

Travail de Bachelor
Facteurs influençant le mode d'alimentation du nouveau-né

Revue de la littérature

Réalisé par : Borloz Nancy

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Coquoz Emmanuelle

Lieu et date : Sion, le 1^{er} juillet 2021

Résumé

Introduction : L'allaitement maternel se distingue de l'allaitement artificiel par ses nombreux bienfaits et avantages sur la santé du nouveau-né. Les mères font toutefois face à différents facteurs les influençant lors de leur prise de décision du mode d'alimentation.

Objectif : Cette revue de la littérature a comme objectif d'identifier les facteurs influençant la mère et le père dans le choix du mode d'alimentation de leur enfant, en analysant leurs expériences.

Méthode : Des recherches par mots-clés ont été réalisées sur trois bases de données : CINAHL, Pubmed et Embase. Au total, six études ont été analysées, cinq qualitatives et une quantitative. Ces différentes recherches traitent des différents facteurs influençant les parents quant au type d'alimentation de leur bébé. Selon les critères d'inclusion, les études choisies sont principalement composées de mères ayant eu un nouveau-né qui est né à terme et qui est en bonne santé.

Résultats : Les principales influences sont : le soutien social du partenaire, de la famille, des amis et des professionnels de la santé ; les expériences antérieures et les histoires personnelles ; les avantages que le nouveau-né peut en retirer ; les obstacles et les difficultés pouvant impacter l'initiation à la pratique de l'allaitement maternel. Cette revue de la littérature a par ailleurs permis de mettre en avant l'importance du père et la nécessité de l'inclure dans le processus de soins. Elle souligne également la responsabilité des professionnels de la santé à réaliser une prise en charge sans jugement de valeurs, afin d'éviter aux mères un état de honte, de culpabilité et/ou de stress.

Mots-clés : Allaitement maternel, allaitement artificiel, prise de décision, facteurs d'influences, mère, parents.

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Emmanuelle Coquoz, directrice de mon travail de Bachelor, pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Mes remerciements vont aussi à mes proches pour le soutien qu'ils m'ont apporté durant toute cette dernière année de rédaction de ce travail.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la **formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes « APA 7.0 ».

Sion, le 1^{er} juillet 2021 :

Nancy Borloz

Table des matières

1	Problématique	1
1.1	Question de recherche.....	6
1.2	But de la recherche	6
2	Cadre théorique	7
2.1	L'allaitement maternel	7
2.1.1	Physiologie de la lactation	7
2.1.2	Composition du lait maternel	8
2.1.3	Le concept de l'attachement	9
2.1.4	Peau-à-peau	9
2.2	L'allaitement artificiel.....	10
2.2.1	Le substitut au lait maternel	10
2.2.2	Utilisation de la tétine et du biberon	11
2.3	Facteurs influençant la décision à allaiter	12
2.3.1	Niveau personnel	12
2.3.2	Niveau interpersonnel	13
2.3.3	Niveau organisationnel	13
2.3.4	Niveau communautaire	13
2.3.5	Niveau culturel	14
2.4	Accompagnement et rôle du personnel infirmier en périnatalité	14
3	Le Méthode	16
3.1	Devis de recherche	16
3.2	Collecte des données	16
3.3	Sélection des données.....	18
3.4	Analyse des données.....	18
4	Résultats	20
4.1	Description de l'étude 1	20
4.1.1	Validité méthodologique.....	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	22
4.2	Description de l'étude 2	23
4.2.1	Validité méthodologique.....	24
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	25
4.3	Description de l'étude 3	26

4.3.1	Validité méthodologique.....	27
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	28
4.4	Description de l'étude 4	29
4.4.1	Validité méthodologique.....	30
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	30
4.5	Description de l'étude 5	32
4.5.1	Validité méthodologique.....	33
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	33
4.6	Description de l'étude 6	35
4.6.1	Validité méthodologique.....	36
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	36
4.7	Synthèse des principaux résultats	38
5	Discussion	40
5.1	Discussion des résultats	40
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	41
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	42
6	Conclusions	43
6.1	Propositions pour la pratique	43
6.2	Propositions pour la formation	44
6.3	Propositions pour la recherche	45
7	Références bibliographiques.....	46
8	Annexes	I
	Annexe I : Glossaire méthodologique.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	VI
	Annexe III : Pyramide des preuves.....	XII
	Annexe IV : Modèle d'interaction	XII
	Annexe V : Rapport WBTi Suisse 2020	XIII
	Annexe VI : Les trois nouveaux outils de l'OMS.....	XIV
	Annexe VII : Diagramme de flux PRISMA 2009	XV

Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8).....	XII
Figure 2 : (Nikmatur Rohmah1, 2020)	XII
Figure 3 : (<i>Le rapport WBTi Swiss</i> , 2020)	XIII
Figure 4 : (OMS, 2020c)	XIV
Figure 5 : (Gedda, 2015, p.43)	XV

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des articles retenus.....	19
---	----

Liste des abréviations

CAS	Certificate of Advanced Studies
DFI	Département Fédéral de l'Intérieur
GIFA	Geneva Infant Feeding Association
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IBFAN	International Baby Food Action Network
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SWIFS	Swiss Infant Feeding Study
UNICEF	United Nations International Emergency Funds
WBTi	World Breastfeeding Trend Initiative
WHO	World Health Organization

1 Problématique

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des étapes à franchir dans le rôle maternel. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) préconise de débiter l'allaitement maternel lors de la première heure qui suit la naissance. Elle recommande également (OMS, 2017) l'exclusivité de l'allaitement au sein durant les six premiers mois de la vie de l'enfant afin de lui garantir une croissance, une santé et un développement optimaux, étant donné que le lait maternel apporte tous les nutriments fondamentaux ainsi que les anticorps nécessaires pour être protégé des maladies. Les effets positifs du lait maternel se ressentent par ailleurs jusqu'à l'âge adulte. Il permet en effet de diminuer le taux d'obésité ou de diabète du type 2 et aide également à garder une tension artérielle dans les normes. L'OMS (2017) ajoute que la nourriture solide devrait être introduite graduellement dès l'âge de six mois.

D'après Krtolitz & Rosenblum (2015), l'allaitement est un choix complexe qui relève de diverses influences inconscientes, intrapsychiques et culturelles. L'inconscient permet une action sur les conduites et infiltre les représentations sociales. Lapierre & Damant (2012) rapportent par ailleurs que l'expérience de la maternité correspond rarement aux représentations idéalisées que s'en font les individus. Le rôle des professionnels¹ de la santé est ici fondamental. Ils doivent en effet être conscients des contraintes internes, par exemple : les influences culturelles et sociales avec des aspects intergénérationnels et familiaux ; la relation de couple avec la mise à disposition du corps de la mère ; la représentation corporelle de la mère. Le but est d'offrir aux parents un accompagnement individuel dans le choix de l'alimentation de leur nouveau-né sans ajouter des contraintes supplémentaires.

Au niveau mondial, deux enfants sur cinq (soit 42%) ont été mis au sein dans la première heure de leur vie, la majorité d'entre eux dans les pays à faibles et moyens revenus. Les nouveau-nés mis au sein de leur mère dans la première heure de leur vie ont plus de chances de survivre et d'en retirer des effets bénéfiques tout au long de leur vie. Si la mise au sein est plus tardive, le risque de décès est augmenté de 1,3 fois pour un délai entre 2-23 heures et de deux fois pour un délai de 24 heures ou plus (UNICEF & WHO, 2018). Le but de la stratégie mondiale pour l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants, qui a été développée par l'OMS (2020), est de relancer les efforts de prévention,

¹ Afin de faciliter la lecture de ce travail, le masculin générique sera utilisé pour des termes comme « soignants » ou « professionnels de santé », mais le genre féminin y est aussi inclus. Le terme « infirmière », métier historiquement féminin, sera écrit au féminin.

de protection et de recommandations pour une nutrition adéquate. Cette stratégie s'appuie sur l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé. Selon l'OMS, (2020) :

À l'échelle mondiale, environ 30% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance par suite d'une mauvaise alimentation et d'infections répétées. Même dans les environnements disposant de peu de ressources, l'amélioration des pratiques d'alimentation peut permettre d'assurer à l'enfant un apport en calories et en nutriments plus adapté conduisant à un meilleur état nutritionnel. Les interventions permettant de promouvoir efficacement une alimentation améliorée ont été démontrées par des études réalisées au Bangladesh, au Brésil et au Mexique. Le fait d'apporter des conseils au sein des communautés et dans les services de santé permet d'améliorer les pratiques d'alimentation, la prise alimentaire et la croissance des jeunes enfants. Cette stratégie appelle à agir également dans le domaine de l'allaitement, toutes les mères devraient pouvoir bénéficier de l'assistance de personnes qualifiées pour débiter et poursuivre un allaitement exclusif et introduire en temps voulu des aliments de compléments adéquats et sûrs.

