

*Table des matières*

**Contenu**

Sommaire.....	ii
Dédicace.....	iv
<i>Table des matières</i> .....	v
<i>Liste des tableaux</i> .....	viii
<i>Liste des figures</i> .....	ix
<i>Remerciements</i> .....	x
Problématique.....	14
Questions de recherche .....	20
But de l'étude.....	20
Recension des écrits.....	25
Allaitement maternel au Québec.....	25
Taux d'allaitement maternel au Québec et les stratégies du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec .....	23
Formation en allaitement maternel des infirmières québécoises .....	26
Lignes directrices et politiques entourant l'allaitement maternel .....	29
Services, mesures sociales et programmes offerts .....	30
Rôle de l'infirmière québécoise en lien avec l'allaitement maternel.....	34
Infirmière dans son rôle d'enseignante .....	34
Infirmière dans son rôle de soignante .....	35
Obésité chez la femme avant et durant la grossesse .....	37
Obésité chez la femme avant la grossesse .....	38
Obésité chez la femme durant la grossesse.....	38
Obésité maternelle en contexte d'introduction de l'allaitement .....	42
Impacts biologiques de l'obésité sur l'allaitement .....	43
Impacts anatomiques et physiologiques de l'obésité sur l'allaitement.....	44
Impacts psychologiques de l'obésité sur l'allaitement .....	46
Croyances et comportements en lien avec l'obésité sur l'allaitement.....	47
Représentations sociales et culturelles.....	49

Représentions sociales et culturelles de l'obésité .....	50
Perceptions des professionnels de la santé sur le sujet de l'obésité.....	51
Représentions sociales et culturelles des seins et du geste d'allaiter.....	53
Impacts organisationnels de l'obésité .....	55
Théorie du « caring » de Jean Watson.....	57
Méthodologie.....	61
Type d'étude .....	60
Milieu ciblé pour la recherche .....	61
Population cible, technique d'échantillonnage .....	64
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	64
Participation à la recherche.....	65
Collecte de données .....	66
Outils de collecte de données.....	66
Fiabilité et validité de l'instrument de mesure.....	70
Déroulement des activités de recherche.....	72
Technique d'analyse .....	74
Considérations éthiques .....	74
Conservation des données.....	75
Résultats.....	76
Données sociodémographiques.....	76
Connaissances.....	86
Les connaissances et le logiciel SPSS .....	90
Perceptions.....	91
Analyse et discussion.....	100
Données sociodémographiques.....	102
Connaissances.....	103
Connaissances sur l'obésité .....	103
Les seins volumineux.....	103
La montée laiteuse .....	105
La constitution du lait .....	105
L'image corporelle.....	106

Connaissances sur les maladies chroniques.....	108
Connaissances sur la santé mentale en post-partum .....	109
Perceptions.....	111
Perceptions de l'obésité, des maladies chroniques et de la santé mentale.....	112
Perceptions de l'obésité .....	112
Les maladies chroniques .....	114
La santé mentale .....	115
Perceptions des infirmières dans l'application des facteurs caratifs.....	117
Forces et limites de l'étude .....	118
Forces de l'étude .....	118
Limites de l'étude .....	120
Retombées, recommandations et développements .....	122
Conclusion.....	101
Références.....	128
Annexe A : Questionnaire.....	142
Annexe B : Acceptation du projet de recherche par le Centre Parents-Enfant et l'unité de pédiatrie du CSSSTR.....	146
Annexe C : Formulaire de consentement.....	150
Annexe D : Lettre d'acceptation des comités d'éthique et de la recherche du CSSSTR et de l'UQTR.....	158

*Liste des tableaux*

Tableau 1 : Tableau synthèse des résultats pour les données sociodémographiques des groupes les plus représentés.....	85
Tableau 2 : Questions abordant l'obésité et leurs taux de réussite .....	87
Tableau 3 : Questions abordant les maladies chroniques et leurs taux de réussite .....	88
Tableau 4 : Questions abordant les problèmes de santé mentale et leurs taux de réussite.....	90
Tableau 5: Pourcentage de bonne réponse obtenu par les infirmières pour les thèmes de l'obésité maternelle et des maladies chroniques .....	91
Tableau 6 : Modes et moyennes de l'ensemble des perceptions.....	93
Tableau 7 : Modes et moyennes des perceptions des infirmières sur l'obésité, les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale .....	97
Tableau 8 : Modes et moyennes des perceptions des infirmières face aux facteurs caratifs .....	98

*Liste des figures*

Figure 1-) Trajet entre les sources de stress et la maladie (Rahe, 1974, cité par Watson, 1998, p.288) .....	59
Figure 2-) Groupes d'âge des participantes .....	79
Figure 3-) Type de formation des participantes .....	79
Figure 4-) Nombre d'années travaillées comme infirmière chez les participantes .....	80
Figure 5-) Nombre d'années travaillées dans le domaine de la pédiatrie/ périnatalité chez les participantes.....	81
Figure 6-) Nombre d'années travaillées au CSSSTR chez les participantes .....	82
.....	83
Figure 7-) Quart de travail des participantes.....	83
Figure 8-) Type de formation continue reçue par les participantes .....	84
Figure 9-) Activités bénévoles en lien avec l'allaitement maternel pratiquées par les participantes .....	85

### *Remerciements*

Cette histoire commence en 2009, lorsque je me suis inscrite au programme de maîtrise en sciences infirmières. À cette époque, je n'avais aucune idée de ce qui m'attendait. Cependant, j'ai foncé tête première et je ne l'ai jamais regretté. Trois ans et 197 pages plus tard, je peux conclure que cette expérience m'a apporté de la ténacité, de la maturité et de la patience. Mais avant tout, elle m'a fait connaître des gens formidables.

J'aimerais d'abord remercier mes deux directrices de mémoire, Madame Patricia Germain et Madame Marie-Josée Martel. Vous m'avez inspirée tout au long de ces trois années. Votre expertise et la rigueur de vos enseignements ont apporté chez moi une vision transformée des sciences infirmières.

Je voudrais également dire merci à madame Linda Lemire pour tous les bons conseils et les informations qu'elle m'a donnés. Je voudrais souligner l'expertise de Madame Josée Martel et de Madame France Cloutier pour la validation de mon questionnaire. Une pensée toute spéciale est également accordée à l'équipe du centre Parents-Enfant ainsi qu'à l'unité de pédiatrie du Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR). Sans eux, ce projet n'aurait pu être réalisé. Je tiens aussi à remercier Madame Sylvie Tousignant, coordonnatrice du programme Parents-enfant au

CSSSTR, pour son appui dans ce projet. Une attention particulière est adressée à Madame Huguette Matton, assistante-infirmière-chef au Centre Parents-enfant du CSSSTR ainsi qu'à Madame Suzanne Déry, assistante-infirmière-chef à l'unité de Pédiatrie du CSSSTR; votre aide lors de la collecte de données s'est révélée indispensable.

J'aimerais également remercier le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour sa contribution lors de l'analyse des résultats. À ce sujet, je souligne l'aide du professeur Tristan Milot et de son assistante de recherche, Madame Andra Lorent. Je voudrais aussi remercier ma collègue Mélanie Parenteau pour tous ses bons conseils et ses encouragements. J'ai également une pensée pour ma mère Diane Francoeur; tout au long de ma vie, elle m'a toujours encouragée à poursuivre mes études.

En terminant, je voudrais remercier les sources de mes motivations quotidiennes. Mes trois amours Daniel, Pierre et Alix. Sans vous, je n'aurais pas eu la force et l'ambition de bâtir un tel projet. De tout cœur, merci ...

## Problématique

La prévalence de l'obésité chez les adultes aurait augmenté de près de 50 % entre les années 1987 et 1998 (Institut national de la santé publique du Québec, 2010a). Selon cette même source, en 2003, 14 % des Québécois souffraient d'obésité. Cet état touche plusieurs catégories d'individus dans notre société et elle n'épargne pas les femmes en âge de procréer. Au Canada, peu de statistiques décrivent la prévalence de l'obésité chez les femmes enceintes. Toutefois, l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Shields, 2004) évalue que le taux d'obésité varierait entre 11 % et 21 % chez les femmes canadiennes en âge de procréer. Selon plusieurs auteurs (Katz, Nilsson, & Rasmussen, 2010; Li, Jewell, & Grummer-Strawn, 2003), les femmes obèses ont moins de succès lors de l'introduction de l'allaitement maternel que les femmes avec un indice de masse corporelle (IMC) jugé standard.

Il appert que les femmes obèses connaissent davantage d'embûches lors de l'allaitement maternel et ce, en lien avec de nombreux facteurs biologiques, physiologiques, psychologiques, sociodémographiques et organisationnels. Malheureusement, ces facteurs peuvent causer l'abandon de l'allaitement maternel. En conséquence, la méconnaissance de certains de ces facteurs qui n'ont été découverts qu'au cours des dix dernières années a contribué négativement à la compréhension de leurs implications dans cette problématique rencontrée par les femmes obèses (Amir et Donath, 2007).

Au niveau physiologique, les femmes obèses vivent des fluctuations hormonales différentes qui ont un impact négatif sur la lactogénèse II (Rasmussen & Kjolhede, 2004). Dans le cycle de l'allaitement, la lactogénèse II représente la période d'activation de la montée laiteuse. Une altération de cette phase diminue les chances de succès pour la simple raison que la production de lait risque d'être réduite. Du point de vue anatomique, il a été soulevé par Amir et Donath (2007) que, chez les femmes obèses, il est fréquent de retrouver la présence de seins volumineux. Cette condition peut causer des difficultés pratiques et mécaniques lors de l'installation du bébé pour la mise au sein (Amir & Donath, 2007).

Pour ce qui est du volet psychologique, Amir et Donath (2007) mentionnent que les femmes obèses sont plus sujettes à avoir un mécontentement face à leur image corporelle, ce qui peut entraîner une faible estime de soi. De surcroît, avoir une faible estime de soi est un facteur de risque dans le développement de symptômes dépressifs durant la période post-partum. Cela prédispose ces mères à un abandon prématuré de l'allaitement maternel (Amir & Donath, 2007).

Il existe aussi une croyance contraignante concernant la constitution du lait maternel. En effet, il a été rapporté que certaines femmes obèses croyaient que leur lait « est trop riche en matière grasse » (Hankard, 2009). De même, Baker, Michaelsen, Sorensen & Rasmussen (2007) se sont intéressés à l'environnement social pour les femmes qui allaitent au Danemark et ont comparé leurs résultats avec des études américaines. Selon eux, les femmes obèses d'origine danoise allaient beaucoup plus longtemps que les femmes américaines dans la même situation. Ils suggèrent que l'environnement social (ex.: congés parentaux, allaitement en public, perceptions culturelles, culture

d'allaitement, etc.) est favorable à la poursuite de l'allaitement maternel au Danemark. Au Canada, des études épidémiologiques ont démontré des liens intéressants entre la culture et l'adoption des comportements touchant l'allaitement maternel (Amir & Donath, 2007). En effet, les femmes obèses d'origine autochtone vivant au Canada ont tendance à allaiter plus longtemps que les autres mères canadiennes dans la même situation (Amir & Donath, 2007). Par contre, il est important de spécifier que les communautés d'origine autochtone ne représentent qu'un faible pourcentage de la population. Ces données sont donc difficilement généralisables.

Les représentations sociales et culturelles de la société occidentale sur les sujets de l'allaitement maternel et de l'obésité ont une incidence sur la décision et le comportement des femmes (Bayard, 2008). Certains auteurs ont même soulevé des pistes de réflexion intéressantes concernant la pudeur et l'allaitement en public, et ce, tant chez les femmes obèses que non-obèses (Bayard, 2008; Chiasson, 2003). Leurs résultats démontrent que les femmes ont peur d'être jugées, d'embarrasser l'autre ou de susciter de l'inconfort lorsqu'elles allaitent dans un lieu public. Il serait également plus difficile pour les femmes d'allaiter devant des personnes avec qui elles ont une relation à long terme tel que : des membres de la famille élargie, des amis ou des collègues de travail (Chiasson, 2003). La principale raison évoquée face à ce sentiment d'inconfort est la présence de souvenirs puisque ces gens auraient vu une partie intime de leurs corps (seins). Ce phénomène est d'autant plus accentué lorsque la personne proche est de sexe masculin (Chiasson, 2003). De façon générale, les représentations sociales et culturelles sont négatives à l'endroit des personnes souffrant d'obésité. Selon Poulain (2009), dans la société occidentale, le corps obèse est perçu comme étant une pathologie, un corps

passif, sans énergie ni volonté. Ces perceptions sont bien souvent associées à un phénomène de stigmatisation. Cette situation cause même parfois des difficultés dans la relation d'aide entre le patient obèse et les professionnels de la santé (Barthassat, Lagger et Golay, 2008; Poulain, 2001). D'un point de vue organisationnel, les services offerts aux femmes obèses qui allaitent ne font pas l'objet de mesures distinctes au Québec. À notre connaissance, il n'existe aucun service ou suivi destiné spécifiquement à cette clientèle. En ce sens, il importe de mentionner que les professionnels de la santé ont eux-aussi des perceptions personnelles face aux patients obèses. Il appert que cette situation n'est pas toujours un élément facilitateur lors de la relation thérapeutique. À ce sujet, une étude réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) présente les perceptions des médecins généralistes. De façon majoritaire, ces médecins percevaient le patient obèse comme : « un patient difficile, un échec annoncé, accompagné d'une grande morbidité, pour lequel il est difficile de réaliser les examens cliniques et paracliniques » (INSERM, 2005). Cette opinion est difficilement généralisable. Cependant, cette dernière demeure d'actualité et suscite des questionnements.

Plusieurs autres éléments peuvent contribuer à créer d'importants défis lors du soutien qu'offrent les professionnels de la santé aux femmes obèses qui allaitent. En effet, le sujet de l'allaitement maternel chez les femmes obèses est absent des politiques québécoises et canadiennes en périnatalité et des lignes directrices. À notre connaissance, ce sujet est également absent des formations et des colloques d'allaitement, et ce, tant à l'échelle provinciale que fédérale.

De plus, les perceptions des infirmières concernant l'allaitement en contexte d'obésité maternelle ainsi que leur niveau de connaissance ne sont pas bien déterminés (Rasmussen, Lee, Ledkovsky & Kjolhede, 2006). Sur le plan de la formation des infirmières, la question de l'obésité en contexte d'allaitement maternel demeure obscure. Par exemple, ce sujet n'est pas inclus dans les formations de base en allaitement maternel (formation nationale de base du MSSSQ et formation régionale Mauricie-Centre-du-Québec). Seules les conseillères en lactation certifiées *International Board Certified Lactation Consultants* (CICCL) ont l'obligation d'étudier le sujet des pathologies de la mère et de l'enfant (Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation, 2011). Enfin, à notre connaissance, dans les milieux cliniques québécois, il est possible d'observer qu'aucune distinction n'est effectuée dans l'enseignement et le soutien postnatal à l'allaitement maternel chez les femmes obèses comparativement aux autres mères.

Le répertoire de recherches effectuées sur l'obésité en contexte d'introduction de l'allaitement maternel est peu diversifié. Ce sujet est étudié depuis peu de temps soit moins de vingt ans. De plus, les études répertoriées ont été réalisées dans des secteurs bien précis, soit dans des centres hospitaliers canadiens, américains et français. Cette situation limite donc quelque peu l'inventaire des connaissances sur ce sujet. Somme toute, deux études ont quand même permis d'établir des liens entre les façons d'intervenir des infirmières et les patientes obèses qui allaitent (Rasmussen et al., 2006; Katz et al., 2010). De façon spécifique, c'est la qualité de la relation d'aide entre l'infirmière et la femme obète qui allait qui un élément primordial. Dans la première étude effectuée par Rasmussen et al. (2006), les infirmières et les conseillères en

lactation rencontrées ont mentionné que les techniques de mise au sein habituelles se révèlent peu efficaces avec les patientes obèses. Cette situation force les infirmières et les conseillères en lactation à faire preuve d'imagination lors du positionnement du bébé au sein. De plus, les professionnels rencontrés ont affirmé que les femmes obèses qui étaient capables de s'adapter à différentes positions d'allaitement présentaient davantage de chances de réussir l'introduction de leur allaitement maternel (Rasmussen & Kjolhede, 2004). Les consultantes en lactation interrogées ont aussi indiqué que les mères obèses qui allaient présentent moins de confiance en leurs capacités que les mères avec un poids jugé standard (Rasmussen et al., 2006). Ce manque de confiance se conjugue bien souvent avec un contexte clinique plus complexe pour la mère : grossesse à risque, accouchement difficile ou faible production de lait. Ces situations ont bien souvent pour effet de précipiter l'arrêt de l'allaitement maternel (Rasmussen et al., 2006).

Une seconde étude élaborée par Katz et al. (2010) a permis d'identifier des caractéristiques aidantes chez les professionnels de la santé à l'égard des femmes obèses. Selon ces auteurs, la principale source d'inconfort divulguée par les femmes obèses qui allaient est l'exhibition de leur abdomen et de leurs seins devant les intervenants de la santé. En lien avec ce sentiment d'inconfort, les chercheurs ont déterminé que les infirmières qui présentaient elles-mêmes un surpoids se disaient beaucoup plus confortables d'effectuer des interventions auprès d'une clientèle obèse. De plus, le fait de posséder une grande expérience de travail en allaitement maternel est un atout pour intervenir auprès des mères obèses (Katz et al., 2010).

Force est de constater que la majorité des études recensées ici sont quelques peu divergentes. De surcroît, il est important de préciser qu'à notre connaissance, aucune étude au Québec ne s'est intéressée au sujet de l'allaitement maternel en contexte d'obésité. Afin d'améliorer les services offerts aux femmes allaitant et souffrant d'obésité, il serait important de bien connaître les perceptions et le niveau de connaissances des infirmières sur ce sujet. Les perceptions d'une personne ont un effet direct sur la manière dont celle-ci interagit avec les autres (Watson, 1998). De plus, il serait pertinent de savoir quelles sont les connaissances des infirmières sur les impacts de l'obésité chez les femmes qui allaitent. L'infirmière qui serait capable de prendre en considération les particularités des femmes obèses serait davantage en mesure d'offrir des soins adaptés à la situation.

Somme toute, les perceptions et le niveau de connaissances des infirmières face aux femmes obèses qui allaitent ne sont pas clairement identifiés (Rasmussen, Lee, Ledkovsky & Kjolhede, 2006). Afin d'aborder ce sujet, une recherche exploratoire descriptive sera utilisée. Le cadre de référence retenu s'appuie sur la vision du soin véhiculée par la théorie du « caring » de Jean Watson (1998). Cette théorie en sciences infirmières fut sélectionnée parce qu'elle permet d'avoir une vision holistique de la personne. De plus, elle prend en considération la notion des perceptions. De ce fait, la théorie du «caring» s'associe bien avec le but de cette recherche qui est d'identifier les perceptions des infirmières face à l'allaitement maternel chez les femmes obèses. En outre, en lien avec la problématique, l'auteure de la présente recherche désire identifier les connaissances des infirmières envers les femmes obèses qui allaitent et ainsi évaluer si elles interviennent avec une approche humaniste dans ce genre de situation. Les

éléments recueillis dans cette étude permettront d'identifier les perceptions et les connaissances des infirmières à l'égard des besoins qu'ont les femmes obèses qui allaitent. Ainsi, il sera possible de mieux se positionner par rapport aux besoins des soignants et ce, en lien avec les particularités des patientes obèses.

#### Questions de recherche

Les questions retenues pour mener la présente recherche sont les suivantes :

- Quelles sont les perceptions et les connaissances des infirmières envers les femmes obèses qui allaitent ?
- Les infirmières sont-elles en mesure d'intervenir avec une approche humaniste auprès des femmes obèses qui allaitent ?

#### But de l'étude

Cette étude a pour but d'identifier les perceptions et les connaissances des infirmières face au sujet de l'allaitement maternel chez les femmes obèses.

**Recension des écrits**

Les concepts abordés dans cette revue des écrits portent sur quatre thèmes. Premièrement, afin de bien situer le sujet, l'état de l'allaitement maternel au Québec est présenté. Deuxièmement, les multiples incidences de l'obésité chez la femme enceinte sont élaborées. Troisièmement, les différentes recherches portant sur le sujet de l'obésité maternelle en contexte d'introduction de l'allaitement sont présentées. En dernier lieu, la théorie du « caring » de Jean Watson (1998) est développée.

#### Allaitement maternel au Québec

Le but de cette première partie est de présenter l'état actuel de l'allaitement maternel au Québec. Pour ce faire, de la documentation élaborée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ) a été consultée dont: L'allaitement maternel au Québec- Les lignes directrices, 2001; Formation nationale de base en allaitement maternel, 2008; L'allaitement maternel : Fiches d'information de l'Initiative des amis des bébés, 2008, Politique de Périnatalité 2008-2018. Afin de présenter un portrait rigoureux de ce sujet, cette section de chapitre présente quatre sous-sections, soit: les taux d'allaitement maternel et les stratégies du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ), les politiques entourant l'allaitement maternel, les services, les programmes et les mesures sociales offerts ainsi que le rôle de l'infirmière québécoise en lien avec l'allaitement maternel.

## Taux d'allaitement maternel au Québec et les stratégies du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Dans le but de suivre l'évolution de l'allaitement maternel, plusieurs statistiques ont été recueillies. Ces dernières ont été mises en lumière en lien avec les objectifs poursuivis par le ministère. Les données les plus récentes proviennent du *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006* (Institut national de la santé publique du Québec, 2006). Avant de présenter les objectifs poursuivis et les statistiques obtenues, il est pertinent de faire le point sur les différents termes utilisés. Plus précisément, il s'agit de présenter les différences entre l'allaitement exclusif et l'allaitement total (prédominant). Il est important de préciser qu'il existe plusieurs définitions concernant ces termes. Voici celles présentées dans le *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006* :

**Allaitement exclusif :** Requiert que le bébé reçoive du lait maternel (inclus le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait); permet que le bébé reçoive des gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments; ne permet pas que le bébé reçoive tout autre liquide ou solide. (p.9)

### **Allaitement total (prédominant) :**

Requiert que le bébé reçoive du lait maternel (inclus le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait) qui est considéré comme la source prédominante de l'alimentation du bébé avec l'ajout de liquides autres que le lait non humain; permet que le bébé reçoive de l'eau, des boissons à base d'eau et des jus de fruits ainsi que des gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments; ne permet pas que le bébé reçoive du lait non humain, des solides ou des liquides à base de solides. (p.9)

Concernant les objectifs à atteindre, le MSSSQ décrit dans le document *Formation nationale de base en allaitement maternel* (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008a) que la prévalence de l'allaitement maternel devrait être de « 85 % à la sortie des services de maternité, 70 % au deuxième mois, 60 % au quatrième mois,

50 % au sixième mois et de 20 % à un an de la vie de l'enfant » (page 30). Selon les dernières statistiques présentées par l'Institut de la statistique du Québec (2005-2006), le taux d'allaitement maternel total serait de 85,1 % en centre hospitalier, de 66,7 % à deux mois, de 56,1 % à 4 mois et de 46,7 % à six mois de vie. Pour ce qui est du taux d'allaitement maternel après un an de vie, aucun chiffre n'est présenté. Face à ces résultats, le MSSSQ a, en majeur partie, atteint ses objectifs concernant l'allaitement maternel total. Par contre, il en est tout autrement concernant l'allaitement maternel exclusif.

En effet, dans le document *Formation nationale de base en allaitement maternel*, le ministère affirmait vouloir atteindre, pour 2007, des taux d'allaitement exclusif de «75 % à la sortie des services de maternité, de 40 % au deuxième mois, de 30 % au quatrième mois et de 10 % au sixième mois de la vie de l'enfant » (p. 30). Pour l'instant, aucun chiffre concernant l'année 2007 n'a été publié. À défaut de ne pouvoir les énumérer, voici les plus récentes statistiques présentées en 2005-2006. L'Institut de la statistique du Québec (2005-2006) estime que le taux d'allaitement maternel exclusif est de l'ordre de 52,1 % dans les centres de maternité, de 35,1 % à deux mois, de 19 % au quatrième 4 mois et de 3 % pour le sixième mois de vie. Face à ce constat, il est possible de croire qu'une majorité de femmes allaitent leur enfant lors de leur séjour en centre hospitalier. Cependant, ces dernières sont moins nombreuses à poursuivre l'allaitement exclusif au-delà du troisième mois de vie du nourrisson. Toutefois, d'autres facteurs peuvent justifier ces écarts tels une introduction d'aliments solides plus rapide, un retour au travail de la mère, etc.

Afin d'illustrer davantage le taux d'allaitement au Québec, une étude réalisée dans la région de Montréal par Semenic, Loiselle, & Gottlieb (2008) est présentée. Dans cette recherche, l'échantillon était constitué de 189 femmes ayant planifié un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois de vie de leur nourrisson. Après six mois, seul 5 % des femmes ont pu atteindre leur objectif, soit d'allaiter exclusivement pendant six mois. Dans l'analyse de leurs résultats, ces auteurs soutiennent que plusieurs éléments ont contribué à ce dénouement. Les principaux facteurs d'abandon étaient : la présence de préparations commerciales pour nourrissons dans les hôpitaux, une naissance par césarienne, un faible degré de confiance de la mère face à sa capacité d'allaiter ou encore la perception d'un manque de lait, etc.

Afin d'atteindre ses objectifs, le ministère avait sélectionné quatre stratégies. Ces stratégies sont présentées dans le document *L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices* (MSSSQ, 2001, p. 30-32). Ces stratégies sont les suivantes : l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB), l'organisation du soutien à l'allaitement, le suivi et l'évaluation et le pouvoir d'influence. Cependant, l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) dans les établissements du réseau de la santé est la principale stratégie appliquée et c'est pour cette raison que seul ce point est développé (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008b).

L'Initiative des amis des bébés (IAB) est en fait une structure qui offre des outils afin de protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. Selon le MSSSQ (2001), ce modèle constitue un point de départ pour améliorer la situation de l'allaitement au Québec. Jusqu'à maintenant, au Québec, 19 établissements sont accrédités *Amis des*

bébés (Comité canadien pour l'allaitement, 2008 cité par Ladewig, London & Davidson, 2010).

Afin de soutenir l'implantation adéquate de l'IAB, le MSSSQ a décidé d'élaborer une formation pour les professionnels de la santé. Le but de cette formation nationale de base en allaitement maternel (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008a) est de permettre aux professionnels de la santé de développer leurs compétences et d'offrir aux familles des pratiques de soins qui protègent et soutiennent l'allaitement maternel. Tous les professionnels de la santé qui interviennent auprès des femmes enceintes, des parturientes, des mères et de leur famille doivent recevoir cette formation. Cette façon de faire permet d'assurer l'uniformité des services offerts concernant l'allaitement maternel.

