



ALLAITEMENT MATERNEL EN MILIEU PLURIETHNIQUE

MISE EN CONTEXTE

En 2001, le MSSS faisait de l'allaitement maternel une priorité en publiant des lignes directrices¹ sur les stratégies gagnantes de promotion, de protection et de soutien à l'allaitement. Avec cette initiative, il fixe au réseau de la santé l'objectif d'augmenter, d'ici 2007, à 85 % le taux d'allaitement maternel à la sortie des services de maternité et d'atteindre 70 %, 60 % et 50 % aux 2^e, 4^e et 6^e mois de la vie de l'enfant et 20 % à 1 an.

Quand arrive l'heure d'agir, des informations sur l'état de situation et certaines particularités de notre région sont utiles à la prise de décision, tant pour les intervenantes que pour les gestionnaires de programmes. C'est dans cette perspective que la DSP de Montréal-Centre a réalisé une étude sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges, qui est aussi un microcosme de la diversité montréalaise. Trois objectifs étaient poursuivis :

- *Dresser le portrait de l'allaitement maternel à l'initiation, à trois et à six mois dans un contexte multiculturel représentatif.*
- *Dresser le portrait des pratiques hospitalières et de CLSC dans cette population.*
- *Explorer les facteurs favorables ou les obstacles liés à l'allaitement maternel, chez un groupe de mères n'ayant pas atteint leur objectif d'allaitement.*

MÉTHODE

L'étude s'est déroulée en trois volets. **Le volet 1** visait les femmes vivant sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges et qui ont eu une naissance vivante entre mars et septembre 1999. Les données ont été recueillies de façon prospective à l'aide de trois instruments : la feuille de suivi des infirmières trois à sept jours en post-partum, un questionnaire téléphonique à trois mois et un questionnaire téléphonique à six mois. L'étude décrit les taux d'allaitement total², exclusif³ et exclusif avec ou sans solides (ASS)⁴, ainsi que les problèmes éprouvés par les mères allaitantes, le soutien reçu et l'introduction de solides. Sur les 915 naissances durant la période d'étude, 601 mères ont accepté de participer à l'étude. La majorité est immigrante. Dix pour cent des participantes sont allophones et ont été interviewées dans leur langue*.

Le **volet 2** visait les primipares ayant accouché dans l'un des trois hôpitaux du territoire entre janvier et juin 2000, vivant dans le quartier et parlant anglais ou français. Un échantillon de 108 mères a accepté de participer à une entrevue téléphonique trois semaines après l'accouchement. Les immigrantes composaient 61 % de l'échantillon.

Le **volet 3** visait les mères immigrantes du premier volet qui, après le suivi à six mois, n'avaient pas atteint leur propre objectif déclaré d'allaitement. Au total, 17 femmes de 14 pays ont participé à quatre groupes de discussion (dont quatre mères allophones avec traducteur*).

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices. Gouvernement du Québec, septembre 2001.*

2 *L'allaitement total est défini comme toute forme d'alimentation du nourrisson qui inclut du lait maternel (vs le non allaitement).*

3 *L'allaitement exclusif permet uniquement des vitamines ou médicaments en gouttes, à part le lait maternel.*

4 *L'allaitement exclusif avec ou sans solides (ASS) ne permet pas les préparations lactées, mais permet l'introduction de solides.*

* Grâce à la collaboration de la banque d'interprètes de la Régie régionale.

VOLET I LE PORTRAIT DE L'ALLAITEMENT

Résultats

Sur les 915 femmes ayant accouché sur le territoire, le taux d'initiation à l'allaitement est de 89 %. Pour les 601 mères ayant accepté de participer à l'étude de suivi, ce taux d'initiation à la naissance est de 93 % (tableau 1).

Les analyses statistiques révèlent des différences significatives selon la région d'origine des mères lorsqu'il s'agit d'initiation à l'allaitement, à trois et à six mois, les mères originaires de l'Asie de l'Est et du Sud-Est ainsi que de l'Amérique latine, présentant les taux les plus bas. L'allaitement exclusif varie également largement selon le pays d'origine de la mère. Il n'y a pas de différence entre immigrantes et Canadiennes à trois et à six mois pour la persistance de l'allaitement.