Publiée en 2014, *Swiss Infant Feeding Study* (SWIFS) est la troisième étude réalisée par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH). Ses résultats ont pu être comparés à ceux des deux études précédentes (1994 et 2003), constituant ainsi un moyen de surveillance de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel en Suisse. Voici quelques résultats importants : « 95% des mères ont allaité leur enfant dès la naissance. Plus de 50% des enfants ont été allaités exclusivement durant au moins 12 semaines et la durée totale d'allaitement s'est élevée à 31 semaines » (Dratva et al., 2014). Selon cette étude, la moitié des nouveau-nés suisses a donc pu bénéficier d'un allaitement exclusif, sa durée étant toutefois inférieure à celle préconisée par l'OMS et l'UNICEF. Ces dernières estiment en effet que l'enfant doit être nourri au sein durant les six premiers mois de sa vie. La durée totale d'allaitement recommandée par l'OMS (2020) est de deux ans, les résultats de l'étude suisse étant ici aussi inférieurs. Selon IBFAN (International Baby Food Action Network) et son bureau de liaison GIFA (Geneva Infant Feeding Association - Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile), bien que le taux d'allaitement ait augmenté en Suisse entre 1994 et 2004, il reste stable et n'évolue pas depuis 2014 (GIFA-IBFAN, 2020).

World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi, 2020) est une initiative mondiale de suivi de l'évolution de l'allaitement, permettant d'évaluer et de mesurer le progrès de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle permet d'évaluer les forces et les faiblesses des politiques des pays ainsi que de leurs programmes pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation.

Le rapport WBTi Swiss (2020) attribue 48 points sur 100 à la Suisse (cf. en annexe V). Ce rapport permet une analyse politique de l'allaitement basée sur 10 indicateurs. Voici ce que dit l'indicateur 5 – Soutien à l'allaitement maternel dans le cadre du système : « des informations factuelles et impartiales sur l'allaitement et la valeur du lait maternel doivent être transmises » (WBTi Swiss, 2020) aux professionnels de la santé dans le cadre de leur formation, afin d'offrir un meilleur soutien aux parents. Selon GIFA-IBFAN (2020), la Suisse n'offre pas un contexte favorable à l'allaitement. La protection de la maternité est existante, mais faible par rapport aux pays nord-européens ayant des taux d'allaitement plus élevés. GIFA-IBFAN (2020) indique par ailleurs que la formation des professionnels de santé pour accompagner l'allaitement demeure insuffisante en Suisse.

L'OMS (2020c) a développé trois nouveaux outils pouvant aider le personnel de santé à promouvoir l'allaitement maternel. Ces outils concernent le besoin vital en lait maternel dans certaines situations, un test pour évaluer les compétences des professionnels de santé et un cours de formation pour ces derniers, intitulé *Infant young child feeding counselling : An integrated course*. Ces outils seront particulièrement utiles pour l'Europe où le niveau d'allaitement exclusif est le plus faible.

En 2006, La maternité de l'hôpital du Valais (Sion) a élaboré et publié une charte afin de privilégier l'allaitement. Depuis 2015, une infirmière consultante en lactation se rend un jour par semaine dans le service pour rendre visite aux mamans et leur donner des conseils sur l'allaitement (Salamin, 2018).

Un facteur pouvant influencer l'alimentation des nourrissons est la perception qu'en a la société, en particulier les attitudes négatives à l'égard de l'allaitement maternel en public. Le manque de soutien dans une communauté peut en effet décourager les femmes à allaiter et les pères peuvent être impactés dans leur façon de soutenir ou de décourager leur partenaire (Majee et al., 2017). Selon une étude observationnelle transversale réalisée en France (Otmani et al., 2016), dans 45% des cas, le partenaire est celui qui contribue le plus à la décision du type d'alimentation du nouveau-né.

Selon Brodribb et al. (2010), les femmes ont tendance à se mettre une pression énorme pour qu'elles allaitent. Certaines mères utilisent même le terme « d'échec » pour décrire le sevrage ou le fait ne pas avoir commencé l'allaitement. Elles associent également le tout à un mauvais maternage. Les femmes qui ne peuvent pas allaiter ou qui trouvent l'allaitement maternel trop difficile doivent toutefois être conscientes que l'allaitement artificiel est aussi acceptable. Selon Lapierre & Damant (2012), il existe une hiérarchie des « types » de mères, par exemple une « bonne » et une « mauvaise » mère. Cette

représentation et cette idéalisation sont associées à la notion d'instinct maternel qui est en lien avec la stigmatisation de certaines mères.