#### Formation en allaitement maternel des infirmières québécoises

La formation nationale de base en allaitement maternel (MSSSQ, 2008a) n'est pas la seule source d'information que reçoivent les infirmières. Il existe d'autres formations qui sont spécifiques à certaines régions du Québec. Pour les besoins de la présente étude, la formation offerte dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec est davantage approfondie. Dans cette région du Québec, les infirmières ont accès à une formation régionale en allaitement maternel. Cette formation est répartie sur trois rencontres. La première journée, d'une durée de 7,25 heures, est intitulée *L'allaitement : remplir sa boîte à outils*. Lors de cette journée de formation, les sujets discutés sont les suivants : l'anatomie des seins, l'Initiative amis des bébés, les positions d'allaitement et les signes de bonne succion. La deuxième journée, d'une durée de 7.25 heures, est appelée

*L'allaitement : compléter sa boîte à outils.* Cette journée est principalement dédiée aux problèmes d'allaitement (manque de lait, blessure, etc.) ainsi qu'aux solutions pour résoudre ces derniers (corriger la position d'allaitement, matériel disponible, médication, etc.). La troisième et dernière journée est nommée *L'allaitement parfaire sa boîte à outils.* Cette journée de formation, d'une durée 7,25 heures, traite des sujets suivants : les pères et l'allaitement, l'allaitement d'un enfant âgé de 6 mois et plus, l'importance du contact « peau à peau », la méthode Kangourou, etc. Cette formation est offerte tant aux professionnels de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) qu'aux non professionnels (marraines d'allaitement).

Toujours dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un document d'autoformation est disponible. Cet outil intitulé *Vers une culture d'allaitement* (2004) est disponible sur Internet et il est destiné à tous les professionnels et bénévoles qui œuvrent en périnatalité. La période de temps estimée pour réaliser cette formation est de trois heures. Il est possible d'obtenir des crédits de formation après la réussite du questionnaire accompagnant le document.

Les infirmières de périnatalité reçoivent également de la formation de la part de leur employeur. Cette formation, propre à chaque centre hospitalier, diverge d'une région à une autre. Pour sa part, le Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières offre principalement de la formation sporadique présentée sous forme de conférence d'équipe et de discussion de cas. Ces formations sont présentées sur les départements par la conseillère clinique spécialisée en périnatalité et pédiatrie.

Au Canada, il existe des infirmières consultantes en lactation CICCL (Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation, 2011). Leur rôle est d'évaluer les besoins de la mère et de l'enfant. Elles doivent leur proposer de l'information et du soutien. Ces conseillères sont spécialisées pour intervenir lors de situations particulières. De plus, les consultantes en lactation doivent collaborer avec différents intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. Afin de devenir conseillère CICCL, les infirmières candidates doivent répondre à plusieurs critères d'admissibilité. Les critères pour l'examen de 2012 étaient les suivants :

Avoir suivi un minimum de 90 heures de formation spécifique en lactation au cours des 5 années précédant immédiatement la candidature à l'examen et avoir accumulé un minimum de 1000 heures de pratique clinique spécifique en lactation au cours des 5 années précédant immédiatement la candidature à l'examen (Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation, 2011 p. 4).

La formation des conseillères CICCL est très diversifiée. Afin d'avoir accès à l'examen de certification, les candidates doivent assimiler des connaissances sur plusieurs sujets tels que l'anatomie de la mère et de l'enfant, la physiologie et l'endocrinologie normales chez la mère et l'enfant, les pathologies de la mère et de l'enfant, la pharmacologie et la toxicologie maternelle et infantile, etc. (Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation, 2011). De plus, il faut préciser que la certification CICCL n'est pas acquise pour la vie. Cette dernière est validée tous les 5 ans par de la formation continue et une reprise d'examen est exigée à tous les 10 ans. Cette façon de faire permet aux consultantes de rester au fait des dernières recherches en matière d'allaitement maternel (Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation, 2011).

## Lignes directrices et les politiques entourant l'allaitement maternel

Les professionnels de la santé œuvrant auprès des mères qui allaitent peuvent également baser leur pratique sur le document *L'allaitement au Québec-Les lignes directrices*, publié en septembre 2001 par le MSSSQ. Dans cet ouvrage, les pratiques exemplaires à appliquer sont présentées ainsi que les ressources et les services devant être offerts aux mères afin de soutenir et de promouvoir l'allaitement maternel. En effet, l'allaitement maternel fait partie des priorités ministérielles du Québec. Dans cet ordre d'idée, le Québec s'est également doté d'une Politique de périnatalité 2008-2018 (DGSSMU, 2008).

La politique de périnatalité reconnaît l'importance de l'allaitement maternel (Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 2008). D'ailleurs, une partie entière de ce document (section 2,7) est consacrée à l'allaitement maternel. Cette politique s'appuie sur les fondements des lignes directrices en allaitement maternel pour le Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001). Néanmoins, la Politique de périnatalité 2008-2018 (DGSSMU, 2008) recommande la mise à jour des lignes directrices puisque celles-ci ont été adoptées en 2001. Il est important de rappeler que le sujet de l'obésité maternelle en contexte d'allaitement n'est abordé dans aucun de ces documents. En plus d'appuyer les lignes directrices, la politique de périnatalité (DGSSMU, 2008) aborde l'organisation des services. Un bon exemple de ceci est l'intégration de l'allaitement maternel dans le programme universel d'information prénatale et dans le suivi postnatal au Québec. De même, la politique de périnatalité (DGSSMU, 2008) contient plusieurs réformes qui ont restructuré les soins offerts aux mères allaitantes. Dans les centres hospitaliers québécois, de nouvelles

approches ont été préconisées. Depuis quelques années, les mères québécoises cohabitent avec leur nouveau-né durant tout leur séjour en centre hospitalier. Autrefois, les bébés et les mères étaient séparés durant leur hospitalisation; les bébés étaient gardés en pouponnière, ce qui réduisait considérablement les contacts parents/enfant. La cohabitation a donc un effet bénéfique sur la relation parents/enfant, car elle augmente en fréquence les contacts. D'ailleurs, il semblerait que les mères sont davantage sensibilisées à allaiter lorsqu'elles passent beaucoup de temps avec leur bébé (Richard, 2008).

La Politique de périnatalité 2008-2018 (DGSSMU, 2008) présente plusieurs projets pour l'avenir de l'allaitement maternel au Québec. L'un d'entre eux consiste à mettre sur pied un projet pilote de banque de lait maternel au Québec. Il faut spécifier que ce type de banque est déjà implanté dans d'autres provinces au Canada et ce, avec succès. Concernant l'avancement des connaissances sur le sujet de l'allaitement maternel, la recherche constitue un élément important d'un processus encore en développement. Dans la politique de périnatalité (DGSSMU, 2008), il est écrit que « l'amélioration des connaissances face aux interventions efficaces serait une façon d'augmenter la durée de l'allaitement, en particulier auprès des personnes vulnérables» (Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 2008, p. 59).

#### Services, les mesures sociales et les programmes offerts

Afin d'aborder les services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement, une étude réalisée par Richard (2008) est présentée. Cette dernière fut réalisée dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. Elle a mis en lumière les services les plus utilisés et

appréciés par les mères allaitantes. Selon les mères, les sources d'information sur l'allaitement et les services les plus pertinents étaient les suivants: « les rencontres prénatales (14,3 %), l'infirmière du CSSS lors de la visite à domicile post-natale (13,1 %), la documentation écrite (12,3 %), les infirmières en périnatalité du centre hospitalier (11,1 %), les amis et collègues de travail (7 %) et les membres de la famille (6,4 %) » (p.38). Toujours selon l'étude de Richard (2008), 87,3 % des femmes interrogées ont jugé utile le chapitre sur l'allaitement maternel provenant du livre *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*. (L'Institut national de santé publique du Québec, 2012). Il est important de préciser que ce livre est remis gratuitement à toutes les femmes enceintes québécoises lors de leur passage en centre accoucheur ou lors du suivi de grossesse. L'enquête effectuée par Richard (2008) indique également que 79,8 % des mères rencontrées ont jugé efficaces les services provenant du réseau téléphonique Info-Santé. De plus, 80,1 % des mères ont apprécié les services de l'infirmière lors de la visite postnatale à domicile. Ces visites postnatales sont le fruit d'une recommandation ministérielle qui soutient que « toutes les mères dont la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux se déroulent sans complication reçoivent la visite de l'infirmière à domicile un à trois jours après la sortie du centre accoucheur » (Richard, 2008, p. 41). Cette visite est un moment privilégié puisque les familles sont rencontrées dans leur milieu de vie, et ce, lors d'une phase d'adaptation très importante. Toujours dans l'étude de Richard (2008), 69,6 % des femmes ont dit avoir eu des difficultés d'allaitement lors de la première semaine postnatale. Celles qui ont obtenu de l'aide ont affirmé que l'infirmière du CLSC a majoritairement été la première personne ressource en allaitement maternel.

Dans certaines régions du Québec, d'autres services postnatals sont également offerts aux mères allaitantes. D'ailleurs, les lignes directrices québécoises en allaitements maternel (MSSSQ, 2001a) encouragent l'orientation des clientes vers des groupes d'entraide ou des organismes communautaires. Ce type de soutien, non professionnel, entre les mères est susceptible d'augmenter les taux d'allaitement maternel ainsi que sa durée (Shaw & Kaczorowski, 1999 ; Schafer et al 1998 cités dans MSSSQ (2001a) L'allaitement maternel au Québec-Les lignes directrices, 2001).

De plus, afin de soutenir les parents, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ) a instauré des mesures sociales. La plus importante d'entre elles est l'adoption d'un congé parental d'une durée d'un an. Cette stratégie permet aux mères de poursuivre leur l'allaitement, et ce, en retardant leur retour au travail (DGSSMU, 2008).

Le MSSSQ s'est aussi doté de plusieurs programmes concernant les clientèles plus vulnérables telles les jeunes mères ou encore les familles à faible revenu. En fait, il existe une prestation spéciale d'allaitement pour les mères bénéficiaires de l'assistance-emploi. Pour recevoir cette prestation, les mères doivent avoir un enfant de moins d'un an et il doit être nourri au sein (DGSSMU, 2008).

Quant aux Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS), ils offrent aussi des services spéciaux pour ce type de clientèle. Les principaux programmes sont les suivants : le programme *Naître égaux, grandir en santé* (NEGS) (MSSSQ, 2001b), le programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes (Fondation OLO, 2003) et les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE) (MSSSQ, 2004). Les critères de participation pour

le programme *Naître égaux, grandir en santé* (MSSSQ, 2001a) sont relativement simples. Il s'agit en fait d'un programme qui englobe plusieurs stratégies venant en aide à toutes les familles défavorisées et à leur entourage. Le programme NEGS s'applique à plusieurs niveaux, car il couvre à la fois le domaine de la périnatalité, des soins post-partum et de la période préscolaire. Le programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes (Fondation OLO) fait d'ailleurs partie des stratégies du programme NEGS. Tout comme dans le programme NEGS, les critères d'admissibilité sont relativement sommaires. Toutes les femmes enceintes (ou allaitantes) défavorisées sur le plan socio-économique peuvent recevoir ce type d'aide (Fondation OLO, 2003). Ce programme consiste à fournir aux femmes défavorisées enceintes de 20 semaines et plus une dose quotidienne de nutriment, soit un œuf, un litre de lait, une orange et un supplément minéralo-vitaminique (Fondation OLO, 2003). Pour leur part, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (*SIIPE*) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004) sont plus spécifiques sur leurs critères d'accessibilité. Ces services s'adressent :

- aux jeunes femmes enceintes dont la date d'accouchement est prévue avant leur vingtième anniversaire de naissance (MSSSQ, p. 4).
- aux mères âgées de moins de 20 ans au moment de leur inscription aux services ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans (MSSSQ, p. 4).
- aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans ou plus, aux pères ainsi qu'à leurs enfants de 0 à 5 ans qui vivent dans l'extrême pauvreté (MSSSQ, p. 4).

Somme toute, le sujet des services offerts en allaitement maternel est relativement bien documenté au Québec. Au cours de la dernière décennie, beaucoup d'efforts et d'argent ont été investis dans ce domaine. Bien que les résultats soient positifs, il reste du travail à faire concernant l'adhérence des femmes face à l'allaitement exclusif et la durée de celui-ci. Pour ce qui est du sujet de l'allaitement maternel des femmes obèses,

ce dernier ne fait pas l'objet de mesure spécifique au Québec. Il n'existe aucun service ou suivi propre à cette clientèle. De plus, ce sujet est absent des politiques et des lignes directrices concernant le Québec et le Canada.

#### Rôle de l'infirmière québécoise en lien avec l'allaitement maternel

Peu importe le type de clientèle rencontrée, l'infirmière possède un rôle des plus important en matière d'allaitement maternel. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998) encourage ses membres à se servir de leur rôle privilégié pour faire avancer la situation de l'allaitement maternel et ce, tant dans les établissements de santé que dans les politiques et dans l'attitude générale de la société. L'infirmière peut jouer différents types de rôle, dont celui d'enseignante et de soignante (Hansten & Washburn, 1996).

#### Infirmière dans son rôle d'enseignante

Parmi les rôles attribués à l'infirmière se trouve le rôle d'enseignante. En effet, l'infirmière est souvent la première professionnelle de la santé rencontrée par les parents lors de la grossesse. C'est régulièrement à elle que revient le mandat de renseigner les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel. En plus d'effectuer un enseignement rigoureux concernant l'allaitement, elle doit s'assurer que les parents prennent une décision bien éclairée et ce, dans une ambiance respectueuse de leurs choix. Au moment d'initier l'allaitement, l'infirmière a pour responsabilité de connaître l'état des connaissances de la clientèle sur le sujet (Lowermilk, Perry, & Bobak, 2003).

Dans leur ouvrage intitulé *Soins infirmiers en périnatalité*, Lowermilk, Perry, & Bobak (2003) proposent aux infirmières une vision différente des séances d'allaitement. Elles encouragent les professionnels de la santé à voir les séances d'allaitement comme étant une occasion d'apprentissage pour les nouveaux parents. Le but ultime de ces interventions est d'augmenter le degré de confiance des parents afin que ces derniers vivent l'allaitement maternel comme une expérience satisfaisante et comprennent mieux les besoins de leur nouveau-né. Cette façon de percevoir les soins est également soutenue par Ladewig, London & Davidson (2010). Selon ces auteurs, l'infirmière se doit de soutenir et d'encourager les parents dans leur nouveau rôle.

Toujours selon les propos de Lowermilk, Perry & Bobak (2003), l'enseignement prodigué aux mères doit permettre l'autonomie de ces dernières. À la sortie du centre hospitalier, les mères doivent être en mesure de reconnaître certaines anomalies (blessures aux seins, hydratation inadéquate du bébé, etc.). De plus, elles doivent savoir comment remédier à ces problèmes et avec qui communiquer en cas de complications (ex : CSSS, organisme communautaire, pédiatre).

#### Infirmière dans son rôle de soignante

Dans son rôle de soignante, l'infirmière doit évaluer de façon continue l'état physique et mental de la mère afin de bien cerner ses besoins et d'établir des interventions adéquates (Lowermilk, Perry, & Bobak, 2003). Les positions d'allaitement, les signes de bonne succion, l'aide lors de la mise au sein sont tous des éléments facilitateurs mis en application lors du séjour à l'unité post-partum. Toujours à ce moment, l'infirmière responsable de la dyade mère/bébé doit s'assurer que toutes les conditions pour la réussite de l'allaitement maternel sont mises en place (Lowermilk et

al., 2003). Sur le plan de l'évaluation, il est aussi primordial d'apporter une attention toute spéciale à la qualité des interactions mère/bébé. Cette mesure permet de soutenir l'allaitement maternel en dépistant les dyades souffrant de difficultés d'interactions (Lacombe, Bell, & Hatem, 2008).

Du point de vue professionnel, l'OIIQ a publié en 1998 une prise de position face à la pratique de l'allaitement maternel. Dans cet énoncé, il est possible de lire que l'infirmière doit collaborer avec les autres professionnels du réseau de la santé et des milieux communautaires, et ce afin d'assurer des mécanismes de continuité des soins et de soutien pour les mères qui allaitent (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998). De plus, l'OIIQ reconnaît l'importance de plusieurs mesures servant à protéger l'allaitement maternel dont les suivantes : les dix conditions pour le succès de l'allaitement, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel de l'OMS, etc. Ces mesures doivent donc guider la pratique des infirmières œuvrant en soins post-partum.

Tout bien considéré, le rôle de l'infirmière lors de la pratique de l'allaitement maternel est bien développé en tant qu'enseignante et soignante. Les infirmières doivent reconnaître l'allaitement maternel comme étant une priorité sur les plans de la promotion, de l'intervention, de l'éducation et du soutien (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998). Cependant, il n'existe aucune spécification concernant les mères allaitantes et souffrant d'obésité.

## Obésité chez la femme avant et durant la grossesse

Avant de présenter cette deuxième partie, il serait pertinent de faire le point sur ce qu'est l'obésité. Voici la définition retenue par Aubard & Decroisette (2008) : L'obésité est « un excès de tissus adipeux qui en pratique clinique s'interprète par l'élévation de l'indice de masse corporelle (IMC) » (p. 1). Pour ce qui est de l'IMC, il est décrit par l'OMS (2011) comme étant « une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup> ». Ainsi selon les critères de l'OMS (2011), l'IMC normal est de 18,5 à 24,9. Les patientes avec un IMC au-dessus de 30 sont considérées comme étant obèses. Il est donc important de préciser que toutes les études présentées dans cette revue des écrits respectent ce critère. Cette section est divisée en deux parties : les conséquences de l'obésité chez la femme avant la grossesse et l'obésité durant la grossesse.

Pour cette section, la recension des études primaires et secondaires a été faite dans les bases de données suivantes : Medline with Full Text, CINAHL whit Full Text, PsycINFO, Cochrane Library et Dissertations and Theses - Full Text. Les types de recherche retenus sont les suivants : des recherches quantitatives et des méta-analyses. La période de temps choisi pour la sélection des études est de 2003 à 2010. Les études utilisées dans cette revue sont de langue anglaise et française. La portée géographique de cet ouvrage touche quelques pays, soit le Canada, l'Angleterre et les États-Unis. Les mots-clés utilisés pour effectuer la démarche de recherche sont les suivants: maternal, pregnant et obesity. Les mots-clés sont les mêmes pour chacune des bases de données

visitées. L'auteur de la présente recherche est la seule personne ayant procédé à repérer les différentes études.

#### Obésité chez la femme avant la grossesse

Concernant la période prégestationnelle, les auteurs Yu, Teoh et Robinson (2006) ont réalisé une analyse rétrospective des données. Cette analyse fut effectuée à partir d'une base de données validée provenant du nord-ouest de l'Angleterre. Ils ont constaté que les femmes obèses souffrent davantage d'aménorrhée et d'infertilité. De plus, durant la période prégestationnelle, les femmes obèses sont plus à risque de souffrir du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Cette situation est également corroborée par Bringer, Galtier, Raingeard, Boulot et Renard (2005). Malheureusement, le SOPK réduit la fertilité des femmes (Bringer et al., 2005; Yu et al., 2006).

Il est recommandé pour les femmes obèses de perdre du poids avant le début de leur grossesse ou de leurs traitements de fertilité (Yu et al., 2006). Dans une étude cas-témoins avec un échantillon de 4 932 femmes, Lashen, Fear et Sturdee (2004) ont constaté un risque d'avortement spontané plus grand chez cette clientèle. En terminant, il faut mentionner que l'obésité avant la grossesse constitue le facteur de risque le plus fréquent concernant les mortalités inexplicées (Fretts, 2005).

#### Obésité chez la femme durant la grossesse

L'obésité peut aussi altérer le bon fonctionnement du suivi obstétrical. Davies et al. (2010), de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, affirment que certains chercheurs (Hendler, Blackwell, Bujold, Treadwell, Mittal, Sokol & coll., 2005 cité par Davies et al., 2010) ont mis en lumière des anomalies au niveau de la

visualisation des fœtus lors des échographies chez la femme obèse. Selon eux, les femmes avec un IMC supérieur à 30 sont plus susceptibles de connaître des anomalies lors de leurs échographies. Les résultats obtenus démontrent également que chez une majorité de patientes, la visibilité de certains organes (cœur, colonne vertébrale, reins, diaphragme et cordon ombilical) était réduite et que seulement 63 % des structures étaient bien visibles lors de la première échographie (18-24 semaines de gestation). Cette situation pose problème puisque c'est durant cette période qu'un bon nombre de dépistages sont effectués.

En lien avec ces dépistages, Nuthalapaty & Rouse (2004) ont réalisé une méta-analyse avec 17 études (publications de 1978 à 2003). Le but de leur recherche était d'associer le poids gestationnel aux anomalies congénitales. Ils ont remarqué deux fois plus d'anomalies du tube neural chez les fœtus des femmes avec un IMC supérieur à 30.

Dans une recension des écrits faite par Houde et Gagnon (2004), il est mentionné qu'un IMC supérieur à 30 chez la femme enceinte est associé à un risque de mortalité quatre fois plus élevé chez les nourrissons nés prématurément. De plus, dans cette revue des écrits, les auteurs citent une étude réalisée par Honor (1998). Cette étude met en évidence une corrélation significative entre un indice de masse corporelle élevé et les risques de complications médicales et puerpérales chez les femmes obèses. Parmi les complications identifiées par Honor (1998, cité par Houde & Gagnon, 2004), il est possible de retrouver les complications suivantes: l'hypertension artérielle, l'hypertension de grossesse avec protéinurie, le diabète de grossesse, des thrombophlébites, des anomalies du travail, des dystocies des épaules, des accouchements après 42 semaines de gestation, des césariennes et des complications

chirurgicales (pertes sanguines plus importantes, temps opératoire plus long et des taux d'infections postopératoires plus élevés).

De plus, l'obésité durant la grossesse est un facteur de risque pour la prééclampsie (Walsh, 2007). Il est important de rappeler que la prééclampsie est définie comme étant un désordre de la tension artérielle durant la grossesse et que sa prévalence serait de 5 % à 7 % (Walsh, 2007). Par contre, les mécanismes impliqués dans ce processus ne sont pas encore entièrement connus (Walsh, 2007). La prééclampsie place la mère et l'enfant en danger de convulsions (éclampsie), de dysfonctions rénales et hépatiques, de naissance prématurée et même de mort (Walsh, 2007). Dans une revue des écrits faite par Walsh (2007), il est mentionné que le risque de prééclampsie augmente de façon saisissante avec l'indice de masse corporelle durant la grossesse (Walsh, 2007). Les femmes avec un IMC de 30 et plus courent trois fois plus de chances de souffrir de cette complication comparativement aux femmes avec un IMC de 21 à 26 (Walsh, 2007). Selon Bringer et al. (2005), il est important d'effectuer une surveillance accrue des symptômes de prééclampsie chez les femmes enceintes et obèses (protéines dans les urines (300 mg/24 h), tension artérielle égale ou supérieure à 140/90 mm Hg).

Comme il a déjà été mentionné, les femmes obèses courent un risque plus grand de connaître un diabète gestationnel. Lors d'une étude cas-témoins contenant un échantillon de 16102 femmes, Weiss, Malone, Emig, Ball et Nyberg (2004, cité par Davies, Maxwell & McLeod, 2010) ont noté que les femmes obèses souffraient davantage de diabète gestationnel comparativement aux sujets témoins qui, elles, possédaient un IMC en-dessous de 30. Ces chercheurs ont également mis l'accent sur le fait que les mères présentant un diabète dans leur étude ont 1,7 fois plus de chances d'accoucher d'un bébé

pesant plus de 4 000 g. De surcroît, accoucher d'un bébé ayant un poids élevé est un risque de plus de subir une césarienne (Weiss et al., 2004 cité par Davies et al., 2010).

Pour leur part, Bringer et al. (2005) affirment que l'accouchement est plus complexe chez la femme obèse. Il se traduirait plus fréquemment par des inductions thérapeutiques du travail et un taux élevé de césarienne (30 % plus élevé que chez les femmes avec un IMC normal). Quant à eux, Dietz, Callaghan, Morrow et Cogswell (2005) ont voulu étudier les liens de causalité entre un indice de masse corporelle élevé et le risque d'avoir un accouchement par césarienne. Ils ont analysé un échantillon de 24 423 femmes nullipares; ce dernier était stratifié en fonction de l'IMC avant la grossesse. Leurs résultats dénombrent un taux de césarienne de 14,3 % chez les femmes avec un IMC considéré comme normal et de 42,6 % chez les femmes très obèses (IMC plus de 35).

Afin de mieux comprendre ce qui pouvait être la cause de ces anomalies du travail et de ces accouchements par césarienne, Zhang, Bricker, Wray & Quenby (2007) ont réalisé une étude de type prospectif sur un échantillon de 3913 grossesses. Leurs données ont indiqué que chez les femmes obèses, la contractilité utérine lors de l'accouchement pouvait être sérieusement altérée. Cette hypothèse a également été explorée par Moynihan, Hehir, Glavey, Smith et Morrison (2006). Ces auteurs ont élaboré une étude dont le but était d'identifier les effets de la leptine sur la contractilité utérine humaine. Ils ont utilisé un échantillon de 18 biopsies effectuées sur des tissus humains ayant subi une césarienne élective. Les résultats obtenus démontrent une diminution apparente de la fréquence et de l'amplitude des contractions utérines chez les

femmes obèses. Il faut noter que chez cette clientèle, le taux de leptine est élevé, car ce dernier augmente en corrélation avec l'indice de masse corporelle.

Tout bien considéré, le sujet de l'obésité chez la femme enceinte est bien documenté. Les recherches effectuées sur ce sujet s'intéressent généralement aux conséquences biologiques et physiologiques présentes tant chez la mère que chez l'enfant. De plus, il est possible de constater que les complications de l'obésité sont présentes avant la conception de l'enfant et dans tous les trimestres de la grossesse.

#### Obésité maternelle en contexte d'introduction de l'allaitement

Maintenant que les périodes prégestationnelles et gestationnelles ont été explorées, il est possible de mieux comprendre l'état post-partum des femmes obèses. La compréhension de cet état est d'autant plus importante, puisque l'introduction de l'allaitement se fait dès les premières heures suivant l'accouchement. La prochaine partie est donc divisée en quatre sections : les impacts biologiques, anatomiques et physiologiques de l'obésité, les impacts psychologiques de l'obésité, les impacts sociodémographiques de l'obésité et les impacts organisationnels de l'obésité (interventions).

