés* et plusieurs autres étaient en voie de le devenir (MSSS, 2011a). En revanche, il n'y avait que 15 établissements *Amis des bébés* ailleurs au Canada (BCC, 2012). Bien qu'à l'échelle internationale plus de 20 000 établissements de soins de santé dans 156 pays aient été certifiés (WHO & UNICEF, 2009), la mise en œuvre de l'IAB varie de façon importante d'un pays à l'autre, mais aussi d'une région à l'autre (WABA, 2011). Le Québec présente également des différences géographiques importantes dans l'adoption de l'IAB (MSSS, 2011b); la majorité des établissements *Amis des bébés* étant regroupés dans les régions de la Montérégie, de Montréal et des Laurentides (MSSS, 2011a).

Le présent projet de recherche a été conçu en réponse à un appel de propositions fait par le FQRSC, en partenariat avec le MSSS, dans le cadre de l'Action concertée intitulée *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel*. Notre équipe de recherche a mis sur pied un comité consultatif réunissant des représentantes des principaux groupes du milieu de l'allaitement au Québec afin de nous aider à prioriser nos questions de recherche. Le comité consultatif a dès lors exprimé trois principales préoccupations relatives à la mise en œuvre des LD, à savoir : 1) l'utilité des divers comités ministériels engagés dans l'élaboration et l'implantation des LD; 2) la fluctuation marquée des niveaux d'implantation de l'IAB dans différentes régions et établissements du Québec; et 3) les répercussions potentiellement nuisibles d'une promotion^c intense de l'allaitement en l'absence de services de santé et de soutien socioculturel adéquats pour aider les mères qui allaitent ainsi que leur famille. Afin de tenir compte des préoccupations du MSSS et celles de

^c Dans le cadre du projet, nous avons utilisé les définitions proposées par le MSSS (2001) pour les termes promotion, soutien et protection de l'allaitement (voir en annexe, p. 34).

notre comité consultatif, nous avons décidé de mener une évaluation de processus des LD plutôt qu'une évaluation des effets ou de l'impact des LD. Étant donné le nombre de nos questions de recherche, nous avons réalisé deux études parallèles identifiées dans le présent document par Étude #1 et Étude #2.

Les objectifs poursuivis par ce projet et les questions de recherche associées sont :

Étude #1

Objectif 1. Décrire et analyser l'action concertée des comités pour l'allaitement au Québec. 1) Comment les LD ont été élaborées et déployées dans le temps ? 2) Qui sont les acteurs^d et les événements clés qui ont influencé la formulation et la mise en œuvre initiale de cette politique ? 3) Comment les différentes structures de concertation en allaitement mises sur pied au niveau provincial ont contribué à travers leurs décisions et leurs actions à l'implantation des LD ?

Étude #2

Objectif 2. Déterminer les processus sociaux influençant la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (IAB). 1) Quels sont les processus sociaux (p. ex., culturels, organisationnels, politiques) qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de l'IAB au niveau local ? 2) Comment l'influence de ces processus sociaux diffère-t-elle selon le contexte (p. ex., selon le type et la grandeur d'un établissement de santé) ?

Objectif 3. Explorer les expériences des mères quant aux activités de promotion de l'allaitement. 1) Quelles sont les perceptions et les expériences des mères à l'égard des activités de promotion de l'allaitement déployées par les fournisseurs de soins, les hôpitaux, les CLSC et les services de santé communautaire ? 2) Au besoin, quelles mesures pourraient être mises en place pour empêcher la survenue de perceptions négatives associées aux activités de promotion de l'allaitement ?

^d Bien que la majorité des personnes œuvrant dans le domaine de la périnatalité soient des femmes, le genre masculin, utilisé pour alléger le texte, désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Objectif 4. Étudier les expériences maternelles relatives au soutien à l’allaitement.

1) Quelles sont les expériences des mères relatives aux services de soutien postnatal en matière d’allaitement et à leur accessibilité lorsque desservies par l’hôpital, le CLSC et les services de santé communautaire ? 2) Ces services répondent-ils adéquatement aux besoins des mères allaitantes ?

Il importe de souligner que les deux études composant cette Action concertée portaient essentiellement sur le palier national (Étude #1) et le palier local (Étude #2) du système de santé, ce qui nous a amené à toucher le palier régional uniquement de manière indirecte. Le lecteur est également invité à se rapporter au cadre temporel à l’intérieur duquel ces études ont été menées (voir la partie C), puisqu’il est attendu que le contexte ait évolué depuis la fin de la collecte des données.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX

Les pistes de solution et d'action issues du présent projet concernent tous les partenaires du dossier allaitement au niveau national, régional et local, y compris la population à laquelle les LD s'adressent, c'est-à-dire les nouvelles mères et leur famille. Les pistes d'action incontournables touchent la prise de décision partagée à tous les niveaux (national, régional et local) de même que l'allocation des ressources, le leadership et le pouvoir d'influence, la formation des professionnels et des intervenants de la santé, la continuité des services et l'accessibilité au soutien.

Pistes d'action découlant de l'Étude #1

Gestion du dossier allaitement. Un premier constat découlant de l'Étude #1^e est que, malgré la complexité du domaine institutionnel en question, tous les acteurs concernés par l'allaitement dans la province visent l'attente du **même but**, soit de créer une culture d'allaitement dans la province. Ceci n'est pas une mince affaire puisque le domaine de la santé est réputé pour sa complexité et l'existence de groupes d'acteurs puissants ayant des intérêts divers. Un deuxième constat veut que la collaboration soit **possible** entre les acteurs du domaine – y compris, mais sans s'y limiter, le MSSS, les gestionnaires d'établissements et les intervenants de la santé –, la preuve étant la formulation consensuelle des LD elles-mêmes. Qui plus est, une fois la politique déjà élaborée et publiée, les rapports entre le MSSS et les autres acteurs en cause, en ce qui a trait à sa mise en œuvre, ont été caractérisés, dans un premier temps, par le dialogue et la collaboration (annexe 2). Plusieurs structures de gouvernance pour l'implantation des LD ont été mises sur pied, témoignant ainsi d'un véritable partenariat entre tous ces acteurs. Le domaine de la santé étant fortement institutionnalisé, nous avons néanmoins noté la détérioration progressive des relations entre les acteurs concernés par l'allaitement pendant la période

^e En référence à l'objectif 1 du projet.

examinée. Ces relations sont devenues au fil du temps moins coopératives, voir conflictuelles, et ce, dû à la difficulté des deux parties en conflit, à savoir le MSSS et les autres acteurs, de comprendre leurs logiques d'action respectives en vue du soutien continu à la politique (annexe 2). De ces constats découlent les pistes d'action suivantes :

PISTES D'ACTION DÉCOULANT DE L'ÉTUDE #1	PALIERS CONCERNÉS*
Gestion du dossier allaitement	
<p>Recréer un terrain d'entente entre tous les acteurs en allaitement au Québec.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître que tous les acteurs concernés visent l'atteinte d'un même but, soit la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement, et que, par conséquent, leur intérêt ultime est partagé. ▪ Maintenir les LD comme document de base et d'orientation des actions à entreprendre, puisqu'elles sont le résultat d'un consensus entre professionnels, gestionnaires et décideurs politiques à l'égard de la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement au Québec. ▪ Considérer toutes les stratégies proposées à l'intérieur des LD dans le prochain Programme national de santé publique (PNSP). ▪ Le moment venu, réviser les LD en partenariat avec toutes les parties prenantes, en tenant compte notamment des résultats de la présente évaluation, des nouveaux enjeux du domaine de l'allaitement de même que des politiques, des stratégies et des initiatives existant à l'intérieur du Québec et ailleurs dans le monde. 	National
<p>Reconfigurer les structures de gouvernance en vue d'un partage plus efficace du pouvoir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En tenant compte de la complémentarité des sources de pouvoir des différents partenaires, mettre sur pied une structure de gouvernance permettant la prise de décision partagée entre tous les acteurs, en s'inspirant des rôles, des fonctions et des modes d'action du Comité québécois en allaitement (CQA) à ses débuts. ▪ Sur la base de la reconnaissance que les approches <i>top-down</i> (bureaucratie) et <i>down-top</i> sont toutes les deux nécessaires, privilégier la négociation et prise de décision partagée. ▪ Rassembler le plus large éventail possible d'acteurs concernés par l'allaitement au Québec et les inviter à intégrer la structure de gouvernance mise sur pied, et ce, au-delà des décideurs politiques, des gestionnaires et des professionnels de la santé; cette mesure renvoie notamment aux groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement (GOESA) et aux mères. ▪ Identifier et intégrer dans la structure de gouvernance des individus (leadeurs) qui, au-delà du poste qu'ils occupent, disposent d'une grande crédibilité et de la légitimité discursive leur permettant de parler au nom des autres acteurs du domaine. 	National

Pistes d'action découlant de l'Étude #1 – suite	Paliers*
<p>Redéfinir les mécanismes destinés à la mise en œuvre efficace des LD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître et soutenir le rôle de leadership de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM) en tant que mécanisme de concertation provinciale et de soutien indirect aux établissements de santé et aux GOESA (ce soutien étant offert par l'intermédiaire des répondantes régionales en allaitement et non directement par la TNRAM). Pour ce faire, et en plus de l'adoption d'une modalité de gestion participative: <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser le renforcement des capacités (<i>capacity building</i>) des membres de la TNRAM à travers l'adoption de mesures telles que le transfert fluide de l'information, l'assistance technique et la formation continue. ○ Instaurer des mécanismes de surveillance et d'évaluation continue de la qualité et de l'impact des mesures adoptées. 	<p>National, Régional</p>

* Les paliers correspondent aux différents niveaux de gestion dans le réseau de santé québécois: *National* : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); *Régional* : les agences de la santé et de services sociaux (Agences).

Pistes d'action découlant de l'Étude #2

Les résultats de l'Étude 2^f suggèrent que l'IAB, en tant que norme d'excellence promue dans les LD, est un programme utile pour soutenir les pratiques d'allaitement. Les attentes du MSSS relatives à la progression des établissements vers l'agrément IAB sont perçues comme un facteur de motivation important pour les établissements de santé à poursuivre leurs efforts afin de mettre en œuvre les pratiques promues par l'IAB, tout en gardant à l'esprit le bien-être des mères et l'importance de répondre à leurs besoins. Ce qui suit résume les principales pistes d'action que nous proposons pour surmonter les obstacles liés à la mise en œuvre de l'IAB et pour optimiser les services de promotion et de soutien pour les mères et leur famille. Des préoccupations ont été exprimées à l'effet que, pour être efficace et éviter les effets délétères sur les intervenants et les mères, la politique des LD doit aller de pair avec des fonds et des ressources adéquates pour soutenir les femmes dans leur décision d'amorcer et de poursuivre l'allaitement.

^f En référence aux objectifs 2, 3 et 4 du projet.

PISTES D'ACTION DÉCOULANT DE L'ÉTUDE #2	PALIERS CONCERNÉS*
<p>Allocation des ressources</p> <p>Assurer un financement adéquat et durable pour soutenir à la fois la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements de santé, et les services de soutien offerts par les GOESA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la réalisation d'une analyse coûts-bénéfices de l'implantation de la politique des LD pour le système de santé au Québec. <i>Étant donné que les besoins en ressources varient selon les établissements (p. ex., nombre de leadeurs à dégager, ressources financières disponibles, proportion du personnel à former en allaitement), il serait utile et pertinent de réaliser une évaluation des ressources requises à la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements de santé québécois.</i> ▪ Financer la formation des professionnels et des intervenants de la santé responsables de la promotion et du soutien à l'allaitement dans les établissements, puisqu'il s'agit d'une composante incontournable de la mise en œuvre de l'IAB. ▪ Fournir aux établissements et aux services concernés les ressources requises et une dotation en personnel adéquate pour assurer la mise en œuvre de l'IAB (p. ex., libérer le temps des porteurs de dossier). <i>Il est attendu que les ressources nécessaires varieront d'un établissement à l'autre, notamment en fonction de leur mission, de leur taille, de leur territoire et de leur clientèle.</i> ▪ Continuer de soutenir les établissements qui sont déjà certifiés <i>Amis des bébés</i>, en s'assurant qu'ils ont accès aux ressources leur permettant de maintenir leurs acquis et leur agrément. <i>Les défis auxquels les établissements Amis des bébés font face incluent la pénurie de personnel, des coupures dans les budgets de formation, un accroissement du nombre de naissances (ce qui augmente la charge de travail du personnel) et la stagnation ou la diminution des taux d'allaitement dans la population desservie.</i> 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Leadership et pouvoir d'influence</p> <p>Identifier, désigner et soutenir des leadeurs dans les Agences et les établissements pour coordonner la mise en œuvre de l'IAB, dans une approche participative visant l'intégration des services et favorisant les échanges avec les établissements déjà certifiés <i>Amis des bébés</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner un ou des leadeurs, selon les besoins de l'établissement, pour coordonner la mise en œuvre de l'IAB, et leur fournir le temps et les ressources nécessaires pour réaliser ce projet. ▪ Rechercher les caractéristiques suivantes chez les leadeurs à mandater : <ul style="list-style-type: none"> ○ Conviction personnelle en l'allaitement; ○ Crédibilité clinique; respecté par ses collègues (infirmières, médecins, autres intervenants) et les gestionnaires de l'établissement; ○ Accès au pouvoir décisionnel et aux ressources, et capacité à mobiliser les gens; ○ Favorise une approche participative. 	<p>Régional, Local</p>

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Leadership et pouvoir d'influence – suite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que les leaders désignés proviennent de différents corps professionnels et champs cliniques (p. ex., gestionnaires, infirmières, consultantes en lactation, pédiatres, obstétriciens) pour aider à engager leurs collègues à promouvoir et à soutenir les changements professionnels et administratifs requis pour implanter l'IAB. 	
<p>Promouvoir une approche participative et interdisciplinaire dans la prise de décisions et les actions nécessaires à la mise en œuvre de l'IAB, afin que ce processus devienne un projet collectif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engager le personnel de tous les niveaux dans la prise de décision concernant la mise en œuvre de l'IAB, et garder le personnel régulièrement informé des progrès réalisés. ▪ Renforcer la collaboration interdisciplinaire pour faciliter l'implantation de l'IAB. ▪ Mettre en œuvre l'IAB de façon graduelle, une étape à la fois, tout en étant flexible et en ayant un échéancier réaliste, de façon à diminuer la résistance au changement. ▪ Créer des mécanismes de rétroaction pour informer régulièrement le personnel des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'IAB (p. ex., niveau d'implantation de chacune des <i>Dix conditions</i>) afin de renforcer leur motivation et leur pouvoir décisionnel. 	Local
<p>Intégrer les services de promotion et de soutien à l'allaitement entre les milieux hospitaliers, les CLSC et leurs partenaires (p. ex., GOESA, médecins œuvrant en cabinet), en vue d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les CSSS, avoir des leaders de l'IAB qui ont l'autorité nécessaire pour influencer les pratiques à la fois dans les installations hospitalières et dans les CLSC, de façon à éliminer les silos de pratiques et à améliorer la continuité des services. ▪ Renforcer la collaboration et le partage des ressources entre les hôpitaux, les CLSC et leurs partenaires (p. ex., GOESA, médecins œuvrant en cabinet) pour assurer une meilleure continuité des soins et des services pré, per et postnataux. 	Régional, Local
<p>Créer des occasions pour partager les expériences positives relatives à la mise en œuvre de l'IAB entre les acteurs concernés dans la province.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter des échanges entre le personnel d'établissements <i>Amis des bébés</i> et celui d'établissements en processus vers l'agrément, puisque cela permet de constater que le changement culturel est possible; inclure tous les membres des équipes de soins et des gestionnaires. ▪ Encourager le personnel d'établissements en processus vers l'agrément à visiter des établissements <i>Amis des bébés</i> similaires au leur (p. ex., mission, population desservie). ▪ Soutenir le réseautage et le mentorat entre les établissements travaillant vers l'agrément <i>Amis des bébés</i>. 	National, Régional, Local

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Leadership et pouvoir d'influence – suite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer un guide de mise en œuvre de l'IAB basé sur les données probantes déjà publiées et sur les expériences réussies à travers le Québec, et diffuser largement cet outil sur un site Web. 	
Formation des professionnels et des intervenants de la santé	
<p>Soutenir et assurer la formation du personnel en matière d'allaitement, non seulement au niveau des connaissances mais aussi au niveau des habiletés interpersonnelles et relationnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des formations qui répondent aux besoins des différents professionnels et intervenants de la santé concernés par la promotion et le soutien à l'allaitement, de sorte que tous acquièrent et maintiennent les compétences minimales attendues pour la mise en œuvre de l'IAB. ▪ Favoriser la cohérence des messages entre les différents professionnels et intervenants de la santé en harmonisant leur formation de base en allaitement. ▪ Déployer une formation multidisciplinaire pour les médecins et le personnel des établissements de santé, en s'inspirant du modèle d'agents multiplicateurs. ▪ Dégager du temps réservé à cette fin pour les agents multiplicateurs au niveau régional et local. ▪ Développer différentes options novatrices d'éducation (p. ex., des modules d'auto-formation en ligne avec crédits de formation continue) pour faciliter l'accès à la formation des professionnels et des intervenants plus difficiles à rejoindre, comme les médecins et le personnel temporaire. 	National, Régional, Local
Continuité des services et accessibilité au soutien	
<p>Assurer que toute activité de promotion se réalise dans un contexte d'accessibilité à un soutien postnatal adéquat afin d'éviter les effets psychologiques délétères pour les mères qui décident de ne pas allaiter ou qui abandonnent l'allaitement par manque de soutien.</p>	Régional, Local
<p>Adopter des stratégies pour faire en sorte que les professionnels et les intervenants de la santé surmontent leur peur d'induire de la culpabilité chez les mères et qu'ils soient plus à l'aise de discuter d'allaitement avec les familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'<i>empowerment</i> des mères afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées, en offrant aux familles des informations factuelles sur l'allaitement et les préparations commerciales pour nourrissons, et soutenir les mères dans leurs décisions. ▪ Mettre l'accent et focaliser les efforts de changement sur les pratiques professionnelles requises pour implanter l'IAB plutôt que sur les mères et les taux d'allaitement de l'établissement. 	Local

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Continuité des services et accessibilité au soutien – suite</i></p> <p>Informers les mères en période prénatale, en présence du conjoint ou d'un membre de la famille, sur l'allaitement et les autres modes d'alimentation afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopter une approche non moralisatrice, où les parents ne sont pas jugés. <i>Le fait de présenter l'allaitement comme la « meilleure façon » de nourrir un enfant amène un fort sentiment de culpabilité chez les mères qui n'allaitent pas ou qui cessent prématurément l'allaitement.</i> ▪ Informer les parents sur les réalités de l'allaitement, les problèmes qui peuvent survenir et les sources de soutien disponibles dans leur milieu afin qu'ils soient mieux préparés en période postnatale. ▪ Aider les mères à se fixer des objectifs réalistes d'allaitement. ▪ Toujours inclure les personnes importantes de la famille (telles que désignées par la mère) dans les activités de promotion, en insistant sur l'importance de leur rôle de soutien émotif et domestique. ▪ Préparer les mères en période prénatale (p. ex., à travers des ateliers d'empowerment) : <ul style="list-style-type: none"> ○ à comprendre l'importance du soutien dans le succès de l'allaitement, de façon à les aider à surmonter leur sentiment de culpabilité dans le cas d'un abandon précoce; ○ à faire face aux regards désapprobateurs de certaines personnes quand elles allaiteront en public ou devant des personnes de leur entourage. 	<p>Local</p>
<p>Mettre en place de moyens novateurs, flexibles, accessibles et qui respectent le Code, pour répondre aux divers besoins des parents en période prénatale (information) et postnatale (soutien).</p> <p><i>Actuellement, les cours prénataux et les activités des groupes d'entraide en allaitement ne rejoignent pas la totalité des (futurs) parents.</i></p> <p>À titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre disponible un outil interactif par Internet ou bonifier le site Web du MSSS. ▪ Publiciser davantage les outils et les services déjà disponibles : la ligne Info-Santé, le guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> (disponible en ligne sur le site de l'INSPQ). 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Assurer la continuité des soins et des services de soutien offerts en milieu hospitalier, par les CLSC et par la communauté, et leur cohérence avec la promotion faite en période prénatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer et faciliter le rôle des médecins, et particulièrement des spécialistes, dans le dossier allaitement, et ce, autant au niveau de la promotion que du soutien (p. ex., par l'intermédiaire d'une rémunération des services d'allaitement). ▪ Créer (ou renforcer) des programmes de soutien à l'allaitement plus proactifs pour les mères qui ont des difficultés à accéder aux services (p. ex., un appel systématique de suivi postnatal pour les mères qui allaitent; l'intégration de services de soutien par des pairs ou des bénévoles en milieu hospitalier). 	<p>National, Régional, Local</p>

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers
<p><i>Continuité des services et accessibilité au soutien – suite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir financièrement les GOESA de façon à maintenir leurs services de soutien et prendre des dispositions supplémentaires pour favoriser l'expansion de ces groupes aux régions où ces services sont peu ou pas disponibles (p. ex., certaines régions rurales). ▪ Engager la famille dans le soutien domestique et émotif offert aux mères. 	
<p>Sensibiliser la population face à la normalité de l'allaitement et à l'importance de créer des environnements favorables à sa pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une ou des campagnes de marketing social en vue de changer les attitudes négatives face à l'allaitement en public (p. ex., sexualisation de l'allaitement). ▪ Faire connaître, notamment auprès des personnes œuvrant dans les entreprises et les lieux publics, le droit des femmes d'allaiter n'importe où, n'importe quand. ▪ Encourager et soutenir la mise en place de salles d'allaitement dans les entreprises et les lieux publics pour les mères qui préfèrent ne pas allaiter devant les autres. ▪ Collaborer avec le réseau de l'enseignement primaire et secondaire afin d'y présenter l'allaitement comme une façon normale de nourrir les bébés et les jeunes enfants (touche l'enseignement, les manuels scolaires et les autres ressources pédagogiques). 	<p>National, Régional, Local</p>

* Les paliers correspondent aux différents niveaux de gestion dans le réseau de santé québécois: *National* : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); *Régional* : les agences de la santé et de services sociaux (Agences); *Local* : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers universitaires (CHU) et leurs partenaires environnants, y compris les organismes communautaires et les médecins œuvrant en cabinet.