Une mère qui pratique l'allaitement maternel peut être confrontée à des obstacles tels que la mastite ou à un nouveau-né incapable de téter au sein. Il existe différentes contre-indications à l'allaitement maternel dont la galactosémie infantile, la séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine ou au virus T-lymphotrope humain, la consommation de drogues illicites et l'atteinte de la maladie du virus Ebola ; pour ce qui est de la chirurgie esthétique du sein et de la chirurgie du cancer du sein, elles ne constituent pas une contre-indication (Davanzo, 2018). Selon l'OMS (2021), les autorités sanitaires de certains pays préconisent toutefois aux mères positives au VIH d'allaiter : celles dont la séropositivité est avérée et que le nouveau-né n'est pas infecté ou lorsque son statut sérologique est inconnu.

Lorsque l'allaitement maternel est impossible ou lorsque une femme ne le souhaite pas, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, 2019) proposent une préparation pour biberon avec du lait artificiel, ceci comme mode d'alimentation pour l'enfant jusqu'à l'âge de six mois. Selon Carroll et al. (2015), ces femmes peuvent aussi percevoir l'alimentation artificielle comme un moyen de créer un lien avec le père du bébé. D'après Walburg et al. (2007), « Pour 25% des Françaises, la crainte d'exclure le père les dissuade d'allaiter. Cette crainte repose probablement sur l'idée erronée selon laquelle le seul moment d'échange entre un nouveau-né et son père est le moment du repas ».

D'après Otmani et al. (2016), « 85% de femmes prennent leur décision du type d'alimentation de leur nouveau-né après en avoir discuté avec un membre de leur entourage personnel ou professionnel ». Certaines mères se sentent toutefois frustrées face aux incohérences dans les propos des professionnels (non précisées par les participantes) lorsqu'elles attendent de l'aide de leur part (Majee et al., 2017). Selon Brown et al. (2011), ces incohérences augmentent les sentiments de frustration, de confusion et de doute chez les femmes et elles impactent le taux d'initiation à l'allaitement en le diminuant et en ne favorisant pas sa poursuite.

Le rôle infirmier en périnatalité est primordial : il permet un soutien professionnel précis et cohérent afin d'offrir une prise en charge optimale de la mère et du nourrisson, en fonction du type d'alimentation (allaitement maternel ou artificiel). Les mères s'attendent par ailleurs à recevoir un soutien et des informations des professionnels. Elles apprécient les conseils pratiques, physiques et émotionnels, surtout lorsqu'elles allaitent pour la première fois (Brown et al., 2011). Pour Otmani et al. (2016), les professionnels de santé

ont en effet un rôle important dans la promotion de l'allaitement maternel. Les femmes enceintes et leur entourage doivent obtenir, le plus tôt possible au cours de la grossesse, toutes les informations nécessaires aux différents types d'alimentation du nouveau-né. Le fait d'avoir une vision commune de l'alimentation (en famille et aussi entre pairs) a été identifié comme un facteur contribuant à des expériences positives et au renforcement du comportement (Majee et al., 2017).

Dans l'étude de Carroll et al. (2015), les femmes disent faire face aux influences de leur partenaire, de leur famille, des professionnels, de la communauté et de leur culture pour ce qui est de leur décision du type d'alimentation de leur nouveau-né. Le rôle des professionnels de la santé est régulièrement rapporté de façon négative, probablement à cause de leur manque de connaissances sur l'allaitement. Certains couples relèvent des incohérences entre professionnels alors qu'ils ressentent justement le besoin d'être accompagnés par ces derniers (Majee et al., 2017).

Selon Walburg et al. (2007), « Le manque d'information des femmes serait à l'origine de la différence des représentations de l'alimentation du bébé ». Walburg et al. (2007) ajoutent que le choix du mode alimentaire se fait généralement soit avant la conception, soit en début de grossesse. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de fournir des informations complètes et objectives sur l'allaitement maternel au début de la grossesse. Plusieurs études rapportent en effet qu'une promotion précoce de l'allaitement maternel peut influencer le taux et la durée de celui-ci.

Toutes ces recherches permettent d'analyser ce qui pourrait être amélioré et de réaliser une meilleure prise en charge des mères et de leur conjoint lors de l'accompagnement en prénatal.

1.1 Question de recherche

Après avoir contextualisé et présenté le sujet de ce travail dans le sous-chapitre ci-dessus, voici la question de recherche qui a été élaborée selon PICOT :

« Allaitement maternel ou allaitement artificiel ? Quels sont les facteurs influençant le choix des femmes quant au type d'alimentation du nouveau-né ? »

1.2 But de la recherche

Cette revue de littérature a comme objectifs principaux :

- d'analyser les expériences des femmes ayant pratiqué l'allaitement maternel et/ou l'allaitement artificiel ;
- d'analyser les différents facteurs qui influencent la prise de décision quant à l'allaitement maternel ou à l'allaitement artificiel ;
- d'intégrer les recommandations de bonnes pratiques afin d'accompagner les mères, ainsi que les pères, dans leur choix.