Pour cette section, la recension des études primaires et secondaires a été faite dans les bases de données suivantes : Medline with Full Text, CINAHL whit Full Text, PsycINFO, Cochrane Library et Dissertations and Theses - Full Text. Les types de recherche retenus sont les suivants: quantitatif et qualitatif. La période de temps choisie

pour la sélection des études est de 1996 à 2010. Les études utilisées dans cette revue sont de langue anglaise et française. La portée géographique de cet ouvrage touche plusieurs pays, soit les États-Unis, la France, l'Australie, l'Angleterre, le Danemark et la Taiwan. Les mots-clés utilisés pour effectuer la démarche de recherche sont les suivants: breastfeeding, maternal, obesity, et overweight. Les mots-clés sont les mêmes pour chacune des bases de données visitées. L'auteure de la présente revue de la documentation est la seule personne ayant procédé à repérer les différentes études.

#### Impacts biologiques de l'obésité sur l'allaitement

Il a été prouvé par plusieurs auteurs que l'obésité maternelle a des effets sur l'allaitement au sein (Baker, Michaelsen, Sorensen, & Rasmussen, 2007; Li et al., 2003). D'un point de vue biologique, Chapman et Perez-Escamilla (1999, cité par Rasmussen, Hilson & Kjolhede, 2001) ont identifié un certain retard dans la lactogénèse II , des femmes obèses. En effet, lors de leur étude prospective réalisée auprès de 192 femmes primipares, ils ont constaté un délai significatif de la montée laiteuse chez les femmes avec un IMC de 30 et plus. Selon ces auteurs, cette situation est responsable d'un bon nombre d'abandons prématurés de l'allaitement maternel. Face à l'attente d'une montée laiteuse, bien des mères décident de nourrir leur nouveau-né avec une préparation de lait artificiel. Toujours au niveau biologique, Rasmussen et Kjolhede (2004) ont réalisé une étude quantitative qui avait pour but d'examiner la relation entre le fait d'être une femme obèse et certains facteurs biologiques. Les auteurs ont conduit cette recherche auprès d'un échantillon de 40 femmes. Les résultats ont permis de mettre en lumière des effets biologiques considérables pour les femmes obèses. Selon ces résultats, à 48 h de vie du nouveau-né, la réponse des prolactines lors de la succion est plus faible chez les

mères obèses par rapport aux autres mères. Cette situation diminue les chances de succès lors de l'introduction de l'allaitement maternel pour la simple raison qu'inévitablement, la production de lait de ces mères sera réduite et ce, peu importe la physionomie de la femme.

#### Impacts anatomiques et physiologiques de l'obésité sur l'allaitement

Du point de vue anatomique, Amir & Donath (2007) ont réalisé une revue des écrits portant sur le rapport entre l'obésité maternelle et l'allaitement. Leurs résultats indiquent que les femmes avec des seins plus volumineux peuvent avoir des difficultés pratiques et mécaniques à installer le bébé au sein lors de l'allaitement maternel. Ces difficultés mécaniques peuvent s'aggraver si elles ne sont pas identifiées ou corrigées adéquatement. Ainsi, il en résulte parfois des douleurs et des blessures aux mamelons. Une recherche quantitative descriptive effectuée auprès de 89 infirmières travaillant en soins post-partum s'est intéressée à ce sujet. En effet, les infirmières recrutées par Rasmussen et al. (2006) ont mentionné que les blessures les plus fréquemment observées chez les patientes obèses résultaient d'un mauvais positionnement de la bouche du bébé. Ces résultats sont également corroborés par deux études (Hilson, Rasmussen, & Kjolhede, 2004; 2006). Précisément, ces chercheurs suggèrent qu'un suivi plus intense soit effectué auprès de ces femmes lors des soins post-partum. Sur ce même sujet, Hankard (2009) démontre dans son étude cas-témoins que les femmes obèses présentent un plus grand risque de rencontrer des problèmes durant leur allaitement (crevasses, fatigue, début d'allaitement difficile). Ces problèmes ne sont malheureusement pas sans conséquence. En effet, dans leur revue des écrits, Thulier et Mercer (2009) soulignent

que la présence de blessures aux seins réduit de beaucoup les chances de succès pour l'introduction de l'allaitement.

De plus, Hankard (2009) soutient que des difficultés mécaniques ont des répercussions sur le poids des nouveau-nés. Ces observations lui ont permis de voir que la perte de poids était plus marquée chez les enfants nés de femmes obèses qui allaient par rapport à ceux qui recevaient du lait artificiel. Une étude de Mok et al. (2008) confirme son hypothèse. Dans une recherche cas-témoins effectuée auprès de 1432 paires de femmes obèses et de leurs bébés, les auteurs ont obtenu des résultats étonnantes. En fait, ils ont noté que 55,2 % des nouveau-nés de mères obèses ont perdu plus de poids en pouponnière que les autres bébés allaités. De plus, à un mois de vie, ces derniers ont gagné moins de poids que les nouveau-nés des mères allaitantes avec un indice de masse corporelle régulier.

Il est également fréquent de voir des femmes obèses allaitantes connaître des conditions médicales difficiles (diabète, complications obstétricales, césarienne, etc.). Dans ces circonstances, il est possible que ces femmes éprouvent une lactogénèse retardée ou une production de lait plus faible (Amir & Donath, 2007). Pour sa part, Baxter (2006), a mené une recherche sur l'impact d'un accouchement par césarienne et la durée de l'allaitement maternel. Selon l'auteure, il y aurait un lien entre ces deux éléments. Après avoir étudié un échantillon de 422 femmes qui ont accouché par césarienne, l'auteure affirme que la douleur postnatale et la perception d'une production de lait insuffisante sont les causes de l'abandon de l'allaitement maternel. De même, une recherche de cohorte effectuée au Danemark par Baker et al. (2007) confirme les mêmes résultats. En effet, sur un échantillon de 37 459 mères, les auteurs ont obtenu comme

résultat qu'un accouchement par césarienne augmente le risque d'abandon prématuré de l'allaitement maternel. Il est donc possible de conclure que l'introduction de l'allaitement maternel est grandement affectée par les conditions générales de la grossesse et par le type d'accouchement vécu (ex : césarienne, etc.).

En plus des effets chez la mère, Donath et Amir (2008) ajoutent que les nouveau-nés des femmes obèses sont affectés par les complications lors de la grossesse et de l'accouchement. Selon ces auteures, les nouveau-nés de mères obèses sont plus à risque d'être admis aux soins intensifs néonatals après leur naissance. En plus de retarder la première mise au sein, cette situation est problématique pour l'instauration du lien d'attachement entre le nourrisson et sa mère. Ces deux éléments vécus par les nouveau-nés peuvent perturber le bon fonctionnement de l'allaitement maternel.

#### Impacts psychologiques de l'obésité sur l'allaitement

Les impacts de l'obésité ont un effet très important sur la santé psychologique et mentale des femmes qui allaitent. Selon la revue systématique d'Amir & Donath (2007), les femmes obèses ont tendance à avoir un plus grand mécontentement de leur image corporelle. Selon ces auteures, les femmes avec un souci accru de leur forme ou de leur poids ont moins exprimé le désir d'allaiter. Malheureusement, ces mêmes clientes sont plus sujettes à avoir une estime de soi diminuée et une santé mentale plus vulnérable (Amir & Donath, 2007). Les mères obèses sont plus à risque de développer des dépressions post-partum.

Quant à eux, Pippins, Brawarsky, Jackson, Fuentes-Afflick & Haas (2006) se sont intéressés aux femmes qui présentaient des symptômes dépressifs durant leur grossesse. Sur un échantillon de 1448 femmes provenant d'une population mixte, leurs résultats ont montré que les symptômes de dépression post-partum réduisent la durée de l'allaitement maternel et ce, dès le premier mois de vie du nourrisson. Dans leur étude de cohorte auprès de 1803 nouveau-nés, Oddy, Li, Landborough, Kendall, Henderson & Downie (2006) ont identifié des liens intéressants concernant le « *blues* du post-partum ». Leurs résultats démontrent que 11,8 % des mères obèses présentent dans leur échantillon, avaient déclaré avoir souffert de « *blues* post-partum » comparativement à 6,8 % pour les femmes avec un IMC jugé standard. À la lumière de ces trois études, il est possible de croire que les mères obèses sont plus susceptibles de souffrir de déprime ou de dépression. Ces conditions ajoutent donc une touche de complexité au vécu postnatal.

#### Croyances et comportements en lien avec l'obésité sur l'allaitement

L'environnement dans lequel évoluent les femmes obèses influence leur décision d'allaiter ou de poursuivre l'allaitement. Selon Hankard (2009), il existerait une croyance contraignante concernant le lait des femmes en surcharge de poids; en fait, plusieurs femmes présentes lors de son étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, en France, croyaient que leur lait « était trop riche ». Cela aurait incité plusieurs d'entre elles à abandonner l'allaitement maternel. Toutefois, cette idéologie est non fondée, car il existe peu de données sur la composition du lait des femmes obèses.

Concernant les variables sociodémographiques touchant les femmes obèses, deux études ont exploré ce sujet (Hilson, Rasmussen, Kjolhede, 2006; Riva et al., 1999). Ces

deux recherches ont identifié trois variables pouvant altérer le bon fonctionnement de l'allaitement maternel : le tabagisme, un faible revenu et un faible niveau de scolarité. Cependant, la régression linéaire multiple n'a pu démontrer de liens significatifs entre ces trois variables et l'obésité maternelle. Une autre étude a été réalisée au Canada par Semenic et al. (2008). Ces auteures ont tenté de corrélérer des variables sociodémographiques (âge maternel et éducation) à la durée de l'allaitement maternel exclusif. Leurs démarches se sont avérées infructueuses en raison de l'hétérogénéité de leur échantillon.

Pour ce qui est des comportements, Amir et Donath (2007) se sont intéressées davantage aux facteurs socioculturels. Selon elles, il est probable que les femmes obèses puissent se sentir plus inconfortables avec l'idée d'allaiter en public. Généralement, cette croyance est causée par un sentiment d'embarras avec l'exposition des parties de leur corps. Cette hypothèse est également soulevée par Hankard (2009). Ce même chercheur a effectué une étude portant sur l'impact de l'obésité lors de la pratique de l'allaitement maternel auprès de 111 femmes obèses. Hankard (2009) affirme que la pudeur serait la cause la plus fréquemment exprimée comme frein à l'allaitement chez les femmes obèses. Pourtant, dans d'autres cultures, le poids maternel semble n'avoir aucune influence sur l'alimentation infantile. À ce sujet, Donath et Amir (2000) affirment que des études épidémiologiques ont identifié que les femmes d'origine autochtone vivant au Canada et avec une masse corporelle élevée ont tendance à allaiter plus longtemps que les autres mères canadiennes dans la même situation.

Sur le sujet de l'environnement social pour allaiter, Baker et al. (2007) se sont intéressés aux conditions du Danemark. Par la suite, ils ont comparé leurs résultats avec des études américaines. Selon eux, les femmes danoises obèses allaitent beaucoup plus longtemps que les femmes américaines dans la même situation. Ils suggèrent que l'environnement social du Danemark (ex. : congés parentaux, allaitement en public, etc.) est favorable à l'allaitement maternel. Ils croient que le rôle de l'allaitement est plus valorisé et qu'une culture d'allaitement est bien instaurée.

#### Représentations sociales et culturelles

Dans cette section, plusieurs représentations sociales et culturelles sont développées. Il est important de préciser que ces représentations ne sont pas toutes directement émises par des femmes obèses qui allaitent. Il s'agit parfois des représentations de certains chercheurs, de professionnels de la santé ou de femmes non obèses qui allaitent. Les perceptions de la société occidentale face au sujet de l'obésité, des seins et du geste d'allaiter influencent les femmes dans leurs choix quotidiens.

Tout d'abord, une définition est nécessaire afin de bien comprendre ce que signifie une représentation sociale et culturelle. En fait, il s'agit d'une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989). C'est donc avec cette vision que l'expression « représentations sociales et culturelles » est abordée dans ce mémoire. Seules les représentations sociales et culturelles du monde occidental sont présentées puisqu'il s'agit du type de société dans laquelle est menée cette étude.

## Représentations sociales et culturelles de l'obésité

Le premier thème abordé est l'obésité. Au Québec, peu de documents scientifiques sont disponibles concernant les représentations de l'obésité dans la société. Les représentations sociales et culturelles de la société en général restent majoritairement inexplorées.

Toutefois, un auteur du domaine de la sociologie s'est intéressé à ce sujet. Dans son livre intitulé *La sociologie de l'obésité*, Poulain (2009) affirme que les représentations du corps varient selon deux dimensions : le temps et l'espace. Dans la société occidentale actuelle, le mode d'alimentation est passé d'une alimentation de survie à une alimentation d'abondance (Poulain, 2009). Cette situation a eu pour effet d'engendrer de nouveaux modèles de corpulence. Selon cet auteur, dans la société occidentale, le corps obèse est perçu comme étant une pathologie, un corps passif, sans énergie ni volonté. Cependant, dans les pays où il prédomine toujours une alimentation dite de survie, les représentations de l'obésité sont bien différentes. En effet, dans ces sociétés, les corps obèses sont le reflet de la richesse économique et d'un rang social plus élevé. L'obésité est perçue comme une distinction positive puisqu'il faut être riche pour se permettre d'être gros et oisif (Poulain, 2009).

Quoiqu'il en soit, les personnes obèses font partie intégrante de la société. Pour cette raison, il serait pertinent de connaître leurs propres perceptions de l'obésité. En Suisse, il existe un programme d'enseignement thérapeutique pour combattre l'obésité (Barthassat, Lagger, & Golay, 2008). Au cours de ce programme, les participants obèses sont appelées à se prononcer sur leurs représentations sociales de l'obésité. De façon

générale, les participants ont émis les représentations suivantes : « être gros, c'est être fort, p.849 », « perdre du poids, c'est être malade, p. 849 », « l'embonpoint, c'est une richesse, une réussite sociale, p.849 », « être gros me protège (me rend moins désirable), p.849 », « pour maigrir il faut se priver, souffrir, p.849 » et « plus, c'est mieux , p.849» (Barthassat et al., 2008). À la lumière de tout ceci, il est possible de conclure que les individus basent leurs représentations sociales de l'obésité en fonction des standards érigés par leur société d'appartenance. Quant aux professionnels de la santé, quelles sont leurs perceptions de la clientèle souffrant d'obésité?

#### Perceptions des professionnels de santé sur le sujet de l'obésité

Les perceptions des professionnels de santé sur le sujet de l'obésité sont très peu abordées. Pourtant, il serait pertinent de bien connaître ces perceptions puisque les professionnels de la santé rencontrent cette clientèle et leurs offrent des soins.

Dans leur article, Barthassat et al. (2008) soutiennent que les représentations sociales sont majoritairement négatives à l'endroit des personnes obèses, mais ne ils ne détiennent aucune informations sur les perceptions des professionnels de la santé. Toutefois, une étude réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (2005) aborde le sujet des perceptions des professionnels de la santé à l'endroit des personnes obèses. L'INSERM présente les perceptions des médecins généralistes de la région de Provence-Alpes-Côte d'Azur. De façon majoritaire, ces médecins percevaient les patients obèses comme « un patient difficile, un échec annoncé, associé à une grande morbidité, pour lequel il est difficile de réaliser les examens cliniques et paracliniques, p.3 » (INSERM, 2005). Il s'agit en fait de

l'opinion de certains médecins généralistes français. Comme il existe peu d'études sur le sujet, cette opinion est difficilement généralisable. Par contre, cette perception demeure d'actualité et suscite des questionnements quant à nos propres perceptions.

Avec une approche plus introspective, Barthassat et al. (2008) encouragent les professionnels de la santé à prendre conscience de leurs propres perceptions de l'obésité du fait que les soignants sont aussi porteurs de représentations personnelles. Ces dernières sont constituées par le vécu, les expériences antérieures, les formations et les expériences professionnelles qui sont toujours des situations uniques (Barthassat et al., 2008).

Une autre étude réalisée dans le domaine de la sociologie est en accord avec la vision négative que l'obésité tient dans le monde médical. Selon Poulain (2001), les attitudes négatives des sociétés occidentales face à l'obésité sont transférées dans les institutions médicales. C'est alors que ces institutions influencent les rôles des professionnels de la santé qui y travaillent. De plus, toujours selon Poulain (2001), il découlerait de ce phénomène une stigmatisation des patients obèses. Cette situation peut parfois faire obstacle à la relation d'aide entre le professionnel de la santé et le patient (Poulain, 2001).

Somme toute, il est possible de conclure que la perception des professionnels de la santé sur le sujet de l'obésité devrait être davantage explorée. La stigmatisation et les difficultés que vivent les patients obèses peuvent parfois entraîner des effets négatifs dans leur relation d'aide (Poulain, 2001). Mieux comprendre ce phénomène pourrait être

une avenue intéressante afin de soutenir les personnes obèses dans leur cheminement thérapeutique.

#### Représentations sociales et culturelles des seins et du geste d'allaiter

Dans son mémoire, Bayard (2008) s'est intéressé aux représentations sociales et culturelles de l'allaitement chez les femmes québécoises. Cette étude a permis de mettre en lumière plusieurs croyances féminines sur l'allaitement maternel véhiculées dans la société québécoise. L'échantillon de cette étude qualitative était composé de 11 femmes enceintes (non obèses). Dans le contexte de la présente étude, deux des représentations sociales et culturelles présentées suscitent l'intérêt. Il s'agit de la représentation des seins dans la société occidentale et de la représentation du geste d'allaiter. Pour débuter, Bayard (2008) a demandé aux participantes ce que signifiait pour elles les seins. La majorité des répondantes (huit femmes sur 11) associaient les seins à la sexualité, à la féminité et à la séduction. De plus, l'auteure souligne que le sujet de la sexualité durant la période de l'allaitement demeure tabou. Certaines répondantes affirmaient même ne pas vouloir allaiter devant leur conjoint de peur que ce dernier ne maintienne pas l'image de ses seins comme un attrait sexuel (Bayard, 2008). La majorité des femmes interrogées dans cette recherche ont répondu qu'elles étaient sensibles à l'opinion de leur conjoint quant à la conciliation des fonctions nourricières et sexuelles des seins (Bayard, 2008).

Concernant la représentation du geste d'allaiter, un bon nombre de femmes présentes dans l'étude de Bayard (2008) ont énoncé, durant l'entrevue, la nécessité d'adopter un comportement discret lorsqu'elles allaitent en public. Ce désir d'invisibilité du corps lors de l'allaitement est en partie influencé par la perception d'autrui. Les femmes

rencontrées par Bayard évoquaient de l'appréhension concernant le regard négatif qui pourrait être porté sur elles, et ce pour plusieurs raisons dont la peur d'être jugée, d'embarrasser les gens ou la peur de susciter de l'inconfort chez autrui. De plus, la plupart des femmes soulignaient l'importance de maîtriser la mise au sein et de porter des vêtements amples. De façon surprenante, ces femmes craignaient davantage la visibilité du mamelon que celle du sein. La perception de ces femmes était : « qu'une fois le bébé installé, on ne voit plus le sein » (Bayard, 2008).

Dans son étude, Chiasson (2003) s'intéresse au sujet des représentations sociales et culturelles de l'allaitement maternel. Cette recherche québécoise fut menée avec un échantillon de 19 femmes. Tout comme dans l'étude précédente, le thème de l'allaitement en public a été abordé. Selon les propos des participantes, il serait difficile pour les femmes d'allaiter devant des personnes avec qui elles ont une relation à long terme (exemples : de la parenté, des collègues de travail, des amis, etc.). Les participantes expliquaient ce sentiment d'inconfort comme étant directement relié à la mémoire des gens. En effet, ces femmes craignaient la présence du souvenir puisque ces gens auraient vu une partie intime de leurs corps (seins). Ce phénomène est d'autant plus accentué lorsque la personne proche est de sexe masculin.

Un point est ressorti de ces deux études (Bayard, 2008; Chiasson, 2003). La plupart des femmes s'entendaient sur le fait que le lait maternel est la source d'alimentation la plus naturelle et adaptée pour les bébés (Bayard, 2008; Chiasson, 2003). D'ailleurs, un grand nombre de ces femmes associaient les préparations commerciales pour nourrissons à du lait en « canne », donc moins frais et avec des composantes artificielles (Bayard, 2008; Chiasson, 2003).

Tout bien considéré, les représentations sociales et culturelles des seins et du geste d'allaiter influencent les femmes de manière consciente et inconsciente. Leurs influences sont multiples, c'est-à-dire qu'elles touchent les femmes autant dans leur définition d'elles-mêmes que dans leurs décisions. Même si ces représentations n'étaient pas spécifiques aux femmes obèses, il est fort possible qu'elles peuvent également s'appliquer à leurs situations.

#### Impacts organisationnels de l'obésité

Le domaine des interventions concernant les mères obèses qui allaitent est très faiblement exploré. Un certain nombre d'auteurs reconnaissent qu'il y a un écart entre les soins offerts aux mères obèses et leurs besoins réels (Amir et Donath, 2007; Hilson et al., 2006; Rasmussen et al., 2001). Malgré cela, peu d'études ont mis en œuvre un programme ou une intervention touchant ce type de clientèle. Il existe tout de même quelques études qui ont permis d'établir des liens entre les façons d'intervenir des infirmières et les patientes obèses qui allaitent.

Parmi les études permettant d'établir des liens entre les interventions chez les infirmières et les patientes obèses, se retrouve une étude effectuée par Rasmussen et al. (2006). Cette étude présente la vision de deux groupes de professionnels de la santé sur ce sujet. Le premier groupe rencontré était constitué de plusieurs types de professionnels de la santé pratiquant dans deux hôpitaux de la ville de New York. Parmi ces professionnels, il y avait : 17 médecins, 30 infirmières, 41 conseillères en lactation et un professionnel n'ayant pas indiqué sa spécialité. Les dimensions les plus abordées par ce groupe étaient principalement centrées sur les contraintes physiques de l'obésité

(Rasmussen et al., 2006). En effet, les infirmières et les conseillères en lactation ont mentionné que les techniques de mise au sein habituelles se révèlent peu efficaces avec des patientes obèses. Ces problèmes reliés à la présence de seins volumineux force les infirmières et les conseillères à faire preuve d'imagination lors du positionnement du bébé au sein (Rasmussen et al., 2006). De plus, les professionnels rencontrés ont affirmé que les femmes qui étaient capables de s'adapter à différentes positions présentaient davantage de chances de réussir l'introduction de leur allaitement maternel. Le second groupe rencontré était constitué de 31 consultantes en lactation de la région de New York. Ces consultantes exerçaient principalement leurs fonctions en contexte communautaire. Les résultats obtenus auprès de ce groupe sont différents. Les dimensions psychologiques des mères obèses ont davantage été soulignées. Les consultantes ont indiqué que les mères obèses qui allaient présentent moins de confiance en leurs capacités que les mères avec un poids jugé standard (Rasmussen et al., 2006). Ce manque de confiance étant souvent jumelé à une grossesse à risque, à un accouchement difficile ou à une faible production de lait avait pour effet de précipiter l'arrêt de l'allaitement maternel (Rasmussen et al., 2006).

Une seconde étude, cette fois effectuée au Danemark, s'est penchée sur le sujet des perceptions et des attitudes des professionnels de la santé face aux femmes obèses allaitantes (Katz et al., 2010). Cette recherche fut effectuée avec un échantillon de 242 professionnels de la santé. Les résultats de cette étude ont permis aux chercheurs d'identifier certaines caractéristiques facilitantes chez les professionnels de la santé. Selon ces auteurs, la principale source d'inconfort divulguée par les femmes obèses qui allaitent est l'exhibition de leur abdomen et de leurs seins devant les intervenants de la

santé. En lien avec ce sentiment d'inconfort, les chercheurs ont déterminé que les intervenants qui présentent eux-mêmes un surpoids se disent beaucoup plus confortables d'effectuer des interventions auprès d'une clientèle obèse. De plus, le fait de posséder une grande expérience de travail en allaitement maternel est un atout pour intervenir auprès des mères obèses (Katz et al., 2010).

#### Théorie du « caring » de Jean Watson

La théorie du « caring » fut élaborée par Jean Watson (1998) au cours des années 80. Cette théorie est reconnue et appliquée dans le domaine des sciences infirmières, et ce, tant dans la recherche que dans la pratique. D'ailleurs, Jean Watson est toujours active dans le domaine des soins infirmiers. Elle est présentement professeure en soins infirmiers et directrice du *Center for Human Caring* à l'Université des Sciences de la Santé à Denver, au Colorado.

La théorie du «caring» fut sélectionnée pour mener la présente étude parce qu'elle permet d'avoir une vision holistique de la personne. L'étudiante-rechercheuse constate que cette théorie est développée de façon à pouvoir associer des notions provenant des sciences exactes à d'autres notions provenant des sciences humaines. En effet, la science du « caring » s'appuie sur des valeurs bien précises permettant à l'infirmière d'aider les patients vivant des changements dans leur état de santé/maladie. Ces dix valeurs sont appelées les facteurs caratifs et s'énoncent comme suit :

1. Le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes.
2. La prise en compte et le soutien du système de croyances et de l'espoir.
3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.

6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.
7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.
8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
10. La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques.

(Watson, 1998, p. 24)

Comme il est possible de le constater au travers des dix facteurs caratifs, les attitudes de l'infirmière font partie intégrante des fondements de la théorie du «caring». Pour avoir une attitude aidante, l'infirmière doit écouter et prendre en compte les émotions et les perceptions de ses patients. De plus, selon Watson (1998), l'infirmière voulant pratiquer efficacement le «caring» doit faire preuve constamment de trois attitudes lesquelles sont : la congruence, l'empathie et la chaleur humaine.

Dans son livre *Le Caring : Philosophie et science des soins infirmiers*, Jean Watson présente une figure réalisée par Rahe (1974, cité par Watson, 1998). La figure (*figure 1*) représente en six étapes le trajet entre les sources de stress et le développement de la maladie. Selon Rahe, il serait possible d'intervenir sur différents stades de ce trajet : 1. expérience du passé, 2. défenses psychologiques (perceptions), 3. réactions physiologiques, 4. ajustement et soutien situationnels inadéquats, 5. comportement pathogène, 6. maladie.