Éléments complémentaires découlant de la recension des politiques en matière d'allaitement

Bien que les LD québécoises soient déjà passablement complètes en comparaison avec d'autres politiques spécifiques à l'allaitement, il n'en demeure pas moins que le Québec peut s'inspirer de ce qui existe ailleurs au Canada et dans d'autres pays industrialisés (voir la recension présentée à l'annexe 4). Afin de faire ressortir les éléments qui pourraient permettre de bonifier une future politique québécoise en matière d'allaitement, nous avons retenu ci-après les éléments qui ne sont pas **entièrement** ou **explicitement** couverts par les politiques québécoises existantes, à savoir les LD, le Programme national de santé

publique 2003-2012 (PNSP) et la Politique de périnatalité 2008-2012, et qui, en faisant écho aux propos des participants aux Études #1 et #2, sont jugés pertinents pour le Québec. Ces éléments visent donc à appuyer et à compléter la liste des pistes d'action découlant des Études #1 et #2 réalisées dans le cadre de la présente Action concertée.

POUR BONIFIER UNE FUTURE POLITIQUE QUÉBÉCOISE EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT

(éléments complémentaires découlant de la recension des politiques en matière d'allaitement)

Politique et planification, gestion et financement

- Mettre en place un ou des comités nationaux, qui soient multidisciplinaires ou multisectoriels, pour assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique en matière d'allaitement (cet élément s'applique également aux niveaux local et régional).
- Inclure et renforcer l'allaitement et l'IAB non seulement dans les messages et les programmes de santé infantile et de santé publique, mais également dans les initiatives découlant d'autres secteurs (p. ex., l'emploi et l'éducation).

Formation

- Travailler étroitement avec les établissements d'enseignement et les ordres professionnels pour bonifier la formation initiale en allaitement des professionnels de la santé afin de répondre aux normes minimales de compétences attendues dans l'IAB.
- Encourager, y compris financièrement, les intervenants à acquérir une formation spécialisée en allaitement (p. ex., celle de consultante en lactation) et à la maintenir par la suite.

Protection, promotion et soutien

- Plaider/Légiférer en faveur du respect complet du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et de l'établissement de mécanismes de mise en application durables pour empêcher ou traiter les cas de non-conformité avec le *Code* et les autres résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé.
- Examiner la façon dont les programmes publics aident les mères qui allaitent par rapport aux mères qui utilisent une préparation commerciale pour nourrisson, de façon à ce qu'ils ne minent pas l'allaitement.
- Examiner la possibilité de couvrir les frais encourus par les familles, spécialement celles qui ont des besoins complexes en matière d'allaitement, pour la location ou l'achat de tire-lait ou pour les services de consultantes en lactation (IBCLC).
- Mettre en place un système pour récompenser ou reconnaître les organisations qui facilitent l'allaitement.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Les annexes 2 et 3 présentent plus en détails la méthodologie des Études #1 et #2.

L'**Étude #1** est une étude de cas de nature qualitative (interprétative) de type intrinsèque, avec devis longitudinal rétrospectif, entreprise pour examiner en profondeur le rôle des acteurs clés et dresser un portrait chronologique des événements liés à l'émergence, à l'élaboration et à l'implantation initiale des LD au niveau national (objectif 1). Nous avons eu recours à deux sources de données principales, soit des entrevues et l'analyse de documents d'archives. Entre octobre 2009 et février 2010, 17 entrevues individuelles et un groupe de discussion focale (8 participantes) ont été réalisées avec des informateurs clés et des membres de divers comités nationaux en allaitement (CAIAB, CQA, TCA, TNRAM)⁹. L'analyse des données comprend notamment l'analyse thématique déductive-inductive puis l'analyse narrative. Parmi les stratégies de validation adoptées, soulignons tout particulièrement le *member-checking* de la description des résultats par tous les participants à l'étude.

L'**Étude #2** est une étude de cas multiples qualitative avec unités d'analyse imbriquées, entreprise pour explorer les processus sociaux qui agissent à titre de facilitateurs et de barrières à l'implantation de l'IAB au sein des hôpitaux et des centres de santé communautaire (objectif 2). L'étude inclut également une analyse comparative des expériences maternelles des services de promotion et de soutien en allaitement, prodigués par des établissements où l'IAB est faiblement et hautement implanté (objectifs 3 et 4). Les cas comprenaient six établissements du réseau de la santé (2 petits CSSS, 2 grands CSSS et 2 CHU). Pour chaque catégorie, un des établissements avaient un niveau élevé d'implantation de l'IAB et l'autre avait un niveau faible. Entre avril 2010 et juin 2011, des entrevues individuelles ont été réalisées avec 42 gestionnaires ou personnes responsables de la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements participants, de même que des groupes de discussion avec des professionnels et des intervenants (13 groupes; n = 95) et

⁹ Une liste des sigles, acronymes et autres formes abrégées est disponible en annexe (p. 33).

avec des mères (11 groupes; n = 52). L'échantillonnage des participants a été réalisé en contactant des gestionnaires des établissements sélectionnés et en procédant ensuite par boule de neige. Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique des transcriptions et utilisé un cadre conceptuel critique afin d'interpréter les similitudes et les différences entre les établissements comparables, pour finalement produire des pistes d'action qui ont ensuite été présentées, discutées et raffinées avec notre comité consultatif de même qu'avec le comité de suivi de cette Action concertée.

PARTIE D - RÉSULTATS

Cette section résume les principaux résultats obtenus dans le cadre de ce projet. Les annexes 2 et 3 présentent de l'information complémentaire, respectivement sur les phases du changement institutionnel (Étude #1) et la comparaison des sites participants à l'Étude #2. De plus, l'annexe 4 fait état d'une recension des politiques et des stratégies spécifiques à l'allaitement que nous avons également réalisée afin de situer les LD et nos résultats dans un contexte élargi.

ÉMERGENCE, ELABORATION ET MISE EN ŒUVRE DES LD

L'Étude #1 a permis de constater que les LD ont émergées à partir d'un mouvement de professionnelles très motivées et intéressées à recréer une culture d'allaitement dans la province. Ce mouvement, qui a commencé au niveau individuel, s'est organisé pour éventuellement engager le MSSS et en arriver à mettre en forme ses idées à l'intérieur d'une politique. À partir du moment où le MSSS s'y est engagé, le processus de développement de la politique d'allaitement du Québec est devenu plus formel tout en s'appuyant sur la contribution d'un grand nombre d'acteurs touchés par cette pratique. Pendant la phase d'implantation des LD, le MSSS et les autres acteurs concernés par l'allaitement ont travaillé ensemble, en collaboration, pour mettre en œuvre la politique. La stratégie de collaboration a été possible en raison des mécanismes de concertation mis en place à ce moment. En plus de l'échange d'information entre les régions, les mécanismes de concertation donnaient une voix au gens en dehors du MSSS et permettaient le partage du pouvoir. Cependant, après des changements survenus au niveau du MSSS, soit le changement de la responsable ministérielle du dossier allaitement et le transfert du dossier de la Direction générale des services sociaux (DGSS) à la Direction générale de la santé publique (DGSP), les rapports entre le MSSS et les autres acteurs en allaitement sont devenus de plus en plus conflictuels. De l'avis des acteurs hors MSSS rencontrés dans le cadre de cette étude, la façon centralisée et hiérarchique adoptée par le MSSS pour la prise

de décision, qui ne donnait plus d'espace à la négociation entre tous les partenaires, a été l'un des facteurs problématiques dans la suite de l'implantation des LD. L'inconfort et le mécontentement avec cette façon de gérer le dossier allaitement ont fait en sorte que divers acteurs du domaine de l'allaitement s'organisaient à nouveau à l'intérieur d'un nouveau mouvement collectif qui a émergé en 2009 à l'extérieur de la structure gouvernementale.

Pistes de solution pour la gestion du dossier allaitement. À la lumière de l'ensemble des résultats de l'Étude #1, une première piste de solution à l'impasse dans laquelle le dossier allaitement se trouvait à l'automne 2010 serait la reconnaissance par tous du **besoin de développer une logique d'action collective**. Tel que noté par Wijen et Ansari (2007, p. 1081) : « *In situations where groups of stakeholders are concerned about a common issue or problem [...], the only route to achieving change is by developing collaborative solutions [...] and a 'collective logic of action' [...]* » (le gras est à nous). En d'autres mots, un plus grand succès de la pratique de l'allaitement au Québec passe nécessairement par la collaboration entre tous les acteurs concernés. La reconnaissance mutuelle que les deux approches (*top-down* et *down-top*) sont nécessaires pour atteindre plus efficacement le but poursuivi et que les attributs de pouvoir respectifs sont complémentaires, constituerait le fondement de base pour élaborer des solutions collaboratives efficaces qui paveront la voie vers un entrepreneuriat institutionnel collectif.

Une seconde piste de solution, en lien étroit avec la précédente, serait l'adoption, autant par les décideurs politiques que par les intervenants et les gestionnaires, d'une véritable approche axée sur les mères (*patient-centered approach*). En effet, il apparaît difficile de concevoir de nos jours et dans notre contexte, l'implantation d'une politique de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel sans intégrer dans la prise de décision les personnes les plus directement concernées par la dite politique. Qui plus est, ce faisant, le Québec se positionnerait en claire syntonie avec les orientations politiques canadiennes les plus récentes en matière de dispensation des soins et des services de santé. Enfin,

l'incorporation des mères à la prise de décision serait un élément soutenant le développement d'un véritable entrepreneuriat institutionnel collectif.

BARRIÈRES ET FACILITATEURS À LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

Nos résultats issues d'entretiens avec les gestionnaires, les professionnels et les intervenants ayant participé à l'Étude #2 suggèrent que les processus sociaux suivants agissent à titre de barrières ou de facilitateurs à la mise en œuvre de l'IAB : 1) la culture populationnelle; 2) les facteurs organisationnels; 3) les ressources et la formation des professionnels et des intervenants; 4) le leadership; et 5) la continuité et l'intégration des soins et des services.

Culture d'allaitement. Sachant que l'allaitement n'est pas une pratique ancrée dans la culture de la population, plusieurs professionnels et intervenants craignent de culpabiliser les mères lors des activités de promotion de l'allaitement. Cette crainte constitue une barrière à la mise en œuvre de l'IAB dans les sites à IAB faible, alors qu'elle a été surmontée dans les établissements à IAB élevé : 1) en adoptant une approche non dogmatique et en incluant les conjoints lors des activités de promotion; 2) en visant l'*empowerment* des mères en leur présentant de l'information, en période prénatale, afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée et être mieux préparées à allaiter; 3) en inscrivant les activités d'implantation de l'IAB dans un modèle plus large de soins de qualité, favorisant ainsi la collaboration interdisciplinaire et l'humanisation des soins (*family-centered care*); et 4) en visant le changement des pratiques professionnelles chez les intervenants plutôt que le changement de comportement chez les mères.

Organisation. La résistance aux changements des pratiques professionnelles est également perçue comme une barrière importante à l'implantation dans les sites à IAB faible. Celle-ci a toutefois été surmontée dans les établissements à l'IAB élevé en associant cette approche à d'autres modèles de soins valorisés tels AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention

des risques obstétricaux) et l'humanisation des soins à la naissance. Également, l'IAB n'a pas été imposée mais démocratiquement adoptée par les intervenants (p.ex., en votant ou en incluant le personnel dans la prise de décision relative à l'IAB). L'IAB est dès lors devenu un projet collectif, participatif et non imposé.

Ressources et formation. L'accès aux ressources institutionnelles (des hôpitaux, des CLSC, des Agences et de la Fondation Chagnon) et la formation des professionnels et des intervenants, ont été des éléments incontournables pour favoriser l'implantation de l'IAB. L'accès aux ressources a permis: 1) d'engager des responsables pour coordonner la mise en œuvre de l'IAB et du coup, de générer d'autres ressources; et 2) de libérer des infirmières spécialisées et généralistes pour les former en allaitement. Cependant, les médecins (pédiatres, omnipraticiens, obstétriciens) demeurent encore difficiles à recruter pour les formations en allaitement, ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi certains résistent encore à l'IAB.

Leadership. Tous les sites à IAB faible se caractérisent par une absence de leader et de personnel libéré pour porter le dossier IAB, créant ainsi une barrière importante à la mise en œuvre de ce modèle de soins. Les établissements à IAB élevé, pour leur part, possèdent un groupe de leaders (un seul leader cependant pour le petit CSSS) porteurs du dossier qui sont bien identifiés, crédibles et respectés de leurs pairs et des gestionnaires de l'établissement. Certaines organisations, de par leurs politiques, leurs ressources, leurs formations et leurs activités liées à l'IAB, sont aussi reconnues pour leur leadership auprès des professionnels et des intervenants. Parmi celles-ci se trouve certaines Agences de santé et de services sociaux, le MSSS, et enfin, les établissements déjà certifiés *Amis des bébés* comme l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins à Cowansville et St. Joseph's Healthcare à Hamilton (Ontario) qui ont été visités par des représentants de plusieurs des établissements participant à l'Étude #2.

Continuité et intégration des soins et des services. Le manque de collaboration, de communication et de continuité dans les services entre les installations d'un même CSSS (hôpital, CLSC) et les GOESA, caractérise les services prodigués aux mères desservies par les établissements à IAB faible. Les professionnels et les intervenants de ces sites déplorent que le soutien à l'allaitement ne soit pas toujours accessible et que les mères soient mal préparées à l'allaitement et mal soutenues pendant et après leur séjour hospitalier. À l'opposé, la continuité et l'intégration des services de promotion et de soutien à l'allaitement à l'intérieur de l'établissement et avec les partenaires environnants caractérisent les CSSS à niveau élevé d'IAB. Ces derniers ont mis en place des dispositifs de communication qui favorisent la collaboration à l'intérieur de l'établissement et avec les partenaires environnants afin que les services soient mieux intégrés. Cependant, certains professionnels du CHU à IAB élevé (non encore certifié IAB) considèrent que des améliorations sont encore de mises pour mieux intégrer les services, notamment avec les médecins œuvrant en cabinet, les CLSC et les GOESA.

Conclusions et pistes de solution pour surmonter les barrières à la mise en œuvre de l'IAB. Une des clés du moteur des changements nécessaires à l'implantation d'un modèle de soins IAB est sans conteste la présence d'un groupe de leaders composé d'intervenants cliniques et de gestionnaires dotés de ressources, d'un pouvoir d'influence et de crédibilité auprès de leur pairs mais aussi auprès de leurs supérieurs et de la haute direction. Le leadership, pour s'actualiser, a cependant besoin de fonds et de ressources initiales qui permettent ensuite d'agir comme levier pour mobiliser des ressources additionnelles et mettre l'établissement en diapason avec ses leaders. Avec des fonds de départ et un pouvoir d'influence, un groupe de leader peut alors, via la formation professionnelle et l'approche participative, provoquer le changement culturel requis par l'IAB, à la fois auprès des professionnels et des intervenants qu'auprès de la population. Mais organiser les services de promotion et de soutien pour répondre aux besoins des mères

requiert aussi que des dispositifs de communication et de collaboration intra et interétablissements soient mis en place pour favoriser la continuité et l'intégration des services de promotion et de soutien donnés aux mères par les établissements et leurs partenaires environnants (y compris les GOESA et les médecins œuvrant en cabinet).

EXPÉRIENCES MATERNELLES DES SERVICES DE PROMOTION ET DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT EN LIEN AVEC LE NIVEAU D'IMPLANTATION DE L'IAB

Les mères ayant participé à l'Étude #2 ont mentionné que les activités de promotion auxquelles elles avaient été exposées avaient joué un rôle clé dans leur décision d'allaiter. Cependant, les mères ayant été exposées à des activités de promotion prodiguées par des établissements à faible niveau d'IAB, ont mentionné que les professionnels et les intervenants de ces établissements leur avaient présenté des messages de promotion qui manquaient d'homogénéité, en particulier en ce qui a trait à la durée optimale et à l'exclusivité de l'allaitement. Parmi les participantes, peu de mères ayant été desservies par des établissements à faible niveau d'IAB ont par ailleurs réussi à atteindre leurs objectifs, en termes de durée, à cause de difficultés ou de problèmes techniques non résolus (p. ex., perception d'une production de lait insuffisante, gerçures). L'abandon de l'allaitement a été vécu par plusieurs comme un échec et a été accompagné d'effets psychologiques négatifs tels un fort sentiment de culpabilité, le sentiment d'être jugée négativement, ou encore par des pleurs répétés. En contraste, les mères ayant été desservies par des services de promotion de l'allaitement provenant d'établissements à IAB élevée s'étaient fixées des objectifs de durée d'allaitement plus flexibles tout en étant mieux préparées, dès la période prénatale, pour faire face aux difficultés potentielles de l'allaitement. Plusieurs de ces mères ont par ailleurs mentionné avoir allaité plus longtemps que prévu, car leur expérience de l'allaitement s'était bien passée et elles avaient résolu les difficultés ou les problèmes techniques, domestiques et émotifs rencontrés, grâce à l'aide de professionnels de la santé, d'intervenants de GOESA, de leur conjoint ou de leur famille.

De l'expérience des mères en lien avec les services de soutien à l'allaitement en période postnatale, quatre constats essentiels sont ressortis :

- 1) le soutien postnatal, lorsque accédé, a joué un rôle central dans la capacité des mères à résoudre leurs problèmes d'allaitement et à persister pour la durée qu'elles visaient;
- 2) plusieurs mères ont dû faire face à de multiples barrières avant d'accéder à ce soutien postnatal. Les barrières mentionnés ont été de diverses natures, à savoir culturelle (pudeur à montrer ses seins aux intervenants; malaise de demander de l'aide), professionnelle (médecins et pédiatres peu soutenant) et géographique (GOESA pas toujours accessibles, cette situation étant plus criante en régions rurales);
- 3) le soutien était plus difficile d'accès lorsqu'il provenait d'hôpitaux et de CLSC à faible niveau d'IAB, mais néanmoins hautement apprécié par les mères lorsque accédé. Certaines mères desservies par ces établissements ont eu recours aux services d'Info-Santé pour du soutien en allaitement la nuit;
- 4) les mères desservies par les établissements à IAB élevé ont souligné que le soutien prodigué par les professionnels de la santé et les GOESA de leur région était relativement accessible.

Conclusions et pistes de solution pour bonifier les services de promotion et de soutien à l'allaitement. Nos résultats renvoient à l'importance de **bien préparer les mères et leur conjoint en période prénatale**, lors des activités de promotion, afin de les outiller de façon réaliste à faire face aux problèmes potentiels de l'allaitement. Le **soutien postnatal est incontournable** pour permettre aux mères de résoudre les problèmes d'allaitement dans un contexte où elles ont peu de modèles de mères allaitantes autour d'elles et où la pression sociale est parfois négative. Les activités de promotion provenant d'établissements de santé ayant un niveau élevé d'implantation de l'IAB ont davantage répondu aux besoins d'information et de préparation à l'allaitement des mères et de leur conjoint, et les familles desservies par ces établissements avaient un accès continu à des

services de soutien provenant de différentes sources (CLSC, hôpital, médecins, GOESA). À l'opposé, les activités de promotion provenant d'établissement à faible niveau d'implantation de l'IAB ont su convaincre les mères d'allaiter sans toutefois avoir mis en œuvre des dispositifs de soutien qui soient accessibles et continus pour les aider à mener à terme leur projet d'allaitement. Ainsi, encourager l'allaitement sans garantir l'accès à un soutien adéquat en période postnatale équivaut à mettre en scène un scénario où des mères se retrouvent trop souvent en situation d'échec, avec un sentiment d'incompétence maternelle et les séquelles psychologiques délétères qui l'accompagnent.