2 Cadre théorique

Ce cadre théorique a pour but de développer les connaissances nécessaires à l'analyse du sujet et regroupe les réflexions autour de quatre concepts : l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel, les facteurs influençant la prise de décision, l'accompagnement par le personnel infirmier en périnatalité.

2.1 L'allaitement maternel

2.1.1 Physiologie de la lactation

Les organes génitaux évoluent constamment au cours de la vie (Marieb et al., 2015). Durant la puberté, sous l'influence hormonale, les seins et les organes sexuels mûrissent. Lors des trois premiers mois de la grossesse, les cellules glandulaires se multiplient, permettant une augmentation du volume de la poitrine. Le sein est un tissu compact qui sert à la production de lait dès le milieu de la grossesse (Thirion & Schaeffer, 2014). Marieb et al (2015) expliquent que :

Les glandes mammaires sont des glandes exocrines qui sont situées dans l'hypoderme du sein devant les muscles pectoraux du thorax. Chaque glande mammaire se compose de 15 à 25 lobes disposés en rayons, autour de l'aréole mammaire et débouchant dans le mamelon. Les lobes sont séparés les uns des autres par du tissu adipeux et du tissu conjonctif dense. Ce dernier forme les ligaments suspenseurs du sein et permet une fixation au fascia musculaire. Ces lobes se divisent en unités plus petites appelées lobules, qui renferment les alvéoles de tissu glandulaire qui permettent la sécrétion de lait à travers les conduits lactifères qui s'ouvrent par un pore à la surface du mamelon. Entre les tétées, le lait s'accumule proche de l'aréole dans les sinus lactifères (p. 1230).

Selon le Royal College of Midwives (2003), les modifications du sein sont un signe objectivable de la grossesse : le réseau sanguin s'intensifie, les veines deviennent alors apparentes sous la peau et le volume des seins augmente ; la pigmentation de l'aréole et du mamelon s'intensifie ; les glandes de Morgagni s'hypertrophient pour donner les tubercules de Montgomery qui permettent à la bouche du bébé d'adhérer au sein. Selon Beaudry et al. (2006), la lactation se rapporte au processus de sécrétion du lait. Un grand nombre d'hormones y contribuent, ceci de manière directe et indirecte. Deux hormones principales sont mises en avant : la prolactine qui maintient la sécrétion du lait et l'ocytocine qui produit le réflexe d'éjection. Les œstrogènes ont un rôle lié à celui de la

prolactine puisqu'ils amplifient l'action de la mammogénèse, ils sont également inhibiteurs de la sécrétion de lait pendant la grossesse. La chute du niveau d'œstrogènes, cinq-six jours après l'expulsion du placenta, favorise la lactation. La chute de progestérone plasmatique lors de l'expulsion du placenta est nécessaire au déclenchement de la lactogénèse permettant ainsi la montée laiteuse. Thirion & Schaeffer (2014) ajoutent que la synthèse du lait est continue.

2.1.2 Composition du lait maternel

Le lait maternel se compose et s'adapte aux besoins physiologiques de l'enfant au fur et à mesure qu'il grandit (Boscher et al., 2017). Selon Thirion & Schaeffer (2014), à la naissance du bébé, le premier lait (colostrum) est un lait d'adaptation qui lui apporte quelques grammes supplémentaires et tous les éléments dont il a besoin, principalement des protéines et des anticorps. On le reconnaît le colostrum à sa viscosité, sa légère épaisseur et sa couleur orangée. Ce dernier va par la suite évoluer en lait de transition enrichi en nutriments. Finalement, il se modifiera en lait mature pour participer à la protection de la santé de l'enfant. Thirion & Schaeffer (2014) précisent que :

Le bébé allaité reçoit tout ce dont il a besoin ; le juste taux de protéines avec tous les acides aminés essentiels, des graisses à acide gras longs et insaturés, du lactose mais aussi des oligosaccharides, tous les sels minéraux et oligoéléments en juste proportion ainsi que la plupart des vitamines à doses biologiquement suffisantes (p.126).