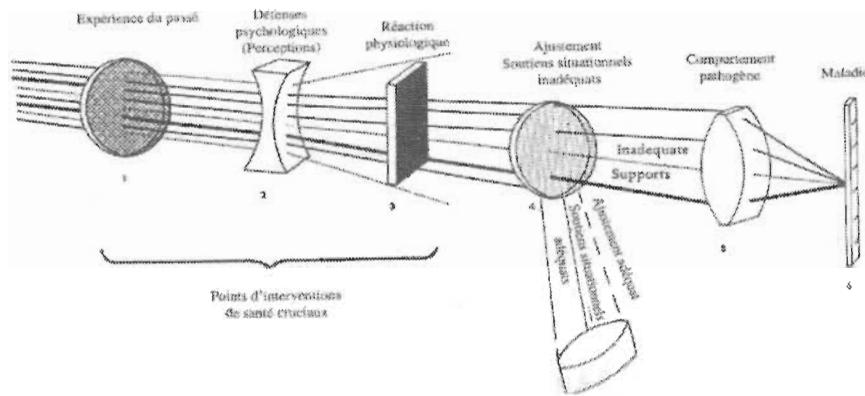


Figure 1-) Trajet entre les sources de stress et la maladie (Rahe, 1974, cité par Watson, 1998, p.288)

Le trajet stress et développement de la maladie, selon Rahe (1974), est cohérent avec la vision de la personne que préconise Watson (1998). En effet, cette théoricienne perçoit la personne comme étant :

une entité vivante qui est plus qu'un être purement physique ou spirituel, qui évolue dans son environnement, avec une expérience unique et subjective, des émotions, des souvenirs, des aspirations qui concourent à la perception de sa vie, à une conception singulière de la réalité et à une façon propre d'être dans le monde (p. 210).

Les trois dimensions de ce concept (physique, émotionnelle, spirituelle) permettent une vision entière de l'expérience humaine. Chaque personne construit sa conception de la réalité et sa façon d'être dans le monde en fonction de son système personnel de valeurs. Tout comme dans le trajet entre les sources de stress et le développement de la maladie, cette conception de la réalité est influencée par les expériences du passé. Ces expériences se changent alors en perceptions. C'est donc pour cette raison que Watson

(1998) soutient que : « l'objectivité ne détient pas à elle seule les solutions aux problèmes de santé » (p. 226). De plus, elle affirme que : « le fondement de la connaissance passe par l'expérience personnelle et subjective du sujet » (p. 215). Dans un tel cas, l'exploration des perceptions est nécessaire et ce, afin de connaître les dimensions subjectives de la personne. Les êtres humains réagissent tous différemment face aux diverses expériences de la vie. Il en est de même pour ce qui est de la notion de perception. Selon Watson (1998), il existe plusieurs façons de percevoir la notion de changement. Pour certains individus, le changement a une connotation négative, il représente une menace ou une perte. Par contre, pour d'autres personnes, le changement est perçu comme une expérience positive. Il s'agit alors d'un défi ou d'une occasion d'augmenter leur croissance personnelle. Les façons de percevoir les changements s'appliquent également dans les expériences professionnelles. Dans le cas de la présente étude, un questionnaire plonge les infirmières dans des situations particulières d'allaitement. Ces situations particulières sont en soi des contextes de changements. Ces contextes de changements sont susceptibles de générer des perceptions chez les infirmières. Avec le questionnaire, ces mêmes perceptions ont été recueillies et ce, afin d'atteindre le but de cette étude qui est d'identifier les perceptions et les connaissances des infirmières face aux femmes obèses qui allaitent.

Méthodologie

Ce chapitre a pour objectif de présenter la méthodologie utilisée dans cette étude. Pour ce faire, ce dernier est divisé en six parties. Pour débuter, le type d'étude est présenté. En second lieu, le milieu dans lequel se situe cette recherche est exposé. Par la suite, ce chapitre apporte plus de détails sur la population cible et la technique d'échantillonnage. La quatrième partie de ce chapitre aborde une vision plus concrète en expliquant les nombreux éléments de la collecte de données. Quant à la cinquième partie, elle présente le déroulement des activités de recherche. Pour terminer, une section entière porte sur les considérations éthiques.

#### Type d'étude

Dans un premier temps, il importe de mentionner que le but de cette étude est d'identifier les perceptions et les connaissances des infirmières sur l'allaitement maternel chez les femmes obèses. Puisqu'il s'agit d'un sujet peu connu, un devis de recherche quantitative de type exploratoire descriptif a donc été privilégié. Selon Loiselle et Profetto-McGrath (2007), «les recherches descriptives ont pour principal objectif de dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe, ou de la fréquence à laquelle certains phénomènes se produisent» (p. 194). Cette stratégie de recherche s'applique en tout point à cette étude. À notre connaissance, aucun portrait n'a été dressé sur les perceptions et les connaissances des infirmières face à une clientèle de femmes obèses qui allaitent.

## Milieu ciblé pour la recherche

Le milieu dans lequel a été effectuée cette recherche est le Centre de Santé et des Services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR), pavillon Ste-Marie. Cet établissement est situé dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. Il s'agit d'un nouvel établissement né de la fusion en 2011, du CSSS de Trois-Rivières et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), ce qui en fait un des plus importants CSSS de la province du Québec (Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières, 2011). D'ailleurs, le CSSSTR est désigné comme un centre hospitalier affilié universitaire régional depuis 2011.

Le CSSSTR possède une mission régionale dans plusieurs domaines tels que la cancérologie, la traumatologie (neurologie, neurochirurgie), la néphrologie, l'infectiologie et la néonatalogie-pédiatrie. De même, le CSSSTR possède une vocation sous-régionale pour certaines spécialités dont les soins et services médicaux qui y sont offerts sont de types chirurgicaux généraux et spécialisés de courte durée. Cet hôpital contient en tout 13 départements, 24 services médicaux de même que des services diagnostiques et thérapeutiques. De plus, le pavillon Ste-Marie dispose de 473 lits de courte durée. De façon plus précise, il s'agit de 428 lits en santé physique et de 45 lits en santé mentale (Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières, 2011).

Le CSSSTR possède également une vocation régionale en pédiatrie et en néonatalogie pour les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Chaque

année, le CSSSTR réalise près de 1800 accouchements. Dans la présente étude, deux départements ont été impliqués. Il s'agit de l'unité de pédiatrie et du Centre Parents-Enfant. Ces milieux ont été sélectionnés, dans un premier temps, pour leurs taux d'achalandage mais également pour leurs réputations. En effet, au Québec, le CSSSTR est reconnu comme étant un milieu clinique innovateur en ce qui a trait à la prévention et au soulagement de la douleur chez le nouveau-né. D'ailleurs, cette équipe s'est mérité le prix Innovation clinique 2011 de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

#### Population cible, technique d'échantillonnage

La population cible est constituée de l'ensemble des infirmières travaillant à l'unité de Pédiatrie et au Centre Parents-Enfant du CSSSTR. La technique d'échantillonnage utilisée dans cette étude est non-probabiliste. Il s'agit en fait d'un échantillonnage par choix raisonné, c'est-à-dire que les personnes qui participeront à cette étude doivent correspondre à des critères préalablement déterminés par l'étudiante-rechercheuse.

#### Critères d'inclusion et d'exclusion

Des critères d'inclusion ont été choisis tels : 1) être membre en règle de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIQ), 2) détenir une expérience de travail minimale de six mois en tant qu'infirmière, 3) être détentrice d'un poste à temps partiel ou complet sur les unités de périnatalité (Centre Parents/Enfant) ou de pédiatrie au CSSSTR, pavillon Ste-Marie. Les critères d'exclusion sont les suivants : 1) être candidate à la profession infirmière (CEPI), 2) être une infirmière qui

travaille pour une agence privée 3) appartenir à une autre profession (ex : infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires, etc.). La taille minimale visée pour cet échantillon était de 35 infirmières travaillant dans les milieux cliniques mentionnés ci-haut.

#### Participation à la recherche

La participation à cette recherche s'est faite sur une base volontaire. Toutes les infirmières travaillant sur les départements énumérés précédemment et respectant les critères d'inclusion et d'exclusion ont été invitées à participer à l'étude. Il n'y a pas eu de sélection proprement dite, l'étudiante-rechercheuse a pris toutes les infirmières qui désiraient participer et qui respectaient les critères.

Les infirmières qui désiraient participer au projet pouvaient le faire dans l'immédiat ou un peu plus tard et ce, afin de respecter le consentement libre et éclairé. La collecte de données a duré un mois, soit du 7 février 2012 au 7 mars 2012. Les assistantes-infirmières-chef (AIC) ont présenté le projet de recherche aux infirmières de leur département. L'étudiante-rechercheuse n'a pu savoir exactement le mode de distribution des questionnaires. Cette tâche revenait aux AIC qui en disposaient selon leur convenance. Certaines d'entre elles distribuaient systématiquement les questionnaires aux infirmières tandis que d'autres AIC laissaient les questionnaires bien à la vue. La période de temps prévue pour répondre au questionnaire était d'environ vingt minutes. Ce questionnaire a été rempli une seule fois. Les infirmières y ont répondu lorsqu'elles étaient à même leur unité de travail. Le nombre total de questionnaires distribués a été de 50. À la fin de

la collecte de données, 34 questionnaires ont été remplis et déposés dans les boîtes (Centre Parents-enfants : 26, Pédiatrie : 8). Les 16 questionnaires vierges restants ont été récupérés et détruits. L'étudiante-rechercheuse n'est pas en mesure de déterminer les raisons sous-jacentes au refus de participer à l'étude constaté chez certaines infirmières.

#### Collecte de données

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire, car il s'agit d'un outil de mesure qui présente les avantages d'être simple et rapide. Ces avantages sont non-négligeables pour la population cible de cette étude. Les infirmières vivent actuellement une pénurie de main-d'œuvre, cette situation diminue leurs disponibilités durant leurs quarts de travail.

#### Outils de collecte des données

Le questionnaire utilisé est un outil de mesure élaboré pour la présente recherche. Plusieurs raisons ont guidé ce choix. Premièrement, il n'existe pas d'outil de mesure validé sur le sujet de l'obésité maternelle. Deuxièmement, l'absence d'outil en français sur le sujet a également influencé cette décision. Troisièmement, afin d'aborder la notion de perception chez les infirmières, un outil déjà validé a inspiré la création de ce nouveau questionnaire. Il s'agit de *l'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient* de Cosette (2006). Ce questionnaire est également basé sur la théorie du «caring» de Watson (1998), s'adresse aux patients et vise avant tout à connaître leurs perceptions face à un épisode de soin. Dans la situation présente, il s'agit plutôt de connaître les perceptions des infirmières face aux patients, ce qui

représente une situation inverse. Afin d'avoir un outil adéquat qui répond aux besoins de la recherche, l'étudiante-rechercheuse s'est inspirée de l'outil de Cossette et al. (2005) en y jumelant le sujet de l'obésité maternelle et des autres situations particulières d'allaitement.

Avant d'aller plus loin, il importe de mentionner qu'une divulgation partielle quant au sujet de l'instrument de mesure (obésité maternelle) a été une stratégie employée auprès des infirmières afin d'éviter des biais. En effet, tel que mentionné précédemment, les représentations sociales de l'obésité sont teintées de préjugés, et ce, même chez les professionnels de la santé (Barthassat et al., 2008; Poulain, 2009). Ces préjugés peuvent être de l'ordre culturel, personnel ou relationnel. La stigmatisation que vivent les patients obèses peuvent même entraîner des effets négatifs dans leurs relations d'aide avec les professionnels de la santé (Barthassat et al., 2008; Poulain, 2001). C'est donc pour cette raison que les infirmières qui ont participé à cette étude n'ont pas été avisées que l'obésité maternelle était le principal sujet étudié. Cependant, l'obésité maternelle en contexte d'allaitement est traitée dans le questionnaire. Ainsi, cette divulgation partielle permettait d'éviter de possibles biais. L'obésité est encore un sujet tabou et délicat. Il y a donc une possibilité de biais incité par un phénomène de désirabilité sociale (Poulain, 2009).

Cette recherche a donc été présentée aux infirmières comme étant une étude sur les situations particulières d'allaitement telles : l'obésité maternelle, le diabète maternel, la présence de maladies chroniques (de type cardiaque, pulmonaire, neurologique, etc.), la présence de problèmes de santé mentale, etc. Cependant, il est important de spécifier que l'obésité maternelle est un agent précurseur

clairement et scientifiquement démontré pour toutes les situations particulières d'allaitement mentionnées ci-haut (Donath & Amir, 2000; Hankard, 2009; Li et al., 2003).

Avec l'aide de la divulgation partielle, des comparaisons sont effectuées entre les degrés de confort des infirmières (ex : un peu, moyennement, beaucoup) par rapport à chacune des situations présentées dans le questionnaire (obésité, maladie chronique, santé mentale, etc.). Ainsi, il est possible de voir jusqu'à quel point les impacts de l'obésité sont connus et comment l'obésité est perçue par les infirmières.

Précisément, le questionnaire se divise en trois parties. La première partie porte sur des données sociodémographiques. Parmi ces données, on retrouve : l'âge, le sexe, le niveau de fonction, le nombre d'années de travail sur le département visé, le nombre d'années d'expérience en allaitement maternel, le type de formation de base reçu (collégiale ou universitaire), la formation continue effectuée, l'implication personnelle dans le domaine de l'allaitement maternel, etc. Ces données ont permis de dresser un portrait représentatif des infirmières qui ont participé à l'étude.

La seconde partie du questionnaire est liée aux connaissances des infirmières lors de situations particulières d'allaitement. Les infirmières sont appelées à commenter chacun des énoncés en fonction de leur connaissance du sujet. Cette partie du questionnaire contient 19 questions quantifiées selon l'échelle suivante : 1 = D'accord, 2 = Pas d'accord, 3 = Je ne sais pas. Les sept premières questions abordent l'état de santé des femmes allaitantes. Les questions 8 à 11 traitent de la présence de seins volumineux en contexte d'allaitement. L'image corporelle durant

l'allaitement est également un sujet traité dans les questions 13 à 16 inclusivement. Pour ce qui est des questions 17-18-19, ces dernières se rapportent aux problèmes de santé mentale chez les femmes allaitantes.

Concernant la troisième et dernière section, cette section aborde la vision humaniste des soins infirmiers lors de situations particulières d'allaitement. Cette partie du questionnaire est inspirée de *l'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient* de Cosette et al. (2005). Les infirmières doivent indiquer jusqu'à quel point elles se sentent à l'aise ou capables d'intervenir par rapport aux situations présentées, et ce, en répondant à 30 questions. L'échelle suggérée est distribuée sur cinq niveaux soit : 1 = Pas du tout à l'aise ou capable, 2 = Un peu à l'aise ou capable, 3 = Moyennement à l'aise ou capable, 4 = Beaucoup à l'aise ou capable et 5 = Extrêmement à l'aise ou capable. Les thèmes abordés dans cette section du questionnaire se réfèrent à quatre facteurs caratifs de la théorie du « caring » de Watson (1998) en lien avec l'allaitement maternel chez les femmes obèses. Le premier facteur caratif est le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes (7 questions, Q.1 à Q.7). Les questions s'y rapportant abordent les valeurs humanistes-altruistes et se réfèrent avant tout à la vision de la personne dans un épisode de soins. Les infirmières sont interrogées sur la façon dont elles perçoivent la personne et sa situation de santé. Voici l'exemple d'une femme obète qui allaite. L'infirmière doit se demander si elle perçoit tout d'abord une femme obète ou une femme qui allaite. Dans la relation thérapeutique, l'état de santé serait-il en avant-plan de la personne humaine? Le deuxième facteur caratif abordé dans le questionnaire est la prise en compte et le soutien du système de croyances et de

l'espoir (7 questions, Q.8 à Q.14). Pour ce sujet, les questions traitent davantage du degré de confort que ressentent les infirmières lors de situation où elles doivent générer de l'espoir ou confronter des croyances. Le troisième facteur caratif est la culture d'une sensibilité à soi et aux autres (6 questions, Q.15 à Q.20). Dans ce thème, les énoncés invoquent la possibilité de démontrer de la sensibilité face à des situations vécues par certains types de clientèle. Les infirmières doivent mentionner leur degré de confort face à la démonstration de leur sensibilité. Le quatrième facteur est la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs (6 questions Q.21 à Q.26). Cette partie du questionnaire explore les émotions humaines de toutes sortes telles que la joie, la tristesse, la colère, etc. Les infirmières doivent préciser leur degré de confort face à l'expression de ces émotions, et ce, chez plusieurs types de clientèle présentant des problèmes de santé mentale, de l'obésité, etc. Pour terminer, le cinquième thème abordé est le sujet des connaissances (4 questions Q 27 à Q30). Les questions exposées dans cette partie abordent des situations complexes d'allaitement. Les infirmières doivent déterminer si elles se sentent suffisamment à l'aise pour agir efficacement lors de ces situations. L'instrument de mesure utilisé pour mener cette recherche est présenté à l'annexe A. Ce questionnaire a été élaboré par l'étudiante-rechercheuse.

#### Fiabilité et validité de l'instrument de mesure

Puisqu'il s'agit d'un questionnaire, il est essentiel d'en assurer sa validité de contenu. Selon Loiselle et Profetto-McGrath (2007), cette notion est primordiale surtout lorsqu'il s'agit d'un questionnaire qui porte sur les connaissances des participants. Le questionnaire a donc été soumis à un consensus d'expertes pour

assurer sa validité de contenu et son niveau de langage. Pour cette recherche, trois expertes ont été rencontrées. Ces expertes provenaient de différents milieux, soit du milieu universitaire, du milieu hospitalier (experte clinique en allaitement) et de l'agence de santé (experte en allaitement).

Le comité d'expertes est une forme de validation fréquemment utilisée lors de la création d'un questionnaire (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). D'ailleurs, selon ces auteurs, « ce procédé subjectif a pour fonction d'analyser les énoncés censés représenter l'ensemble des contenus hypothétiques, et ce, dans des proportions adéquates » (p. 334). À la suite de cette évaluation, un indice de la validité de contenu (IVC) est calculé, lequel représente le degré d'accord entre les expertes (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Lors de leur évaluation, les expertes ont été interrogées sur deux sujets lesquels sont : la validité du contenu et le niveau du langage. Afin d'obtenir un niveau d'appréciation générale et exhaustive, le questionnaire a été soumis au comité d'expertes à deux reprises. Entre la première et la deuxième évaluation des expertes, des correctifs au niveau du langage ont été effectués à la demande de ces dernières. À la suite de ces évaluations, l'IVC obtenu pour le questionnaire est de 1, ce qui signifie que le contenu de l'instrument de mesure est en lien avec ce qui est recherché. Pour ce qui est du langage, l'IVC obtenu pour ce questionnaire est de 0,897, ce qui signifie que le niveau de langage, utilisé dans l'instrument de mesure est adapté à une population d'infirmières travaillant en milieu hospitalier.

### Déroulement des activités de recherche

En premier lieu, l'étudiante-chercheuse a présenté son projet de recherche à la responsable du Centre Parents-Enfant et de l'unité de Pédiatrie, madame Sylvie Tousignant, et à la conseillère clinique spécialisée en périnatalité et en pédiatrie, madame Linda Lemire. Cette rencontre a eu lieu le 4 octobre 2011 au CSSSTR, pavillon Ste-Marie. Cette rencontre avait pour but d'avoir une autorisation à effectuer la recherche dans ce milieu suite aux à la présentation de l'étudiante-chercheuse (voir le formulaire d'autorisation en annexe B).

Par la suite, l'étudiante-chercheuse est allée présenter le projet aux assistantes-infirmières-chefs (AIC) des unités touchées par l'étude. Les AIC avaient pour mandat d'introduire la collecte de données. Elles devaient expliquer le projet de recherche à toutes les infirmières de leur unité et laisser à leur disposition tout le matériel nécessaire (enveloppes, formulaires de consentement, questionnaires). Cette façon de procéder fut sélectionnée pour la raison suivante : quelques mois avant la réalisation du projet, l'étudiante-chercheuse a eu un contact prolongé en tant que mère d'un patient, et ce, avec plusieurs infirmières pouvant se retrouver dans l'échantillon de cette recherche. C'est donc pour éviter un sentiment de confusion et d'inconfort chez les infirmières qu'il a été convenu de faire présenter l'étude par les AIC. De plus, cette façon de procéder est fréquemment utilisée sur ces départements. La présentation des projets de recherche par les assistantes-infirmières-chefs facilite la communication avec les infirmières des départements.

Les infirmières ont été rencontrées par l'AIC durant leur temps de travail. Les avantages et les inconvénients à participer au projet ont été énumérés. Les infirmières ont également été avisées que le projet de recherche ne constituait pas une évaluation de leur travail. De plus, elles ont été informées que la non-participation à l'étude tout comme le retrait du projet n'auraient aucun impact sur leur travail. Elles ont également été prévenues que les gestionnaires et les administrateurs de leur unité ne connaîtraient pas les noms des infirmières participantes puisque celui-ci était anonyme. Toutes ces mesures ont été élaborées afin que les infirmières ne se sentent pas obligées de participer à l'étude. Une période de questions a conclu la présentation faite par les AIC.

Les infirmières qui voulaient participer à cette étude devaient déposer le formulaire de consentement et le questionnaire dans les deux enveloppes préalablement identifiées à cet effet (une enveloppe pour le consentement et une enveloppe pour le questionnaire). Cette stratégie fut utilisée afin d'assurer l'anonymat des participants. Ces enveloppes devaient également être déposées dans une boîte scellée réservée à cet usage sur le lieu de travail. Les infirmières qui désiraient participer au projet pouvaient le faire dans l'immédiat ou prendre une période de réflexion (maximum un mois). Ces stratégies furent utilisées afin d'assurer le principe de consentement libre et éclairé. De plus, les coordonnées de l'étudiante-chercheuse ont été remises aux infirmières, et ce, afin que l'étudiante-chercheuse puisse répondre aux possibles interrogations des infirmières.

## Technique d'analyse

Les données collectées au moyen des trois parties du questionnaire ont été compilées par l'étudiante-rechercheuse. Les données sociodémographiques et les données obtenues à l'aide d'échelles numériques (49 énoncés) ont été analysées à l'aide d'un logiciel informatique. Il s'agit du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Le logiciel SPSS a permis d'établir des moyennes et des écarts types. Les statistiques obtenues sont de nature descriptive simple puisque le contexte de l'étude est de type exploratoire descriptif.

## Considérations éthiques

Les considérations sont primordiales lorsqu'il s'agit d'une étude portant sur des êtres humains. C'est pour cette raison que la présente étude se réfère aux principes directeurs formulés dans l'énoncé de politiques des trois conseils (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). Ces principes éthiques guident les recherches avec des êtres humains. Ces huit principes sont les suivants : le respect de la dignité humaine, le respect du consentement libre et éclairé, le respect des personnes vulnérables, le respect de la vie privée et des renseignements personnels, le respect de la justice et de l'intégration, l'équilibre des avantages et des inconvénients, la réduction des inconvénients et l'optimalisation des avantages.

Afin de pouvoir participer au présent projet, les participants devaient lire et signer un formulaire de consentement. Ce dernier contient les objectifs du projet de recherche, les documents à compléter (tâches), les droits des participants, les bénéfices et les désavantages encourus, le respect de la confidentialité, la participation volontaire et les responsabilités de la chercheuse (référer annexe C). Le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire ont été soumis et acceptés par les comités d'éthique suivants : Comité d'éthique du Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières le 26 janvier 2012 (numéro de certificat : CÉR-2011-025-00) ainsi que par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières le 25 janvier 2012 (numéro du certificat : CER-11-175-06.04.). Les lettres d'acceptation de ces comités sont présentées à l'annexe D.

#### Conservation des données

Les documents dûment remplis ont été consignés dans un dossier de recherche. Afin de protéger l'identité des infirmières participantes, chaque questionnaire était anonyme. Les données recueillies ont été conservées sous clé dans un classeur au bureau de la directrice de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Madame Patricia Germain, et ce, toute la durée de la collecte de données. Par la suite, les données ont été archivées au Centre d'études interdisciplinaires du développement de l'enfant et de la famille (CEIDEF).

Les seules personnes qui ont accès aux données sont l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice de recherche. Les résultats de la recherche ne peuvent être diffusés que sous la forme d'articles, d'affiches scientifiques ainsi que de

mémoire et ne permettront pas d'identifier les participantes. Après un délai de cinq ans, les données seront détruites et ne seront pas utilisées à d'autres fins. La modalité de destruction des données à caractère personnel se fera à l'aide d'une déchiqueteuse électrique.

## Résultats

Dans ce présent chapitre, les résultats sont exposés en détail. Dans un premier temps, les données sociodémographiques sont présentées. Ces dernières sont suivies des résultats portant sur les connaissances des participants; les résultats étant liés aux perceptions sont ensuite décrites.

#### Données sociodémographiques

Le nombre total de participants ayant pris part à cette étude est de 34. Parmi ces derniers, 33 personnes ont répondu être de sexe féminin (97 %) et une personne n'a pas mentionné son sexe. Les groupes d'âge présents dans cet échantillon variaient de moins de 25 ans à plus de 55 ans. Le groupe d'âge le plus fréquent est celui des 25-35 ans puisque 16 des 34 participantes se retrouvent dans ce groupe d'âge (47 %). Le second groupe le plus représenté est celui des 46-55 ans avec 9 participantes sur 34 (24 %). Au troisième rang, vient le groupe des moins de 25 ans avec 15 % des participants (5/34). Ce groupe est suivi de près par les 36-45 ans qui représentent 12 % de l'échantillon (4/34). Enfin, le groupe le moins représenté est celui des 55 et plus avec 6 % de l'échantillon (2/34). La figure 2 décrit de façon plus précise les résultats portant sur les groupes d'âge des participantes.