PARTIE E – CONTRIBUTIONS EN TERMES D'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES ET PISTES DE RECHERCHE

Étude #1. L'entrepreneuriat institutionnel, et plus particulièrement l'entrepreneuriat institutionnel collectif, constitue l'un des sujets de recherche les plus prometteurs en théorie institutionnelle. Plusieurs travaux théoriques ont été publiés à cet égard (p. ex., Dorado, 2005; Wijen & Ansari, 2007), mais la recherche empirique se trouve encore peu développée. À la suite de la présente étude, le développement futur des LD au Québec constituerait une belle occasion pour avancer des connaissances empiriques et théoriques sur l'entrepreneuriat institutionnel collectif, l'une des possibles questions de recherche pouvant être formulée comme suit : **Comment des acteurs œuvrant selon des logiques d'action différentes mais partageant le même domaine institutionnel et poursuivant un objectif commun, arrivent à développer un nouvel entrepreneuriat institutionnel collectif ?**

De plus, la mise en œuvre des LD au Québec offre une occasion privilégiée de générer de nouvelles connaissances empiriques et théoriques sur l'adoption d'une véritable approche axée sur les usagers du système de soins de santé (*patient-centered approach*), et ce, pour ce qui est de l'une des pratiques de promotion de la santé et de prévention sur lesquelles il existe un large consensus dans la littérature spécialisée : l'allaitement maternel. De telles connaissances seraient aussi un atout pour éviter des approches axées sur la culpabilisation de la victime (*victim blaming*) que certains auteurs ont déjà dénoncées au regard de la dispensation de services de soutien à l'allaitement (Nathoo & Ostry, 2009). Une possible question de recherche à cet égard pourrait être la suivante : **Dans une perspective de services axés sur les usagers, comment incorporer de manière effective les mères lors de la prise de décision concernant les LD au Québec ?**

Étude #2. Malgré les solides données internationales sur l'impact positif de l'IAB sur les résultats d'allaitement, il y a peu de littérature sur les obstacles et les facilitateurs à la mise en œuvre de l'IAB dans divers contextes organisationnels. La présente étude a utilisé un

nouveau cadre théorique qui intègre des concepts de la théorie critique et des sciences de l'organisation, ainsi que la conception rigoureuse d'une étude de cas multiples de type qualitative, pour identifier les processus sociaux clés qui, à différents niveaux du système de santé (politique, organisationnel, individuel), influencent le succès de la mise en œuvre de l'IAB. Les résultats obtenus peuvent être utilisés pour éclairer la planification stratégique des efforts en vue de mettre en œuvre les pratiques promues par l'IAB, ainsi que le développement et l'expérimentation de la gestion du changement et d'interventions de transfert de connaissances, afin d'aider à accélérer l'adoption de l'IAB dans les différents types de milieux de soins de santé. Cependant, nos résultats conduisent à de nombreuses questions importantes qui doivent encore être répondues de façon à comprendre et à mieux soutenir la mise en œuvre de l'IAB au Québec et ailleurs, telles que : **Quels sont les coûts réels et les investissements nécessaires à la mise en œuvre de l'IAB, tant au niveau organisationnel que de la santé publique ? Quel type de modèle de leadership fonctionne le mieux pour l'IAB et dans quel type d'organisation ? Laquelle ou lesquelles des *Dix conditions* ont le plus grand impact sur les résultats d'allaitement et devraient être priorisées pour la mise en œuvre de l'IAB ? Comment les hôpitaux, les CLSC et les GOESA peuvent-ils collaborer et mieux coordonner leurs activités pour optimiser la mise en œuvre de l'IAB ?** Notre étude comportait aussi peu de femmes de groupes vulnérables, soit d'un point de vue social (p. ex., mères adolescentes, toxicomanes ou vivant dans la pauvreté) ou d'un point de vue clinique (p. ex., mères de bébés prématurés ou nés avec un retard de croissance). Plus de recherches sont nécessaires pour explorer les représentations et les expériences de ces mères en lien avec l'IAB et pour évaluer l'impact relatif de l'IAB sur l'amorce et la durée de l'allaitement chez ces populations plus vulnérables.

PARTIE F - RÉFÉRENCES

- ASPC (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. 354 pages.
- BCC (2012). Canadian facilities designated as baby-friendly [En ligne]. http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Completed_assessments.pdf (consulté le 24 février 2012).
- Dorado S (2005). Institutional entrepreneurship, partaking, and convening. *Organization Studies* 26(3): 385-414.
- Lavoie A, Dumitru V (2011). *L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Institut de la statistique du Québec. Zoom Santé, octobre, no 28.
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 285:413-420.
- Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 116:e702-e708.
- MSSS (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 239 pages.
- MSSS (2001). *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 71 pages.
- MSSS (2011a). Initiative des amis des bébés [En ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php> (consulté le 25 avril 2012; dernière mise à jour le 13 janvier 2012).
- MSSS (2011b). *Rapport d'évaluation - Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 112 pages.

- Nathoo T, Ostry A (2009). *The one best way? Breastfeeding history, politics, and policy in Canada*. Waterloo: Wilfred Laurier University Press. 282 pages.
- Neill G, Beauvais B, Plante N, Haiek L (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec : Institut de la statistique du Québec. 91 pages.
- OMS (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : Organisation mondiale de la santé. 36 pages.
- Saadeh R, Casanovas C (2009). Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food Nutr Bull* 30:S225-9.
- Santé Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997. 375 pages.
- Statistique Canada (2011). Allaitement, par province et territoire (Pourcentage) [En ligne]. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health92b-fra.htm> (consulté le 4 avril 2012; dernière mise à jour le 21 juin 2011).
- Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER (2011). The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*; Nov 11. [Epub ahead of print].
- WHO, UNICEF (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, Section 1: Background and implementation*. Geneva: World Health Organization. 80 pages.
- Wijen F, Ansari S (2007). Overcoming inaction through collective institutional entrepreneurship: Insights from Regime Theory. *Organization Studies* 7: 1079-1100.
- WABA (2011). The Baby-Friendly Hospital Initiative [En ligne]. <http://www.waba.org.my/news/bfhi.htm> (consulté le 8 février 2012).

L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Action concertée 2009-AM-132497

Annexes au rapport de recherche

Équipe de recherche

Liste des sigles, acronymes et autres formes abrégées, et définitions

- Annexe 1 Énoncé des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et résumé du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*
- Annexe 2 Étude #1 – Aspects méthodologiques et principaux résultats
- Annexe 3 Étude #2 – Aspects méthodologiques et principaux résultats
- Annexe 4 Recension des politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement au Canada et dans d'autres pays industrialisés
-

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheuses principales du projet

Sonia Semenic, inf., Ph.D., professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université McGill ; infirmière de recherche, Santé des femmes, Centre universitaire de santé McGill; chercheur boursier Junior 1, FRSQ

Danielle Groleau, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill; Hôpital général Juif – IRMLD; chercheur boursier Senior, FRSQ

Cochercheuses

Charo Rodríguez, MD, Ph.D., professeure agrégée, Département de médecine familiale, Division des services et politiques de santé, Université McGill ; chercheuse, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill; chercheur boursier Junior 2, FRSQ

Katherine Gray-Donald, Ph.D., professeure agrégée, École de diététique et de nutrition humaine, Université McGill; présidente, Société canadienne de nutrition

Linda Bell, inf., Ph.D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Collaboratrices

Laura N. Haiek, MD, M.Sc., professeure adjointe, Département de médecine familiale, Université McGill ; médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; Centre hospitalier St-Mary's

Lindiwe Sibeko, IBCLC, Ph.D., chercheuse postdoctorale, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill

Coordonnatrices de recherche

Julie Lauzière, Dt.P., M.Sc., coordonnatrice de recherche principale

Ménaïque Légaré-Dionne, M.Sc., coordonnatrice terrain

Étudiantes graduées

Maria Carolina Agnolon, programme de maîtrise en administration de la santé, Université de Montréal

Luisa Molino, programme de maîtrise en psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill

Professionnelle de recherche

Alessandra Miklavcic, Ph.D., Université McGill

Assistances de recherche

Stephanie Peruzzi, étudiante au baccalauréat en sciences infirmières, Université McGill

Andrea Ward, étudiante au baccalauréat en sciences infirmières, Université McGill

Fannie Martel-Latendresse, étudiante à la maîtrise en psychiatrie, Université McGill

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET AUTRES FORMES ABRÉGÉES, ET DÉFINITIONS

Les abréviations et acronymes figurant dans cette liste sont utilisés dans le rapport et dans les annexes dans le but d'alléger le texte.

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
CAIAB	Comité d'agrément IAB
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
<i>Code</i>	<i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i>
CQA	Comité québécois en allaitement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
<i>Dix conditions</i>	<i>Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel</i>
DGSP	Direction générale de la santé publique (MSSS)
DGSS	Direction générale des services sociaux (MSSS)
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
IAB	<i>Initiative des amis des bébés</i>
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
GOESA	Groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement
LD	Lignes directrices (réfère au document <i>L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices</i> ; MSSS, 2001)
MAQ	Mouvement allaitement du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
TCA	Table de consultation en allaitement
TNRAM	Table nationale des répondantes en allaitement maternel

Définitions

Promotion de l'allaitement

Visé à prédisposer favorablement la population à l'allaitement; toute mesure ayant pour but d'amener les femmes et leur famille à mieux connaître [l'importance de l'allaitement] et visant à motiver les mères à allaiter y contribue (MSSS, 2001, p. 30).

Soutien à l'allaitement

Visé à fournir aux mères qui allaitent les aptitudes et les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de leur allaitement; toute mesure qui vise à aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement y contribue (MSSS, 2001, p. 30).

Protection de l'allaitement

Visé à protéger l'allaitement contre toute interférence externe ou contre ce qui pourrait le compromettre; tout moyen qui sert à instaurer ou à améliorer les mesures sociales telles que les congés de maternité, les garderies en milieu de travail, l'obligation pour l'employeur d'accommoder la femme qui allaite et le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* y contribue (MSSS, 2001, pp. 29-30).

La définition des concepts utilisés pour l'interprétation des données issues des Études #1 et #2 est disponible respectivement aux annexes 2 et 3.
--

ANNEXE 1

Énoncé des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et résumé du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit 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 d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante :

Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide, au besoin.

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 sucette.
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.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php> (MSSS, Initiative des amis des bébés [En ligne], consulté le 24 avril 2012).

Résumé du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer 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 ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte 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 (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

Source : *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices* (MSSS, 2001, p. 27).

ANNEXE 2

Étude #1 – Aspects méthodologiques et principaux résultats

Chercheuse responsable : Charo Rodríguez

- 2.1 Questions de recherche et aspects méthodologiques
 - 2.2 Cadre conceptuel utilisé pour mieux comprendre l'élaboration et la mise en œuvre initiale des LD
 - 2.2.1 Schématisation du cadre conceptuel
 - 2.2.2 Définition des principaux concepts utilisés (théorie institutionnelle)
 - 2.3 Grilles d'entrevues
 - 2.3.1 Personnes clés
 - 2.3.2 Membres du CAIAB
 - 2.3.3 Membres du CQA et de la TCA
 - 2.3.4 Membres de la TNRAM
 - 2.4 Sommaire des principaux résultats
 - 2.4.1 Phase d'émergence : de 1977 à 1997
 - 2.4.2 Phase de développement : de 1997 à 2001
 - 2.4.3 Phase d'implantation : de 2001 à 2009
 - 2.4.4 Phase actuelle : de 2009 à octobre 2010
 - 2.5 Références
-

2.1 QUESTIONS DE RECHERCHE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Questions de recherche et approche méthodologique. L'étude de cas a été choisie comme stratégie de recherche pour poursuivre l'objectif 1 de cette Action concertée. Les questions qui ont guidées cette première étude étaient les suivantes : 1) *Comment les LD ont été élaborées et déployées dans le temps ?* 2) *Qui sont les acteurs et les événements clés qui ont influencé la formulation et la mise en œuvre initiale de cette politique ?* et 3) *Comment les différentes structures de concertation en allaitement mises sur pied au niveau provincial ont contribué à travers leurs décisions et leurs actions à l'implantation des LD ?* Plus particulièrement, l'étude de cas réalisée était de nature qualitative (interprétative) de type intrinsèque (Stake, 1995), avec un devis longitudinal rétrospectif. Cette approche apparaît optimale pour examiner et analyser en profondeur le rôle des acteurs clés et pour dessiner la chronologie des événements et des activités qui ont permis l'évolution des LD dans le temps. L'unité d'analyse (le « cas ») était la politique *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices* elle-même et l'analyse se situait essentiellement au niveau du palier national.

Participants. Les participants à notre étude étaient des personnes qui disposaient des connaissances historiques approfondies sur le processus d'élaboration et d'implantation des LD (*purposeful sampling*) (Patton, 2002). Nous avons utilisé les stratégies des informateurs clé et de boule de neige (*snowball sampling*) pour le recrutement des participants (Patton, 2002). Ainsi, dans un premier temps, une personne œuvrant au MSSS et engagée dans le dossier allaitement nous a fourni la chronologie des événements importants et cité les noms de certains acteurs clés du processus. Une autre personne, œuvrant aussi au MSSS, nous a

par la suite fourni une première liste détaillée de personnes à interviewer, laquelle a été complétée par la méthode d'échantillonnage en boule de neige.

Collecte de données. Nous avons eu recours à deux sources de données principales, soit des entrevues (individuelles et de groupe) et l'analyse documentaire. Au total, 17 entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées entre le 13 octobre 2009 et le 11 février 2010. Les participants à ces entrevues étaient des informateurs clés et des membres de divers comités nationaux en allaitement tels que le CAIAB, le CQA et la TCA. Nous avons aussi coordonné un groupe de discussion focal (*focus groups*) (Krueger & Casey, 2000) avec des membres de la TNRAM (n = 8) en février 2010, afin d'obtenir de l'information plus détaillée à propos de l'émergence de la structure et des fonctions des divers comités nationaux, principalement de la TNRAM. Enfin, les données obtenues par les entrevues semi-structurées et par le groupe de discussion ont été complétées par une révision générale des documents d'archives pertinents qui ont été organisés par événement et date (c.-à-d., procès-verbaux des réunions de planification ou des réunions de comités; pièces justificatives; documents publics comme les énoncés de politiques; ébauches des LD; et documents personnels comme des courriels) ; cette source documentaire nous a permis de valider et mieux mettre en contexte les données recueillies par le biais des entretiens.

Analyse des données. Une analyse thématique déductive-inductive (Braun & Clarke, 2006), puis le *temporal bracketing* et l'analyse narrative (Langley, 1999) ont été adoptées comme stratégies d'analyse des données recueillies. Plusieurs stratégies ont été utilisées pour assurer la validité des résultats de l'Étude #1, à savoir : 1) nous avons utilisé plus d'une méthode de collecte de données; 2) le processus de codification des données a été fait de façon itérative; 3) l'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées à l'aide d'un cadre conceptuel puissant; 4) nous avons utilisé la stratégie de *member-checking* auprès de tous les participants à l'étude; et 5) l'interprétation des données a été réalisée par deux chercheuses (plutôt qu'une seule) et avec le soutien de l'équipe de recherche.

Considérations déontologiques. Nous avons reçu, de la part du Bureau de l'éthique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), l'approbation éthique nécessaire à la réalisation de l'Étude #1. Nous tenons également à souligner que nous avons obtenu le consentement pour la publication des résultats de la part des participants qui, malgré nos efforts pour préserver leur anonymat, pourraient quand même être identifiables par un lecteur avisé.

2.2 CADRE CONCEPTUEL UTILISÉ POUR MIEUX COMPRENDRE L'ÉLABORATION ET LA MISE EN ŒUVRE INITIALE DES LD

2.2.1 Schématisation du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel adopté dans l'Étude #1 est inspiré de la théorie institutionnelle dont les principaux concepts sont définis ci-après (section 2.2.2).

En référence à la figure A2.1 qui illustre le cadre conceptuel utilisé, les *pressions environnementales* réfèrent essentiellement aux éléments suivants : 1) l'accumulation de données scientifiques soutenant que l'allaitement est la façon optimale de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants (AAP Section on Breastfeeding, 2012 ; Beaudry *et al.*, 2007 ; Horta *et al.*, 2007 ; Ip *et al.*, 2007) ; 2) la position politique des organismes internationaux en santé qui priorisent clairement la pratique de l'allaitement, de même que les stratégies mises de l'avant pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement à l'échelle mondiale (OMS, 1981 ; OMS, 2003 ; OMS & UNICEF, 1990 ; WHO & UNICEF, 2009); et 3) les données statistiques qui signalaient, au milieu des années 1990, que le Québec détenait des taux d'allaitement parmi les plus bas au Canada (Santé Canada, 2000).

Sous l'influence de ces pressions environnementales, des *entrepreneurs institutionnels* (ou acteurs clés), individuels ou collectifs (Hardy & Maguire, 2008), ont mobilisé leurs *sources de pouvoir* (autorité formelle, possession des ressources rares ou légitimité discursive), puis ils ont adopté des comportements particuliers (*stratégies d'engagement*) pour favoriser ou résister au changement institutionnel (Hardy & Phillips, 1998) visant l'augmentation des taux d'allaitement dans la province.

Les décisions, les actions et les échanges entre les différents entrepreneurs institutionnels ont évolué dans le temps. Nous parlons alors de différentes *phases du changement* ou d'étapes du processus historique de l'évolution des LD, à savoir : les phases d'émergence, de développement et d'implantation des LD et la phase actuelle. La transition d'une phase à l'autre est déterminée par certains événements marquants (voir section 2.4) qui ont eu lieu à l'intérieur du *domaine institutionnel* examiné.

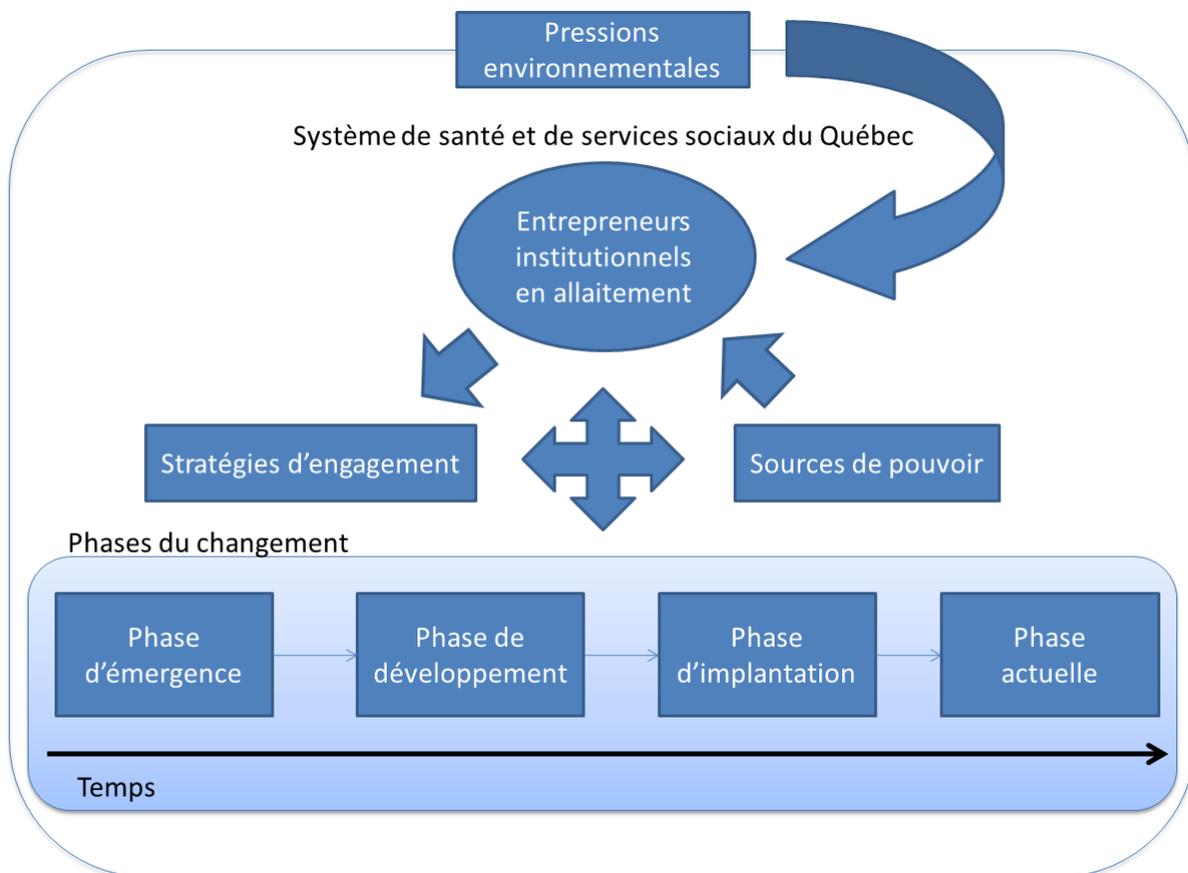


Figure A2.1 La théorie institutionnelle dans la compréhension de l'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement au Québec

2.2.2 Définition des principaux concepts utilisés (théorie institutionnelle)

Domaine ou champ institutionnel

Ensemble d'institutions qui opèrent dans un même environnement (p. ex., le secteur santé).