D'après Boscher et al. (2017), « le lait maternel contient en moyenne 87% d'eau et suffit à couvrir les besoins en eau du bébé allaité ». Ils expliquent que le lait maternel est doté de nombreux composants immunologiques d'origine maternelle dont des anticorps de type immunoglobulines sécrétoires qui tapissent la muqueuse digestive et respiratoire et qui sont capables de s'adapter au contexte infectieux. Thirion & Schaeffer (2014) notent par ailleurs que : « le lait maternel est riche en énergie (680 à 690 kcal/l) » (p. 126). Lapierre & Damant (2012) soulignent que dans certaines situations, le lait maternel n'est pas d'une qualité irréprochable, par exemple lorsque des substances polluantes ou nocives présentes dans l'environnement (comme les contaminants chimiques, le plomb, le cuivre, le zinc, les solvants, etc.) se retrouvent dans le lait. Il en va de même lorsque la mère consomme des médicaments, de l'alcool, de la drogue et des gras transgéniques.

2.1.3 Le concept de l'attachement

Les avantages de l'allaitement maternel cités ci-dessus sont nombreux. Selon Camus (2020), celui concernant l'attachement entre la mère et son enfant est le plus essentiel et va être détaillé dans ce qui suit.

Oatley (2018) explique comment le psychiatre John Bowlby a élaboré sa théorie de l'attachement en 1959, ceci après avoir étudié le comportement de jeunes délinquants et d'enfants hospitalisés. Selon Bowlby, l'attachement est le lien émotionnel entre un parent et son enfant, se développant suite à un certain nombre de réactions comportementales et se manifestant au cours de la première année de vie (SickKids, 2009). Contrairement à Freud qui soutient que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, Bowlby relie l'attachement au besoin de contacts sociaux. Pour Bowlby, l'enfant naît social, se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent, généralement la mère. L'enfant pourra se sentir plus ou moins en sécurité, selon comment ces personnes répondent à ses besoins. Le but de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. Le système d'attachement est activé par le stress, la peur, la douleur, la maladie, une (crainte de) séparation (Oatley, 2018).

2.1.4 Peau-à-peau

Selon Boscher et al. (2017), le bébé est soumis à sa naissance à un stress physiologique associé à son adaptation cardio-respiratoire pour assurer son autonomie dans l'air ambiant. Pour Camus, (2020), le peau-à-peau va permettre à l'enfant d'avoir un repère sécuritaire en facilitant l'attachement et la recherche de ses repères sensoriels : L'odeur des mamelons va le guider vers le sein, la chaleur corporelle des seins de la mère augmente grâce à l'ocytocine, ce qui permet à l'enfant de maintenir sa température corporelle autour de 37°C. La prévention de l'hypothermie prévient aussi l'hypoglycémie car si le nouveau-né a froid, sa consommation de glucides augmente pour se réchauffer. Par ailleurs, les rythmes cardiaque et respiratoire du bébé sont plus stables lors du peau-à-peau. Boscher et al. (2017) déclarent que si l'état de santé du nouveau-né le permet, tous les soins de routine non urgents doivent être retardés pour lui laisser le temps de mettre en place tous les comportements innés qui vont lui permettre de commencer à téter. Du côté maternel, ce premier contact avec le sein va permettre d'enclencher toute la cascade hormonale nécessaire à la mise en place de la lactation. Par conséquent, l'OMS (2020) recommande le peau-à-peau immédiatement après la naissance et pendant au moins une heure, tout en aidant les mères à repérer le moment où leur enfant est prêt à prendre le sein pour débiter l'allaitement maternel.

2.2 L'allaitement artificiel

Il existe diverses raisons amenant une mère à utiliser des préparations de substitut au lait maternel : elle ne peut pas allaiter pour des raisons médicales, elle ne veut pas allaiter pour des raisons personnelles, sa production de lait est insuffisante, son nourrisson est en sous poids par rapport à la courbe de naissance et doit donc être impérativement suppléé avec un substitut (Davanzo, 2018). Selon Nussbaumer (2016), « La composition de ces préparations est adaptée aux besoins des nouveau-nés selon l'état des connaissances scientifiques et elle est précisément réglée dans l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les aliments spéciaux » (p. 4). Selon les articles 5 et 6 de cette ordonnance (OBNP, 2016) :

La préparation pour nourrissons est une denrée alimentaire destinée à être utilisée par des nourrissons en bonne santé (enfants âgés de moins de 12 mois) pendant les premiers mois de leur vie et qui répond à elle seule aux besoins nutritionnels de ces nourrissons jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée.