Les raisons invoquées pour le sevrage sont, à trois et à six mois, le manque de lait (30 %), suivi, à trois mois, de la fatigue (10 %) et, à six mois, du retour au travail (30 %). À l'âge de trois mois, près de 7 % des nourrissons commençaient à être alimentés avec des solides. Près de 39 % des mères se trouvent confrontées à une difficulté, mais la majorité pourra la surmonter. Les difficultés sont des problèmes aux seins, le manque de lait, l'enfant qui ne tète pas assez, l'enfant qui refuse le lait ainsi

que la fatigue ou l'anxiété. Près de 60 % des mères sont au courant des groupes de soutien dans la communauté mais peu y participent. Le principal réseau de soutien déclaré est le réseau de la santé, particulièrement les infirmières.

Discussion

Les mères proviennent de trois quartiers qui se distinguent par leurs caractéristiques sociodémographiques, particulièrement le niveau socio-économique, la scolarité et le pays d'origine. Les variables d'éducation, de revenu et de culture sont imbriquées en une combinaison quasi unique, qui permet d'observer des taux élevés d'initiation de l'allaitement, d'allaitement exclusif et exclusif, avec ou sans solides. Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux observés dans l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) qui, par contre, associe de plus hauts taux d'allaitement aux femmes scolarisées ainsi qu'aux immigrantes. En ce sens, le haut niveau de scolarité de notre population à l'étude, ainsi que la grande proportion d'immigrantes peuvent expliquer en bonne partie nos observations. Pour les variations quant au pays ou à la région d'origine, des observations générales sont faites dans le rapport, mais l'influence des variables d'éducation et de revenu jouent probablement tout autant à l'intérieur d'une nationalité que les différents éléments culturels liés à l'allaitement.

Tableau 1
Prévalence de l'allaitement total et exclusif à 0, 3 et 6 mois

	Nombre (N)	Naissance	3 mois	Exclusif à 3 mois	6 mois	Exclusif (ass) à 6 mois
Toute la population*	763	89 %	–	–	–	–
Groupe suivi pendant 6 mois**	601	93 %	77	42	54	19
Selon la région géographique d'origine***						
Amérique du Nord	214	93 %	75 %	48	57 %	24 %
Europe	46	89 %	77 %	47	47 %	17 %
Amérique latine et Caraïbes	42	90 %	51 %	28	23 %	0 %
Asie de l'Est et Sud-Est	120	83 %	60 %	26	40 %	10 %
Asie du Sud	92	97 %	81 %	47	62 %	21 %
Moyen Orient, Maghreb, Asie Ouest	84	95 %	75 %	46	46 %	24 %
Afrique subsaharienne	26	92 %	90 %	42	80 %	7 %

* La population totale du CLSC ayant eu une naissance vivante entre mars et septembre 1999 (n=915) et pour laquelle le statut d'allaitement à la naissance est disponible (n=763).

** Le groupe ayant consenti au suivi postnatal (n=601 à la naissance), (n=468 à 3 mois) et (n=417 à 6 mois).

*** La population totale pour laquelle on connaît le pays d'origine (au moment de la naissance) et qui ont consenti (pour 3 et 6 mois).

VOLET 2 LES PRATIQUES HOSPITALIÈRES ET DE CLSC

Résultats

Les pratiques hospitalières et communautaires ont été décrites à l'aide des perceptions des mères. L'instrument développé est basé sur les conditions de protection, de promotion et de soutien de l'initiative « Amis des bébés ». Le tableau 2 résume les principaux constats des pratiques hospitalières, telles que déclarées par les mères en post-partum. Du côté des pratiques de soutien dans la communauté, plus de 80 % des mères ont eu un soutien du CLSC pour l'aide à l'allaitement, le positionnement du bébé et des recommandations quant au lait artificiel et à l'eau. Par contre 67 % seulement ont été orientées vers un groupe de soutien et 41 % des membres de la famille ont été informés sur l'allaitement. De l'information sur les sources d'information principales sur l'allaitement a été également recueillie : les livres sur l'allaitement et les infirmières étaient la source pour plus de 90 % des mères.