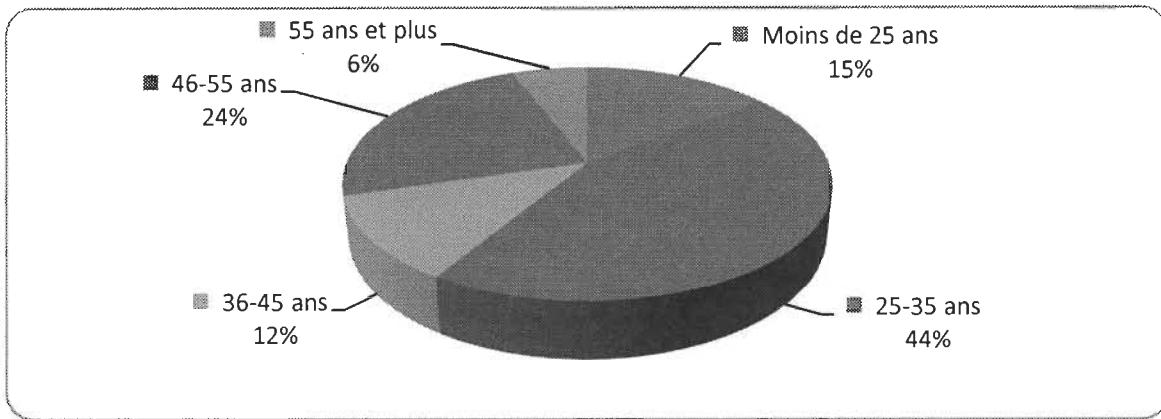


Figure 2-) Groupes d'âge des participantes

Pour ce qui est du type de formation reçue (formation de base et post-permis), 14 des 34 participantes (41 %) avaient une formation de niveau universitaire (certificat, baccalauréat, maîtrise confondus). Le nombre d'infirmières ayant une formation de type collégiale était de 19 participantes sur 34 (56 %) et 3 % des participantes avaient un autre type de formation (ex. : diplôme étranger, etc.). La figure 3 décrit de façon plus précise les résultats portant sur le type de formation des participantes.

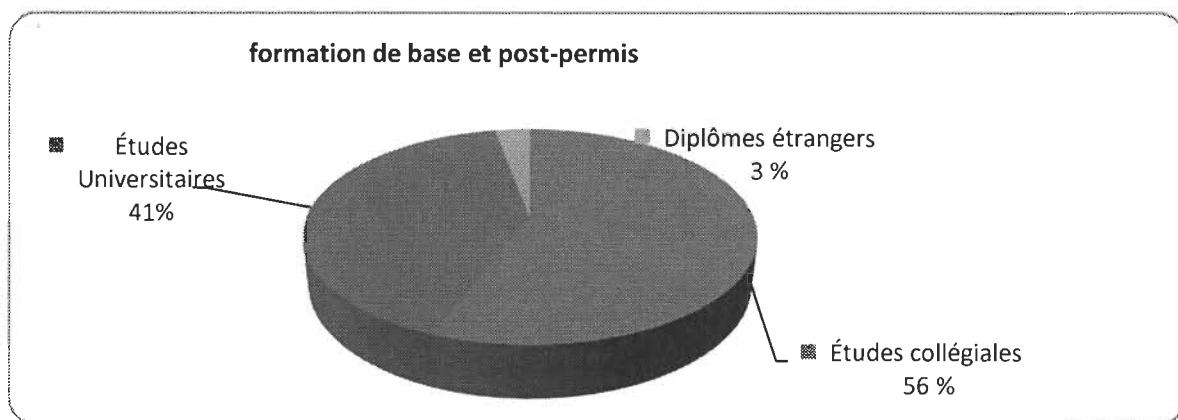


Figure 3-) Type de formation des participantes

Concernant le nombre d'années travaillées à titre d'infirmière, l'échantillon variait de six mois à plus de 20 ans d'expérience. Le groupe le plus représenté était celui des

plus de 20 ans d'expérience à titre d'infirmière, ce qui représente 35 % de l'échantillon (12 /34). Le second groupe était celui des 6-10 ans d'expérience dans la profession infirmière (8/34); il représentait 23 % de l'échantillon. Au troisième rang venait le groupe des 11-15 ans d'expérience avec un pourcentage de 21 % (7/34). Ce groupe était suivi du groupe des 1-5 ans d'expérience qui correspond à 15 % de l'échantillon. Le groupe le moins représenté était celui des 6 mois à 1 an avec un pourcentage de 3 %. Veuillez noter que dans cette catégorie, il n'y avait pas de participants avec une expérience de travail de moins de 6 mois en raison des critères d'inclusion et d'exclusion. La figure 4 décrit de façon plus précise les résultats portant sur le nombre d'années travaillées comme infirmière chez les participantes.

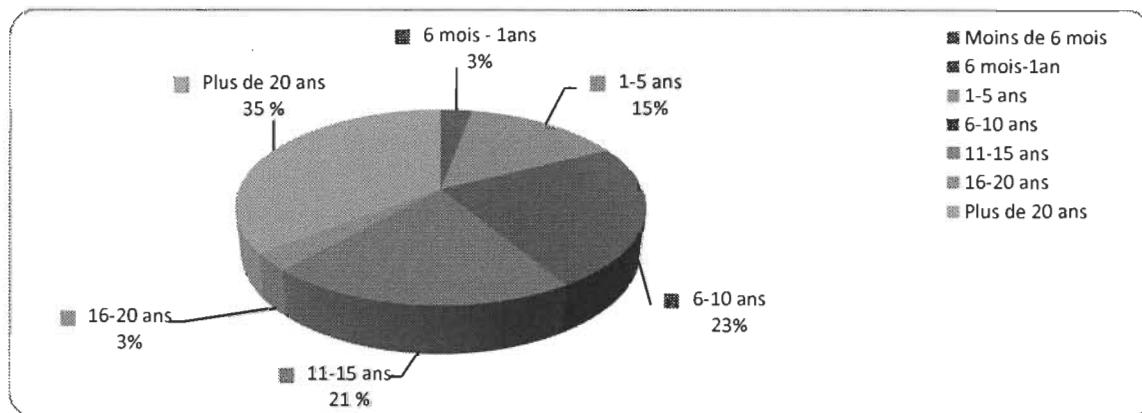


Figure 4-) Nombre d'années travaillées comme infirmière chez les participantes

Le nombre d'années travaillées dans le domaine de la pédiatrie et de la périnatalité fut également recensé. Le temps travaillé dans ce domaine variait de moins de 6 mois à plus de 20 ans d'expérience. Au premier rang, trois groupes se démarquaient en obtenant tous un pourcentage de 26 %. Ces groupes sont : les 1-5 ans (9/34), 6-10 ans (9/34) et les plus de 20 ans d'expérience (9/34). Au second rang, trois groupes se sont aussi fait

remarquer en atteignant un pourcentage de 6 % chacun. Ces groupes étaient : les moins de six mois (2/34), les 11-15 ans (2/34) et les 16-20 ans (2/34). Le groupe le moins représenté était celui des 6 mois à 1 an d'expérience dans le domaine de la pédiatrie ou de la périnatalité avec un pourcentage de 3 % (1/34). La figure 5 décrit de façon plus précise les résultats portant sur le nombre d'années travaillées dans le domaine de la pédiatrie/ périnatalité chez les participantes.

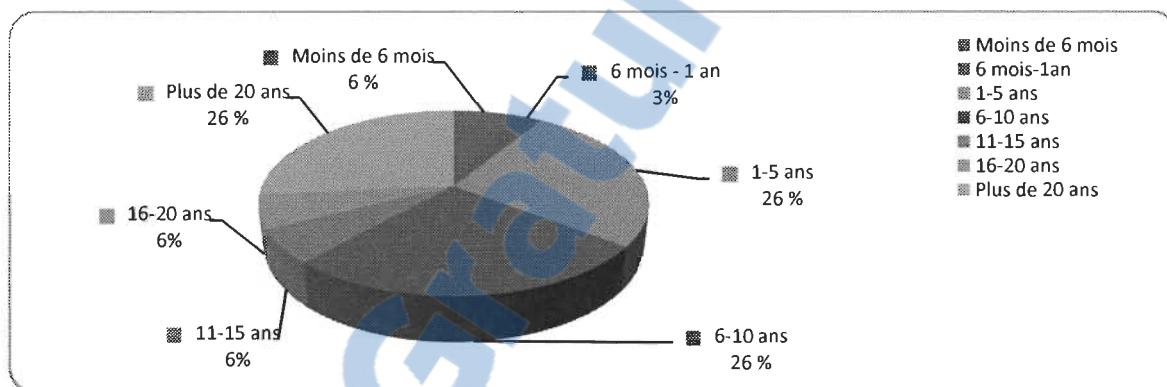


Figure 5-) Nombre d'années travaillées dans le domaine de la pédiatrie/ périnatalité chez les participantes

Par la suite, le nombre d'années travaillées au CSSSTR fut calculé. Tout comme le temps travaillé dans le domaine de la pédiatrie/périnatalité, les chiffres variaient de moins de 6 mois à plus de 20 ans d'expérience. Par contre, dans cette catégorie, c'est le groupe des 1 an à 5 ans qui était majoritaire à 29 % (16/34). Il était suivi par deux groupes, soit ceux des 6-10 ans (8/34) et des plus de 20 ans (8/34). Ces deux groupes ont obtenu un pourcentage équivalent de 24 %; ils occupaient donc la deuxième place. Ils étaient suivis par le groupe des 6 mois à un an d'expérience avec un pourcentage de 9 % (3/34). Au quatrième rang, deux groupes avaient également obtenu le même résultat (2/34); ce sont les groupes des moins de 6 mois et des 11-15 ans. Ils ont obtenu un

classement de 6 %. Le groupe qui s'était le moins démarqué est celui des 16-20 ans de temps travaillé au CSSSTR avec un pourcentage de 3 % (1/34). La figure 6 décrit de façon plus précise les résultats portants sur le nombre d'années travaillées au CSSSTR chez les participantes.

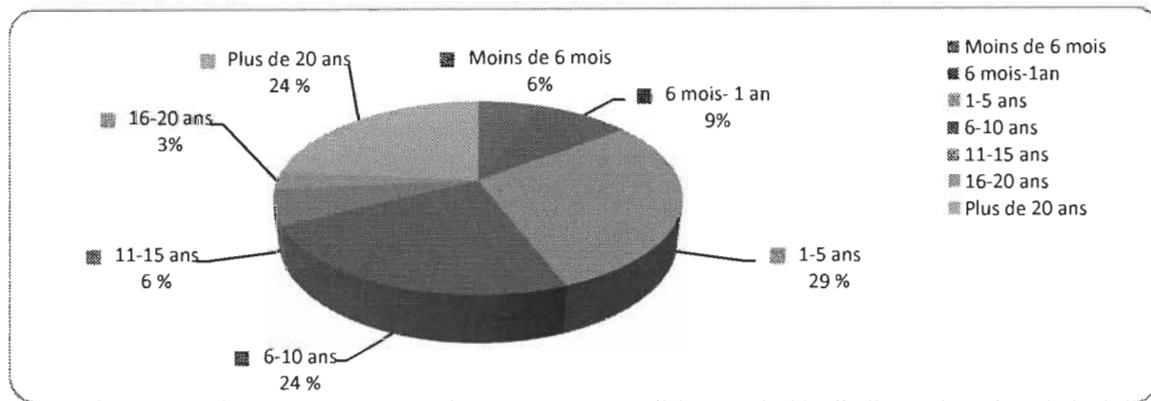


Figure 6-) Nombre d'années travaillées au CSSSTR chez les participantes

Le statut d'emploi a aussi été un élément à l'étude. Étonnamment, cet échantillon contenait un nombre égal d'employés à temps plein et à temps partiel. En effet, il y avait 17 infirmières qui travaillaient à temps plein (50 %) et 17 infirmières qui travaillaient à temps partiel (50 %).

Les quarts de travail ont été compilés et séparés en quatre groupes : jour, soir, nuit et mixte. Ainsi, 26 % des infirmières travaillaient lors des quarts de jour (9/34), 44 % lors des quarts de soir (15/34), 24 % lors des quarts de nuit (8/34) et 6 % faisaient partie des quarts mixtes (jour/soir/nuit) (2/34). La figure 7 décrit de façon plus précise les résultats obtenus se rapportant portant sur le quart de travail des participantes.

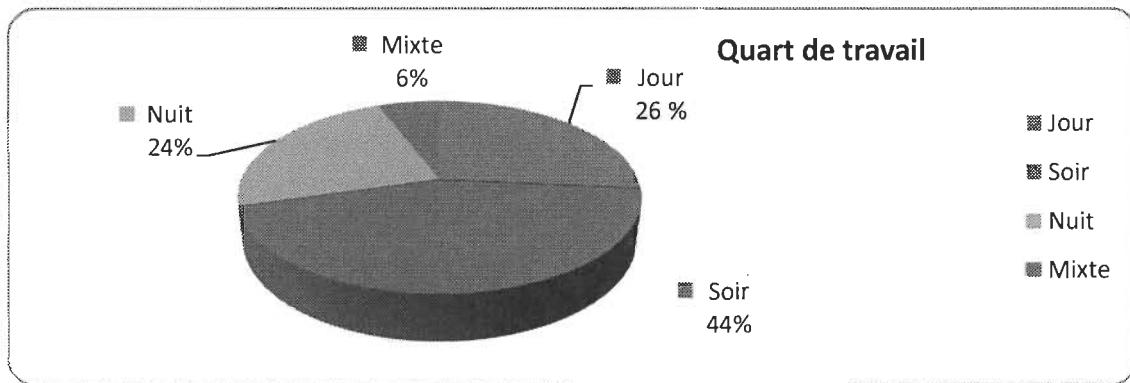


Figure 7-) Quart de travail des participantes

Les infirmières ont également été interrogées sur la formation continue qu'elles avaient reçue au cours des deux dernières années. D'ailleurs, plusieurs types de formation ont été suggérées dont les suivantes: formation donnée par l'OIIQ, formation régionale en allaitement maternel, formation donnée en milieu de travail, formation donnée lors de colloque/conférence/congrès, etc. La formation régionale en allaitement maternel a été suivie par 21 % des infirmières de l'échantillon (7/34). Cependant, il est important de rappeler que la formation régionale en allaitement maternel est constituée de trois journées différentes de formation. Toutefois, il n'était pas possible de savoir si toutes les infirmières présentes dans cet échantillon ont effectué l'intégralité de ces trois journées de formation.

Pour ce qui est de la formation en milieu de travail, elle touchait 29 % des participantes (10/34). Cette formation est sporadique et elle était présentée sous forme de conférence d'équipe ou de discussion de cas. Ces formations étaient offertes sur les départements par la conseillère clinique spécialisée en périnatalité et pédiatrie. Il y a toutefois un certain pourcentage d'infirmières (9 %) qui affirmaient avoir suivi, à la fois, la formation régionale en allaitement maternel et la formation en milieu de travail (3/34).

En ce qui concerne les colloques/conférences/congrès, 3 % des infirmières y ont assisté (1/34). Pour ce qui est de la formation donnée par l'OIIQ, aucun pourcentage d'infirmière n'y avait adhéré (0/34). Finalement, 38 % des infirmières n'avaient pas reçu de formation continue sur l'allaitement maternel au cours des deux dernières années (13/34). La figure 8 décrit de façon plus précise les résultats portant sur le type de formation continue reçue par les participantes.

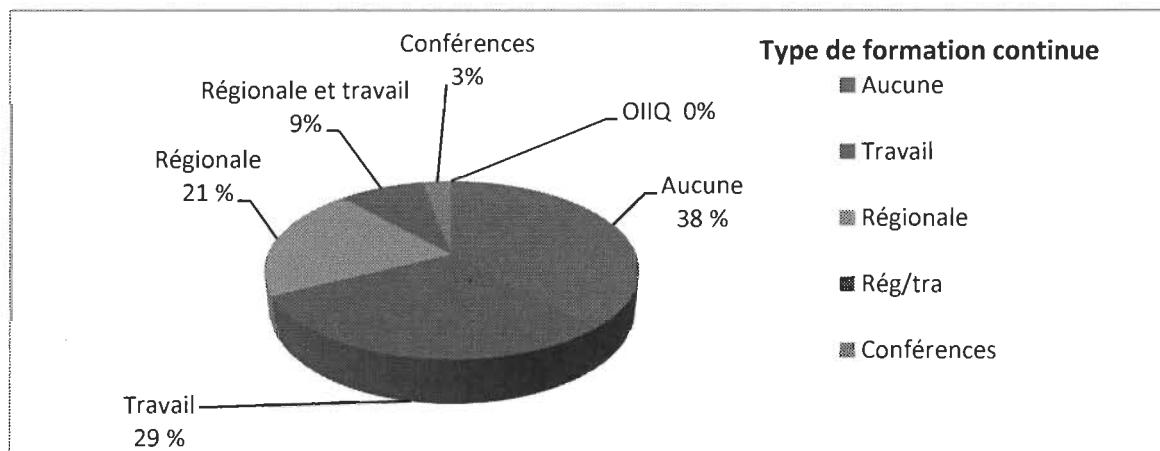


Figure 8-) Type de formation continue reçue par les participantes

Le sujet du bénévolat en allaitement maternel a été abordé (ex. : marraine d'allaitement, organisme communautaire, etc.). Une infirmière sur 34 (3 %) avait déclaré s'impliquer personnellement dans des activités bénévoles en lien avec ce sujet. Par conséquent, la 97 % des participantes ne s'impliquent pas dans des activités de bénévolat en lien avec l'allaitement maternel. La figure 9 décrit de façon plus précise les résultats obtenus portant sur les activités bénévoles en lien avec l'allaitement maternel pratiquées par les participantes

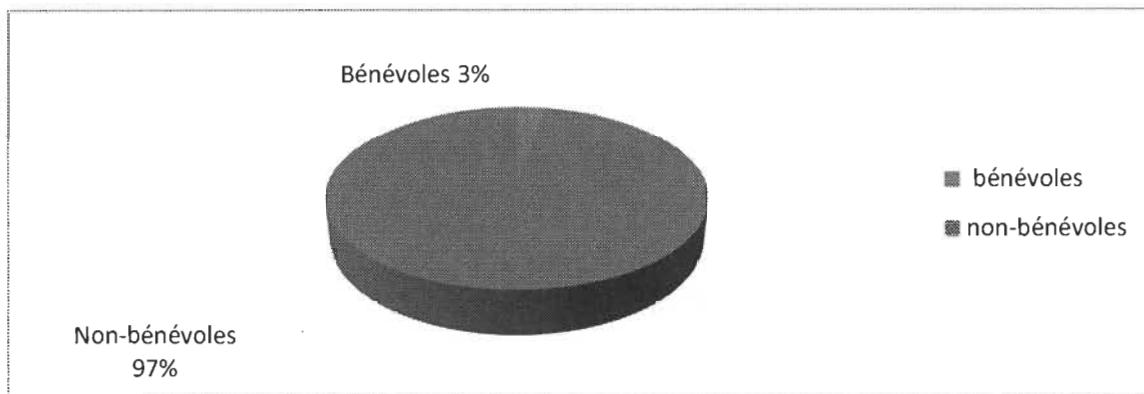


Figure 9-) Activités bénévoles en lien avec l'allaitement maternel pratiquées par les participantes

En terminant, le tableau 1 constitue un tableau synthèse des résultats pour les données sociodémographiques des groupes s'étant majoritairement démarqués.

Tableau 1 : *Tableau synthèse des résultats pour les données sociodémographiques des groupes les plus représentés*

Variables	N=34	%
Sexe		
Féminin	33	97
Âge		
25-35 ans	16	47
Type de formation		
Études collégiales	19	56
Temps travaillé comme infirmière		
Plus de 20 ans	12	35
Temps travaillé dans le domaine de la pédiatrie/périnatalité		
6-10 ans	9	26
Plus de 20 ans	9	26
Temps travaillé au CSSSTR		
1-5 ans	16	47

---

Statut d'emploi			
Temps plein	17		50
Temps partiel	17		50
Quart de travail			
Soir	15		44
Formation continue			
Formation donnée en milieu de travail	13		38

---

### Connaissances

Cette partie du questionnaire comportait 19 questions divisées en quatre sous-thèmes lesquels sont les suivants : l'état de santé, les seins volumineux, l'image corporelle et la santé mentale. Chacun de ces sous-thèmes a un lien avec l'obésité maternelle. Ils ont d'ailleurs été présentés dans la problématique et dans la recension des écrits comme étant des facteurs négatifs pour les femmes obèses qui allaitent (référer, Annexe A). Toutefois, il est important de se rappeler que cette recherche est constituée d'une divulgation partielle du thème principal, soit l'obésité. C'est donc pour cette raison que l'on retrouve aussi dans le questionnaire les trois grands thèmes principaux qui sont l'obésité, les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale.

Dans le questionnaire, il y avait trois réponses possibles aux questions. Ces réponses sont les suivantes : 1= *D'accord*, 2= *Pas d'accord*, 3= *Je ne sais pas*. Par exemple, à la question # 1 portant sur l'état de santé et le diabète, si la participante a

sélectionné le chiffre 2, cela signifie qu'elle n'est *pas d'accord* avec l'énoncé qui est le suivant : le diabète (tous types confondus) réduit la production de lait maternel.

Puisque le but de l'étude était d'identifier le niveau de connaissances des infirmières sur l'obésité maternelle, l'étudiante-chercheuse a fait ressortir des quatre sous-thèmes, les questions portant sur l'obésité (questions 2, 6, 9, 10, 11, 14 et 15). Les taux de réussites ont été mesurés et isolés. Deux colonnes ont été ajoutées, soit la colonne « bonne réponse attendue » et la colonne « taux de réussite », et ce, afin de faciliter le repérage des résultats. Le tableau 2 présente les questions abordant l'obésité ainsi que les bonnes réponses attendues pour ces questions. À ces deux colonnes, s'ajoutent les colonnes taux de réussite des participantes en fraction et en pourcentage.

Tableau 2 : *Questions abordant l'obésité et leurs taux de réussite (7 questions)*

Questions	Bonne réponse attendue	Taux de réussite	%
#2-) Obésité et production de lait	1= D'accord	3/34	9 %
#6-) Obésité et qualité du lait maternel	3= Je ne sais pas	2/34	6 %
#9-) Seins volumineux et positionnement du bébé	2= Pas d'accord	34/34	100 %
#10-) Seins volumineux et durée de la montée laiteuse	2= Pas d'accord	32/34	94 %
#11-) Seins volumineux et	2= Pas d'accord	34/34	100 %

production de lait			
#14-) Souci du poids et durée d'allaitement	1= D'accord	2/34	6 %
#15-) Obésité et probabilité d'allaiter	1= D'accord	4/34	12 %

La même chose a été appliquée aux thèmes : maladies chroniques (questions 1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13 et 16) et santé mentale (questions 17, 18 et 19) et ce, afin de procéder à des comparaisons entre les trois thèmes suivants : obésité, maladies chroniques et santé mentale. Le tableau 3 présente les questions abordant les maladies chroniques ainsi que les bonnes réponses attendues pour ces questions. À ces deux colonnes, s'ajoute les colonnes taux de réussite des participantes en fraction et en pourcentage.

Tableau 3 : *Questions abordant les maladies chroniques et leurs taux de réussite (9 questions)*

Questions	Bonne réponse attendue	Taux de réussite	%
#1-) Diabète et production de lait	2= Pas d'accord	25/34	74 %
#3-) Césarienne et production de lait	1= D'accord	8/34	24 %
#4-) Blessures aux seins et production de lait	1= D'accord	5/34	15 %
#5-) Diabète et	2= Pas d'accord	33/34	97 %

qualité du lait maternel			
#7-)Maladies chroniques et qualité du lait maternel	2= Pas d'accord	33/34	97 %
#8-) Seins volumineux et probabilité de blessures aux seins	1= D'accord	2/34	6 %
#12-)Morphologie des seins et qualité du lait maternel	2= Pas d'accord	33/34	97 %
#13-)Image corporelle et intention d'allaiter	1= D'accord	6/34	18 %
#16-)Gêne et allaitement maternel	1= D'accord	19/34	56 %

Le tableau 4 présente les questions abordant les problèmes de santé mentale ainsi que les bonnes réponses attendues pour ces questions. À ces deux colonnes, s'ajoutent les colonnes taux de réussite des participantes en fraction et en pourcentage.

Tableau 4 : *Questions abordant les problèmes de santé mentale et leurs taux de réussite (3 questions)*

Questions	Bonne réponse	Taux de réussite	%
#17-) Allaitements maternels et blues du post-partum	1= D'accord	26/34	77 %
#18-) Allaitements maternels et dépression post-partum	1= D'accord	27/34	79 %
#19-) Allaitements maternels et autre dépression	1= D'accord	24/34	71 %

#### Les connaissances et le logiciel SPSS

Afin d'obtenir des réponses statistiques plus précises, le logiciel SPSS fut utilisé. Malgré un petit échantillon de 34 infirmières, il a été possible de faire ressortir quelques statistiques intéressantes. Toutefois, afin de faciliter le traitement des données avec ce logiciel, les sous-thèmes liés aux connaissances (l'état de santé, les seins volumineux, l'image corporelle et la santé mentale) ont été fusionnés en deux thèmes, soit l'obésité et les situations particulières d'allaitement maternel. Le sujet de la santé mentale a également été incorporé au sujet des maladies chroniques. Cette décision fut prise en considérant le petit nombre d'énoncés portant sur ce sujet (3/30).

La catégorie « obésité » est donc constituée de sept questions (questions 2, 6, 9, 10, 11, 14 et 15). La catégorie « situations particulières » est composée des douze questions

restantes. Avec l'aide du logiciel SPSS, le pourcentage de bonnes réponses a été calculé pour chaque catégorie. Pour les questions portant sur l'obésité, le pourcentage de bonnes réponses est de 57 % (4.3/7); c'est-à-dire qu'environ 4 questions sur 7 étaient répondues de façon adéquate par les infirmières de l'étude.

Concernant les situations particulières, le pourcentage de bonne réponse obtenu est de 64 % (7.65/12); c'est-à-dire qu'environ 8 questions sur 12 étaient répondues de façon adéquate par les infirmières de l'étude. Le tableau 5 illustre le pourcentage de bonne réponse obtenu par les infirmières pour les thèmes de l'obésité maternel et des maladies chroniques.

Tableau 5: Pourcentage de bonne réponse obtenu par les infirmières pour les thèmes de l'obésité maternelle et des maladies chroniques

Thèmes	Nombre de questions	%
réussites		
Obésité (7 questions)	4,3/7	57
Maladies chroniques (12 questions)	8/12	64

#### Perceptions

Pour la section du questionnaire abordant les perceptions des infirmières sur des situations particulières d'allaitement maternel, l'étudiante-rechercheuse a utilisé des moyennes et des modes et ce, pour chacune des questions. Tout d'abord, afin de bien comprendre ce qu'est un mode et une moyenne, il importe de présenter une définition de chacun des termes présenté. Le mode est défini comme étant une mesure de tendance

centrale qui représente la valeur la plus fréquemment utilisée dans une distribution d'effectifs (Fortin, 2006). Pour ce qui est de la moyenne, elle correspond au nombre calculé en divisant la somme des valeurs attribuées aux données par le nombre total de données (Fortin, 2006). Dans la présente étude, toutes les moyennes ainsi que tous les modes ont été calculés avec le logiciel électronique Microsoft Office Excel 2007.