Les préparations pour nourrissons doivent satisfaire aux exigences suivantes :

a. elles doivent être fabriquées :

1. à partir des sources protéiques répertoriées à l'annexe 2, ch. 2, et
2. à partir d'autres ingrédients dont il est démontré par des connaissances scientifiques reconnues qu'ils conviennent à l'alimentation particulière des nourrissons dès leur naissance ;

b. leur composition doit être conforme aux exigences prescrites à l'annexe 2 ;

c. elles doivent être prêtes à consommer après adjonction d'eau potable.

2.2.1 Le substitut au lait maternel

Selon Belli et al. (2017), l'Ordonnance du DFI, la directive de l'Union européenne et le Codex Alimentarius font la nuance entre les préparations pour nourrissons et les préparations de suite :

Les préparations pour nourrissons sont des laits de substitution au lait maternel destinés à l'alimentation des bébés en bonne santé pendant les premiers mois et ils sont censés couvrir entièrement leurs besoins nutritionnels jusqu'à l'introduction des aliments de complément. Au cours des 6 premiers mois de la vie, seules les préparations pour nourrissons peuvent être utilisées comme substitut au lait maternel, et en aucun cas les préparations de suite. Les préparations de suite sont des laits pour nourrissons destinés aux nourrissons en bonne santé âgés de plus de 6 mois, à partir de la phase de diversification alimentaire et aux jeunes enfants jusqu'à l'âge de

3 ans. Les préparations de suite peuvent remplacer les préparations pour nourrissons dès le 7^{ème} mois, après l'introduction d'aliments de complément. Il est toutefois possible de continuer à donner des préparations pour nourrissons même après l'introduction des aliments de complément. En revanche, un nourrisson ne doit être nourri avec des préparations de suite qu'après le passage à des aliments de complément (p. 4).

Dans sa brochure *Allaiter - pour bien démarrer dans la vie* (2014), Promotion allaitement maternel suisse rappelle que ce sont les anticorps contenus dans le lait maternel qui le différencie des laits infantiles, les besoins nutritionnels étant couverts aussi bien dans le lait maternel que dans les laits infantiles disponibles actuellement sur le marché. Selon Lapierre & Damant (2012), le fait que la science et les industries ne soient pas (encore) capables de produire du lait artificiel avec la qualité et l'immunologie du lait maternel contribue à la représentation sociale de cet aliment comme étant « moins bon pour la santé » et « imparfait » pour les mères. D'après Jaquet & Pralong (2012), que la mère pratique l'allaitement maternel ou artificiel, l'idéal est de nourrir le bébé à la demande car un nourrisson en bonne santé est capable de se réguler soi-même. Pour UNICEF (2015), les produits tels que le lait en poudre entier ordinaire, le lait condensé, le lait de brebis ou de vache, le lait de soja, de riz ou d'amande ne devraient pas être donnés aux enfants de moins d'une année.

2.2.2 Utilisation de la tétine et du biberon

Selon UNICEF (2015), il existe un choix très vaste de biberons et de tétines. Lors de l'élaboration du lait pour les bébés, une bonne hygiène et un dosage correct sont essentiels. La sélection de la tétine se fait selon la composition (caoutchouc, latex et silicone) et selon la forme de la tétine qui varie en fonction de la capacité de l'enfant à téter. Le biberon peut être en verre ou en plastique. Lors de la préparation du biberon, les quantités de lait en poudre et d'eau sont indiquées sur l'emballage. L'eau minérale en bouteille n'est pas recommandée en raison de sa haute teneur en sels minéraux. L'eau doit être chauffée à 70°C au moins afin que les bactéries soient détruites. Une fois le biberon préparé, il faut le laisser refroidir jusqu'à 37°C afin que la température soit identique à celle du corps humain. Lorsque que la quantité de poudre est trop élevée, la teneur du lait en nutriments peut troubler l'équilibre hydrique et le fonctionnement des reins de l'enfant ainsi que mener à une suralimentation. Dans le cas inverse, lorsque la quantité de poudre ou d'eau est trop faible, cela peut engendrer un état de malnutrition. Après la prise du biberon, il faut le nettoyer correctement, ainsi que la tétine, en employant de l'eau du robinet avec un peu de produit vaisselle. Ils peuvent également

être nettoyés dans un lave-vaisselle. Il est préconisé de faire bouillir le biberon ainsi que la tétine après chaque usage afin d'éviter la prolifération de germes.