Discussion

Le portrait des pratiques hospitalières illustre combien il reste de travail à faire pour implanter l'initiative « Ami des bébés » et réussir une telle accréditation. Les pratiques non recommandées restent encore présentes et elles diffèrent selon le statut (immigrante ou Canadienne) et selon les

perceptions des femmes. Il est possible qu'un biais soit introduit dans les comparaisons entre Canadiennes et immigrantes à cause de la surreprésentation d'immigrantes dans un des centres hospitaliers ayant une plus haute prévalence de pratiques non recommandées.

Les résultats montrent que le CLSC a bien intégré certaines pratiques de soutien et qu'il rejoint particulièrement bien les femmes immigrantes, réputées plus à risque. Par contre, selon les perceptions des femmes, beaucoup reste à faire, notamment à l'égard du lien avec les groupes communautaires de soutien. Il est clair que les infirmières offrent le soutien professionnel le plus important et que les médecins sont peu engagés dans la promotion de l'allaitement maternel. On note aussi des différences significatives entre immigrantes et Canadiennes en matière de sources d'information. Il faudra en tenir compte si l'on veut rejoindre les mères dans leur quotidien.

VOLET 3 LES CAS D'ÉCHECS : OPINIONS DES FEMMES

Résultats

Les entretiens de groupe ont mis en évidence le vécu difficile de l'échec de l'allaitement. Les femmes ont rapporté diverses conditions de vie et de santé pour expliquer cet échec selon elles (tableau 3). Elles ont également donné des pistes sur ce qui aurait pu les aider dans ce choix.

Tableau 2
Pratiques hospitalières

	Toutes (n=108)	Immigrantes (n=69)*	Canadiennes (n=39)
<i>On vous a montré comment bien positionner le bébé au sein.</i>	94 %		
<i>On n'a pas donné de "sucette" au bébé.</i>	93		
<i>On vous a offert de l'aide pendant que vous allaitiez (n'importe quand durant l'hospitalisation).</i>	90		
<i>Le bébé était nourri « à sa demande ».</i>	87		
<i>On vous a informé où trouver de l'aide pour l'allaitement dans la communauté.</i>	63		
<i>Votre bébé a reçu des préparations lactées ou de l'eau à l'hôpital**.</i>	68 %	75 %	66 %
<i>Vous n'avez pas eu votre bébé dans votre chambre 24 heures par jour.</i>	43	51	31
<i>On vous a donné des échantillons de formule de lait pour ramener à la maison avec vous**.</i>	36	63	24
<i>Le personnel vous a montré comment extraire votre lait, si besoin est.</i>	57	65	44
<i>Vous avez reçu de l'aide pour l'allaitement dans l'heure suivant l'accouchement.</i>	45		
<i>Les membres de votre famille ont reçu de l'information sur l'allaitement.</i>	32		

* $p < .05$

** Pratiques hospitalières NON recommandées

Tableau 3
Opinions sur les barrières et les facteurs favorables

Facteurs incitant à l'utilisation du biberon

- Être une réfugiée sans carte d'assurance maladie ou être sans statut.
- Être primipare ou ne pas avoir d'expérience d'allaitement.
- Avoir eu une césarienne.
- Avoir un problème de santé ou devoir prendre des médicaments.
- Ne pas produire suffisamment de lait.
- Avoir un bébé de petit poids.
- Avoir un bébé qui pleure beaucoup et ne dort pas bien.
- Avoir un accès facile aux préparations lactées à l'hôpital ou dans la communauté.
- Avoir utilisé un tire-lait.
- Appartenir à un groupe culturel où l'alimentation au biberon est associée à un statut social plus élevé.
- Retourner au travail tôt.
- Être dans un endroit public.