Le nombre total de questions s'intéressant aux perceptions était de 30. Tout comme dans le questionnaire, le nombre obtenu pour le mode ou la moyenne correspond à l'échelle suivante : 1 = *Pas du tout à l'aise ou capable*, 2 = *Un peu à l'aise ou capable*, 3 = *Moyennement à l'aise ou capable*, 4 = *Beaucoup à l'aise ou capable*, 5 = *Extrêmement à l'aise ou capable*.

Par exemple, la question # 1 portait sur les maladies chroniques et la vision humaniste des soins. À cette question, le mode obtenu est de 4. Cela signifie qu'une majorité de participants se disent *beaucoup à l'aise ou capables* d'intervenir dans cette situation. Pour ce qui est de la moyenne, elle correspond à 4.2, ce qui signifie que la réponse moyenne des participants est située plus près de 4 = *Beaucoup à l'aise ou capable* plutôt que des quatre autres choix de réponse.

Au total, 28 questions sur 30 (93 %) ont obtenu un mode de 5, soit la mention *Extrêmement à l'aise ou capable*, alors que les deux autres questions (7 %) ont obtenu un mode de 4, ce qui signifie *Beaucoup à l'aise ou capable*. Des moyennes ont également été calculées pour chacune des questions. Le tableau 6 présente les modes et les moyennes de l'ensemble des perceptions.

Tableau 6 : Modes et moyennes de l'ensemble des perceptions

Questions	Modes	Significations des modes	Moyennes	Significations des moyennes
#1-) L'humanisme et les maladies chroniques	4	Beaucoup à l'aise ou capable	4,2	Beaucoup à l'aise ou capable
#2-) L'humanisme et l'obésité	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,4	Beaucoup à l'aise ou capable
# 3-) L'humanisme et problème de santé mentale	4	Beaucoup à l'aise ou capable	3,5	Moyennement à l'aise ou capable
#4-) L'humanisme et le désir d'allaiter	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,8	Beaucoup à l'aise ou capable
#5-) Le non-jugements et le non-désir d'allaiter	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
#6-) L'humanisme et les croyances différentes	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,4	Beaucoup à l'aise ou capable
#7-) Le non-jugement et les mères obèses	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#8-) L'espoir de réussir l'allaitement et les mères diabétiques	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,8	Beaucoup à l'aise ou capable
#9-) L'espoir de réussir l'allaitement	5	Extrêmement à l'aise ou	5	Extrêmement à l'aise ou

et les mères obèses		capable		capable
#10-) L'espoir de réussir l'allaitement et les problèmes de santé mentale	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,4	Beaucoup à l'aise ou capable
#11-) L'espoir de réussir l'allaitement et les blessures aux seins	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,4	Beaucoup à l'aise ou capable
#12-) Guider les patientes obèses avec des difficultés d'allaitement	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,3	Beaucoup à l'aise ou capable
#13-) Guider les patientes avec des problèmes de santé mentale et des difficultés d'allaitement	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,1	Beaucoup à l'aise ou capable
#14-) Guider les patientes qui désirent allaiter à tout prix	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
#15-) Démontrer de la sensibilité et les maladies chroniques	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
16-) Démontrer de la sensibilité et l'obésité	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
#17-) Démontrer de la sensibilité et les problèmes de santé	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,3	Beaucoup à l'aise ou capable

mentale				
#18-) Demander les préférences des patientes avec une maladie chronique	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#19-) Demander les préférences des patientes obèses	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#20-) Demander les préférences des patientes avec des problèmes de santé mentale	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,3	Beaucoup à l'aise ou capable
#21-) Difficultés d'allaitement et libre expression des sentiments	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#22-) Obésité et libre expression des sentiments	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
#23-) Problème de santé mentale et libre expression des sentiments	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,1	Beaucoup à l'aise ou capable
#24-) Maladies chroniques et libre expression des sentiments	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#25-) Discuter des difficultés	5	Extrêmement à l'aise ou	4,6	Beaucoup à l'aise ou

d'allaitement avec une patiente obèses		capable		capable
#26-) Discuter des difficultés d'allaitement avec une patiente présentant des problèmes de santé mentale	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,2	Beaucoup à l'aise ou capable
#27-) Connaissances sur les méthodes alternatives à l'allaitement maternel	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,6	Beaucoup à l'aise ou capable
#28-) Connaissances et allaitement mixte	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#29-) Connaissances d'outils pour intervenir auprès des patientes obèses	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,5	Beaucoup à l'aise ou capable
#30-) Connaissances d'outils pour intervenir auprès de patientes avec une maladie chronique	5	Extrêmement à l'aise ou capable	4,4	Beaucoup à l'aise ou capable

Total des questions : 30

Des modes et des moyennes ont également été appliqués aux trois grands thèmes de l'étude, soit : l'obésité, les maladies chroniques et la santé mentale. Toutes les questions

ont obtenu un mode de 5, c'est-à-dire qu'une majorité d'infirmières se disent *Extrêmement à l'aise ou capables* d'intervenir avec une clientèle qui présente des problèmes d'obésité, des maladies chroniques ou des problèmes de santé mentale. Les modes et les moyennes obtenus peuvent être consultés dans le tableau 7 qui porte sur les perceptions des infirmières sur l'obésité, les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale.

*Tableau 7 : Modes et moyennes des perceptions des infirmières sur l'obésité, les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale*

Thème des questions	Modes	Moyennes
Maladies chroniques	5	4.5
Obésité	5	4.5
Santé mentale	5	4.1

Puisque la présente étude et son questionnaire s'appuient sur les fondements de la théorie du « caring » de Jean Watson, l'incidence de quatre facteurs caratifs a également été évaluée. Tout comme dans le questionnaire, les facteurs caratifs étudiés étaient les suivants: l'humanisme, l'espoir, la sensibilité et les émotions. Chacune de ces quatre catégories a été isolée. Des modes ainsi que des moyennes ont été prélevés pour ces catégories. Le tableau 8 présente les modes et les moyennes obtenus en référence aux facteurs caratifs.

Tableau 8 : *Modes et moyennes des perceptions des infirmières face aux facteurs caratifs*

Facteurs caratifs	Modes	Moyenne
Humaniste-Altruisme	5	4.3
L'espoir	5	4.5
La sensibilité	5	4.5
Les émotions	5	4.4

## Analyse et discussion

Ce chapitre a pour but d'analyser et de discuter des résultats obtenus dans la section précédente. Le présent chapitre est divisé de la façon suivante : les données sociodémographiques, les connaissances et les perceptions.

#### Données sociodémographiques

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, le nombre total de participants recrutés dans cette étude est de 34 personnes, majoritairement (97%) de sexe féminin. Toutes les participantes de l'étude sont des infirmières et la tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-35 ans. La majorité des employés du Centre Parents-Enfant et de l'unité de Pédiatrie ont un temps de pratique dans ce milieu (CSSSTR) variant de 1 an à 5 ans. À la lumière de ces informations, il est possible d'affirmer que le temps de spécialisation des infirmières est de niveau débutant selon la classification de Patricia Benner (1982), soit majoritairement 5 ans et moins. Dans cet échantillon, il y a également un bon nombre de participants (35%) avec plus de vingt ans d'expérience dans le domaine des soins infirmiers. Cependant, cette situation n'influence pas le temps pratiqué dans le domaine de la pédiatrie et de la périnatalité. En effet, il semble que les infirmières d'expérience de cette étude ont choisi de façon majoritaire (26%) cette spécialité comme une deuxième carrière. Leurs connaissances dans le domaine de la périnatalité et de la pédiatrie sont donc restreintes par ce plus petit laps de temps (6 à 10 ans d'expériences sur plus de 20 ans de carrière).

Par contre, il faut tout de même prendre en considération leurs expériences en tant qu'infirmière. Ces infirmières d'expérience ont vécu probablement plusieurs événements complexes durant leur vie professionnelle, ce qui a contribué à développer chez elles des attitudes inhérentes à la profession infirmière et à la théorie du «caring» de Jean Watson (1998) telles qu'une attitude chaleureuse, de l'altruisme, de l'humanisme, etc.

Le type de formation de base suivi est également un facteur d'influence. Il permet d'identifier le nombre d'heures auxquelles une infirmière a été exposée à des situations de santé périnatale ou de pédiatrie. Plus de la moitié (56%) des infirmières recrutées dans cette étude avaient un diplôme d'études collégiales. Le nombre d'heures de formation théorique et pratique portant sur l'allaitement maternel est restreint dans ce type de formation considérant que la périnatalité/pédiatrie est un domaine de spécialisation. Dans la plupart des formations collégiales, les domaines de spécialisation ne s'inscrivent pas en avant-plan. La formation sur l'allaitement maternel est donc bien souvent laissée aux employeurs lors de l'embauche de leurs nouvelles recrues.

En ce qui concerne la formation continue, les infirmières ont été questionnées sur le nombre d'heures de formation continue réalisées depuis deux ans. Selon les résultats obtenus, 59 % des infirmières ont affirmé avoir reçu de la formation continue donnée soit par l'employeur ou par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ASSSMCQ). La formation offerte par l'ASSSMCQ s'intitule *Formation régionale en allaitement maternel* et elle est dispensée sur une période de trois jours. Chacune de ces journées de formation aborde un sujet précis. Toutefois, dans le cadre de la présente étude, il est impossible de savoir si les infirmières ont participé à l'ensemble des journées de formation. Cette formation a pu influencer favorablement les

connaissances et peut-être même les perceptions des infirmières puisque cette formation effectue de nombreux rappels concernant des éléments de base de l'allaitement maternel (ex : la reconnaissance d'une bonne prise au sein, les signes que le bébé boit bien, les bienfaits de l'allaitement, etc.).

Concernant la formation donnée par l'employeur, il s'agit principalement de formations sporadiques présentées sous forme de conférence d'équipe et de discussion de cas. Ces formations sont présentées sur les départements par la conseillère clinique spécialisée en périnatalité et pédiatrie. Toutefois, il faut souligner que 38 % des infirmières affirment n'avoir reçu aucune formation continue depuis deux ans. Cette situation peut avoir un impact sur les connaissances et les perceptions des infirmières, car le domaine de la périnatalité/pédiatrie possède plusieurs situations de soins complexes. Les avancés scientifiques et technologiques dans le domaine de la santé sont en constante progression. Il est important que les professionnels de la santé demeurent actualisés dans leurs connaissances et leurs habiletés techniques lorsqu'ils prodiguent des soins à la population. Les domaines de la périnatalité et de la pédiatrie sont des secteurs de spécialité. Cette situation oblige les infirmières à avoir des connaissances et des habiletés très pointues et spécifiques en ce qui concerne la santé des mères et des nouveau-nés qui présentent des particularités propres à certains stades de développement (période gestationnelle, modifications métaboliques du corps féminin durant la grossesse, maladies infantiles, etc.). C'est d'ailleurs pour cette raison que plusieurs ordres professionnels exigent des normes annuelles de formation continue à leurs membres. En ce qui concerne l'OIIQ, une nouvelle norme est active depuis le 1er janvier

2012 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012) et recommande un nombre de 20 heures de formation continue annuellement dont 7 sont accréditées.

### Connaissances

Dans la section des résultats, les connaissances ont été répertoriées selon les catégories suivantes : les connaissances sur l'obésité, les connaissances sur les maladies chroniques et les connaissances sur la santé mentale.

#### Connaissances sur l'obésité

Dans la première partie du questionnaire, le nombre de questions se référant à l'obésité maternelle était de 7 questions sur 19. À la suite de l'analyse réalisée avec le logiciel SPSS, le taux de réussite de ces questions est de 57 %. Cela signifie que si les infirmières avaient effectué un test de connaissance sur l'obésité maternelle, elles auraient eu une moyenne générale de 57 %. Ce résultat démontre des lacunes au niveau des conséquences de l'obésité telles que la présence de seins volumineux, la montée laiteuse, la constitution du lait des mères obèses et l'impact de l'image corporelle sur l'allaitement.

#### Les seins volumineux

Toujours dans la première partie du questionnaire, sur les sept questions portant sur le sujet de l'obésité maternelle, trois questions étaient liées aux seins volumineux (questions 9, 10, 11). Étonnamment, les infirmières ont répondu avec succès à la majorité des questions (voir le tableau 2). La présence de seins volumineux cause parfois des difficultés d'ordre pratique et mécanique. Il arrive que certains bébés éprouvent des

difficultés à réaliser une prise au sein efficace. Cette situation peut causer des blessures au niveau des mamelons et ainsi précipiter l'abandon de l'allaitement maternel (Amir & Donath, 2007).

Les résultats de la présente étude peuvent s'expliquer de deux façons : les infirmières ont reçu une formation adéquate sur les seins volumineux ou elles ont été exposées fréquemment à cette physionomie des seins. Le sujet des seins volumineux fait partie de quelques formations sur l'allaitement maternel. Ces formations ne touchent pas forcément le sujet de l'obésité. Certaines femmes ont des seins volumineux, mais ne souffrent pas pour autant d'obésité. La formation régionale sur l'allaitement maternel aborde le sujet des seins volumineux. Cette formation a été suivie par 30 % des infirmières de l'échantillon de la présente étude. Il est donc possible de croire que cette formation de l'ASSSMQC ait pu avoir une influence sur les connaissances des infirmières, principalement pour ce qui est du sujet des seins volumineux et des blessures qui en découlent.

Deuxièmement, comme il a été mentionné plus haut, certaines femmes ont des seins volumineux, mais ne sont pas obèses. Il est possible que, durant leur carrière, les infirmières aient été plus exposées à la présence de seins volumineux. C'est donc par la présence de connaissances empiriques qu'elles auraient davantage performé sur ce sujet. Cette proposition est également corroborée avec les écrits de Katz et al. (2010). Selon ces auteurs, le fait de posséder une grande expérience de travail en allaitement maternel est un atout pour intervenir auprès des mères ayant des particularités physiologiques (Katz et al., 2010). Il est donc possible de croire que plus les infirmières sont exposées à

des situations particulières, plus leur façon d'agir est adéquate voire mieux adaptée à la situation.

#### La montée laiteuse

Pour ce qui est de la question 2, celle-ci touchait la montée laiteuse chez les femmes obèses. Les infirmières ont obtenu un résultat très faible (9%) pour cette section. Ce résultat peut s'expliquer de deux façons. Tout d'abord, une présence faible de formation sur le sujet. Il est important de rappeler qu'à notre connaissance, aucun programme de formation abordant l'obésité maternelle et la montée laiteuse n'a été recensé.

La seconde explication possible est que l'obésité maternelle est un sujet très récent. Les effets de l'obésité maternelle sur la montée laiteuse n'ont été découverts qu'au début des années 2000 (Amir & Donath, 2000), ce qui peut avoir un effet direct sur le niveau de connaissances des infirmières. Bien qu'il ait été prouvé par plusieurs auteurs que l'obésité maternelle a des effets négatifs sur l'allaitement (Amir & Donath, 2007; Baker et al., 2007), ces effets demeurent encore peu diffusés ce qui explique que les infirmières ne possèdent pas les connaissances. Or, les femmes obèses vivent réellement un retard dans la lactogénèse II ou montée laiteuse (Rasmussen, Hilson, & Kjolhede, 2001). Cette situation diminue les chances de succès, car elle réduit la production de lait.

#### La constitution du lait

Concernant la question 6, cette dernière touchait la constitution du lait. Les infirmières ont également obtenu un résultat très faible (6%) pour cette section. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les recherches sur la constitution du lait maternel

sont à leurs débuts. À ce jour, les recherches touchant la biologie et la constitution du lait maternel abordent systématiquement le point de vue biochimique. Cependant, la biochimie n'est pas un domaine auquel les infirmières se réfèrent aisément et fréquemment (Beaudry, Chiasson, & Lauzière, 2006). Cette situation a probablement contribué à l'obtention des faibles résultats des infirmières lors de cette partie du questionnaire.

La situation se complique davantage lorsqu'on aborde un point de vue spécifique aux femmes obèses en lien avec la constitution du lait. À notre connaissance, il n'existe pas de recherche validée sur la constitution du lait maternel des femmes obèses. Ainsi, force est de constater qu'il y a un problème de disponibilité des connaissances. Comme ce sujet demeure quasi inexploré, la réalisation de programmes de formation est inconcevable. Il n'en demeure pas moins important de démystifier la constitution du lait maternel des femmes obèses puisque certaines croyances populaires ont des effets négatifs sur la perception des gens. Dans la société occidentale, plusieurs mythes sur l'allaitement maternel circulent. En effet, plusieurs personnes croient que le lait des femmes obèses est «plus riche en gras» (Hankard, 2009, p. 565). Cette situation influence négativement la décision des femmes obèses, lorsque ces dernières sont confrontées au choix d'allaiter ou non leur bébé.

### L'image corporelle

Quant aux deux dernières questions portant sur l'obésité (questions 14 et 15), elles s'intéressaient à l'image corporelle en contexte d'obésité et de surpoids lors de l'allaitement maternel. Les infirmières ont obtenu des résultats très faibles pour cette

partie. Seulement 6 % des infirmières interrogées reconnaissent l'impact négatif de l'obésité sur l'image corporelle lors d'une situation d'allaitement. Pour ce qui est du surpoids, le pourcentage d'infirmières sensibilisées par cette problématique est de 12 %. Ces résultats sont inquiétants lorsqu'on considère les conclusions de certaines études réalisées sur l'image corporelle des femmes obèses. Selon certains auteurs (Amir & Donath, 2007; Pippins, Brawarsky, Jackson, Fuentes-Afflick, & Haas, 2006), les femmes obèses ont tendance à avoir un plus grand mécontentement de leur image corporelle, ce qui peut entraîner une faible estime de soi. De surcroît, cela peut engendrer une faible estime de soi et un facteur de risque dans le développement de symptômes dépressifs durant la période post-partum (Pippins et al., 2006). Cet état n'est pas sans conséquences puisque les mères déprimées sont plus sujettes ou prédisposées à abandonner l'allaitement maternel (Pippins et al., 2006). Cette situation problématique est également soutenue par la formation et par certaines interventions des infirmières. Premièrement, la formation dispensée chez les infirmières est généralement axée sur la santé physique et non pas sur la santé psychologique des femmes allaitantes. Pourtant, les dimensions psychologiques de la femme allaitante, telles que le fait de se sentir soutenue, comprise, appuyée et appréciée, ont des impacts sur le bon fonctionnement de l'allaitement maternel. Lorsqu'une mère se sent soutenue, elle est davantage prédisposée à croire en ses capacités et à poursuivre l'allaitement. Bien que, de plus en plus, les professionnels de la santé soient sensibilisés aux défis psychologiques du post-partum, il demeure que cette dimension reste sous-évaluée (Milgrom, 2001). En effet, mis à part quelques questions dans l'évaluation de l'infirmière, peu de professionnels sont capables de faire des liens avec différentes situations du post-partum. Cette situation est préoccupante d'autant plus que les dimensions psychologiques ont une influence sur la

qualité de la relation thérapeutique. Les mères qui allaient ont plusieurs croyances et éprouvent beaucoup d'émotions. Tous ces éléments peuvent avoir un ascendant négatif ou positif sur la réussite et la poursuite de l'allaitement maternel (Chiasson, 2003).

#### Connaissances sur les maladies chroniques

Le nombre de questions abordant le sujet des maladies chroniques est de neuf. Quatre parmi celles-ci ont obtenu un taux de réussite satisfaisant (questions 1, 5, 7 et 12), c'est-à-dire que leurs taux de réussite varient de 74 % à 97 %. Ces questions portent sur la production et la qualité du lait des femmes atteintes de maladie chronique. Ces résultats s'expliquent probablement par l'établissement de liens adéquats entre les différentes pathologies présentées et les connaissances physiologiques de base des infirmières (maladie cardiaque, pulmonaire, etc.). Ainsi, les infirmières ont fait des liens intéressants entre les différents systèmes du corps humain. Elles ont déduit que ces pathologies n'avaient pas de conséquences connues sur la production et la qualité du lait.

Toujours dans le domaine des connaissances sur les maladies chroniques, les infirmières ont présenté des difficultés aux questions 13 et 16. Ces deux questions ont un point en commun; elles traitent toutes les deux du sujet de l'image corporelle. La question 13 aborde l'impact de l'image corporelle chez une femme atteinte de maladie chronique en fonction de sa décision de pratiquer ou non l'allaitement maternel. Seulement six infirmières sur 34 ont jugé que l'image corporelle avait une influence importante sur la décision d'allaiter ou non. Cette situation est identique à celle observée dans la catégorie des connaissances sur l'obésité. Les dimensions psychologiques de l'allaitement maternel ne font pas partie intégrante des formations. Ces circonstances

peuvent en partie expliquer les lacunes présentes au niveau des connaissances en lien avec les dimensions psychologiques.

À la question 16, les infirmières ont été interrogées sur l'impact de la préoccupation des femmes (atteintes de maladie chronique) face à leur poids ainsi que sur leur décision d'allaiter. Selon les résultats obtenus, 56 % des infirmières ont déterminé qu'il y a un lien négatif entre le fait de se soucier de son poids et la prise de décision face à l'allaitement maternel. Cependant, il est reconnu par Donath et Amir (2008) que le fait d'avoir des préoccupations face à son poids réduit les chances d'initier l'allaitement maternel. Cet élément est également relié à une forme de pudeur face à l'exposition d'une ou de plusieurs parties de son corps (Donath & Amir, 2000).

#### Connaissances sur la santé mentale en post-partum

Cette section du questionnaire comprend trois questions (17, 18 et 19). Contrairement aux deux autres thèmes, toutes les infirmières ont réussi avec succès l'intégralité des questions posées. À la lumière de ces résultats, il est possible de croire que les connaissances des infirmières en santé mentale post-partum semblent actualisées. Cette situation peut s'expliquer par le fait que, depuis quelques années, plusieurs programmes de formation mettent l'accent sur les aspects de la santé mentale en contexte post-partum (*blues* et dépression post-partum). Toutefois, les éléments pouvant prédisposer aux développements de ces maladies mentales semblent être ignorés. En effet, dans les sections précédentes, toutes les infirmières ont obtenu de faibles résultats sur les thèmes de l'image corporelle, d'une faible estime de soi, des dimensions psychologiques de la femme qui allaite, etc. Tous ces éléments sont des facteurs

d'influence dans le développement de symptômes dépressifs lors de la période post-partum (Pippins et al., 2006). Ces résultats corroborent la situation présentée à la question 19 du questionnaire. Cette question aborde les symptômes dépressifs en post-partum. D'ailleurs, cette question a obtenu le taux de réussite le plus bas (71 %) par rapport aux autres questions traitant de la santé mentale en post-partum, soit les *blues* du post-partum (question 17, résultat : 77 %) et les dépressions post-partum (question 18 : 79 %).

Ces résultats laissent présager des difficultés dans la reconnaissance des signes et symptômes de la dépression post-partum. Selon les résultats obtenus dans la présente étude, les infirmières connaissent en théorie la dépression post-partum. Par contre, les impacts causés par la symptomatologie de la dépression ne semblent pas être pris en considération dans la pratique clinique. L'utilisation d'une grille d'évaluation pour les signes et symptômes de la dépression post-partum pourrait être un élément aidant dans le diagnostic de cet état de santé. D'ailleurs, il est important de spécifier que la dépression post-partum demeure un état sous-diagnostiqué (Milgrom, 2001). D'ailleurs, la dépression post-partum figure parmi les complications postnatales les plus fréquentes, soit 10 à 20 % des cas (Masmoudi, Trasbelsi, Charfeddine, & Jaoua, 2006).

De fait, il serait important de mettre l'accent sur l'amélioration de certaines connaissances. Au niveau biologique, il serait intéressant de former les infirmières sur la montée laiteuse en contexte d'obésité. Il serait aussi adéquat d'inclure davantage de notions biochimiques dans la formation infirmière afin que les infirmières comprennent mieux la constitution du lait maternel. D'un point de vue psychologique, il serait impératif d'inclure dans la formation des infirmières un volet sur l'état émotionnel et

mental de la femme obèse en période post-partum. Plusieurs éléments prédisposant à l'abandon de l'allaitement seraient alors ciblés par cette action (l'impact de l'image corporelle, avoir une faible estime de soi, etc.). Pour ce qui est de la santé mentale en contexte post-partum, il serait favorable de mettre davantage d'outils à la disposition des infirmières tels une grille pour le dépistage des signes et symptômes de la dépression post-partum. De plus, il serait pertinent d'offrir de l'enseignement sur les impacts de la dépression post-partum. Cela serait un élément favorable pour soutenir la poursuite de l'allaitement maternel.

#### Perceptions

Cette partie du questionnaire est constituée de 30 questions évoquant les perceptions des infirmières face aux situations particulières d'allaitement. Les résultats obtenus pour cette partie ont été répertoriés de deux façons. En premier lieu, les questions ont été catégorisées selon les trois grands thèmes : l'obésité, les maladies chroniques et la santé mentale. En second lieu, ces mêmes 30 questions ont été classifiées selon l'application dans la pratique des quatre facteurs caratifs de la théorie du « caring ». Ces facteurs sont : l'humanisme, l'espoir, la sensibilité et les émotions. Cette partie du questionnaire comporte également quatre questions sur les connaissances face à des situations d'allaitement tel que les méthodes alternatives à l'allaitement, l'allaitement mixte et la disposition d'outil pour les infirmières.

## Perceptions sur l'obésité, maladies chroniques et santé mentale

De façon générale, les principaux résultats obtenus pour les sujets de l'obésité, des maladies chroniques et de la santé mentale ont été recueillis sous forme de mode et de moyenne. La réponse la plus souvent sélectionnée (le mode) correspond au numéro 5, c'est-à-dire *Extrêmement à l'aise ou capable*. Cela signifie que les infirmières se perçoivent comme étant très capables ou confortables d'intervenir dans toutes ces situations cliniques. Ces résultats démontrent également que les infirmières se sentent capables de soigner tous les patients, et ce, sans faire de distinction face à leur état de santé. Cependant, elles ont démontré qu'elles présentaient plusieurs lacunes dans la section portant sur les connaissances. Serait-il possible de croire que les infirmières ont une perception surestimée de certaines de leurs habiletés, et ce, tout particulièrement en ce qui a trait à l'obésité maternelle et aux dimensions psychologiques de la femme allaitante ?