Entrepreneur institutionnel

Acteur, individuel ou collectif, à qui le changement institutionnel est attribué.

Stratégies d'engagement

En 1998, deux auteurs néo-institutionnalistes réputés, Cynthia Hardy et Nelson Phillips, ont publié un article dans lequel ils identifient différentes stratégies de coopération adoptées par des partenaires (*stakeholders*) lors de leurs échanges dans leur domaine interorganisationnel (institutionnel) particulier. Ces stratégies, au nombre de quatre, sont les suivantes : la collaboration, la conformité (*compliance*), la contention et la contestation. Les deux premières sont à caractère coopératif tandis que les deux dernières apparaissent plutôt conflictuelles. Lorsque le mécanisme de collaboration est adopté, les partenaires agissent en collégialité afin de résoudre des problèmes communs qui leur concernent. Lorsque le mécanisme qui prévaut est celui de conformité, l'acteur le plus puissant exerce son pouvoir sur les moins puissants de telle sorte que ces derniers se « conforment » à coopérer afin d'atteindre le but poursuivi. Dans les situations conflictuelles, une stratégie de contention peut être adoptée en vue de marginaliser l'acteur en conflit. Enfin, lorsque le pouvoir est concentré dans les mains de l'un des partenaires institutionnels, une stratégie oppositionnelle (contestation) peut être adoptée par d'autres acteurs du domaine.

Sources de pouvoir

Les développements les plus récents de la théorie institutionnelle mettent sur le rôle joué par le pouvoir et les actions des acteurs afin de perpétuer, et surtout, de modifier les arrangements institutionnels. En tant que sources de pouvoir des différents acteurs institutionnels qui interagissent dans le domaine qui nous occupe, nous avons considéré tout particulièrement les sources de pouvoir suivantes : l'autorité formelle, le contrôle sur des ressources rares et prisées, et la légitimité discursive (Hardy & Phillips, 1998). Un acteur jouit de l'autorité formelle lorsqu'il détient la légitimité formelle pour prendre des décisions (p. ex., l'État). Le contrôle sur des ressources telles que l'argent, l'expertise ou l'information, confèrent également du pouvoir aux acteurs qui les détiennent. Enfin, l'acteur qui a la légitimité pour parler au nom d'autres acteurs sera également un acteur puissant dans le domaine. D'après Hardy et Phillips (1998), ces sources de pouvoir seront mobilisées lors des échanges entre différents acteurs dans le domaine interorganisationnel.

Références sélectionnées

Brown LD (1983). *Managing conflict at organizational interfaces*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hardy C, Maguire S (2008). Institutional entrepreneurship. In: Greenwood R, Oliver C, Sahlin K, Suddaby R, eds. *The SAGE handbook of organizational institutionalism* (pp. 198-217). London: Sage.

Hardy C, Phillips N (1998). Strategies of engagement: Lessons from the critical examination of collaboration and conflict in an interorganizational domain. *Organization Science* 9(2): 217-230.

Ring PS, Van de Ven A (1994). Developmental process of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review* 19: 90-118.

2.3 GRILLES D'ENTREVUES

2.3.1 Personnes clés

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

Pour commencer, j'aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans les LD ?

B) IMPLICATION DANS L'ÉLABORATION ET L'IMPLANTATION DES LD

- 3) À votre connaissance, quand et de qui est partie l'idée de la formulation des LD ?
- 4) Comment avez-vous été impliqué dans la formulation des LD ?
- 5) Pourriez-vous préciser les raisons qui, à votre avis, ont motivé, au Québec, la formulation des LD ?
- 6) Quels sont à votre avis les événements et les actions clés qui ont permis de donner naissance à l'élaboration des LD ?
- 7) Qui, à votre avis, ont été les acteurs clés dans ce processus ?
- 8) Quelle a été, selon vous, l'influence du *Programme national de santé publique* sur l'implantation des LD ?
- 9) Comment évaluez-vous l'implication du Comité québécois en allaitement (CQA) et de la Table de consultation en allaitement (TCA) dans l'implantation des LD ?
- 10) Comment voyez-vous le transfert du dossier d'allaitement maternel à la Direction générale de santé publique ?
- 11) Comment qualifieriez-vous les résultats des LD obtenus jusqu'ici ?
- 12) Sur la base de votre expérience et de votre expertise sur le sujet, si vous pouviez revenir en arrière, quelles seraient les décisions et les actions que vous prendriez de nouveau ?
- 13) Et cette fois, quelles seraient les décisions et les actions que nous ne prendriez plus ?

C) L'AVENIR

14) Quelle est votre opinion à l'égard du développement des LD en allaitement au Québec ?

15) Et quelles sont vos attentes pour la future politique ?

D) FIN DE L'ENTREVUE

16) Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

* * * * *

2.3.2 Membres du CAIAB

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

Pour commencer, j'aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans les LD ?

B) IMPLICATION DANS L'ÉLABORATION ET L'IMPLANTATION DES LD

- 3) À votre connaissance, quand et de qui est partie l'idée de la formulation des LD ?
- 4) Comment avez-vous été impliqué dans la formulation des LD ?
- 5) Pourriez-vous préciser les raisons qui, à votre avis, ont motivé, au Québec, la formulation des LD ?
- 6) Quels sont à votre avis les évènements et les actions clés qui ont permis de donner naissance à l'élaboration des LD ?
- 7) Qui, à votre avis, ont été les acteurs clés dans ce processus ?
- 8) Quelle a été, selon vous, l'influence du *Programme national de santé publique* sur l'implantation des LD ?
- 9) Comment évaluez-vous l'implication du Comité québécois en allaitement (CQA) et de la Table de consultation en allaitement (TCA) dans l'implantation des LD ?
- 10) Comment voyez-vous le transfert du dossier d'allaitement maternel à la Direction générale de santé publique ?
- 11) Comment qualifieriez-vous les résultats des LD obtenus jusqu'ici ?
- 12) Sur la base de votre expérience et de votre expertise sur le sujet, si vous pouviez revenir en arrière, quelles seraient les décisions et les actions que vous prendriez de nouveau ?
- 13) Et cette fois, quelles seraient les décisions et les actions que nous ne prendriez plus ?

C) L'AVENIR

14) Quelle est votre opinion à l'égard du développement des LD en allaitement maternel au Québec ?

15) Et quelles sont vos attentes pour la future politique ?

D) FIN DE L'ENTREVUE

16) Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

* * * * *

2.3.3 Membres du CQA et de la TCA

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

A) CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

Pour commencer, j'aimerais avoir une idée de votre cheminement professionnel :

- 1) Quelle est votre formation ?
- 2) Quel était votre cheminement professionnel avant votre implication dans le CQA et/ou TCA ?

B) OPINION SUR LES LD

- 3) Quelle est votre opinion générale sur l'importance de cette politique dans le contexte québécois ?

C) IMPLICATION DANS LE CQA/TCA et DESCRIPTION DES MECANISMES DE CONCERTATION

- 4) De quel(s) comité(s) êtes-vous (ou avez-vous été) membre ?
- 5) Quel est/était le mandat du principal comité duquel vous êtes/étiez membre ?
- 6) Comment le comité était-il structuré ? (présidente, animatrice, représentantes)
- 7) Qui étaient les autres personnes qui composaient ce comité / cette table ? Quels organismes représentaient-elles ?
- 8) Comment avez-vous été sollicité pour participer à ce(s) comité(s) ? (Pourquoi, quand, par qui ? Quel organisme vous représentiez ?)
- 9) Quel est/était votre (vos) fonction (s) / rôle(s) dans ce(s) comité(s) ? (Précisez la période de votre participation)
- 10) Comment se déroulent/déroulaient les rencontres ?
 - À quelle fréquence ?
 - Sujets discutés ?
 - Engagement des gens ?
- 11) Selon vous, qui sont les personnes qui ont joué un rôle de leadership au sein de ces rencontres ?

- 12) Quelle était la nature des décisions prises ? (prescriptive, etc.) Selon vous, quelle a été la décision la plus importante prise par ce comité (ou de cette table) et quelle(s) a/ont été la/les conséquence(s) de cette décision ?
- 13) Comment ce comité a-t-il évolué dans le temps ? (dates : début et fin)
- 14) Pourriez-vous me raconter, chronologiquement, les événements les plus importants qui ont jalonné le parcours de ce comité / cette table) ?
- 15) Comment a été vécu le transfert du dossier allaitement à la Direction générale de santé publique par la CQA/TCA ?

D) ACTIONS CONCERTÉES

- 16) Quel a été le processus d'émergence de la TNRAM ? Quand et pourquoi elle a été créée (dans quel contexte) ? Pour qui ? Avec quel mandat ?
- 17) Comment la relation du comité / de la table s'est-elle établie avec les autres comités ? (exemples : relation du CQA & TCA, du CQA/TCA & TNRAM) ?
- 18) Comment voyez-vous la contribution de ce comité / de cette table à l'élaboration et à l'implantation des LD au Québec ?

E) L'AVENIR

- 19) En quelques mots, comment pourriez-vous décrire et qualifier votre expérience dans ce comité / cette table ?
- 20) Quelles sont vos attentes à l'égard du CQA / TCA / TNRAM ? Et quelles sont vos attentes pour la future des LD ?
- 21) Voudriez-vous ajouter quelque chose ?

* * * * *

2.3.4 Membres de la TNRAM

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #1 : Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

A) INTRODUCTION

Nous vous avons invités à participer à ce projet de recherche étant donné l'importance de votre rôle dans la mise en œuvre des lignes directrices (LD), notamment en tant que membre de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM).

B) QUESTIONS D'OUVERTURE

Merci infiniment d'avoir accepté de participer à cette discussion de groupe sur l'implantation des LD au Québec.

- 1) Avant de commencer, pourriez-vous vous présenter (nom, poste, formation) ? Étiez-vous membre d'un autre comité ? (groupe de travail pour l'élaboration des LD, Coalition, TCA, CQA, MAQ)

C) QUESTIONS DE TRANSITION

- 2) Quand la TNRAM a-t-elle été créée ? Pourquoi ? Pour qui ?
- 3) Quel est le mandat de la TNRAM ?
- 4) Quel est le rôle des représentantes dans cette table ? Et quel est le rôle du MSSS ?
- 5) Comment se déroulent les rencontres ?
 - a. À quelle fréquence ?
 - b. Sujets discutés ?
 - c. Engagement des gens ?

D) QUESTIONS CLÉS

- 6) Quelle est (était) la nature de cette table ? (consultative, recommandations, décisionnelle). Y a-t-il des prises de décisions ? Si oui, selon vous, quelle a été la décision la plus importante prise par cette table ? Quelle(s) a/ont été la/les conséquence(s) de cette décision ?
- 7) Comment la TNRAM a-t-elle évolué dans le temps ?
- 8) Pourriez-vous nous raconter, chronologiquement, les événements les plus importants qui ont jalonné le parcours de cette table ? (transferts du dossier allaitement à la Direction générale de santé publique [DGSP] et dans les différentes unités dans la DGSP) ?

- 9) Quelles ont été les conséquences de ces événements ?
- 10) Quel est / a été la relation établie entre la TNRAM et les groupes suivants : CAIAB, CQA, TCA et MAQ ?
- 11) Comment voyez-vous la contribution de la TNRAM à l'implantation des LD au Québec ?

E) QUESTIONS DE CLÔTURE

- 12) Quelle est votre opinion à l'égard des LD en allaitement maternel au Québec ? Et quelles sont vos attentes pour la prochaine politique ?
- 13) En quelques mots, comment pourriez-vous décrire et qualifier votre expérience à la TNRAM ?
- 14) Quelles sont vos attentes à l'égard de cette recherche évaluative sur les LD ?
- 15) Voudriez-vous ajouter quelque chose ?

* * * * *

2.4 SOMMAIRE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nous présentons ci-après le matériel empirique recueilli selon les principales dimensions du cadre conceptuel que nous avons adopté pour l'étude, lui inspiré de la théorie institutionnelle (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2001; Greenwood et al., 2008) (voir section 2.2). Nous décrivons notamment le *contexte* et les *phases du changement institutionnel* (Hargrave & Van de Ven, 2006) survenues lors de l'émergence, l'élaboration et à la mise en œuvre des LD dans le système de santé et de services sociaux de la province de Québec. Dans chacune de ces étapes, nous mettons l'accent sur les *processus* et les *événements* clés qui ont marqué l'élaboration et l'implantation de la politique en matière d'allaitement au Québec. De plus, nous présentons les acteurs qui ont joué un rôle essentiel dans chacune de ces phases (c.-à-d., les *entrepreneurs institutionnels*) (Greenwood & Suddaby, 2006), en étudiant particulièrement leurs *attributs de pouvoir* respectifs de même que leurs *comportements stratégiques* (Hardy & Phillips, 1998) durant les périodes examinées.

2.4.1 Phase d'émergence : de 1977 à 1997

La phase d'émergence correspond à la période antérieure à la création du groupe de travail pour l'élaboration et la formulation des LD, laquelle est survenue en 1997. D'après les données recueillies, le début de cette période remonte jusqu'à 20 ans auparavant. Cette première phase a été caractérisée par la présence de deux principaux acteurs institutionnels : la D^{re} A et le MSSS. Durant cette période et en synchronisation avec ce qui se passait au niveau international, la D^{re} A, lentement mais sûrement, mobilisait sa position de puissance dans le champ institutionnel comme médecin engagée dans l'allaitement (pouvoir principalement fondée sur son *expertise médicale* et sa *légitimité discursive*) afin de susciter une réponse officielle de la part de l'acteur institutionnel qui détenait l'*autorité formelle*, c'est-à-dire le MSSS, pour favoriser un changement institutionnel dans le domaine. Quoique leurs positions de départ fussent différentes, c'est-à-dire que la D^{re} A avait adopté une stratégie très proactive alors que le MSSS réagissait plutôt aux demandes des intervenants de la santé sous le leadership de la D^{re} A, les stratégies d'engagement adoptées dans ce champ institutionnel durant la période initiale de changement pourraient être qualifiées de *collaboration* (Hardy & Phillips, 1998). En effet, l'engagement et la reconnaissance des deux partenaires, le MSSS et la D^{re} A, a été mutuel et le pouvoir a été partagé entre eux : la D^{re} A apportait sa connaissance sur la pratique de l'allaitement et sa légitimité discursive auprès des intervenants de la santé, et le MSSS détenait le pouvoir de décision, soit l'autorité formelle. La création par le MSSS d'un groupe de travail sur l'allaitement maternel, présidé par la D^{re} A, constitue l'événement qui marque l'initiation de la seconde période de changement considérée, soit la phase de développement.

2.4.2 Phase de développement : de 1997 à 2001

La phase de développement s'est étendue de 1997, au moment du recrutement des membres du groupe de travail ministériel pour l'élaboration des LD, à 2001, lorsque les LD furent rendues publiques. En d'autres mots, cette période correspond principalement au processus d'écriture de la nouvelle politique en matière d'allaitement maternel au Québec. En parallèle avec l'activité de ce groupe ministériel, le champ institutionnel en allaitement a été aussi fertile en d'autres activités et événements. Ainsi, dans cette phase nous avons identifié trois entrepreneurs institutionnels principaux, soit la Dre A ; le groupe de travail sur les LD, mis sur pied par le MSSS et présidé par la Dre A ; et la Coalition pour l'allaitement maternel. Le pouvoir de ces trois acteurs reposait surtout sur leur expertise et leur légitimité discursive.

En effet, la mise en place du groupe de travail pour l'élaboration des LD et l'émergence de la Coalition ont été les événements les plus importants pour faire avancer la formulation des

LD pendant cette période. Le groupe de travail et la Coalition ont agi comme acteurs collectifs et ont utilisé la *collaboration* comme stratégie fondamentale d'engagement dans le champ institutionnel afin d'atteindre leurs objectifs et de mettre en place leurs actions. Cependant, face au retard dans la publication de la politique, des conflits entre le MSSS et la Coalition ont émergé vers la fin de cette phase. La Coalition a alors *contesté* ce retard en menaçant de sortir sur la place publique. Cette dynamique conflictuelle, principalement en raison du conflit d'intérêt des membres de la Coalition et du MSSS, a été un des facteurs qui ont fait en sorte que le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) se retire de la coordination de la Coalition, laquelle a ensuite été assumée par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), et que la Coalition elle-même se réoriente, puis qu'elle disparaisse lorsque la Table de consultation en allaitement (TCA) a été constituée. La fin de cette phase est marquée par la publication des LD, en septembre 2001, et la nomination d'une représentante ministérielle pour le dossier allaitement (Mrep1), responsable de la mise en œuvre des LD.

2.4.3 Phase d'implantation : de 2001 à 2009

La phase d'implantation s'étend de l'année 2001, quand le MSSS, suite à la publication des LD, a nommé la première responsable nationale en allaitement (Mrep1) pour leur mise en œuvre, jusqu'à 2009, lorsque la présente étude a commencé. Cette phase est l'étape la plus complexe de notre étude, car elle comprend différents entrepreneurs institutionnels qui ont fait partie de plusieurs événements clés, chacun déployant ses stratégies d'engagement institutionnel particulières. Dans cette phase, nous avons identifié trois principaux entrepreneurs institutionnels, soit Mrep1, le Comité québécois en allaitement (CQA) et le MSSS. Mrep1 a agi comme entrepreneur individuel et représentante d'un entrepreneur collectif, le MSSS, et son pouvoir reposait grandement sur son expertise et sa légitimité discursive auprès de tous les acteurs concernés, en plus l'autorité formelle correspondant au MSSS. L'attribut de pouvoir du CQA était l'expertise de ses membres et aussi sa légitimité discursive auprès des acteurs hors MSSS concernés par l'allaitement. Et finalement, tel que noté, le MSSS demeure dans cette phase un entrepreneur collectif et utilise son autorité formelle comme source de pouvoir principale.

Parmi les événements marquants de cette période, nous soulignons notamment le transfert du dossier allaitement de la Direction générale des services sociaux (DGSS) à la Direction générale de la santé publique (DGSP). Dans cette dernière direction général du MSSS, les modes de fonctionnement apparaissent plus structurés et bureaucratiques, ce qui a conduit à un changement substantiel dans les stratégies d'engagement des acteurs concernés par l'allaitement dans le champ institutionnel : d'un part, le MSSS, sur la base de son autorité formelle, a exercé un contrôle plus serré sur la prise des décisions (*top down*) relatives au dossier ; d'autre part, la réaction des acteurs hors MSSS est devenue plutôt du type conformité (*compliance*) et d'apparence de collaboration. En bout de ligne, ces derniers se sont clairement démotivés car ils ont trouvé qu'ils n'avaient plus de voix (en raison de la fin du CQA, principalement) et les comités en place (CAIAB et TNRAM) ne constituaient plus des véritables mécanismes de concertation.

2.4.4 Phase actuelle : de 2009 à octobre 2010

Nous avons décidé d'ajouter une quatrième phase d'analyse, nommée phase actuelle, afin de décrire les changements qui sont survenus entre le début de cette recherche au printemps 2009 jusqu'au dépôt du rapport intérimaire à l'organisme subventionnaire (FQRSC) en octobre 2010. L'analyse de cette phase est basée surtout sur des entrevues individuelles avec des informateurs clé et certains ordres du jour et comptes rendus de réunions du Mouvement allaitement du Québec (MAQ) et du Comité de révision du processus d'agrément IAB. Durant cette période, couvrant 16 mois, nous avons identifié deux principaux événements, soit la mise en place du groupe de travail sur le processus

d'agrément IAB et l'émergence du MAQ, ainsi que la présence de deux entrepreneurs institutionnels majeurs : le MSSS et le MAQ. Tant le groupe de travail ministériel pour la révision du processus d'agrément IAB que le MAQ ont émergé en raison du besoin de changement ressenti respectivement par le MSSS et les autres acteurs en allaitement. Plus particulièrement, le MAQ a été créé suivant les critiques découlant principalement du manque d'un espace de concertation depuis la fin de la phase d'implantation. Le MSSS jouit toujours de son autorité formelle, tandis que les attributs de pouvoir du MAQ reposent sur l'expertise de ses membres et sa légitimité auprès des acteurs en allaitement. Durant cette phase, le MSSS a continué à adopter une position cohérente avec sa logique d'action bureaucratique alors que la stratégie d'engagement adoptée par le MAQ, elle, peut être qualifiée de conflictuelle de type *contestation*. À la fin des entrevues menées dans le cadre de cette étude, soit février 2010, plusieurs des personnes rencontrées montraient encore beaucoup d'inquiétudes par rapport au futur du dossier allaitement, et plus précisément des LD.