Facteurs favorisant l'allaitement

- Avoir un suivi prénatal médical ou infirmier qui inclut un examen des seins et une discussion sur l'allaitement.
- Avoir accouché naturellement et être en bonne santé par la suite.
- Être reposée, avoir accès à une diète favorisant l'allaitement et être dans un environnement calme.
- Avoir du soutien familial et social.
- Être encouragée à allaiter par les professionnels de la santé.
- Avoir accès au congé de maternité ou à des conditions économiques permettant de le prolonger au-delà de quatre mois.
- Avoir des exemples d'allaitement dans la famille.
- Voir des femmes canadiennes allaiter.
- Être originaire d'un pays qui valorise l'allaitement et où cette pratique est largement répandue.

Discussion

Les mères n'ayant pas atteint leur objectif personnel d'allaitement constituent un groupe que le réseau de la santé peut soutenir avec des interventions particulières. Les entretiens ont permis de voir l'importance du soutien instrumental et social, surtout pour des mères vivant des situations précaires telles que l'immigration ou la pauvreté. La déculpabilisation des mères qui doivent délaisser l'allaitement à cause d'un contexte difficile est selon nous très importante.

RECOMMANDATIONS

1. De façon générale, maintenir les efforts déployés permettant les hautes prévalences d'allaitement maternel dans certaines populations et développer des interventions efficaces dans les communautés à plus faible prévalence.
2. Soutenir en priorité les efforts de promotion de l'allaitement maternel **en prénatal**. L'implication prénatale de groupes de soutien par les pairs est reconnue efficace pour augmenter l'initiation à l'allaitement et devrait être explorée avec des groupes comme Nourri-Source.
3. Diffuser un message cohérent par des canaux de diffusion variés et adaptés à la clientèle. Particulièrement :
 - travailler sur les croyances populaires afin d'améliorer la perception de l'allaitement au cours des six premiers mois de vie de l'enfant;
 - sensibiliser les mères qui allaitent à l'importance de privilégier l'allaitement exclusif, si possible, jusqu'à

l'âge de six mois, et particulièrement chez certains groupes d'immigrantes.

4. Poursuivre l'implantation de l'initiative « Ami des bébés » dans les hôpitaux et CLSC montréalais. Les défis varient selon la situation particulière de chaque hôpital, et trop souvent les pratiques non recommandées sont maintenues. Une approche sous-régionale est recommandée.
5. Développer des stratégies de soutien social après l'accouchement, telles que l'implication des personnes proches de la femme ou de réseaux féminins pendant la période d'allaitement. Plus spécifiquement :
 - maintenir un service de marraines d'allaitement;
 - favoriser un lien entre la mère, le CLSC et un groupe d'entraide avant la sortie de l'hôpital.
6. Diffuser l'information sur les stratégies efficaces concernant la prévention des problèmes d'allaitement maternel. Particulièrement :
 - relancer rapidement les mères afin d'éviter un sevrage précoce et soutenir les mères lors de difficultés;
 - développer dans l'île de Montréal un accès à des services de soutien plus spécialisés.
7. Bien connaître les spécificités de son territoire et garder à l'esprit que certaines communautés sont plus vulnérables face à l'allaitement maternel, en fonction de leurs conditions post-migratoires, du soutien disponible, de la scolarité ou du revenu.
8. Assumer un rôle de soutien et d'accompagnement dans le respect des décisions et des choix culturels de la mère.

Rapport synthèse

La série **Rapport synthèse** met en relief les faits saillants des principales études, recherches, projets d'intervention ou promotion réalisés dans les différents domaines de la santé publique.

Une publication de la
Direction de santé publique,
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux
de Montréal-Centre

1301, Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Directeur : Richard Lessard
Responsable de la publication : Yolande Marchand

Rédacteur : Brigitte Côté

Révision : Yves Laplante, Diane Martel

Infographie : Manon Girard

Tirage : 3 100 copies

Dépôt légal — 4^e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1206-3789

Numéro de convention : 40005583

Titre du rapport :
Allaitement maternel en milieu pluriethnique

Auteurs :
B. Côté, C. Loiselle, D. Gastaldo, S. Semenic, R. Gendron

Information : bcote@SSSS.gouv.qc.ca