### Perceptions de l'obésité

Précisément sur le thème des perceptions face à l'obésité maternelle, les infirmières ont majoritairement indiqué qu'elles étaient « extrêmement capables ou à l'aise d'intervenir avec cette clientèle » (mode : 5, moyenne : 4,5). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que dans le domaine de la périnatalité, les infirmières sont habituées de travailler avec des femmes présentant un surplus de poids temporaire. En effet, il est normal que les femmes présentent une prise de poids lors d'une grossesse. Il en découle donc des perceptions acceptables pour ce qui est des infirmières œuvrant dans ce domaine. Il serait d'ailleurs pertinent de se demander jusqu'à quel point les

infirmières sont en mesure de différencier chez leur clientèle l'obésité dite « chronique » de la « prise de poids » causée par la grossesse. Autrement dit, il serait possible de se questionner sur l'énoncé suivant : est-ce que les infirmières sont à l'aise de travailler avec des clientes souffrant d'obésité ou est-ce qu'elles ne voient pas leur obésité? Dans d'autres domaines de la santé ne se référant pas à la grossesse, les perceptions face aux patients obèses divergent quelque peu. En effet, les écrits scientifiques démontrent des résultats inverses. Selon Poulain (2001), les attitudes négatives des sociétés occidentales face à l'obésité sont transférées dans les institutions médicales. Cette situation peut parfois faire obstacle à la relation d'aide entre le professionnel de la santé et le patient (Barthassat et al., 2008). Il est aussi possible de croire qu'un phénomène de désirabilité sociale ait pu influencer les résultats dans cette direction. Les représentations sociales sont constituées, en partie, de plusieurs éléments dont : le vécu, les expériences antérieures, les formations et les expériences professionnelles qui sont toujours des situations uniques (Barthassat et al., 2008). Or, pour une infirmière, affirmer qu'elle n'est pas à l'aise avec un patient obèse irait à l'encontre des principes mêmes de sa profession. Les contextes historiques et déontologiques obligent la profession infirmières à soigner tous les individus, et ce, peu importe leur sexe, leur race ou leur état de santé. De plus, le contexte social et culturel actuel présente l'infirmière comme une personne chaleureuse, aidante, bienveillante et dévouée à ses patients. Pour toutes ces raisons, il est fort à parier qu'une pression sociale, même inconsciente, ait pu influencer les perceptions que les infirmières ont d'elles-mêmes.

Les perceptions des infirmières sur le sujet de l'obésité devraient être davantage explorées. La stigmatisation et les difficultés que vivent les patients obèses peuvent

parfois entraîner des effets négatifs dans leurs relations d'aide (Barthassat & Poulain, 2009). Mieux comprendre ce phénomène pourrait être une avenue intéressante afin de soutenir les personnes obèses dans leur cheminement thérapeutique. Il faut aussi garder en mémoire que l'obésité est un facteur important d'abandon de l'allaitement maternel (Thulier & Mercer, 2009). Les femmes obèses vivent davantage de difficultés lors de l'allaitement maternel. Parmi ces difficultés se retrouvent une faible production de lait et des problèmes mécaniques lors de la mise au sein. Il est donc impératif de soutenir les femmes obèses dans leur démarche d'allaitement. L'infirmière doit favoriser «*l'empowerment*» chez les femmes obèses. Lorsqu'une femme croit en ses capacités d'allaiter, elle possède davantage de chances de réussite (Katz et al., 2010).

### Les maladies chroniques

Au sujet des perceptions face aux maladies chroniques, les infirmières ont majoritairement indiqué qu'elles étaient « extrêmement capables ou à l'aise d'intervenir avec cette clientèle » (mode : 5, moyenne : 4.5). Ces résultats sont très particuliers considérant le peu d'écrits scientifiques sur le sujet des maladies chroniques en contexte d'allaitement maternel. Ces éléments donnent la possibilité de croire que les infirmières ont une bonne ouverture d'esprit face à des situations de chronicité. De plus, les infirmières ont indiqué se percevoir comme étant capables de démontrer de la congruence dans leurs interventions. En ce moment, l'allaitement maternel en contexte de maladies chroniques reste un sujet marginal. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ce contexte est en pleine expansion. Au cours des dernières années, le Québec a connu des changements à propos des caractéristiques de la clientèle en périnatalité, notamment en ce qui concerne la procréation médicalement assistée. Ce phénomène cause des

changements dans la clientèle des unités de périnatalité. Les infirmières sont de plus en plus confrontées à intervenir auprès de mères avec des situations complexes de santé qui ont des enfants de façon assistée et instrumentée. Toutefois, il y a discordance dans les données sur les perceptions des infirmières et les données sur leurs connaissances. Les infirmières ont affirmé avoir de bonnes perceptions des patientes avec des maladies chroniques. Cependant, leur niveau de connaissance sur le sujet demeure bas (64 %). Il est donc possible de croire que certaines infirmières surestiment peut-être leur capacité d'interventions sur le sujet des maladies chroniques puisqu'elles n'ont pas toutes les connaissances requises pour accompagner les patientes.

#### La santé mentale

Les résultats sur la santé mentale ont pour leur part obtenu de bonnes moyennes, variant de 4,1 à 4,5. Toutefois, ces moyennes sont plus faibles que celles des thèmes précédents (obésité, maladie chroniques). À la lumière de ces résultats, il est possible de conclure que les infirmières ont des perceptions positives des patientes présentant une maladie mentale. Elles se disent également très capables ou à l'aise d'intervenir auprès de cette clientèle. Cependant, les infirmières se sentent moins à l'aise avec des patientes ayant des problèmes de santé mentale comparativement à des patientes obèses ou avec des maladies chroniques. Ces résultats surprenants étant donné le niveau de connaissances élevé des infirmières sur la santé mentale. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que plus nous avons des connaissances, plus nous voyons la situation avec davantage de complexité; ce qui rend notre niveau de confort plus faible puisque nous émettons des doutes sur notre performance. Cette explication pourrait également s'appliquer pour l'obésité et les maladies chroniques. Voici un exemple :

lorsque nous avons moins de connaissances sur un sujet, nous ne voyons pas toute la complexité de la situation. Les perceptions d'une bonne attitude sont donc plus facilement atteignables.

Il serait également possible de croire que les résultats obtenus soient attribuables à la présence d'un biais. Tout comme dans le cas de l'obésité, un biais de désirabilité sociale aurait pu faire augmenter les moyennes et les modes. Bien des recherches ont démontré qu'un individu avec une étiquette de « santé mentale » est davantage sujet au rejet, à l'isolement social ainsi qu'à l'intolérance de son entourage (Dear & Taylor, 1982; Page & Day, 1990 cité par Poulin & Lévesque, 1995). De plus, il peut être difficile pour certaines infirmières d'affirmer qu'elles ressentent un inconfort face à une personne présentant une situation de santé particulière. Ainsi, même si ce questionnaire est anonyme, la peur d'être jugée peut rester une source de biais.

Le contexte actuel dans lequel les infirmières doivent prodiguer des soins est aussi à prendre en considération. Or, ces dernières années, il y a eu une augmentation du nombre de naissances. Ainsi, il y a un grand roulement de familles sur les unités de soins. De plus, les clientes passent de 48 à 72 heures à l'hôpital. Cette courte période d'hospitalisation empêche les infirmières de s'investir pleinement dans les soins et l'étude du dossier des clientes. Parfois, il est même possible de constater que certaines infirmières ne savent pas qu'une cliente souffre ou a souffert d'une maladie mentale. Il serait intéressant de se demander si les infirmières ont réellement l'impression de côtoyer ce genre de clientèle. Dans le domaine de la périnatalité, les problèmes de santé mentale sont fréquemment et uniquement associés avec le *blues* et la dépression post-partum.

## Perceptions des infirmières dans l'application des facteurs caratifs

Pour tous les facteurs caratifs, la réponse la plus souvent sélectionnée (le mode) correspondait au numéro 5, c'est-à-dire *Extrêmement à l'aise ou capable*. Cela signifie que les infirmières se disent très capables ou confortables d'appliquer tous les facteurs caratifs dans leur pratique clinique. Les moyennes obtenues vont également dans ce sens.

À la lumière de ces résultats, les infirmières démontrent qu'elles ont des perceptions positives des facteurs caratifs dans leur pratique. Il est probable que les qualités valorisées par la théorie du « caring » (Watson, 1998) soient des qualités inhérentes à la profession infirmière, ce qui expliquerait la bonne compréhension et les perceptions positives des infirmières sur ce sujet. Cette situation peut être également expliquée par une bonne connaissance du modèle conceptuel de Watson (1998). Ce modèle conceptuel est de plus en plus enseigné dans les milieux universitaires. Bien qu'une majorité des infirmières de l'échantillon n'ait pas fréquenté les milieux universitaires, une possibilité d'apprentissage de bouche à oreille dans le milieu clinique a pu influencer ces résultats. Il faut aussi prendre en considération le phénomène que les concepts du «caring» sont très près des valeurs et talents reconnus par la société pour faire la profession d'infirmière. Historiquement et culturellement, cette profession a souvent été associée à la notion de vocation. Les infirmières sont perçues comme étant bienveillantes et soucieuses face à autrui. Cette situation peut même pousser certaines infirmières vers un biais de désirabilité sociale et affecter les réponses de quelques participantes, créant ainsi des résultats à la hausse.

## Forces et limites de l'étude

### Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces étant donné son caractère unique. Au Québec, elle est la seule étude s'intéressant à l'obésité maternelle en contexte d'allaitement au sein. Cette étude est également exclusive puisqu'elle combine les notions de connaissances et celles des perceptions. Bien que la présente étude ne soit pas une étude corrélationnelle, il serait pertinent d'identifier de possibles associations entre les notions de connaissances et de perceptions. Or, il n'en demeure pas moins que cette étude a tenté d'effectuer l'arrimage entre une vision objective et subjective de la personne. Éventuellement, cette particularité pourrait permettre l'établissement de liens entre des concepts acquis (connaissances) et des concepts parfois inconscients et intuitifs (les perceptions).

Cette étude est également innovatrice puisqu'elle s'intéresse à l'obésité maternelle. Au Canada, le sujet de l'obésité chez la femme parturiente ou en post-partum est un sujet peu étudié. Paradoxalement, l'obésité connaît une hausse alarmante depuis les 20 dernières années (Shields, 2004). Il est également possible de constater que l'obésité touche, de plus en plus, de jeunes individus (Shields, 2004). Il s'agit donc d'un sujet en émergence qui influence grandement la santé des collectivités. Le sujet de l'obésité est très peu étudié dans le domaine de la périnatalité. Le fait que les femmes vivent une prise de poids dite normale durant la grossesse crée une confusion avec l'obésité maternelle.

La création d'un outil de mesure en français est aussi une force de cette étude. En effet, la réalisation d'un questionnaire portant sur le sujet des connaissances et des perceptions (facteurs caratifs) des infirmières en contexte de situations particulières d'allaitement est innovante puisqu'il s'agit d'un nouvel instrument de mesure. De plus, cet outil a été évalué à deux reprises par un comité d'experts afin d'en assurer sa validité de contenu, ce qui démontre un souci de rigueur. L'IVC obtenu pour ce questionnaire est de 1, ce qui signifie que le contenu est en lien avec ce qu'on recherche. Pour ce qui est du langage, l'IVC obtenu pour ce questionnaire est de 0,897, ce qui signifie que le niveau de langage est adapté à une population d'infirmières travaillant en milieu hospitalier. Même si cet instrument de mesure n'a pas été évalué sur des qualités métrologiques, il n'en demeure pas moins que l'évaluation par un comité d'experts est un excellent moyen reconnu d'assurer une validité de mesure (Fortin, 2006).

De plus, l'étudiante-rechercheuse avait de bonnes connaissances du milieu dans lequel était effectué cette étude. Cet atout a certainement eu une influence sur la crédibilité du projet de recherche. L'originalité du projet de recherche a également pu susciter la curiosité des infirmières. Les situations particulières sont multiples, uniques et imprévisibles. Bien souvent, lorsque l'infirmière est soumise à une situation d'obésité, elle doit puiser dans ses connaissances et son expérience. La recherche de réponses ou d'idées nouvelles a pu favoriser leur adhésion au projet.

La taille de l'échantillon ( $N=34$ ) fut également un point positif dans cette étude étant donné le contexte de recrutement et le taux de roulement des unités. Avec les résultats obtenus auprès des 34 infirmières, plusieurs comparaisons ont pu être isolées. Cette situation a donc permis de faire des liens entre les composantes de cette étude (données

sociodémographiques, connaissances, perceptions) et les situations particulières d'allaitement maternel (obésité, maladies chroniques et santé mentale).

#### Limites de l'étude

Cette étude comporte également plusieurs limites. Tout d'abord, le temps de collecte de donnée fut limité. Cette collecte fut échelonnée sur une durée d'un mois (du 7 février 2012 au 7 mars 2012). Il est évident que si le temps alloué à la collecte de données avait été plus long, plus d'infirmières auraient pris part à l'étude. Certaines situations ont également pu créer une limite dans la participation des infirmières, telles que des infirmières en vacances, des quarts de travail chargés, etc.

La création d'un nouvel instrument de mesure soulève un bon nombre de difficultés. Tout d'abord, lors de l'élaboration d'un questionnaire, certaines clarifications peuvent être oubliées ou absentes du questionnaire. Cette situation s'est présentée dans le cadre de cette étude. Dans les sections des données sociodémographiques, le sujet de la formation continue est abordé. Les infirmières ont été interrogées sur leur participation à la formation régionale en allaitement maternel. Cependant, cette formation est dispensée sur une période de trois jours. Les sujets abordés lors de ces trois journées de formation divergent considérablement. De ce fait, il serait important de savoir si les infirmières interrogées ont participé à l'ensemble des trois journées, et ce, de façon intégrale.

Dans une utilisation future de ce questionnaire, il serait pertinent d'inclure chacune des trois journées de formation avec un onglet de réponse individuelle (ex. : jour 1, jour 2, jour 3). Il serait également intéressant de connaître le nombre total d'heures de formation continue suivie par les infirmières (tous types confondus). Cette question

pourrait être jumelée à une échelle numérique approximative (ex. : 0-5 heures, 6-10 heures, 11-15 heures, 16-20 heures et plus 20 heures).

Le présent questionnaire contient également une faiblesse au niveau de sa constance interne puisqu'il n'a pas été soumis à un test de fidélité. Cela signifie qu'il est impossible de savoir comment ressortiraient les résultats de ce questionnaire s'il était soumis à un échantillon similaire de personnes (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Afin de remédier à cette situation, l'étudiante-rechercheuse devrait soumettre son questionnaire à un test de fidélité test-retest. Ce type d'évaluation permet de mettre en corrélation les résultats obtenus lors d'une administration répétitive du questionnaire auprès de plusieurs échantillons de personnes (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). À la fin du test-retest, un coefficient de fidélité ( $r$ ) est attribué au questionnaire. Le coefficient de fidélité varie de 0,00 à 1,00. Plus le coefficient se rapproche de  $r = 1,00$ , plus l'instrument de mesure est fidèle (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Parmi les difficultés reliées à la création d'un nouvel instrument de mesure, il est aussi possible de retrouver des problèmes d'interprétation des résultats. C'est le cas des biais de désirabilité sociale. Les thèmes de l'obésité, de l'allaitement maternel et de la santé mentale demeurent des points délicats au Québec. D'autant plus que certains centres hospitaliers du Québec travaillent de façon très active pour l'obtention de l'accréditation « Initiative Amis des Bébés ». De plus, bien que ce questionnaire soit anonyme, la peur d'être jugé peut rester une source de biais. Pour de futures utilisations de ce questionnaire, il serait intéressant de retravailler la partie des perceptions (section 3) afin de réduire les risques de biais de désirabilité sociale et d'améliorer la profondeur des questions utilisées.

## Retombées, recommandations et développements

Les retombées, les recommandations et les développements anticipés à la suite de ce projet de recherche ont des impacts dans trois domaines distincts, soit les milieux cliniques, les milieux d'enseignement et le domaine de la recherche.

Dans les milieux cliniques, il serait important de se questionner sur l'environnement psychologique que vivent les femmes qui allaitent. Le Québec connaît actuellement une hausse de son taux de natalité. Cette situation a pour effet d'augmenter l'achalandage sur les unités de périnatalité. De ce fait, les infirmières voient leurs tâches augmenter et le temps passé au chevet des patientes en est affecté. Toutefois, il n'en demeure pas moins que les femmes qui allaitent ont besoin de beaucoup de soutien pour réussir leur allaitement. Les infirmières doivent également demeurer alertes face aux dimensions psychologiques de leurs patientes (se sentir appréciée, soutenue, comprise et aidée). Or, évaluer toutes ces dimensions demande une attention particulière et peu d'outils de ce type sont offerts aux infirmières. Pour l'instant, les pratiques et les lignes directrices s'intéressent davantage au volet mécanique de l'allaitement (positionnement du bébé, signes de bonne succion, etc.) plutôt qu'au volet psychologique des mères qui allaitent. De surcroît, cette façon de procéder pourrait susciter une réflexion sur la qualité des relations thérapeutiques des infirmières et des mères allaitantes, qu'elles soient obèses ou non. Il serait souhaitable que les formations en allaitement maternel intègrent un volet psychologique dans leur contenu.

D'ailleurs, pour cette même raison, il serait pertinent d'intégrer de la formation continue sur le sujet de l'obésité maternelle en contexte d'allaitement maternel. Cette

formation pourrait être réalisée sous forme de conférence, de formation en milieu de travail ou ajoutée à des formations déjà existantes (formation de base en allaitement maternel, formation régionale). Dans une situation idéale, il serait souhaitable que toutes les infirmières puissent avoir accès à ce type de formation.

Dans les milieux d'enseignement, il serait pertinent d'intégrer les résultats de cette étude dans les formations de base des infirmières. Les informations obtenues à l'aide du questionnaire ont révélé que les infirmières présentes dans cette étude ont eu un taux de bonnes réponses de 57 % sur le sujet de l'obésité en contexte d'allaitement maternel. Puisque les résultats de la présente étude démontrent clairement la présence de lacunes quant au niveau de connaissances des infirmières sur ce sujet, il serait souhaitable d'ajuster la formation de base en fonction de ce manque de connaissances.

La création de programmes de formation continue sur le sujet de l'obésité serait une façon adéquate de maintenir les connaissances des infirmières. L'obésité est en constante progression depuis les vingt dernières années au Canada (Shields, 2004). De ce fait, le développement de l'obésité en contexte d'allaitement est au centre de plusieurs recherches et politiques. Il est fort à parier que de nouvelles connaissances seront développées dans l'avenir. Ce projet de recherche est l'un des premiers au Québec sur le sujet de l'obésité en contexte d'allaitement maternel. Il pourrait certainement servir d'assise pour identifier les points à améliorer afin d'offrir des soins adaptés aux patientes obèses qui veulent allaiter. Il serait pertinent d'encourager la création de mesures spécifiques pour ce type de clientèle, et ce afin d'améliorer les services et les pratiques de soins offerts aux femmes obèses qui allaitent. L'élaboration de lignes directrices par

le MSSSQ serait une façon efficace d'offrir davantage de repères aux infirmières dans leur pratique clinique.

La présente recherche suscite beaucoup de réflexion et de questions sans réponses telles que: Les connaissances des professionnels de la santé sur l'obésité en contexte d'allaitement sont-elles actuelles? Comment la profession d'infirmière est-elle perçue par les patientes qui souffrent d'obésité? Les dimensions psychologiques des femmes qui allaitent sont-elles prises en considération? Ces questions pourraient servir de piste d'exploration pour des futures recherches. Il serait intéressant d'effectuer une démarche qualitative comme second volet de cette étude. En réalisant des entrevues avec des infirmières du domaine de la périnatalité et de la pédiatrie, il serait possible d'examiner davantage les perceptions des infirmières face à l'obésité et les conséquences de cette dernière. Cette façon de procéder pourrait réduire les biais de désirabilité sociale lors d'une entrevue. Outre les témoignages recueillis dans les entrevues, il est possible de prendre en compte le langage non verbal des infirmières participantes. Il s'agit donc d'un élément de plus dans la collecte de données. En utilisant des entrevues en profondeur, il serait aussi possible de traiter avec plus d'approfondissement les sujets des connaissances et des perceptions des infirmières face aux femmes obèses qui allaitent. Il serait également pertinent d'étudier la fréquence et la durée d'exposition des infirmières face à des patientes obèses qui allaitent.

À l'inverse, il serait possible de faire des entrevues avec des femmes obèses sur leur expérience d'allaitement maternel. Cette façon de faire pourrait mettre en lumière des points importants, et ce, sur plusieurs thèmes. Parmi ces derniers, il serait envisageable de retrouver la qualité des relations thérapeutiques, la pudeur, les attitudes aidantes chez

les infirmières, etc. Toutefois, approcher des patientes atteintes d'obésité demeure une démarche dès plus délicates. Il est reconnu que les femmes obèses ont bien souvent une estime de soi plus faible (Amir & Donath, 2007). Il faut donc intervenir avec parcimonie avec ce type de clientèle afin de ne pas leur causer de préjudices.

Toujours dans le domaine de la recherche, il serait également intéressant d'évaluer l'impact d'un programme de formation pour les infirmières, et ce, spécifiquement sur le sujet des femmes obèses qui allaitent. Ce procédé pourrait déterminer l'influence des connaissances sur la persistance de l'allaitement maternel chez les femmes obèses ainsi que la qualité des soins offerts pour cette clientèle. Il serait aussi avantageux de développer des lignes directrices sur le sujet de l'obésité en contexte d'allaitement. Ces lignes directrices auraient pour fonction de guider les infirmières dans des pratiques de soins optimales. Bien que nous savons qu'il existe un taux considérable de femmes québécoises obèses en âge de procréer, il serait important de recenser le nombre exact de femmes obèses ayant accouché dans une période donnée. Ainsi, il serait possible d'obtenir des taux de réussite et d'abandon de l'allaitement maternel et ce, afin de bien établir l'ampleur de la situation au Québec.

## Conclusion

En conclusion, l'auteure de la présente recherche voulait mettre en lumière les perceptions et les connaissances des infirmières sur le sujet de l'obésité maternelle. Cette stratégie a permis de dresser un portrait des connaissances et des perceptions qu'ont les infirmières face aux nombreux défis engendrés par l'obésité maternelle ainsi que par plusieurs autres situations particulières. Cette situation peut causer l'abandon de l'allaitement maternel chez les femmes obèses qui ont des prédispositions anatomiques, physiologiques, psychologiques pouvant causer l'abandon de l'allaitement. La présente étude a pu démontrer que les infirmières présentes connaissaient d'importantes lacunes sur les sujets de la montée laiteuse, de la constitution du lait et de l'image corporelle en contexte d'obésité. Tous ces thèmes ont des impacts sur le bon fonctionnement et la poursuite de l'allaitement maternel. Toutefois, le sujet des perceptions reste nébuleux. Les résultats de cette étude n'ont pu établir de lien entre les connaissances des infirmières et leurs perceptions face à une clientèle souffrant d'obésité.

En terminant, il serait aussi important de se questionner sur l'environnement psychologique que vivent les femmes qui allaitent. Actuellement, les formations s'intéressent davantage au volet mécanique de l'allaitement. Cette situation a pour effet que les infirmières ont moins de connaissances sur le volet psychologique des mères qui allaitent. Or, les dimensions psychologiques de l'allaitement sont des notions très importantes, car elles déterminent la poursuite ou l'abandon de l'allaitement. De surcroît, une réflexion s'impose concernant la qualité des relations thérapeutiques des infirmières et des mères allaitantes, qu'elles soient obèses ou non.

## Références

- Amir, L., & Donath, S. (2007). A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 7, 9-19.
- Aubard, Y., & Decroisette, E. (2008). Epidémiologie et complications. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 131, 1-4.
- Baker, J., Michaelsen, K., Sorensen, T., & Rasmussen, K. (2007). High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 86(2), 404-411.
- Barthassat, V., Lagger, G., & Golay, A. (2008). Représentations, comportements et obésité. *La Revue Médicale Suisse*, 4, 848-853.
- Baxter, J. (2006). Women's experience of infant feeding following birth by caesarean section. *British Journal of Midwifery*, 14(5), 290-295.
- Bayard, C. (2008). *Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter*. Maîtrise Université de Montréal, Montréal.
- Beaudry, M., Chiasson, S., & Lauzière, J. (2006). *Biologie de l'allaitement*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 4.2-4.7.
- Bringer, J., Galtier, F., Raingeard, I., Boulot, P., & Renard, E. (2005). La grossesse chez la femme obèse : Des conséquences sous-estimées. *Correspondance du Service des Maladies Endocriniennes - Hôpital Lapeyronie-CHRU Montpellier*, 1-20.
- Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières. (2011). Le CHRTR, Portrait, Consulté le 25 juillet 2012 de <http://www.chrtr.qc.ca/chrtr/miss.html>
- Chiasson, S. (2003). *Communication et allaitement maternel: Les representations sociales de l'allaitement chez des femmes enceintes primigestes*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Canada.
- Comité International de Certification des Consultant(e)s en Lactation. (2011). Guide d'Information des Candidat(e)s. Consulté le 2 mai 2011 de [www.iblce-europe.org](http://www.iblce-europe.org). Retrieved from
- Cossette, S. (2006). *Échelle d'Interactions Infirmière-Patient*. The Authors. Journal compilation, Blackwell Publishing Ltd

- Davies, G., Maxwell, C., & McLeod, L. (2010). Obésité et grossesse: Directive clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(2), 174-184.
- Dietz, P. M., Callaghan, W. M., Morrow, B., & Cogswell, M. E. (2005). Population-based assessment of the risk of primary cesarean delivery due to excess prepregnancy weight among nulliparous women delivering term infants. *Maternal & Child Health Journal*, 9(3), 237-244.
- Direction générale des services de santé et médecine universitaire. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré le 22 mars 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Donath, S., & Amir, L. (2000). Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? *Journal Of Paediatrics And Child Health*, 36(5), 482-486.
- Donath, S. M., & Amir, L. H. (2008). Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: data from the longitudinal study of Australian children. *Maternal & Child Nutrition*, 4(3), 163-170.
- Fondation OLO. (2003). *Interventions comprenant des suppléments alimentaires OLO (Oeufs, Lait, Oranges)*. Montréal: Comité scientifique de la Fondation OLO: Document consulté le 22 mai 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Fretts, R. C. (2005). Etiology and prevention of stillbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1923-1935.
- Hankard, R. (2009). Maternal obesity and breastfeeding. *Archives de Pédiatrie: Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*, 16(6), 565-567.
- Hansten, R., & Washburn, M. (1996). Why don't nurses delegate? *The Journal of nursing administration* 26(12), 24-28.
- Hilson, Rasmussen, K. M., & Kjolhede, C. L. (2004). High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 20(1), 18-29.
- Hilson, J., Rasmussen, K. M., & Kjolhede, C. L. (2006). Excessive weight gain during pregnancy is associated with earlier termination of breast-feeding among White women. *The Journal Of Nutrition*, 136(1), 140-146.
- Houde, G., & Gagnon, M. (2004). Docteur, j'ai pris du poids à ma première grossesse et je suis encore enceinte.... *Le Médecin du Québec*, 39(2), 71-79.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2005). La prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes en région. *Regards santé*, 7(379), 1-4.