2.4.5 Sommaire

L'Étude #1 a permis de constater que les LD ont émergées à partir d'un mouvement de professionnelles très motivées et intéressées à recréer une culture d'allaitement dans la province. Ce mouvement, qui a commencé au niveau individuel, s'est organisé pour éventuellement engager le MSSS et en arriver à mettre en forme ses idées à l'intérieur d'une politique. À partir du moment où le MSSS s'y est engagé, le processus de développement de la politique d'allaitement du Québec est devenu plus formel tout en s'appuyant sur la contribution d'un grand nombre d'acteurs touchés par cette pratique. Pendant la phase d'implantation des LD, le MSSS et les autres acteurs concernés par l'allaitement ont travaillé ensemble, en collaboration, pour mettre en œuvre la politique. La stratégie de collaboration a été possible en raison des mécanismes de concertation mis en place à ce moment. En plus de l'échange d'information entre les régions, les mécanismes de concertation donnaient une voix au gens en dehors du MSSS et permettaient le partage du pouvoir. Cependant, après des changements survenus au niveau du MSSS, soit le changement de la responsable ministérielle du dossier allaitement et le transfert du dossier de la DGSS à la DGSP, les rapports entre le MSSS et les autres acteurs en allaitement sont devenus de plus en plus conflictuels. De l'avis des acteurs hors MSSS rencontrés dans le cadre de cette étude, la façon centralisée et hiérarchique adoptée par le MSSS pour la prise de décision, qui ne donnait plus d'espace à la négociation entre tous les partenaires, a été l'un des facteurs problématiques dans la suite de l'implantation des LD. L'inconfort et le mécontentement avec cette façon de gérer le dossier allaitement ont fait en sorte que divers acteurs du domaine de l'allaitement s'organisaient à nouveau à l'intérieur d'un nouveau mouvement collectif qui a émergé en 2009 à l'extérieur de la structure gouvernementale.

2.5 RÉFÉRENCES

- AAP Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk - Policy statement. *Pediatrics* 129(3): e827-e841.
- Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J (2007). *Biologie de l'allaitement - Le sein, le lait, le geste*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Braun V, Clarke V (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101.
- DiMaggio PJ, Powell WW (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* 48(2): 147-160.

- Greenwood R, Suddaby R (2006). Institutional entrepreneurship in mature fields: The big five accounting firms. *Academy of Management Journal* 49(1): 27-48.
- Greenwood R, Oliver C, Sahlin K, Suddaby R (2008). *The SAGE handbook of organizational institutionalism*. London: Sage.
- Hardy C, Maguire S (2008). Institutional entrepreneurship. In: Greenwood R, Oliver C, Sahlin K, Suddaby R, eds. *The SAGE handbook of organizational institutionalism* (pp. 198-217). London: Sage.
- Hardy C, Phillips N (1998). Strategies of engagement: Lessons from the critical examination of collaboration and conflict in an inter-organizational domain. *Organization Science* 9(2): 217-230.
- Hargrave TJ, Van de Ven AH (2006). A collective action model of institutional change. *Academy of Management Review* 31(4): 864-888.
- Horta BL, Bahl R, Martines JC et al. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization.
- Ip S, Chung M, Raman G et al. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Evidence Report/Technology Assessment, Number 153. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Krueger RA, Casey MA (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Langley A (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review* 24(4): 691-710.
- OMS (1981). *Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, UNICEF (1990). *Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel*. Florence, Italie.
- Patton MQ (2002). *Qualitative research methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Santé Canada (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- Scott WR (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake RE (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- WHO, UNICEF (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, Section 1: Background and implementation*. Geneva: World Health Organization.

ANNEXE 3

Étude 2 – Aspects méthodologiques et principaux résultats

Chercheuses responsables : Sonia Semenic et Danielle Groleau

- 3.1 Questions de recherche et aspects méthodologiques
 - 3.2 Définition des principaux concepts utilisés
 - 3.2.1 Théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers
 - 3.2.2 Concepts de Bourdieu
 - 3.3 Grilles d'entrevues
 - 3.3.1 Gestionnaires et professionnels
 - 3.3.2 Mères
 - 3.4 Sommaire des principaux résultats
 - 3.4.1 Résultats issus des entretiens avec les gestionnaires et les professionnels
 - 3.4.2 Résultats issus des entretiens avec les mères
 - 3.5 Références
-

3.1 QUESTIONS DE RECHERCHE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Questions de recherche et approche méthodologique. Afin de poursuivre les objectifs 2, 3 et 4 de la présente Action concertée, nous avons entrepris une étude comparative de cas multiples, de nature qualitative, avec des unités d'analyse imbriquées pour explorer les facteurs influençant l'implantation de l'IAB au sein des hôpitaux et des centres de santé communautaire (palier local). Deux questions déterminantes ont guidé cette seconde étude de cas : 1) *Quels sont les processus sociaux (p. ex., culturels, organisationnels, politiques, contextuels) qui favorisent ou entravent l'implantation de l'IAB?* et 2) *Quelles sont les expériences (positives ou négatives) des mères par rapport à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel?* Nous avons choisi une démarche d'étude de cas pour cette partie du projet, étant donné que cette méthodologie convient particulièrement bien lorsque les questions de recherche demandent une enquête des événements en temps réel et en détail; lorsque le point de mire de la requête porte sur le « comment » et le « pourquoi » et lorsqu'il est important de comprendre le contexte entourant les phénomènes étudiés (Yin, 2003). L'un des objectifs importants de cette étude de cas comparative visait à acquérir une meilleure compréhension des raisons qui expliquent les fluctuations marquées dans le niveau d'implantation de l'IAB au Québec, d'un établissement à un autre mais aussi d'une région à une autre, afin de déterminer des stratégies efficaces pour assurer l'adoption et la mise en œuvre de l'IAB à grande échelle. Un autre objectif important consistait à explorer ce que les parents désirent, anticipent et reçoivent sur le plan de la promotion et du soutien à l'allaitement de la part des établissements de santé, et de quelle manière leurs expériences correspondent aux activités et aux visées de l'IAB.

Sélection de cas. L'analyse de cette étude de cas multiples portait principalement sur le processus d'implantation de l'IAB au niveau local. Au Québec, la plupart des hôpitaux ayant des services de maternité (et toutes les maisons de naissance) comptent un nombre relativement petit de naissances et sont jumelés, fonctionnellement ou structurellement, à

au moins un CLSC, formant ainsi un centre de santé et de services sociaux (CSSS)^h. En même temps, une large proportion des nourrissons au Québec naissent dans de grands centres hospitaliers universitaires (CHU) qui ne font pas partie d'un CSSS et qui desservent les familles se trouvant aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des collectivités environnantes de l'hôpital. Puisque chaque type d'établissement fait face à des défis qui lui sont propres relativement à l'implantation de l'IAB, cette étude de cas a porté à la fois sur des CSSS et des CHU.

Afin de déterminer les facteurs clés relatifs à l'implantation de l'IAB, nous avons sélectionné six cas différents : quatre CSSS et deux CHU. La sélection a été faite sur la base du niveau d'implantation de l'IAB (élevé c. faible) et de la taille ou du type de services de maternité (CSSS avec moins de 1 000 naissances par année; CSSS avec 1 000 naissances ou plus par année; CHU). Ces critères de sélection nous ont ainsi permis de comparer les niveaux d'implantation de l'IAB avec des dimensions comme la structure et la complexité organisationnelle, l'emplacement (c.-à-d., en milieu urbain ou rural) et les caractéristiques de la population desservie.

Le niveau d'implantation de l'IAB a été déterminé par les scores obtenus en 2007 à la suite de la mesure du niveau d'implantation de l'IAB dans les établissements du Québec (MNI) (MSSS, 2011). Par conséquent, les CSSS et les CHU qui n'ont pas participé à la MNI ont été exclus. Un CSSS était réputé à implantation « élevée » de l'IAB s'il comprenait au moins une installation reconnue *Amie des bébés* (hôpital ou CLSC) et si le score d'implantation pour chacune de ses installations est supérieur à la moyenne nationale du score d'implantation de l'IAB. À l'inverse, un CSSS était réputé à implantation « faible » de l'IAB s'il ne comprenait pas d'installation reconnue *Amie des bébés* et si le score d'implantation pour chacune de ses installations est inférieur à la moyenne nationale du score d'implantation de l'IAB. Étant donné qu'il n'y avait aucun CHU certifié *Ami des bébés* au Québec au moment de la sélection des cas, les deux cas ont été sélectionnés parmi les CHU qui ont obtenu le score le plus élevé et le plus faible d'après les résultats de la MNI. Le tableau A3.1 montre la matrice de sélection des cas. Afin de maximiser la variabilité entre les cas, nous avons pris soin de choisir chaque cas dans une région sociosanitaire différente du Québec.

Tableau A3.1 Matrice des cas sélectionnés pour l'étude de cas multiples

	CSSS < 1 000 naissances	CSSS > 1 000 naissances	Centre hospitalier universitaire (CHU)
IAB de niveau élevé	<u>Cas 1</u> Petit CSSS IAB élevé	<u>Cas 3</u> Grand CSSS IAB élevé	<u>Cas 5</u> CHU IAB élevé
IAB de niveau faible	<u>Cas 2</u> Petit CSSS IAB faible	<u>Cas 4</u> Grand CSSS IAB faible	<u>Cas 6</u> CHU IAB faible

Collecte de données. Des entrevues individuelles (ou deux par deux) et des groupes de discussion représentent les principales sources de données dans cette étude. Les questionnaires et les fournisseurs de soins de santé ainsi que les mères allaitantes représentent les unités d'analyse imbriquées pour chaque étude de cas, nous permettant ainsi de valider les perspectives de ces différents groupes d'acteurs et de rehausser la crédibilité des données de l'étude. Notre méthodologie d'étude nous a ainsi permis d'acquérir une compréhension globale des cas sur les enjeux relatifs aux différents niveaux

^h Un CSSS peut aussi comporter un ou plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) parmi ses installations.

d'implantation de l'IAB ainsi que des comparaisons croisées des cas qui nous ont permis de dégager des pistes d'action (voir la partie B du rapport).

L'ensemble des entretiens de l'Étude #2 ont été réalisés entre avril 2010 et juin 2011. Le moment exact pour la collecte de données a été négocié avec chaque site. Au sein de chaque établissement, le recrutement et la collecte de données ont été facilités par l'intermédiaire de personnes clés rattachées une unité ou un service de soins périnataux ou petite enfance. Les gestionnaires et les fournisseurs de soins de santé ont été nos principales sources d'information sur ce qui a facilité ou entravé l'implantation de l'IAB au niveau organisationnel (objectif 2). Des entretiens d'environ une heure chacun ont été réalisés avec des gestionnaires et des personnes travaillant à la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements participants (42 entrevues individuelles) et avec des intervenants (13 groupes de discussion et 5 entrevues individuelles). L'échantillonnage des participants a été réalisé de façon raisonnée et par boule de neige. Les participants ciblés pour les entrevues individuelles provenaient de tous les niveaux de la gestion des soins infirmiers en milieu hospitalier (p. ex., infirmières gestionnaires des unités, directeurs des soins infirmiers), de la direction médicale des services hospitaliers d'obstétrique et de néonatalogie, de la direction des services Enfance-Famille des CLSC/CSSS ainsi que toute personne officiellement désignée pour appuyer l'implantation de l'IAB (p. ex., consultantes en lactation). Pour chaque CSSS, deux groupes de discussion ont également été formés, un premier regroupant les fournisseurs de soins de santé périnataux en milieu hospitalier et un second réunissant les fournisseurs de soins de santé en CLSC et autres intervenants communautaires (p. ex., mairaines d'allaitement). Pour les CHU, deux à trois groupes de discussion ont été organisés avec les professionnels de la santé. Les groupes de discussion ont été planifiés à des moments qui facilitaient la participation du personnel de tous les quarts de travail. Les tableaux A3.2 et A3.3 précisent le nombre et les caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires et intervenants ayant participé à l'étude.

Tableau A3.2 Nombre de participants à l'Étude #2 selon leur profil

Participants	n	Moyenne par établissement	Minimum	Maximum
Gestionnaires ou responsables de la mise en œuvre de l'IAB	42	7	4	12
Intervenants	95	16	8	20
Mères	52	9	7	10

Tableau A3.3 Caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires et des intervenants

Caractéristiques (n = 129)	% (n)	Moyenne	Étendue
Âge (ans)		44,5	26 – 63
Statut d'emploi			
Temps plein	79 (102)		
Autre	21 (27)		
Nombre d'années travaillées en périnatalité (ans)		14,4	1 – 36
Profession / Emploi			
Infirmière – Hôpital	50 (65)		
Infirmière – CLSC	14 (18)		
Médecin (omnipraticien, pédiatre ou obstétricien)	12 (15)		
Gestionnaire	10 (13)		
Consultante en lactation (IBCLC)	6 (8)		
Autre (p. ex., marraine d'allaitement, travailleur social)	8 (10)		

Nous avons également tenu des groupes de discussion avec des mères afin d'explorer les perceptions maternelles à l'égard de la promotion et du soutien à l'allaitement (objectifs 3 et 4). Un à deux groupes de discussion, d'une durée d'environ 2 heures chacun, ont eu lieu dans chaque établissement, pour un total de 11 groupes (n = 52 mères). Le recrutement des participantes a été réalisé avec le concours d'intervenants de l'établissement. Pour être éligibles, les participantes devaient (i) avoir donné naissance dans un hôpital affilié à chaque cas ou bénéficié des services postnataux offerts par l'établissement, et (ii) avoir amorcé l'allaitement (elles pouvaient cependant avoir sevré depuis). Nous avons ciblé les mères de bébé âgé entre quatre et six mois, mais dans les faits cette fourchette d'âge n'a pas toujours pu être respectée. Nous avons surtout cherché à recruter des femmes avec un profil différent, notamment par rapport au niveau socioéconomique et à leur expérience d'allaitement, de façon à obtenir de l'information plus variée. Le tableau A3.4 présente les caractéristiques des mères ayant participé à l'étude. Il est à noter que les principales sources de soutien des mères rencontrées étaient leur conjoint, les membres de leur famille et les infirmières, surtout celles du CLSC, alors que peu de mères ont rapporté avoir bénéficié de soutien de la part de leur médecin en ce qui a trait à l'allaitement (tableau A3.4).

Analyse des données. L'analyse des données issues de l'Étude #2 a été guidée par notre cadre conceptuel (voir section 3.2). Nous avons réalisé une analyse thématique de chaque entretien de façon à déterminer les processus sociaux qui peuvent être positivement ou négativement reliés au niveau d'implantation de l'IAB (questionnaires et intervenants) et les perceptions maternelles sur la promotion et le soutien à l'allaitement (mères). Une analyse détaillée des cas a ensuite été effectuée pour chacun des six cas afin de décrire les processus clés influençant l'implantation de l'IAB pour chacun. Des données locales et régionales, par exemples des données sur la clientèle desservie, le nombre annuel de naissance et les taux d'allaitement, ont également été utilisées pour aider à remettre dans leur contexte ces évaluations narratives. Nous avons ensuite procédé à des analyses comparatives des six cas, en déterminant les similitudes et les différences entre chacun d'eux en fonction de notre cadre conceptuel. Pour les données issues des mères, étant donné le petit nombre de participantes, l'analyse comparative a été réalisées en fonction du niveau d'implantation de l'IAB seulement (élevé c. faible). Nos principaux résultats ont été présentés au comité consultatif du projet et les pistes d'action proposées par l'équipe de recherche y ont été discutées.

Considérations déontologiques. Suivant le processus d'approbation éthique multiculturelle du MSSS, cette étude a reçu l'approbation éthique du Bureau de l'éthique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), soit l'établissement d'appartenance de la chercheuse principale coordonnatrice, en tant que comité d'éthique de la recherche (CÉR) principal.

Tableau A3.4 Caractéristiques sociodémographiques des mères et leurs sources de soutien à l'allaitement

Caractéristiques (n = 52)	% (n)	Moyenne	Étendue
Âge maternel (ans)		29	18 - 42
Âge du bébé (mois)		4,5	1,5 - 8,0
Âge gestationnel à la naissance (semaines)		39	35 - 42
Allaitement en cours			
Oui	87 (45)		
Non	13 (7)		
Allaitement exclusif en cours			
Oui	48 (25)		
Non	52 (27)		
Langue maternelle			
Français	83 (43)		
Autre	17 (9)		
Niveau de scolarité (le plus haut atteint)			
Secondaire	10 (5)		
Collégial	29 (15)		
Baccalauréat	35 (18)		
Maîtrise ou doctorat	15 (8)		
Autres	8 (4)		
Pas de réponse	4 (2)		
Revenu familial total			
≤ 29,000 \$	17 (9)		
30,000 \$ - 49,000 \$	12 (6)		
50,000 \$ - 79,000 \$	25 (13)		
80,000 \$ - 99,000 \$	17 (9)		
100,000 \$ - 119,000 \$	15 (8)		
≥ 120,000 \$	13 (7)		
Sources de soutien à allaitement*			
Infirmières - hôpital	56 (29)		
Infirmières - CLSC	79 (41)		
Omnipraticien	8 (4)		
Pédiatre	4 (2)		
Obstétricien	0 (0)		
Marraine d'allaitement	15 (8)		
Ligue La Leche	12 (6)		
Nourri-Source	0 (0)		
Halte-allaitement	6 (3)		
Doula	0 (0)		
Membres de la famille	54 (28)		
Conjoint	54 (28)		
Autres	15 (8)		

* Plus d'une réponse était permise.

3.2 DÉFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS UTILISÉS

3.2.1 Théorie de diffusion des innovations de Rogers (1995)

Caractéristiques d'une innovation de soins de santé (dans le cas présent, l'IAB) qui influencent son adoption :

- **Avantage relatif**
Degré auquel une « nouvelle » façon de faire est perçue comme étant meilleure que celles qui existent déjà.
- **Compatibilité**
Degré auquel une innovation est perçue comme étant cohérente avec les croyances, les valeurs et les pratiques des utilisateurs potentiels.
- **Testabilité**
Degré auquel une innovation peut être testée et modifiée par les utilisateurs potentiels avant qu'ils s'engagent à l'utiliser.
- **Complexité**
Degré auquel une innovation est perçue comme étant difficile à comprendre et à utiliser.
- **Observabilité**
Degré auquel les résultats issus d'une innovation sont observables par les autres à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation.

Pouvoir d'influence (*leadership*)

L'adoption d'une innovation est facilitée par la présence d'agents de changement (i) qui ont des contacts étroits avec les adoptants potentiels, (ii) qui ont de la crédibilité auprès des adoptants, et (iii) qui agissent comme des leaders d'opinion au niveau local.

Références sélectionnées

Lemieux-Charles L, Barnsley J (2004). An Innovation Diffusion Perspective on Knowledge and Evidence in Health Care. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, eds. *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives* (pp. 155-138). Toronto: University of Toronto Press.

Nutley S, Davies HT (2000). Making a Reality of Evidence-Based Practice: Some Lessons from the Diffusion of Innovations. *Public Money and Management* 20(4): 35-42.

Rogers E (1995). *Diffusion of innovations*. New York, NY: The Free Press.

Schmied V, Gribble K, Sheehan A, Taylor C, Dykes FC (2011). Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Serv Res* 11: 208.

3.2.2 Concepts de Bourdieu

Capital symbolique

Bourdieu soutient que le capital détenu par une personne ne se limite pas à sa dimension économique, mais qu'il comprend également des formes culturelles, sociales et symboliques et que l'accès au pouvoir est déterminé par la totalité de son capital. Il définit le *capital symbolique* comme une forme de pouvoir qui vient avec la position sociale d'une personne, offrant ainsi du prestige et incitant les autres à prêter une attention à l'agent titulaire de ce capital. Le *capital symbolique* d'une personne peut aussi engendrer un sens du devoir ou de d'infériorité chez les autres. Par exemple, dans la structure hospitalière, un médecin peut détenir plus de pouvoir symbolique qu'une infirmière. Cependant une infirmière reconnue pour son charisme et son expérience personnelle et professionnelle de l'allaitement, peut détenir plus de *capital symbolique* qu'un médecin, lorsqu'il s'agit d'implanter de nouvelles pratiques professionnelles visant à soutenir et protéger l'allaitement à l'hôpital.

Habitus

L'*habitus* correspond à une disposition mentale exprimée dans le corps qui devient une habitude corporelle vécue comme une disposition naturelle et normale des personnes dans contexte social donné. Par exemple, lorsque l'allaitement est une norme culturelle dans un milieu, allaiter son bébé est généralement perçu et expérimenté comme une façon naturelle, normale et attendue d'alimenter son bébé, donc un *habitus* dans ce contexte. *A contrario*, dans un contexte où nourrir son bébé au biberon constitue la norme culturelle, le nourrir ainsi sera perçu comme la façon normale, attendue voire naturelle par l'entourage, d'alimenter un bébé. Dans un contexte, où une femme choisi d'allaiter son bébé dans un contexte culturel où l'alimentation au biberon constitue l'*habitus*, il se peut que les gens de son entourage, voire qu'elle-même, ressentent un malaise psychologique ou corporel à utiliser ses seins pour nourrir son bébé.

Champ

Le *champ* correspond à un milieu ou à un groupe social organisé – par exemple, un hôpital, un village, un clan, une classe sociale, une famille – dont les règles implicites et explicites déterminent l'accès aux différentes formes de pouvoir. Ainsi, une femme qui allaite ne sera pas assujettie aux mêmes règles et relations de pouvoir selon qu'elle alimente son bébé à l'hôpital en présence d'une infirmière, à la maison en présence de sa propre mère ou dans un lieu public en face d'étrangers. Dans un contexte de changement culturel récent, l'*habitus* peut différer d'un *champ* à l'autre. Par exemple, la façon d'alimenter son bébé peut faire l'objet d'un *habitus* contradictoire selon les *champs* (p. ex., hôpital, famille, espace publique) où se trouve une mère.

Références sélectionnées

Bourdieu P (1989). Social space and symbolic power. *Sociological Theory* 7(1):14-25.

Bourdieu P (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. (Trans. Richard Nice). Cambridge: Harvard University Press.

Bourdieu P (1983). The forms of capital. In: Richardson JG (ed.). *Handbook of theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). New York: Greenwood Press.

3.3 GRILLES D'ENTREVUES

3.3.1 Gestionnaires et professionnels

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #2 : Processus sociaux influençant l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) : Perspectives des gestionnaires, des fournisseurs et des utilisatrices des soins de santé

1. PRÉSENTATIONS : POSTE, ANNÉES & RÔLE JOUÉ DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

Pourriez-vous vous présenter en indiquant votre poste, le nombre d'années pour lequel vous l'occupez, et le cas échéant, le rôle que vous avez joué dans la mise en œuvre de l'IAB dans votre établissement.

2. IDÉOLOGIE: ALLAITEMENT & PROMOTION

2.1 Que pensez-vous de l'allaitement?

2.2 Que pensez-vous de la promotion et du soutien à l'allaitement en général?

2.3 Que pensez-vous de l'*Initiative des amis des bébés*?

3. FACILITATEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

À votre avis, quels sont les acteurs, les événements et les processus qui ont facilité la mise en œuvre de l'IAB dans votre établissement?

Sonder si nécessaire :

- a) les acteurs
- b) les événements
- c) les processus

4. BARRIÈRES À LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

À votre avis, quels sont les acteurs, les événements et les processus qui ont nui à la mise en œuvre de l'IAB dans votre établissement?

Sonder si nécessaire :

- a) les acteurs
- b) les événements
- c) les processus

5. À votre avis, quels sont les éléments parmi les *Dix conditions* et le *Code* qui sont les plus faciles/difficiles à mettre en œuvre ?

6. MÉCANISMES EXTRA-ÉTABLISSEMENT INFLUENÇANT LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

Quels sont les acteurs, les événements et les processus à l'EXTÉRIEUR de votre établissement qui ont influencé la mise en œuvre de l'IAB dans votre établissement ?

7. STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DE L'IAB

Que suggérez-vous comme stratégies pour améliorer la mise en œuvre de l'IAB ou pour obtenir/maintenir la certification ?

Sonder si nécessaire :

- a) Ressources matérielles
- b) Ressources humaines
- c) Culture organisationnelle
- d) Attitudes
- e) Facteurs liés au leadership
- f) Autres

8. Nous arrivons à la fin de l'entretien. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter?

* * * * *

3.3.2 Mères

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Étude #2 : Processus sociaux influençant l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) : Perspectives des gestionnaires, des fournisseurs et des utilisatrices des soins de santé

SECTION A : PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

1. SVP présentez-vous brièvement en nous disant également l'âge de votre enfant et l'endroit où vous avez accouché
2. DÉCISION : Dites-nous comment vous avez pris les décisions entourant la façon de nourrir votre bébé? Qui? Quoi?
 - a. Professionnels de la santé
 - b. Milieu social ou familial
3. DURÉE : Combien de temps planifiez-vous d'allaiter? Est-ce que cette décision a changé dans le temps et pourquoi?
4. Qu'est-ce que vous pensez de l'information que vous avez reçue? Est-ce qu'elle répondait à vos besoins?
 - a. Exemples
 - b. Est-ce que les professionnels de la santé étaient informatifs, aidant et respectueux?

SECTION B : PROBLEMES DE L'ALLAITEMENT ET SOUTIEN

5. Est-ce que vous avez rencontré des problèmes avec l'allaitement?
 - a. Comment avez-vous surmonté ces difficultés?
 - b. Où avez-vous trouvé du soutien?
 - c. Qui vous a le plus aidé?
 - d. Quels étaient les rôles des services de santé?
 - i. hôpital
 - ii. CLSC
 - iii. votre médecin ou celui de votre bébé
 - iv. services ou groupes communautaires
 - e. Famille :
 - i. La famille
 - ii. Le conjoint
 - f. (Qualité) Les messages des professionnels de la santé étaient-ils:
 - i. contradictoires?
 - ii. cohérents?
 - iii. personnalisés?
6. Est-ce que quelqu'un vous a déjà encouragé à passer au biberon?

7. Qu'est-ce qui vous a motivé à continuer malgré les difficultés?

SECTION C: ALLAITEMENT DANS DIFFÉRENTS ESPACES SOCIAUX

8. Comment vous sentiez-vous lorsque vous allaitiez dans différentes situations ou différents **endroits**? Par exemple en présence:

- a. Du personnel soignant
- b. Des groupes communautaires
- c. Votre famille
- d. Votre conjoint
- e. Vos amis
- f. En public (restaurants, bars, parc, travail, magasins, centres commerciaux)

9. Quelles stratégies utilisez-vous pour allaiter en public?

- a. Vous limitez/évitez vos sorties
- b. Vous organisez vos sorties en fonction des boires de votre bébé
- c. Vous utilisez des couvertures
- d. Vous utilisez les salles d'allaitement dans des espaces publics

10. Est-ce que vous pensez qu'allaiter vous empêche de mener votre vie habituelle ou normale?

- a. Travail
- b. Sport
- c. Vie sociale
- d. Vie intime
- e. Votre rôle comme femme

11. Est-ce qu'allaiter a changé votre relation avec votre corps?

12. Dans plusieurs sociétés/cultures, il arrive que le sein soit très sexualisé. Par rapport à votre expérience:

- a. Pensez-vous que c'est vrai ? Vous sentez-vous touchée par cette idée/vision ?
- b. Pensez-vous que cette idée/vision peut influencer les femmes dans leur décision d'allaiter ?
- c. Est-ce que vous pensez qu'il y a des messages conflictuels/contradictaires entre les milieux de soins et la société en général ? (par exemple, allaitement/sexualisation, allaitement et congé de maternité, etc.)
- d. Vous reconnaissez-vous dans les messages utilisés pour faire la promotion de l'allaitement ?

SECTION D: BARRIÈRES ET LES FACILITATEURS À L'ALLAITEMENT

13. Commentaires finaux sur les facteurs qui **empêchent/favorisent** l'allaitement, surtout l'allaitement exclusif pour une durée de 6 mois ?

14. Comment peut-on aider les mères (qui veulent allaiter/qui doivent prendre la décision, etc.) ?

* * * * *

3.4 SOMMAIRE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.4.1 Résultats issus des entretiens avec les gestionnaires et les professionnels

La prochaine section présente les résultats de l'analyse des entretiens réalisés auprès des gestionnaires et des intervenants des CSSS et des CHU de notre étude de cas. Nous avons regroupé les barrières et les facilitateurs ayant émergés sous les catégories suivantes: 1) culture d'allaitement; 2) organisation; 3) ressources et formation; 4) leadership; et 5) continuité des services.

Culture d'allaitement. Les professionnels et les gestionnaires des CSSS s'entendent généralement pour dire que l'allaitement ne constitue pas une pratique culturelle dominante chez leur clientèle, les familles constituant dès lors une source limitée de soutien pour les mères allaitantes. Bien que les professionnels des établissements soient généralement en faveur de l'allaitement, plusieurs craignent d'induire un sentiment de culpabilité chez les mères en faisant la promotion de l'allaitement. Alors que les intervenants des CSSS à faible IAB perçoivent la culture populaire comme une barrière importante à l'IAB, ceux des établissements à IAB élevé ont adopté diverses stratégies afin de surmonter leur crainte de culpabiliser les mères. Ces stratégies sont: 1) adopter une approche non dogmatique et inclure conjoint et famille lors des activités de promotion; 2) augmenter l'*empowerment* des mères en leur présentant l'information complète sur l'allaitement dès la période prénatale afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée et être mieux préparées à allaiter – en somme, être pro-mère plutôt que pro-allaitement ; 3) inscrire les activités de promotion de l'allaitement et de mise en œuvre de l'IAB dans un modèle plus large de soins de qualité favorisant la collaboration interdisciplinaire ainsi que l'humanisation et la démedicalisation des soins; et enfin 4) considérer le changement des pratiques professionnelles requis par l'IAB comme étant plus important que d'augmenter en soi le nombre de mères qui allaitent. Le CHU à IAB faible se distingue par le fait que les services ultraspécialisés qu'ils offrent en néonatalogie est perçu comme étant incompatibles avec l'adoption de IAB.

Organisation. D'un point de vue organisationnel, les professionnels et les gestionnaires des établissements à faible niveau d'implantation d'IAB ont mentionné qu'il était difficile de mobiliser les gestionnaires porteurs de ce dossier car ces derniers sont responsables de plusieurs autres dossiers prioritaires. Une résistance au changement dans les pratiques tant des gestionnaires que du personnel clinique a été notée avec des avancées difficiles à maintenir. De plus, le court séjour hospitalier des mères et le nombre élevé de visiteurs limitent le temps d'accès à la mère pour lui enseigner l'allaitement et résoudre les problèmes techniques. La résistance au changement est une barrière qui a toutefois été surmontée dans les établissements à l'IAB élevé. D'une part, l'IAB dans ces sites a été associée, de façon idéologique du moins, à d'autres modèles de soins valorisés tels AMPRO et l'humanisation des soins à la naissance. Également, l'IAB n'a pas été imposée mais adoptée démocratiquement par l'ensemble des intervenants comme un modèle de soins à implanter de façon très progressive et où chaque étape de changement des pratiques est sélectionnée collectivement, voire votée dans certains cas, par le personnel soignant. L'IAB est dès lors devenue un projet collectif et non imposé.

Ressources et formation. L'accès aux ressources et à la formation professionnelle ont également été des éléments incontournables pour favoriser l'implantation de l'IAB et pour libérer des professionnels et des gestionnaires afin qu'ils jouent leur rôle de leader. L'accès aux ressources institutionnelles des hôpitaux, des CLSC, des Agences et de la Fondation Chagnon, a permis: 1) d'engager des responsables pour coordonner l'implantation de l'IAB; 2) de libérer des infirmières spécialisées et généralistes pour les former en allaitement (activité financée par l'Agence ou par l'établissement). Cependant, les médecins demeurent encore difficiles à recruter pour les formations en allaitement, ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi certains résistent encore à l'IAB.

Leadership. Le portrait du leadership institutionnel et professionnel distingue clairement les établissements à IAB élevé des établissements à IAB faible. Tous les sites à IAB faible se caractérisent par une absence de leader et de personnel libéré (à l'exception du CHU à IAB faible qui a très récemment engagé une personne) pour porter le dossier de l'IAB. Dans certains de ces sites, plusieurs personnes influentes ont même été identifiées comme étant contre l'IAB. Les établissements à IAB élevé, pour leur part, ont en général un leadership clair avec au moins une personne porteuse du dossier bien identifiée, crédible et respectée. Dans le petit CSSS, un seul leader désigné et libéré a suffi, alors que dans le gros CSSS, un groupe de leaders a porté le dossier. Néanmoins, dans les deux CSSS à IAB élevé, l'IAB est perçue comme un projet à la fois participatif et collectif, incluant médecins, infirmières et gestionnaires. Dans le CHU à IAB élevé cependant, la situation diffère légèrement avec quelques médecins perçus comme étant plus résistants. Enfin, certaines organisations jouent aussi le rôle de leader de l'IAB. L'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins à Cowansville et l'hôpital St. Joseph's Healthcare à Hamilton en Ontario (tous deux certifiés IAB) ont fait l'objet de visites par des professionnels et des gestionnaires de CSSS ou de CHU qui les ont identifiés à la fois comme des leaders institutionnels et des sources de motivation pour implanter l'IAB dans leur propre établissement. Également, certaines Agences, de par leurs politiques, leurs ressources, leurs formations et leurs activités en lien avec l'IAB sont considérées pour leur leadership institutionnel.

Continuité des services. La continuité des services de promotion et de soutien à l'allaitement entre les installations du CSSS et les GOESA est ce qui caractérise les CSSS à niveau élevé d'IAB. De plus, ces derniers ont mis en place des dispositifs de communication qui favorisent la collaboration entre ses installations mais aussi avec les partenaires environnants afin que les services de promotion et de soutien soient intégrés en période prénatale et postnatale. À l'opposé, c'est le manque de continuité, de collaboration et de communication qui caractérisent les établissements à faible niveau d'IAB ainsi que la fragmentation de l'information et des services de soutien qu'ils prodiguent aux mères. On déplore dans ces derniers que les services de soutien à l'allaitement ne soient pas accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et que les intervenants de leurs établissements partenaires ne répondent pas adéquatement aux besoins des mères en lien avec l'allaitement. Cependant, certains intervenants du CHU à IAB élevé (non encore accrédité IAB) considèrent aussi que des améliorations sont encore de mises pour bonifier la continuité et l'intégration des services de soutien, notamment avec les médecins, les CLSC et les GOESA.

Conclusions et pistes de solution pour surmonter les barrières à la mise en œuvre de l'IAB. En somme, nous pouvons conclure que l'implantation de l'IAB dans les établissements de santé au Québec implique de provoquer un changement culturel à la fois pour la population, les professionnels de la santé et les gestionnaires. Mais ceci n'est pas impossible à réaliser, comme les établissements à niveau élevé d'IAB l'ont démontré. Une des clés du moteur de ce changement est sans conteste la présence d'un groupe de leaders composé d'intervenants cliniques et de gestionnaires dotés d'un pouvoir d'influence et de crédibilité auprès de leur pairs mais aussi auprès de leurs supérieurs et de la haute direction. L'autre type de leadership qui facilite le changement est le leadership institutionnel incarné par les établissements de santé certifiés *Amis des bébés* mais aussi par les activités, les politiques et les fonds alloués par les établissements, les Agences, voire du MSSS avec sa politique des LD. Le leadership, pour s'exercer, a cependant besoin de fonds et de ressources initiales qui permettent ensuite d'agir comme levier pour mobiliser d'autres ressources additionnelles. En ce sens, nous avons vu que les leaders avaient réussi à mobiliser des fonds pour financer les coûts inhérent à l'implantation de l'IAB, mais ils avaient aussi reçu des fonds et des ressources au départ, ne serait-ce que pour être libérés de leurs autres tâches ou responsabilités. Avec des fonds de départ et le pouvoir d'influence d'un groupe de leaders, provoquer le changement culturel requis par l'implantation de l'IAB

semble tout à fait faisable et réaliste malgré le défi culturel à relever. Dans les sites à IAB élevé, on a moins craint de culpabiliser les mères lors des interventions de promotion de l'allaitement car ces activités ne servent pas à hausser les statistiques de taux d'allaitement de leur établissement mais bien à soutenir les mères en les informant de façon réaliste afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée et qu'elles soient bien préparées si elles décidaient d'allaiter. En ce sens, les fonds disponibles non seulement pour former les professionnels de la santé mais aussi pour les libérer de leurs autres responsabilités de travail, sont essentiels pour prodiguer une information adéquate aux mères et les soutenir de façon à répondre à leurs besoins. Mais organiser les services de soutien pour répondre aux besoins des mères a aussi requis que des dispositifs de communication et de collaboration soient mis en place par les établissements afin de favoriser la continuité et l'intégration des services de soutien offerts par les établissements et leurs partenaires environnants. Les médecins et les pédiatres demeurent les acteurs les plus difficiles à convaincre et à mobiliser pour les formations et les changements de pratiques cliniques alors que les infirmières du réseau portent parfois le projet de l'IAB et de l'allaitement « à bout de bras » parce qu'elles y croient et qu'elles ont elle-même allaité.

3.4.2 Résultats issus des entretiens avec les mères

Contexte. Ayant conduit des groupes de discussion auprès de mères allaitantes desservies par les six établissements de notre étude de cas (4 CSSS et 2 CHU), notre objectif était de mieux comprendre leurs expériences des services de promotion et de soutien à l'allaitement en tenant compte des différences liées au niveau d'implantation de l'IAB (faible ou élevé). Nous exposerons dès lors dans cette section, les thèmes essentiels mis de l'avant par les mères, en spécifiant les différences relatives au fait qu'elles aient été desservies par un établissement avec un niveau élevé ou faible d'implantation de l'IAB. La majorité des mères de tous les sites ont expliquées avoir été peu exposées, dans leur vie, à d'autres femmes allaitantes. Allaiter, sans conteste, constituait pour elles un changement de pratique social et familial non négligeable par rapport aux générations précédentes. Plusieurs ont dû ainsi faire face à des regards désapprobateurs lorsqu'elles ont allaité en public ou devant certains membres de leur famille. Les commentaires désobligeants ou les regards gênants ne provenaient pas uniquement d'hommes mais aussi parfois de femmes plus âgées. Se sentir investie du pouvoir pour faire face ou contrer ce jugement social négatif, moralisateur ou même sexualisant dans certains cas, n'était pas l'apanage de toutes les mères. En particulier, les jeunes primipares ou encore celles habitant en milieu rural ne se sont pas senties assez fortes pour défier ces regards désapprobateurs. Il est à noter que les mères desservies par des services de santé caractérisés par un haut niveau d'IAB, se disaient généralement à la fois moins sensibles aux regards désapprobateurs des autres et mieux préparées à faire face à ce genre de pression sociale.

Les expériences maternelles des services de promotion de l'allaitement. L'ensemble des mères de tous les sites ont mentionné avoir été exposées à des activités de promotion de l'allaitement durant leur grossesse et lors de leur séjour hospitalier. Ces expériences couplées aux informations qu'elles avaient elles-mêmes recueillies, les avaient convaincus d'opter pour l'allaitement. Les mères ayant été exposées à des activités de promotion prodiguées par des établissements à faible niveau d'IAB, se sont distinguées des autres en ce sens qu'elles s'étaient fixées une durée d'allaitement précise, à savoir rigide pour plusieurs d'entre elles. De plus, ces mères ont mentionné que les professionnels de la santé de ces établissements leur avaient présenté des messages de promotion qui manquaient de convergence ou d'homogénéité, en particulier en ce qui a trait à la durée optimale et à l'exclusivité de l'allaitement. Peu de mères desservies par des établissements à IAB faible ont par ailleurs réussi à atteindre leurs objectifs de durée par cause, soit de difficultés à amorcer l'allaitement, soit de problèmes techniques non résolus les ayant forcées à

abandonner (p. ex., gerçures, manque de lait). Cette situation d'abandon de l'allaitement malgré un désir d'allaiter plus longtemps (en général plusieurs mois) a été vécue par plusieurs comme un échec, accompagné d'effets psychologiques négatifs tels un fort sentiment de culpabilité, le sentiment d'être jugée ou d'avoir besoin de se justifier, ou encore par des pleurs répétés.

De façon contrastante, les mères ayant été desservies par des services de promotion de l'allaitement provenant d'établissements à IAB élevé, s'étaient fixées des objectifs de durée de l'allaitement à la fois plus flexibles et plus réalistes, tout en étant mieux préparées à faire face aux difficultés techniques potentielles. En fait, plusieurs de ces mères ont mentionné avoir allaité plus longtemps que prévu, car soit leur allaitement s'était bien passé, leur donnant ainsi l'envie de continuer, soit elles avaient résolu leurs problèmes d'allaitement grâce au soutien technique, domestique et émotif reçu par les professionnels de la santé, les intervenants d'organismes communautaires, leur famille ou leur conjoint. L'importance de la dimension familiale dans le soutien à l'allaitement a été mentionnée par plusieurs mères, d'où l'importance d'engager les pères (ou une personne significative de la famille) dans la décision d'allaiter et, dès lors, dans les activités de promotion de l'allaitement. Les mères ont souvent mentionné le rôle clé que le conjoint peut jouer par la suite pour soutenir la mère allaitante tant du point de vue émotif que domestique.