Institut national de la santé publique du Québec. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Document consulté le 22 mars 2010 sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca/domaines/index>.

Institut national de la santé publique du Québec. (2010a). Nutrition, activité physique et problèmes reliés au poids.

Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Récupéré le 3 juin 2010 de [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf).

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales, sociologie d'aujourd'hui*. Paris: Les presses universitaires de France.

Katz, K. A., Nilsson, I., & Rasmussen, K. M. (2010). Danish health care providers' perception of breastfeeding difficulty experienced by women who are obese, have large breasts, or both. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 138-147. doi: 10.1177/0890334409348214

Lacombe, M., Bell, L., & Hatem, M. (2008). L'établissement de la relation mère-enfant: une voie optimale pour la poursuite de l'allaitement maternel. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 30-38.

Ladewig, P. A., London, M. L., & Davidson, M. R. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité*. Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Lashen, H., Fear, K., & Sturdee, D. W. (2004). Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Human Reproduction*, 19, 1644-1646.

Li, R., Jewell, S., & Grummer-Strawn, L. (2003). Maternal obesity and breast-feeding practices. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77(4), 931-936.

Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*: Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.

Lowermilk, D. L., Perry, S., & Bobak, I. M. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité*. Laval Groupe Beauchemin.

Masmoudi, J., Trasbelsi, S., Charfeddine, F., & Jaoua, A. (2006). La dépression du post-partum. *Service de Psychiatrie « A », Centre Hospitalier Universitaire de Hédi Chaker, Sfax*, 12, 7-13.

- Milgrom, J. (2001). Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Médecine & Hygiène Devenir, 13*(27-50).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2001). *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*. Québec:Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Document consulté le 22 mai 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec:La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Document consulté le 22 mai 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008a). *Formation de base en allaitement maternel*. Québec:Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Document consulté le 22 mai 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008b). *L'allaitement maternel: Fiches d'information sur l'Initiative des amis des bébés*. Québec:Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: Document consulté le 22 mai 2010 de [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Mok, E., Multon, C., Piguel, L., Barroso, E., Goua, V., Christin, P., . . . Hankard, R. (2008). Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregnant obese women: a need for extra support. *Pediatrics, 121*(5), 1319-1324.
- Moynihan, A. T., Hehir, M. P., Glavey, S., Smith, T. J., & Morrison, J. J. (2006). Inhibitory effect of leptin on human uterine contractility in vitro. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195*, 504-509.
- Nuthalapaty, F. S., & Rouse, D. J. (2004). The impact of obesity on obstetrical practice and outcome *Clinical Obstetrics and Gynecology, 17*, 898-913.
- Oddy, W. H., Li, J., Landborough, L., Kendall, G. E., Henderson, S., & Downie, J. (2006). The association of maternal overweight and obesity with breastfeeding duration. *The Journal of Pediatrics, 149*, 185-191.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1998). Allaitement maternel [Prise de position]. Consulté le 21 janvier 2011 sur [www.oiiq.org/](http://www.oiiq.org/).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Mesure de transition pour l'implantation de la norme de formation continue*. Document récupéré le 30 octobre 2012 de [http://www.oiiq.org/uploads/infOIIQ/11oct2012\\_special/index.html](http://www.oiiq.org/uploads/infOIIQ/11oct2012_special/index.html).

Organisation mondiale de la santé. (2011). *Obésité et surpoids*. Document consulté le 14 février 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.

Pippins, J., Brawarsky, P., Jackson, R., Fuentes-Afflick, H., & Haas, J. (2006). Association of Breastfeeding with Maternal Depressive Symptoms. *Journal of Women's Health, 15*, 754-763.

Poulain, J. P. (2001). Les dimensions sociales de l'obésité. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 3*, 185-187.

Poulain, J. P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris: Les presses universitaire de France.

Poulin, C., & Lévesque, M. (1995). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec, 20*(1), 119-136.

Rasmussen, K., & Kjolhede, C. (2004). Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics, 113*, 465-471.

Rasmussen, K. M., Hilson, J. A., & Kjolhede, C. L. (2001). Obesity may impair lactogenesis II. *the journal of nutrition, 131*(11), 3009S-3011S.

Rasmussen, K. M., Lee, V., Ledkovsky, T., & Kjolhede, C. (2006). A description of lactation counseling practices that are used with obese mothers. *Journal of Human Lactation, 22*(3), 322-327.

Richard, L. (2008). *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement maternel en Mauricie et au Centre-du-Québec Trois-Rivières* : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Riva, E., Banderali, G., Agostoni, C., Silano, M., Radaelli, G., & Giovannini, M. (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr, 88*, 411-415.

Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the Duration of Exclusive Breastfeeding Among First-Time Mothers. *Research in Nursing & Health, 31*, 428-441.

Shields, M. (2004). Obésité mesurée ; L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada Nutrition : *Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Vol. 82, pp. 1-36).

Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 38*(3), 259-268.

Walsh, S. W. (2007). Obesity: a risk factor for preeclampsia. *Trends in Endocrinology and Metabolism, 18*(10), 365-370.

- Watson, J. (1998). *Le Caring: philosophie et sciences des soins infirmiers*. . Paris: Seli Arslan.
- Yu, C. K. H., Teoh, T. H., & Robinson, S. (2006). Obesity in pregnancy. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 1117-1125.
- Zhang, J., Bricker, L., Wray, S., & Quenby, S. (2007). Poor uterine contractility in obese women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 343-348.

Annexe A : Questionnaire

## Questionnaire partie 1 : Les données sociodémographiques

Nous vous remercions de nous communiquer certaines données personnelles. Ces données seront utilisées pour faciliter l'analyse de vos réponses. Veuillez noter qu'il n'existe pas de mauvaise réponse. Toutes les réponses sont bonnes. Il n'y a que vos réponses, votre vision et votre opinion. Ces données demeureront confidentielles et seront seulement utilisées à des fins statistiques.

Âge :  Moins de 25 ans  25-35 ans  36-45 ans  46 -55ans  Plus de 55 ans

Sexe :  F  M

Formation de base :

- Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers
- Baccalauréat en sciences infirmières (Formation initiale)
- Autres : \_\_\_\_\_

### Formation en cours ou complétée depuis l'obtention du permis

- Baccalauréat en sciences infirmières (DEC-BAC, Perfectionnement, cumul de certificats)  En cours  Complété
- Certificat en sciences infirmières  En cours  Complété
- Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)  En cours  Complété
- Maîtrise en sciences infirmières  En cours  Complété
- Autres : \_\_\_\_\_  En cours  Complété

Depuis combien de temps travaillez-vous comme infirmière?

- Moins de 6mois    Entre 6 mois et 1an    Entre 1 an et 5 ans    Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans    Entre 15 et 19 ans    Plus de 20 ans

Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la périnatalité /de l'allaitement/ ou de la pédiatrie.

- Moins de 6mois    Entre 6 mois et 1an    Entre 1 an et 5 ans    Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans    Entre 15 et 19 ans    Plus de 20 ans

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'unité Parents-enfant/Pédiatrie au CSSSTR ?

- Moins de 6mois    Entre 6 mois et 1an    Entre 1 an et 5 ans    Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans    Entre 15 et 19 ans    Plus de 20 ans

Statut d'emploi :  Temps plein    Temps partiel    Occasionnel

Quart de travail :  Jour    Soir    Nuit

Avez-vous reçu de la formation continue en allaitement maternel au cours des deux dernières années?

- Oui    Non

Si oui, préciser lesquelles :

- Formation donnée par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

- Formation régionale en allaitement maternel
- Formation reçue en milieu de travail
- Formation reçue lors de colloque/conférence/congrès
- Autre : \_\_\_\_\_

Êtes-vous impliqué à titre personnel dans une ou plusieurs des activités mentionnées ?

- Marraine d'allaitement
- Organismes communautaires œuvrant en périnatalité ou en pédiatrie
- Activité bénévole en lien avec l'allaitement maternel
- Activité bénévole en lien avec la pédiatrie

**Questionnaire partie 2 : Les connaissances et les perceptions face à des situations particulières d'allaitement maternel.**

Veuillez commenter chacun des énoncés inscrits selon l'échelle suivante :

1= D'accord      2= Pas d'accord      3= Je ne sais pas

Veuillez noter que les énoncés présentés ci-dessous ne sont que des mises en situation. Ils ne doivent pas guider votre pratique. Ces mises en situation sont seulement utilisées pour tester vos connaissances et vos perceptions.

L'état de santé		
1	Le diabète (tous types confondus) réduit la production de lait maternel.	1 2 3
2	L'obésité maternelle réduit la production de lait maternel.	1 2 3
3	Un accouchement par césarienne réduit la production de lait maternel.	1 2 3
4	La présence de blessures aux seins (gerçures, crevasses, etc.) réduit la production de lait maternel.	1 2 3
5	Le lait des mères diabétiques est de moins bonne qualité énergétique que le lait d'une mère sans problème de santé.	1 2 3
6	Le lait des mères obèses est de moins bonne qualité énergétique que le lait d'une mère sans problème de santé.	1 2 3
7	Le lait d'une mère présentant une maladie chronique (exemples : problèmes de type neurologique, cardiaque, respiratoire, etc.) est de moins bonne qualité énergétique que le lait d'une mère sans problème de santé.	1 2 3
Les seins volumineux		
8	Les mères avec des seins volumineux ont plus de blessures aux seins (gerçures, crevasses, etc.) que les autres mères lors de l'allaitement maternel.	1 2 3
9	La présence de seins volumineux facilite le positionnement du bébé lors de la mise au sein.	1 2 3
10	La présence de seins volumineux augmente la durée de la montée laiteuse.	1 2 3
11	Les mères avec des seins volumineux produisent plus de lait que les autres mères.	1 2 3
12	Le lait d'une mère ayant des seins volumineux est de moins bonne qualité énergétique que le lait d'une mère ayant des seins de moindre taille.	1 2 3
Image corporelle		
13	Les femmes insatisfaites de leur image corporelle allaitent moins que les autres.	1 2 3
14	Les femmes avec un souci accru de leur poids allaitent moins que les autres.	1 2 3
15	Les femmes obèses ou avec un surpoids allaitent moins que les autres.	1 2 3
16	La gêne est une limite pour la pratique de l'allaitement maternel.	1 2 3
Santé mentale		
17	Les symptômes du « blues post-partum » nuisent à la pratique de l'allaitement maternel.	1 2 3
18	Les symptômes de dépression post-partum nuisent à la pratique de l'allaitement maternel.	1 2 3
19	Les mères déprimées allaitent moins que les autres.	1 2 3

### Questionnaire partie 3 : La vision humaniste des soins infirmiers face à des situations particulières d'allaitement maternel

Veuillez commenter jusqu'à quel point vous sentez-vous à l'aise ou capable par rapport aux attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés. Les énoncés présentés mettent en évidence des situations où des humains soignent d'autres humains.

Ces situations représentent des défis personnels différents pour chaque soignant. Il s'agit en fait de votre perception. Pour cette raison, veuillez prendre note qu'il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse.

Veuillez utiliser cette échelle : 1 =Pas du tout à l'aise ou capable, 2= Un peu à l'aise ou capable, 3= Moyennement à l'aise ou capable, 4=Beaucoup à l'aise ou capable, 5= Extrêmement à l'aise ou capable

L'humanisme : Le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes					
	1	2	3	4	5
1	Je me sens capable d'intervenir auprès d'une mère qui a une maladie chronique (exemples : problèmes de type cardiaque, respiratoire, etc.). Je ne m'intéresse pas seulement à cet aspect de sa santé.				
2	Je me sens capable d'intervenir auprès d'une mère obèse. Je ne m'intéresse pas seulement à cet aspect de sa santé.				
3	Je me sens capable d'intervenir auprès d'une mère qui a un problème de santé mentale. Je ne m'intéresse pas seulement à cet aspect de sa santé				
4	Lorsque je suis confrontée à une mère qui ne désire pas allaiter, je me sens à l'aise d'accepter sa décision sans porter de jugement.				
5	Lorsque je suis confrontée à une mère qui ne désire pas allaiter, je me sens à l'aise d'intervenir auprès d'elle.				
6	Lorsque je suis confrontée à une mère qui a des croyances différentes des miennes, je me sens à l'aise d'intervenir auprès d'elle.				
7	Lorsque je rencontre une mère obèse, je me sens à l'aise d'intervenir auprès d'elle sans porter de jugement.				
L'espoir : La prise en compte et le soutien du système de croyances et de l'espoir					



1	Lorsque je rencontre une mère qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.), je me sens à l'aise avec la libre expression de ses sentiments, peu importe ce qu'ils sont (colère, peine, découragement, etc.).	1	2	3	4	5
2	Lorsque je rencontre une mère obèse qui a des difficultés d'allaitement (insuffisances de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.), je me sens à l'aise avec la libre expression de ses sentiments, peu importe ce qu'ils sont (colère, peine, découragement, etc.).	1	2	3	4	5
3	Lorsque j'interviens auprès d'une mère qui a des difficultés d'allaitement et un problème de santé mentale, je me sens à l'aise avec la libre expression de ses sentiments, peu importe ce qu'ils sont (colère, peine, découragement, etc.).	1	2	3	4	5
4	Lorsque j'interviens auprès d'une mère qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.) et un problème de santé chronique (exemples : problèmes de type cardiaque, respiratoire, etc.), je me sens à l'aise de discuter de son allaitement avec elle.	1	2	3	4	5
5	Lorsque j'interviens auprès d'une mère obèse qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.), je me sens à l'aise de discuter de son allaitement avec elle.	1	2	3	4	5
6	Lorsque j'interviens auprès d'une mère qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.) et un problème de santé mentale, je me sens à l'aise de discuter de son allaitement avec elle.	1	2	3	4	5
<b>Les connaissances</b>						
1	Lorsque je rencontre une mère qui utilise des méthodes alternatives d'allaitement (biberon avec lait maternel, seringue avec lait maternel, gobelet avec lait maternel, etc.), je me sens outillée pour intervenir auprès d'elle.	1	2	3	4	5
2	Lorsque je rencontre une mère qui pratique l'allaitement mixte (lait maternel et préparation commerciale pour nourrisson), je me sens outillée pour intervenir auprès d'elle.	1	2	3	4	5
3	Lorsque je rencontre une mère obèse qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.), je me sens outillée pour intervenir auprès d'elle.	1	2	3	4	5
4	Lorsque j'interviens auprès d'une mère qui a des difficultés d'allaitement (insuffisance de lait, crevasses et gerçures aux seins, etc.) et un problème de santé chronique (exemples : problèmes de type cardiaque, respiratoire, etc.), je me sens outillée pour intervenir auprès d'elle.	1	2	3	4	5

Références : Outil inspiré de

Cossette, S. (2004). *Échelle d'Interactions Infirmière-Patient*. Montréal, Québec : Université de Montréal.

Watson, J. (1998). *Le Caring : philosophie et sciences des soins infirmiers* : Paris, Seli Arslan.

Si ces sujets ont suscité chez vous des commentaires, des réactions ou des questionnements, veuillez s'il vous plaît nous en faire part.

---

---

---

---

**Annexe B : Acceptation du projet de recherche par le Centre Parents-  
Enfant et l'unité de pédiatrie du CSSSTR**

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières



## PRÉSENTATION D'UN PROJET DE RECHERCHE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

### Titre du projet de recherche :

Identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel.

Par la présente, je désire en tant que chef de service ou département

(nom du chef de département ou service)

Présenter le projet ci-haut mentionné, dont le principal investigator est :

Vicky Grandmaison  
(nom de l'investigateur du projet)

Signature du chef médical

DS

Date

**Annexe C : Formulaire de consentement**

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



### Formulaire d'information et de consentement

**Invitation à participer au projet de recherche : Identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel.**

Chercheuse : *Vicky Grandmaison, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières sous la direction de madame Patricia Germain, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières et de madame Marie-Josée Martel, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières.*

En tant qu'infirmière dans le domaine de la périnatalité/pédiatrie, votre participation à cette étude serait grandement appréciée.

Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier vos perceptions et de dresser le tableau de vos connaissances face à des situations particulières d'allaitement maternel. Ces situations particulières sont entre autres : l'obésité maternelle, le diabète maternel, la présence de maladies chroniques (de type cardiaque, pulmonaire, neurologique, etc.), la présence de problèmes de santé mentale, etc. Les résultats obtenus dans cette étude permettront d'identifier vos connaissances et votre position en tant que professionnel de la santé en ce qui concerne ces situations particulières. Il sera alors possible d'effectuer un arrimage entre vos ressources et les besoins de ces patientes. Avec les résultats obtenus, il sera également possible d'effectuer des programmes de formation ou d'encourager la création de mesures spécifiques pour ces types de clientèle.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser à l'étudiante chercheuse. Celle-ci est disponible pour répondre à vos questions, voir les coordonnées ci-dessous.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire. Celui-ci comporte trois sections. La première section porte sur des données sociodémographiques. Ces données permettront d'ériger un portrait représentatif des infirmières qui participent à l'étude. La seconde partie du questionnaire est liée à vos connaissances lors de situations particulières d'allaitement. Cependant, il est important de spécifier que l'évaluation de vos connaissances ne constitue pas un test. Cette évaluation n'aura aucun impact sur votre travail. Quant à la troisième et dernière section, celle-ci aborde la vision humaniste des soins infirmiers lors de situations particulières d'allaitement.

La période de temps prévue pour répondre à ce questionnaire est d'environ vingt minutes. Les infirmières voulant participer à cette étude pourront déposer le formulaire de consentement et le questionnaire dans les deux enveloppes préalablement identifiées à cet effet (une enveloppe pour le consentement et une enveloppe pour le questionnaire). Cette stratégie est utilisée afin d'assurer l'anonymat dans les réponses. Ces enveloppes devront également être déposées dans une boîte scellée réservée à cet usage sur votre département de travail. Vous disposez d'une période de quatre semaines pour prendre votre décision et déposer les documents dans la boîte.

**Risques, inconvenients, inconforts**

Le temps consacré au projet, soit environ vingt minutes peut être un inconveniant. En ce qui concerne les risques, il est possible que certaines infirmières se sentent bouleversées dans leurs connaissances ou face à leurs perceptions. Cette situation pourrait éveiller chez elles un sentiment d'inconfort.

**Mesures qui seront mises en place :** L'étudiante chercheuse sera à la disponibilité des infirmières afin de les faire verbaliser ou de faire de l'écoute active. De même, si le besoin est requis, elle pourra référer les infirmières dans le besoin vers d'autres professionnels de la santé. Les infirmières ont la possibilité de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Elles sont également libres de répondre ou non à certaines questions.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances sur le sujet des perceptions et des connaissances des infirmières de périnatalité et en pédiatrie envers des situations particulières d'allaitement sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Tout est anonyme. Votre confidentialité sera assurée avec l'aide d'un questionnaire anonyme. Les deux documents (consentement et questionnaire) seront traités séparément. Il sera donc impossible de retracer votre identité.

La présente étude n'est pas une évaluation de votre travail. La non-participation à cette étude ou le retrait n'aura aucun impact sur celui-ci. De plus, les

gestionnaires et les administrateurs de votre unité ne connaîtront pas le nom des infirmières participantes.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme d'articles, d'affiches scientifiques et de mémoire et ne permettront en aucun temps d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur au bureau de la directrice de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières, madame Patricia Germain, et ce, tout le temps de la collecte de données. Par la suite, les données seront archivées au Centre d'études interdisciplinaires du développement de l'enfant et de la famille (CEIDEP), et ce, pour une durée de cinq ans. Les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse, sa directrice et sa codirectrice de recherche. Après ce délai, les données seront détruites et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Vous pouvez également ne pas répondre à toutes les questions. Le refus de participer au projet n'aura aucun impact sur votre travail.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

#### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec madame Vicki Grandmaison, numéro de téléphone : 819-840-6679 ou avec madame Patricia Germain, numéro de téléphone : 819-376-5011 poste : 3476 ainsi qu'avec madame Marie-Josée Martel, numéro de téléphone 819-376-5011 poste : 3457.

#### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, madame Doris Johnston, au numéro suivant : 819-370-2200 poste 42210.

Le comité d'éthique de la recherche du CSSSTR a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute question reliée à l'éthique, concernant vos droits et/ou concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette étude, vous pouvez communiquer avec : Monsieur François Lemire, président du comité d'éthique de la recherche au numéro de téléphone: 819-697-3333, poste 64399.

**Annexe D : Lettre d'acceptation des comités d'éthique et de la recherche du  
CSSSTR et de l'UQTR**

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

Trois-Rivières, le 26 janvier 2012

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

1691, boul. du Carmel, bureau U2-213  
Trois-Rivières (Québec) G9Z 3R6  
Téléphone : 819-673-3333 poste 64200  
Télécopieur : 819-373-6543  
Courriel : [DMohr-recherche@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DMohr-recherche@ssss.gouv.qc.ca)

Madame Vicky Grandmaison  
1425, rue De la Haute Forge  
Trois-Rivières (Québec)  
G9C 1K4

**Objet :** Acceptation finale du projet de recherche : «identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel»

Madame,

Par la présente, je désire vous annoncer que votre projet de recherche cité en rubrique, a été étudié par le comité d'éthique de la recherche lors de sa réunion du 12 décembre 2011. Suite à cette étude, le projet a été approuvé à l'unanimité conditionnellement à ce que des modifications soient apportées aux documents à l'étude, tel que mentionné dans notre correspondance datée du 9 janvier dernier.

Après réception des documents modifiés et conformes, un certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières portant le numéro CÉR-2011-025-00 vous a été émis. L'étude peut donc débuter au sein de notre établissement avec les versions des documents mentionnées sur le certificat d'approbation ainsi que le formulaire d'information et de consentement sur lequel le sceau de notre CÉR a été apposé.

L'acceptation de ce protocole est d'une durée d'un an, soit jusqu'au 26 janvier 2013. À ce moment, vous devrez soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude. Cette demande devra contenir un rapport d'évolution de la recherche (en incluant le nombre de patients recrutés jusqu'à maintenant).

En cours d'année, vous devrez nous faire part des nouveaux amendements portant sur les conditions de recrutement, les modifications au formulaire de consentement éclairé ainsi que les événements graves ou inattendus survenus en cours d'étude. Vous devez aussi nous informer de la clôture ou de la suspension de la recherche, des décisions significatives prises par d'autres comités d'éthique et le résumé du rapport final s'il y a lieu.

De plus, tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, vous devrez tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veiller à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Vous devrez être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

*François Lemire*  
François Lemire

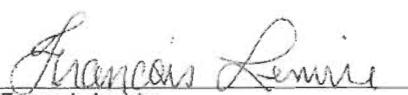
Président du comité d'éthique de la recherche

FL/jg

p.j. - Certificat d'approbation d'un projet de recherche (CÉR-2011-025-00)  
- Formulaire d'information et de consentement daté du 25 janvier 2012 avec sceau du CÉR du CSSSTR

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre St-Joseph (exцов административн)             | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Louis-Dionnecourt           | <input type="checkbox"/> Centre Ste-Geneviève            | <input type="checkbox"/> Centre de près d'équipement       |
| 819 370-2100   | 819 376-2565  | 819 370-2102, poste 46101                                | 819 370-2100   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Centre hospitalier régional 819 697-3333 | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Cooke 819 370-2100          | <input type="checkbox"/> Centre Aré-en-Ciel 819 374-6291 | <input type="checkbox"/> Centre de l'Oratoire 819 370-2100 |
| <input type="checkbox"/> Centre Cloutier-du-Rivage 819 370-2100              | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Roland Leclerc 819 370-2100 | <input type="checkbox"/> Centre Les Forges 819 379-5650  |  |

[www.cssstrqc.ca](http://www.cssstrqc.ca)

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières Centre hospitalier affilié universitaire régional	<b>COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE</b> Téléphone : 319-697-3533 poste 64399 Télécopieur : 319-376-9543 Courriel : 04chrtr.recherche@ssgs.gouv.qc.ca	No d'approbation éthique CHRTR : <b>CÉR-2011-025-00</b>		
<b>APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE</b>				
<p><b>DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :</b></p> <p><b>Titre :</b> «Identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel»</p> <p><b>Chercheur :</b> Madame Vicky Grandmaison</p> <p><b>Provenance des fonds :</b> Aucun</p> <hr/> <p><b>DOCUMENTS APPROUVENTS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE À UTILISER POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche à l'UQTR, non-daté;</li> <li>• Formulaire d'information et de consentement, version datée du 25 janvier 2012;</li> <li>• Questionnaire daté du 12 janvier 2012.</li> </ul> <hr/> <p><b>APPROBATION ÉTHIQUE :</b></p> <p><b>Étude initiale</b>  <b>du projet par le comité :</b> 12 décembre 2011</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>Raison de l'émission</b>  <b>du présent certificat :</b> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">           Acceptation finale         </td> </tr> </table> <p><b>Période de validité</b>  <b>du présent certificat :</b> du 26 janvier 2012 au 26 janvier 2013</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;">           François Lemire          Président          Comité d'éthique de la recherche       </div> <div style="flex: 1; text-align: right;">  <p>Comité d'éthique de la recherche          CHRTR          Date 2012/01/12          initiales</p> </div> </div> <p>N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.</p>			<b>Raison de l'émission</b> <b>du présent certificat :</b>	Acceptation finale
<b>Raison de l'émission</b> <b>du présent certificat :</b>	Acceptation finale			


**Université du Québec à Trois-Rivières**
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**
**RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :**

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel

**Chercheurs :** Vicky Grandmaison  
Département des sciences infirmières

**Organismes :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

**PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :**

Date de début : 25 janvier 2012

Date de fin : 25 janvier 2013

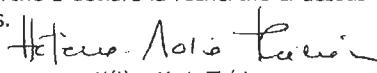
**COMPOSITION DU COMITÉ :**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

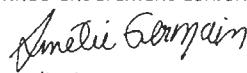
**SIGNATURES :**

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité



Amélie Germain

Secrétaire du comité

Date d'émission : 25 janvier 2012

N° du certificat : CER-11-175-06.04

DECSE

 Université du Québec à Trois-Rivières  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

**ANNEXE**

Votre projet de recherche «**Identification des perceptions et des connaissances des infirmières en périnatalité et en pédiatrie en lien avec des situations particulières d'allaitement maternel**» se termine le **25 janvier 2013**, votre certificat portant le numéro **CER-11-175-06.04** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**25 janvier 2013**).
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.