Les expériences maternelles du soutien à l'allaitement. À ce titre, deux éléments centraux sont ressortis de l'expérience de l'ensemble de ces mères à l'égard du soutien: 1) le soutien a joué un rôle crucial dans leur capacité à résoudre leurs problèmes et à persister avec l'allaitement, et 2) les mères ont dû faire face à de multiples barrières avant d'accéder à ce soutien. Les barrières mentionnées ont été de diverses natures, à savoir culturelle, professionnelle, géographique, communautaire et institutionnelle. Notons que les problèmes d'accessibilité au soutien ont été mentionnés plus souvent par les mères desservies par des établissements à faible niveau d'IAB. Les barrières culturelles font référence d'une part, à la pudeur manifeste de certaines mères à montrer leurs seins devant un professionnel, et d'autre part, parce que demander de l'aide à un professionnel équivaut pour plusieurs, à une déclaration d'incompétence maternelle. Ce problème couplé à la rareté de GOESA dans certaines régions rurales a décuplé le problème d'accessibilité au soutien. Le soutien postnatal provenant des médecins a été inégal, surtout de la part de pédiatres travaillant en néonatalogie. Autres constats dans les sites à IAB faible : certaines ont utilisé les services d'Info-Santé pour obtenir du soutien en allaitement la nuit. Également, le soutien provenant des hôpitaux et des CLSC à faible niveau d'IAB n'était pas constant, mais il a été néanmoins hautement apprécié par les mères lorsqu'elles pouvaient y accéder. Dans les sites à IAB élevé, à la fois les professionnels de la santé et les intervenants des organismes communautaires ont été plus faciles d'accès pour aider les mères à surmonter leurs difficultés d'allaitement, renvoyant ainsi au constat à la fois d'une meilleure continuité et d'une plus grande accessibilité aux services de soutien dans les régions dotés d'établissements de santé ayant un niveau d'implantation élevé d'IAB.

Conclusions et pistes de solution pour bonifier les services de promotion et de soutien à l'allaitement. Les expériences maternelles des services de promotion renvoient à la fois à l'importance de préparer les mères et leur conjoint en période prénatale pour les outiller de façon réaliste à faire face aux problèmes potentiels de l'allaitement, qu'ils soient d'ordre technique, social ou culturel. Les mères ont souligné aussi l'aspect incontournable du soutien postnatal pour résoudre les problèmes d'allaitement et pour les aider à persister dans un contexte social où à la fois peu de modèles de mères allaitantes existent et où, elles doivent faire face à une pression sociale parfois négative. Nos résultats suggèrent que les activités de promotion provenant d'établissements de santé ayant un niveau élevé d'implantation de l'IAB ont davantage répondu aux besoins d'information, de préparation et soutien des mères que les autres. Alors que les activités de promotion provenant d'établissements à faible niveau d'IAB ont su convaincre les mères d'opter pour l'allaitement,

elles n'ont pas permis de mettre en place des dispositifs de soutien accessibles en continu pour les aider à mener leur projet à terme. Ainsi, encourager l'allaitement sans garantir l'accès au soutien adéquat en période postnatal équivaut à mettre en scène un scénario où des mères se retrouvent trop souvent en situation d'échec, avec un sentiment d'incompétence maternelle et des séquelles psychologiques délétères qui l'accompagnent. Nos résultats suggèrent que les régions ayant des établissements à niveau élevé d'implantation de l'IAB ont favorisé l'accessibilité et la continuité du soutien à l'allaitement prodigués par les professionnels de la santé, les GOESA et les familles.

3.5 RÉFÉRENCES

- MSSS (2011). *Rapport d'évaluation - Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. 112 pages.
- Yin RK (2003). *Case study research, design and methods*, 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications.

ANNEXE 4

Recension des politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement au Canada et dans d'autres pays industrialisés

- 4.1 Aspects méthodologiques
 - 4.2 Principaux constats
 - 4.2.1 Canada
 - 4.2.2 Autres pays industrialisés
 - 4.2.3 Éléments pour bonifier une future politique québécoise en matière d'allaitement
 - Tableau A4.1* Principaux axes d'intervention compris dans les politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement au Canada
 - Tableau A4.2* Principaux axes d'intervention compris dans les politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement dans d'autres pays industrialisés
 - Tableau A4.3* Éléments proposés dans les politiques et stratégies spécifiques à l'allaitement dans les autres provinces canadiennes et dans d'autres pays industrialisés, et qui ne sont pas **entièrement** couverts dans les lignes directrices québécoises
 - 4.3 Références
-

4.1 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Cette recension des écrits avait pour objectif d'identifier, dans les autres provinces et territoires canadiens et ailleurs dans le monde, des politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement et de les comparer avec les LD¹.

L'information sur les politiques spécifiques à l'allaitement à travers le Canada a essentiellement été recueillie par l'intermédiaire des représentantes provinciales et territoriales au Comité canadien pour l'allaitement (CCA) ou, dans le cas où nous n'obtenions pas de réponse malgré plusieurs relances, à travers de nos collègues travaillant dans la province en question. Toutes ces personnes ont été approchées par courrier électronique par des membres de notre équipe. Nous avons également consulté le site Web des principales organisations responsables de l'allaitement ou de l'IAB dans chaque province et territoire afin de trouver de l'information ou de compléter celle fournie par nos informatrices.

Pour identifier les politiques ailleurs dans le monde, la recherche d'information s'est faite essentiellement en utilisant deux moteurs de recherche Internet : Google et Bing. Nos principales stratégies de recherche ont été les suivantes :

- français: allaitement ET national ET (politique OU stratégie OU plan d'action OU lignes directrices)
- anglais: breastfeeding AND national AND (policy OR strategy OR blueprint OR guidelines).

Nous avons également fait une recherche plus ciblée pour les 18 pays européensⁱ qui avaient, en 2007, une politique nationale ou locale, ou des recommandations nationales en matière d'allaitement². Toutefois, la plupart de ces pays n'ont ni le français ni l'anglais parmi leurs langues officielles, ce qui peut expliquer notre difficulté à trouver les documents qui nous intéressent même s'ils peuvent exister. Nous avons également profité de l'expertise des membres de l'équipe et de leurs réseaux respectifs pour identifier des politiques qui pourraient nous avoir échappées autrement. Nous avons centré notre recherche sur les politiques spécifiques à l'allaitement des pays industrialisés.

L'ensemble des politiques recensées ont ensuite été examinées au regard des catégories d'interventions proposées dans le plan d'action européen pour l'allaitement^{3, 4} afin de faciliter la comparaison entre elles.

4.2 PRINCIPAUX CONSTATS

4.2.1 Canada

Le Québec (QC) est la première de quatre provinces canadiennes à s'être dotées d'une politique gouvernementale spécifique à l'allaitement; les autres provinces ayant une telle politique sont le Manitoba⁵ (MB), le Nouveau-Brunswick⁶ (NB) et la Nouvelle Écosse⁷ (NÉ). Les LD constituent de loin le document le plus complet et détaillé. Il s'agit de la seule politique à préciser des objectifs intermédiaires à atteindre relativement aux principales stratégies retenues (à l'exception du pouvoir d'influence) de même que des actions prioritaires pour les différentes organisations du réseau de la santé, pour les professionnels de la santé et pour les groupes d'entraide et organismes communautaires. La politique du Québec est également la seule à contenir des objectifs intermédiaires pour l'allaitement exclusif (à la sortie des services de maternité et à 2, 4 et 6 mois), les politiques des autres provinces ne comportant qu'un objectif pour l'allaitement exclusif à 6 mois (MB, NB) ou n'en comportant tout simplement aucun (NÉ). La durée d'allaitement total recommandée dans les LD (jusqu'à un an ou plus) est toutefois inférieure à celle recommandée dans les politiques des trois autres provinces, qui elles, font écho à la recommandation de Santé Canada⁸ (jusqu'à deux ans ou plus). En cohérence avec cette dernière recommandation, le Nouveau-Brunswick s'était d'ailleurs fixé un objectif à atteindre d'ici 2011 pour le taux d'allaitement à 24 mois, soit 10%⁹.

Dans chacune de ces politiques gouvernementales, de deux à quatre stratégies (ou piliers stratégiques) ont été retenues pour atteindre les objectifs de la province en matière d'allaitement (tableau A4.1). Ainsi, les quatre provinces ont retenu une stratégie touchant des aspects administratifs (leadership, élaboration de politique). La politique québécoise va toutefois un peu plus loin avec sa stratégie « pouvoir d'influence » en visant à ce que les acteurs en santé (MSSS, établissements et intervenants) influencent les autres ministères et les autres secteurs de la société pour qu'ils s'intéressent à l'allaitement et le protègent. Trois des quatre provinces ont aussi retenu au moins une stratégie touchant directement la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement (QC, NB, NÉ), soit la mise en œuvre de l'IAB et, pour le Québec, l'organisation du soutien à l'allaitement, de même qu'une stratégie touchant les aspects de surveillance et d'évaluation (MB, QC, NB). Dans deux provinces (MB, NB), un volet recherche s'ajoute à la stratégie de surveillance et d'évaluation. La politique du Manitoba et celle du Nouveau-Brunswick comportent également une stratégie relative à la formation des professionnels de la santé. Enfin, le Nouveau-Brunswick est la seule province à inclure la sensibilisation du public parmi ses stratégies.

ⁱ Ces pays sont les suivants : l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la République slovaque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovénie et la Suède.

4.2.2 Autres pays industrialisés

Nous avons identifiés des politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement, disponibles en français ou en anglais, dans neuf autres pays industrialisés situés en Amérique du Nord (États-Unis¹⁰), en Europe (Finlande¹¹, Luxembourg¹², Irlande¹³, Pays de Galles¹⁴, Malte¹⁵ et l'Irlande du Nord¹⁶) et en Océanie (Australie¹⁷ et Nouvelle-Zélande¹⁸). Ces politiques ont toutes été publiées entre 1999 et 2011. Les politiques des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Irlande sont les plus détaillées. Dans le cas de ces quatre pays, il ne s'agissait pas de leur première stratégie nationale en matière d'allaitement.

Dans chacune des neuf politiques gouvernementales examinées, de quatre à dix stratégies (ou axes stratégiques) ont été retenues (tableau A4.2). Aucune des catégories d'intervention du plan d'action européen pour l'allaitement n'est couverte par l'ensemble de ces politiques. En ordre décroissant, les catégories d'interventions les mieux couvertes étaient : Politique et planification, gestion et financement (8/9), Protection, promotion et soutien (8/9), Communication en vue d'un changement social et de comportement (7/9), Formation (6/9), Surveillance (5/9) et Recherche (5/9). En outre, à l'instar des LD, toutes les politiques examinées comportaient une ou des mesures reliées à la mise en œuvre de l'IAB.

4.2.3 Éléments pour bonifier une future politique québécoise en matière d'allaitement

Bien que les LD québécoises soient déjà passablement complètes en comparaison avec les autres politiques examinées, il n'en demeure pas moins que le Québec peut aussi s'inspirer des politiques des autres provinces et d'ailleurs dans le monde. Le tableau A4.3 présente des éléments proposés dans les politiques et les stratégies spécifiques à l'allaitement dans les autres provinces canadiennes et dans d'autres pays industrialisés, et qui ne sont pas **entièrement** couverts dans les LD. Cette liste est cependant longue et les LD datent de plusieurs années déjà. En outre, d'autres politiques québécoises plus récentes, comme le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) et la Politique de périnatalité 2008-2012, incluent aujourd'hui des orientations spécifiques à l'allaitement.

Afin de faire ressortir les éléments qui pourraient permettre de bonifier une future politique québécoise en matière d'allaitement, nous avons revu les éléments de ce dernier tableau (tableau A4.3) pour ne retenir que les éléments qui ne sont pas **entièrement** ou **explicitement** couverts par les politiques existantes (LD, PNSP, Politique de périnatalité) et qui, en faisant écho aux propos des participants aux Études #1 et #2, sont jugés pertinents pour le Québec. La liste issue de cet exercice, présentée dans la partie B du rapport (voir p. 16), vise donc à appuyer et à compléter les pistes d'action découlant des Études #1 et #2 réalisées dans le cadre de la présente Action concertée.

Tableau A4.1 Principaux axes d'intervention compris dans les politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement au Canada

CATÉGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	QUÉBEC (2001) ¹	MANITOBA (2006) ⁵	NOUVEAU-BRUNSWICK (2006) ^{9j}	NOUVELLE-ÉCOSSE (2006) ^{7k}
Politique et planification, gestion et financement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pouvoir d'influence 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leadership et élaboration de politique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politiques et protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leadership pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement
Communication en vue d'un changement social et de comportement			<ul style="list-style-type: none"> ■ Éducation et sensibilisation du public 	
Formation		<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcement des capacités 		
Protection, promotion et soutien	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Initiative des amis des bébés (IAB)</i> ■ Organisation du soutien à l'allaitement 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien des autorités régionales de santé et communautaire (mise en œuvre de l'IAB) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutenir l'implantation de l'IAB
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance, recherche et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification stratégique, recherche et évaluation 	
Recherche				

^j Information provenant du cadre de planification stratégique 2005-2011 pour l'IAB au Nouveau-Brunswick.

^k La politique gouvernementale spécifique à l'allaitement de la Nouvelle-Écosse ne précise pas de stratégies principales. Les éléments inclus dans le tableau correspondent plutôt à deux des trois objectifs de la politique (l'autre étant d'améliorer le statut de santé des mères et des bébés en augmentant l'amorce et la durée de l'allaitement dans la province).

Tableau A4.2 Principaux axes d'intervention compris dans les politiques gouvernementales spécifiques à l'allaitement dans d'autres pays industrialisés¹

CATÉGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	ÉTATS-UNIS (2011) ¹⁰	FINLANDE (2009) ^{11m}	AUSTRALIE (2009) ¹⁷	NOUVELLE-ZÉLANDE (2009) ¹⁸	LUXEMBOURG (2007) ¹²
Politique et planification, gestion et financement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infrastructure de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration, counseling et répartition du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadre de gouvernance ▪ Plan de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des programmes et des politiques en faveur de l'allaitement maternel
Communication en vue d'un changement social et de comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communautés ▪ Mères et leur famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Counseling en allaitement dans les cliniques prénatales ▪ Conjointes et autres membres de la famille proche 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Famille et communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser l'information, les conseils et le soutien aux mères et à leurs familles
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation suffisante des professionnels et amélioration de leurs aptitudes et compétences 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de santé 	
Protection, promotion et soutien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Counseling en allaitement dans les hôpitaux et les cliniques de santé infantile 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieux de travail, garderies et éducation à la petite enfance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel dans tous les secteurs de vie de l'enfant et de la mère
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche et surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance et évaluation de la promotion de l'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un système de recueil de données, d'évaluation, de surveillance et d'information épidémiologique
Recherche			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche et évaluation 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager la recherche

¹ Certains axes d'intervention comprennent des actions touchant plus d'un type d'intervention; ils ont alors été classés en fonction de l'élément dominant.

^m Correspond ici aux principales mesures de la politique telles qu'énoncées dans son résumé en anglais; le reste du document est rédigé en finnois.

Tableau A4.2 – suite

CATÉGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	IRLANDE (2005) ¹³ⁿ	PAYS DE GALLES (2001) ¹⁴	MALTE (2000) ¹⁵	IRLANDE DU NORD (1999) ¹⁶
Politique et planification, gestion et financement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir une politique publique saine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunités structurelles 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination des activités
Communication en vue d'un changement social et de comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer les aptitudes personnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieu familial 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation du public
Formation		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des professionnels de la santé
Protection, promotion et soutien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer des milieux favorables à la santé ▪ Réorienter les services de santé ▪ Renforcer l'action communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de santé communautaire ▪ Communauté ▪ Écoles ▪ Endroits publics ▪ Retour au travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Initiative des hôpitaux amis des bébés</i> ▪ Promotion de l'allaitement au niveau des soins de santé communautaire ▪ Promotion de l'allaitement dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement législatif ▪ Limitation de la promotion des laits artificiels ▪ Mise en place de services ▪ Soutien pour les nourrissons ayant des besoins spéciaux
Surveillance		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance et évaluation 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collecte d'informations régionales ▪ Suivi des progrès
Recherche		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lacunes dans les données de recherche 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche

ⁿ La politique de l'Irlande est organisée en fonction des cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa.

Tableau A4.3 Éléments proposés dans les politiques et stratégies spécifiques à l’allaitement dans les autres provinces canadiennes et d’autres pays industrialisés, et qui ne sont pas **entièrement** couverts dans les lignes directrices québécoises en allaitement¹

CATEGORIE D’INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES ^o	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
Politique et planification, gestion et financement		
Politique	<u>Lignes directrices pour les professionnels de la santé</u> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer des lignes directrices de pratique clinique pour examen par les corporations professionnelles (Manitoba⁵) 	<u>Lignes directrices pour les professionnels de la santé</u> <ul style="list-style-type: none"> Encourager les associations professionnelles à publier des recommandations et des directives pratiques fondées sur la politique nationale en matière d’allaitement et encourager leurs membres à les suivre. (Luxembourg¹²) <u>Aide internationale</u> <ul style="list-style-type: none"> Assurer que les programmes d’aide internationale protègent, promeuvent et soutiennent l’allaitement. (Irlande¹³)
Planification	<u>Planification des soins</u> <ul style="list-style-type: none"> Assurer l’élaboration et l’utilisation d’outils normalisés d’évaluation et de planification des soins relatifs à l’alimentation infantile (Nouvelle-Écosse⁷) <u>Planification en fonction des taux d’allaitement</u> <ul style="list-style-type: none"> <i>Utiliser les taux d’allaitement pour évaluer les progrès et orienter la planification stratégique (Ontario¹⁹)</i> <u>Intégration de l’allaitement dans les programmes et les messages de santé publique</u> <ul style="list-style-type: none"> <i>Assurer que la politique d’allaitement est intégrée dans tous les programmes sur le bien-être de même que dans les initiatives touchant les ressources humaines, le travail et l’emploi (Terre-Neuve et Labrador²⁰)</i> <i>Considérer toutes les occasions d’intégrer l’allaitement dans les messages de santé publique du gouvernement (Terre-Neuve et Labrador²⁰)</i> 	<u>Intégration de l’allaitement dans les programmes et les messages de santé publique</u> <ul style="list-style-type: none"> Coordonner les actions et initiatives de soutien de l’allaitement maternel avec les autres programmes et actions de santé publique et de promotion de la santé. (Luxembourg¹²)

^o Les éléments en italique proviennent de stratégies proposées par des organisations non-gouvernementales.

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
Politique et planification, gestion et financement – suite		
Gestion		<u>Comité national pour le dossier allaitement</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un (ou des) comité national, multidisciplinaire et/ou multisectoriel (États-Unis¹⁰, Luxembourg¹², Irlande¹³, Finlande¹¹) ; ce comité est responsable de la supervision, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique d'allaitement (Irlande¹³, Finlande¹¹) ou de la promotion et du soutien à l'allaitement (États-Unis¹⁰, Luxembourg¹²)
Financement	<u>Ressources (général)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer que les autorités régionales de santé et les gouvernements autochtones ont accès au soutien et aux ressources nécessaires pour œuvrer à l'IAB (Terre-Neuve et Labrador²⁰) <u>Ressources financières</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consacrer des ressources financières pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes provinciaux destinés à la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement (Terre-Neuve et Labrador²¹) 	<u>Ressources financières</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer un financement adéquat et durable pour les services de soutien et de promotion de l'allaitement. (Nouvelle-Zélande¹⁸) <u>Ressources humaines</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la mise en place et le maintien de ressources humaines suffisantes et bien préparées à protéger, à promouvoir et à soutenir activement l'allaitement. (Nouvelle-Zélande¹⁸) ▪ Assurer le financement ou le remboursement des coûts associés à l'utilisation de tire-lait, spécialement pour les prématurés et les enfants malades (Irlande¹³)
Communication en vue d'un changement social et de comportement		
Pour les femmes et leur famille		<u>Général</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir de l'éducation prénatale dans un environnement où l'ambiance est familiale/communautaire. (Australie¹⁷) ▪ Offrir des sessions d'information sur l'allaitement de façon à favoriser la participation des membres de la famille (pères, grands-parents). (États-Unis¹⁰, Irlande¹³, Finlande¹¹) <u>Groupes à risque</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accorder une attention particulière aux mères susceptibles de cesser précocement l'allaitement (p. ex., jeunes mères, mères qui ont vécu une expérience négative d'allaitement, communautés ethniques et les minorités) et garantir un suivi adéquat. (États-Unis¹⁰, Nouvelle-Zélande¹⁸, Luxembourg¹², Finlande¹¹) ▪ Ajuster les services en allaitement aux besoins spécifiques des communautés ayant de faibles taux d'allaitement (Irlande¹³) ▪ Utiliser les programmes de santé communautaire à objectifs multiples pour promouvoir l'allaitement dans les groupes à risque (p. ex., tabagisme, alimentation). (Nouvelle-Zélande¹⁸)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISÉS
Communication en vue d'un changement social et de comportement – suite		
Pour les collectivités	<p data-bbox="438 362 714 386"><u>Visibilité de l'allaitement</u></p> <ul data-bbox="449 394 1150 540" style="list-style-type: none"> ▪ <i>Soutenir les efforts globaux pour augmenter la visibilité de l'allaitement par le biais d'initiatives locales pour coïncider avec la semaine mondiale de l'allaitement maternel (SMAM) et d'autres stratégies provinciales de promotion de la santé (Terre-Neuve et Labrador²⁰)</i> <p data-bbox="438 548 756 573"><u>Enseignement dans les écoles</u></p> <ul data-bbox="449 581 1150 1003" style="list-style-type: none"> ▪ <i>Inclure l'allaitement dans le curriculum des écoles (Île-du-Prince-Édouard²²)</i> ▪ <i>Développer et améliorer les partenariats existant avec les autorités en éducation et les commissions scolaires dans le but de diffuser de l'information en allaitement et d'encourager sa promotion à l'intérieur du système scolaire (Terre-Neuve et Labrador²⁰)</i> ▪ <i>Assurer que l'allaitement est inclut dans les curriculum de formation des écoles primaires et secondaires pour permettre aux jeunes de grandir avec une compréhension de l'importance de l'allaitement maternel sur l'état de santé et des risques du non-allaitement (Alberta²³). Le matériel d'enseignement doit être exacte, actuelle et sans influence commerciale, et doit avoir été élaboré et examiné par des experts indépendants.</i> 	<p data-bbox="1171 362 1446 386"><u>Visibilité de l'allaitement</u></p> <ul data-bbox="1182 394 1906 695" style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une campagne reposant essentiellement sur le marketing social et touchant différents médias pour rejoindre les femmes et leurs familles ; celle-ci peut-être faire de manière intersectorielle et sur une base annuelle (Irlande¹³) et certaines peuvent être destinées spécifiquement aux personnes constituant le réseau de soutien des mères, y compris les pères et les grands-parents (États-Unis¹⁰) ▪ Mettre en place une campagne de sensibilisation et d'information sur la politique nationale et le plan d'action pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel (Luxembourg¹²) <p data-bbox="1171 703 1488 727"><u>Enseignement dans les écoles</u></p> <ul data-bbox="1182 735 1906 1130" style="list-style-type: none"> ▪ Offrir de l'éducation sur allaitement et promouvoir l'allaitement auprès des enfants dans les écoles primaires et secondaires ; le sujet pourrait être couvert dans des cours d'éducation à la sexualité, des cours de sciences ou sur la santé ou des cours d'activité physique. (Nouvelle-Zélande¹⁸, Pays de Galles¹⁴, Malte¹⁵, Irlande du Nord¹⁶, Irlande¹³) ▪ Assurer que les manuels scolaires et autres ressources pédagogiques utilisés dans les écoles présentent l'allaitement comme la façon normale de nourrir un bébé. (Irlande¹³) ▪ Élaborer, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des modules traitant l'allaitement maternel et promouvoir leur intégration dans le programme de la scolarité obligatoire (Luxembourg¹²)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
Formation	<p data-bbox="438 358 1052 415"><u>Intégration de l'allaitement dans la formation de base des professionnels de la santé</u></p> <ul data-bbox="449 423 1150 630" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 423 1150 630">▪ <i>Plaider pour que les universités et les collègues offrent aux futurs professionnels de la santé et aux futurs fournisseurs de services sociaux, une formation attitudinale, théorique et pratique adéquate au regard des meilleures pratiques en allaitement ainsi que des approches qui incluent les principes de l'IAB et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Ontario¹⁹)</i> <p data-bbox="438 638 995 662"><u>Programmes de formation spécialisés en allaitement</u></p> <ul data-bbox="449 670 1150 727" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 670 1150 727">▪ <i>Plaider en faveur de programmes de formation spécialisés en lactation financés par le gouvernement provincial (Ontario¹⁹)</i> 	<p data-bbox="1171 358 1908 415"><u>Normes de compétences minimales pour les futurs professionnels de la santé</u></p> <ul data-bbox="1182 423 1908 540" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 423 1908 540">▪ Pour les professionnels de la santé, établir des normes minimales de compétences en matière d'allaitement, basées à la fois sur les connaissances et les habiletés, à être évalués lors de l'entrée dans la profession (États-Unis¹⁰, Irlande¹³). <p data-bbox="1171 548 1782 605"><u>Intégration de l'allaitement dans la formation de base des professionnels de la santé</u></p> <ul data-bbox="1182 613 1908 821" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 613 1908 760">▪ Évaluer, actualiser et adapter le contenu pédagogique du programme des futurs professionnels de la santé aux données scientifiques et de santé publique sur l'allaitement, notamment en ce qui a trait à la physiologie, à la gestion de l'allaitement et à sa promotion. (Luxembourg¹²) <li data-bbox="1182 768 1908 821">▪ Améliorer et harmoniser la formation initiale (et la formation continue) des professionnels de la santé (États-Unis¹⁰).
Formation continue	<p data-bbox="438 829 1014 854"><u>Formation et partage pour les intervenant(e)s en santé</u></p> <ul data-bbox="449 862 1150 1073" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 862 1150 919">▪ Fournir des occasions aux praticiens pour apprendre et partager (Manitoba⁵) <li data-bbox="449 927 1150 984">▪ Explorer les options pour le développement et le partage de ressources à long terme (Manitoba⁵) <li data-bbox="449 992 1150 1073">▪ <i>Offrir des occasions d'apprentissage et de réseautage pour les professionnels de la santé au regard de la recherche émergente en allaitement et les progrès vers l'IAB (Ontario¹⁹).</i> <p data-bbox="438 1081 1045 1105"><u>Formation continue des intervenant(e)s en santé et autres</u></p> <ul data-bbox="449 1114 1150 1347" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 1114 1150 1347">▪ <i>Encourager et soutenir la formation des professionnels de la santé, des fournisseurs de services sociaux et des bénévoles travaillant auprès des familles, en fonction de leur rôle et champ de pratique (Ontario¹⁹). Cette formation devrait couvrir les attitudes, les connaissances et les habiletés nécessaires pour soutenir les femmes enceintes et les mères dans l'amorce et la poursuite de l'allaitement, ainsi qu'être basée sur les plus récentes pratiques fondées sur des données probantes.</i> 	<p data-bbox="1171 829 1745 854"><u>Formation et partage pour les intervenant(e)s en santé</u></p> <ul data-bbox="1182 862 1908 951" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 862 1908 951">▪ Augmenter les occasions de formation continue en allaitement pour le maintien des compétences et des habiletés minimales. (États-Unis¹⁰, Australie¹⁷) <p data-bbox="1171 959 1776 984"><u>Formation continue des intervenant(e)s en santé et autres</u></p> <ul data-bbox="1182 992 1908 1227" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 992 1908 1138">▪ Fournir aux centres de santé locaux des données de recherche sur les bénéfices (santé, économie) associés à l'allaitement et à l'augmentation des taux d'allaitement dans le but d'éduquer les professionnels de la santé et les encourager à utiliser des pratiques de soins favorables à allaitement. (Pays de Galles¹⁴) <li data-bbox="1182 1146 1908 1227">▪ Encourager, y compris financièrement, les professionnels de la santé à acquérir une formation spécialisée en allaitement (p. ex., IBCLC) et à la maintenir par la suite. (Irlande¹³)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
Protection, promotion et soutien		
Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ²⁴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Alberta²³)</i> 	
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code) ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Plaider pour une législation ou une réglementation fédérale sur la commercialisation des préparations commerciales pour nourrissons et autres produits d'alimentation artificielle, de même que l'établissement de mécanismes de mise en application durables pour empêcher ou traiter les cas de non-conformité avec le Code et les autres résolutions pertinentes de l'AMS (Ontario¹⁹)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaider/Légiférer en faveur du respect complet du Code ; signaler les infractions au Code (Irlande¹³) ; tenir les fabricants de préparations commerciales pour nourrisson responsables de respecter le Code. (États-Unis¹⁰) ▪ Examiner la façon dont les programmes d'assistance publique assistent les mères allaitantes par rapport aux mères qui utilisent une préparation commerciale pour nourrisson, de façon à ce qu'ils ne minent pas l'allaitement (Irlande¹³, Irlande du Nord¹⁶) ▪ Prendre les mesures nécessaires pour assurer que les allégations des fabricants des compagnies de préparations commerciales pour nourrisson sont véridiques et qu'elles n'induisent pas en erreur. (États-Unis¹⁰) ▪ Cesser la distribution de substituts du lait maternel dans les établissements de santé. (Irlande du Nord¹⁶)
Législation pour les mères qui travaillent	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Légiférer [Plaider pour une législation ou une réglementation] en faveur de pauses d'allaitement pour les femmes au travail (Alberta²³)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser la législation pour soutenir l'allaitement en établissant des politiques qui soutiennent un congé parental étendu et payé, l'élargissement des programmes qui permettent aux mères allaitantes qui travaillent d'avoir un accès direct à leurs bébés dans leur lieu de travail, et la possibilité pour les mères de retourner à temps partiel ou des postes en partage d'emploi. (États-Unis¹⁰, Australie¹⁷, Nouvelle-Zélande¹⁸, Pays de Galles¹⁴) ▪ Mener une campagne de sensibilisation pour informer sur la législation protégeant la maternité et les femmes allaitantes ; celle-ci peut se faire en collaboration avec différents ministères (Famille, Travail, Solidarité sociale, etc.), les syndicats, les associations professionnelles et patronales, les ONG et autres. (Luxembourg¹², Irlande¹³) ▪ Mettre en place un groupe interdisciplinaire pour améliorer la situation de la femme allaitante au travail (Luxembourg¹²)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
<u>Protection, promotion et soutien – suite</u>		
Soutien par des intervenants de santé formés en allaitement	<p data-bbox="438 362 810 386"><u>Consultantes en lactation (IBCLC)</u></p> <ul data-bbox="449 394 1146 508" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 394 1146 508">▪ <i>Reconnaître les consultantes en lactation (IBCLC) comme des professionnels réglementés [dans la province] et soutenir leur rôle en tant que partie intégrante de l'équipe de soins de santé dans le continuum de l'allaitement et l'IAB (Ontario¹⁹)</i> <p data-bbox="438 516 606 540"><u>Banques de lait</u></p> <ul data-bbox="449 548 1146 727" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="449 548 1146 727">▪ <i>Mettre en place, au niveau provincial, une banque de lait maternel suivant les lignes directrices de la Human Milk Banking Association of North America (HMBANA) pour permettre aux nourrissons malades, prématurés ou vulnérables l'accès à du lait maternel lorsque celui de sa propre mère n'est pas disponible (Ontario¹⁹)</i> 	<p data-bbox="1171 362 1377 386"><u>Services de soutien</u></p> <ul data-bbox="1182 394 1902 849" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 394 1902 573">▪ Repenser les services de maternité de façon à pouvoir identifier rapidement les familles qui nécessitent un soutien particulier en matière d'allaitement (p. ex., jeunes parents, parents avec des difficultés d'apprentissage, minorités, parents vivant dans des secteurs défavorisés sur le plan social) et leur offrir de l'enseignement intensif sur l'allaitement. (Finlande¹¹) <li data-bbox="1182 581 1902 784">▪ Offrir des services de soutien disponibles en tout temps : 24h/24, 7 jours/7 (États-Unis¹⁰, Irlande¹³, Pays de Galles¹⁴). Par exemple, considérer la mise en place d'un service d'assistance téléphonique sur l'allaitement, offert 24h/24 et sans frais, et doté de personnel en provenant de salles de travail, d'unités postnatales et de sages-femmes de même que de bénévoles de groupes d'entraide en allaitement. (Australie¹⁷, Malte¹⁵) <li data-bbox="1182 792 1902 849">▪ Offrir un soutien particulier aux parents d'enfant recevant une préparation commerciale pour nourrisson. (Australie¹⁷) <p data-bbox="1171 857 1545 881"><u>Consultantes en lactation (IBCLC)</u></p> <ul data-bbox="1182 889 1902 1125" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 889 1902 971">▪ Reconnaître les consultantes en lactation (IBCLC) comme des professionnelles essentielles dans les services en période périnatale (États-Unis¹⁰) <li data-bbox="1182 979 1902 1125">▪ Rembourser les services de consultantes en lactation peu importe qu'elles aient ou non d'autres diplômes professionnels (États-Unis¹⁰) ; offrir gratuitement ces services aux mères et aux familles qui ont des besoins complexes en matière d'allaitement (Nouvelle-Zélande¹⁸) <p data-bbox="1171 1133 1335 1157"><u>Banques de lait</u></p> <ul data-bbox="1182 1166 1902 1313" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1182 1166 1902 1313">▪ Utiliser les ressources et l'expertise des gouvernements, des autorités de santé et des banques de lait existantes pour établir des banques de lait maternel (surtout pour les bébés prématurés et ceux ayant des besoins spéciaux). (États-Unis¹⁰, Irlande du Nord¹⁶)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
<u>Protection, promotion et soutien – suite</u>		
Soutien par des paires et des groupes d'entraide qui sont formés en allaitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reconnaître et soutenir le rôle des mères agissant à titre de personnes-ressources en allaitement auprès de leurs pairs (mother to mother peer counselors) à l'intérieur de l'IAB et vers une culture favorable à l'allaitement (Ontario¹⁹)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer et maintenir une structure durable pour du soutien mère à mère (États-Unis¹⁰). Soutenir les groupes d'entraide en allaitement de façon à maintenir/développer leurs services et prendre des dispositions supplémentaires pour favoriser leur expansion aux zones où ces services ne sont pas disponibles. (Irlande¹³)
Soutien dans la famille, la collectivité et le milieu de travail	<p data-bbox="449 513 600 537"><u>Droit d'allaiter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Assurer que les droits des dyades mère-enfant sont respectés dans toutes les situations, selon la [politique provinciale concernant la discrimination liée à la grossesse et à l'allaitement de la Commission des droits de la personne] (Ontario¹⁹)</i> <p data-bbox="449 699 632 724"><u>Milieus de travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Travailler avec les employeurs pour créer un environnement favorable pour les femmes qui allaitent (Alberta²³)</i> 	<p data-bbox="1163 513 1566 537"><u>Collectivités favorables à l'allaitement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier publiquement les endroits publics favorables à l'allaitement et encourager les milieux à le devenir (Nouvelle-Zélande¹⁸, Irlande¹³, Pays de Galles¹⁴) ; favoriser l'utilisation d'un symbole plus générique que le biberon pour identifier les installations désignées pour les soins aux bébés dans les lieux publics (Irlande¹³) ▪ Mettre en place un système pour récompenser ou reconnaître les fournisseurs de services ou les organisations qui facilitent l'allaitement ('breastfeeding friendly award' system). (Irlande¹³) <p data-bbox="1163 821 1314 846"><u>Droit d'allaiter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir une protection légale aux mères qui allaitent dans les lieux publics. (Australie¹⁷, Irlande¹³) ▪ Assurer que la protection de la relation d'allaitement entre la mère et l'enfant est importante dans les décisions concernant les situations difficiles telles que l'utilisation des services de protection de l'enfance et l'utilisation d'ordonnances relatives à la garde ou aux soins de l'enfant. (Australie¹⁷, Irlande¹³) ▪ Considérer mettre en place des politiques qui soutiennent l'allaitement jusqu'à deux ans dans les situations où la mère est incarcérée. (Nouvelle-Zélande¹⁸) <p data-bbox="1163 1162 1556 1187"><u>Divers milieux : travail, écoles, autres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager les employeurs à offrir des aménagements pour faciliter l'allaitement parmi ses employées (p. ex., heures de travail réduites, partage de poste). (États-Unis¹⁰, Irlande¹³) ▪ Assurer que les politiques et les pratiques dans les établissements d'enseignement soutiennent les étudiantes qui allaitent. (Irlande¹³) ▪ Encourager les bureaux des services de santé à offrir gratuitement de l'espace pour promouvoir l'allaitement. (Pays de Galles¹⁴)

Tableau A4.3 – suite

CATEGORIE D'INTERVENTIONS ^{3,4}	AUTRES PROVINCES CANADIENNES	AUTRES PAYS INDUSTRIALISES
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager l'évaluation des programmes (Manitoba⁵) ▪ <i>Élaborer et mettre en œuvre l'évaluation systématique des programmes et politiques pour assurer les progrès vers les objectifs visés (Ontario</i>¹⁹) ▪ <i>Déterminer, en collaboration avec les comités d'allaitement régionaux et les gouvernements autochtones, les lacunes dans les ressources existantes et recommander les principaux domaines pour l'élaboration de ressources supplémentaires (Terre-Neuve et Labrador</i>²⁰) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer une approche nationale de surveillance et de coordination de la recherche sur les pratiques et les taux d'allaitement à travers des études cliniques et des études de population. (Australie¹⁷) ▪ Mettre en place un système pour évaluer régulièrement la satisfaction des familles au regard de l'information et du soutien en allaitement offerts dans le réseau de la santé. (Irlande¹³)
Recherche	<p><u>Identifier les besoins et les priorités de recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les priorités de recherche (Manitoba⁵) ▪ <i>Mener des évaluations de besoins et de la recherche (Île-du-Prince-Édouard</i>²²) <p><u>Financement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Allouer des ressources pour identifier les lacunes et les priorités en recherche (Ontario</i>¹⁹) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager l'entreprise de recherches nationales/régionales/internationales (Nouvelle-Zélande¹⁸, Luxembourg¹²) et libre d'influence commerciale (Irlande¹³), qui combler les lacunes actuelles dans les connaissances (États-Unis¹⁰, Australie¹⁷, Nouvelle-Zélande¹⁸, Irlande¹³, Pays de Galles¹⁴, Irlande du Nord¹⁶) grâce à des programmes de recherche financés par le gouvernement (États-Unis¹⁰). <ul style="list-style-type: none"> ▪ La recherche à venir peut porter sur les meilleures façons de promouvoir l'allaitement et d'augmenter les taux d'allaitement (Australie¹⁷, Irlande du Nord¹⁶, États-Unis¹⁰), l'impact économique de l'allaitement (États-Unis¹⁰), de meilleures solutions aux problèmes de lactation (États-Unis¹⁰) de même que l'évaluation des avenues actuelles et futures pour, et facteur affectant, la promotion la protection et le soutien de l'allaitement (États-Unis¹⁰, Australie¹⁷, Pays de Galles¹⁴, Irlande du Nord¹⁶). ▪ Encourager le développement d'un consortium national de recherche en allaitement pour promouvoir la recherche dans le domaine et le réseautage entre les chercheurs. (États-Unis¹⁰, Finlande¹¹)

4.3 Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 71 p.
2. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, et al. (2010). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutrition*;13(6): 751-759.
3. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2004). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 37 p.
4. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2008). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 76 p.
5. Manitoba Health and Healthy Living (2006). *Breastfeeding in Manitoba: Provincial Strategy and Framework*. 26 p.
6. New Brunswick Department of Health (2006). *Breastfeeding Policy Statement (revised March 14, 2006)*. 1 p.
7. Department of Health, Department of Health Promotion and Protection (2006). *Breastfeeding in Nova Scotia: Responsibilities of the Nova Scotia Department of Health and the Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection (updated June 2006)*. 4 p.
8. Health Canada (2004). *Exclusive breastfeeding duration – 2004 Health Canada recommendation*. Ottawa: Health Canada, 4 p.
9. (2006). *New Brunswick Baby-Friendly Initiative Strategic Planning Framework 2005-2011*. 1 p.
10. U.S. Department of Health and Human Services (2011). *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 100 p.
11. (2009). *Breastfeeding Promotion in Finland. Action Programme 2009-2012*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare THL,p.
12. Ministère de la Santé (2006). *Programme national pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au Luxembourg 2006-2010*. Luxembourg: Ministère de la Santé, Direction de la Santé - Division de la Médecine Préventive et Sociale, 18 p.
13. National Committee on Breastfeeding (2005). *Breastfeeding in Ireland: A five-year strategic action plan*. Dublin: Department of Health and Children, 72 p.
14. (2001). *Investing in a Better Start: Promoting Breastfeeding in Wales*. Cardiff: The National Assembly for Wales, 45 p.
15. (2000). *A Breast Feeding Policy for Malta*. Valetta: Health Division, 22 p.
16. Department of Health and Social Services (1999). *Breastfeeding strategy for Northern Ireland*. Belfast: DHSS, 22 p.
17. Australian Health Ministers' Conference (2009). *The Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 58 p.

18. National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand (2009). *National Strategic Plan of Action for Breastfeeding 2008-2012: National Breastfeeding Advisory Committee of New Zealand's advice to the Director-General of Health*. Wellington: Ministry of Health, 54 p.
19. Collaboration of stakeholders in Ontario (2009). *Recommendations for a Provincial Breastfeeding Strategy for Ontario*. 12 p.
20. Murphy Goodridge J (2008). *Breastfeeding Strategic Plan II Newfoundland and Labrador (2008-2011)*. The Breastfeeding Coalition of Newfoundland and Labrador, 33 p.
21. Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, Association of Midwives of Newfoundland and Labrador, Breastfeeding Coalition of Newfoundland and Labrador, et al. (2006). *Breastfeeding: A Public Health Priority - Joint Position Paper*. 8 p.
22. PEI Breastfeeding Coalition (2000). *PEI Breastfeeding Coalition Strategic Plan*. 8 p.
23. Alberta Breastfeeding Committee (2009). *Alberta Breastfeeding Charter*. 12 p.
24. Organisation mondiale de la Santé (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 36 p.
25. Organisation mondiale de la Santé (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 25 p.