2.3 Facteurs influençant la décision à allaiter

Pour Lapierre & Damant, (2012), la représentation des mères comme gardienne de la sécurité, du bien-être et du bon développement de leur(s) enfant(s) persiste, en dépit de l'importance grandissante que prennent les pères depuis quelques décennies. L'instinct maternel et l'amour renforcent cette perception idéalisée. De même que la maternité est souvent décrite comme l'accomplissement ultime dans la vie des femmes. Selon Majee et al. (2017), les facteurs influençant la prise de décision sur le type d'allaitement sont personnels, interpersonnels, organisationnels et communautaires. D'autres influences, notamment commerciales, économiques, culturelles et religieuses, sont également citées (Krtolitza & Rosenblum, 2015). Selon le Royal College of Midwives (2003), les femmes recevant des renseignements écrits et illustrés sur l'allaitement maternel peuvent développer et renforcer leurs connaissances sur le sujet. Ceci diminue les risques de modifier la décision sur le mode d'alimentation.

2.3.1 Niveau personnel

Au niveau personnel, l'allaitement maternel est considéré comme étant difficile à cause du manque d'informations et de compréhension de son fonctionnement. Cette croyance est fortement ancrée dans la société. En revanche, l'alimentation artificielle est vue comme plus facile et pratique. Les femmes peuvent aussi craindre de ne pas produire assez de lait. L'allaitement maternel peut impacter négativement la façon dont la femme voit son corps à travers son poids ainsi que son image corporelle. L'allaitement peut par ailleurs engendrer des modifications de la forme et fonction des seins. De même qu'il existe certaines appréhensions dues au fait que les seins sont liés à la sexualité (Brown et al., 2011). Krtolitza & Rosenblum (2015) ajoutent que cela peut générer de la pudeur. Pour ces raisons, les mères trouvent que l'alimentation au biberon est plus fonctionnelle. Lors d'un entretien réalisé par Brown et al (2011), une femme résume bien la situation : « Je savais que l'allaitement maternel était meilleur, mais l'alimentation au biberon est plus facile et permet à tout le monde de participer. Je pouvais dormir, le père pouvait nourrir le bébé » (p. 1997).

2.3.2 Niveau interpersonnel

Majee et al. (2017) rapportent qu'au niveau interpersonnel, les pairs (amis ou membres de la famille en particulier) peuvent influencer/renforcer la décision relative au type d'alimentation choisi. Brown et al. (2011) ajoutent que le soutien de ces derniers est important lors de l'allaitement. Le choix du mode d'alimentation peut aussi être influencé par des conduites sociales acquises ainsi que par la collaboration que les femmes imaginent recevoir de la part de leurs proches (Royal College of Midwives, 2003). L'aspect interactif entre la mère et son enfant lors des tétées va également influencer le mode d'alimentation, en encourageant les compétences maternelles et en poussant la femme à continuer l'allaitement (Krtolitz & Rosenblum, 2015).

2.3.3 Niveau organisationnel

Pour Majee et al. (2017), les professionnels de santé (consultants en lactation, sages-femmes, infirmiers, pédiatres par exemple) jouent un rôle important dans l'organisation. Ils donnent des conseils, apportent un soutien pratique et peuvent également influencer les pratiques d'alimentation. Selon le Royal College of Midwives (2003), les professionnels de santé convaincus que l'allaitement maternel reste le meilleur mode d'alimentation peuvent avoir plus de difficultés à transmettre des informations aux femmes dont le choix est encore incertain ou qui ont choisi l'alimentation artificielle. Brodribb et al. (2010) rapportent par ailleurs que les mères ressentent une pression accrue pour commencer ou continuer à allaiter si leur médecin les encourage. Le fait de ne pas répondre aux attentes de leur médecin peut entraîner des sentiments de culpabilité et d'échec. Pour ne pas influencer le processus de décisions concernant le mode de vie, les professionnels de la santé doivent donc rester neutres et impartiaux, ne pas révéler leur opinion.

2.3.4 Niveau communautaire

Majee et al. (2017) rapportent que l'attitude négative à l'égard de l'allaitement en public est une perception répandue dans la société et qu'elle peut influencer les mères quant au mode d'alimentation de leur enfant. Certaines mères indiquent par ailleurs qu'elles ont tendance à s'informer via différentes sources (internet, livres) de manière complémentaire aux conseils professionnels. Dans l'étude de Krtolitz & Rosenblum (2015), d'autres mères disent chercher du soutien auprès de femmes ayant déjà vécu l'expérience de l'allaitement maternel.

2.3.5 Niveau culturel

Comme l'expliquent Krtolitz & Rosenblum (2015), les pratiques alimentaires pour les nouveau-nés et la place des femmes dans la société ont évolué au cours des siècles ; de nos jours, il appartient généralement aux femmes de décider du choix final du mode d'alimentation du nourrisson. Brodribb et al. (2010) ajoutent que certaines femmes sont guidées par des considérations éthiques et considèrent l'allaitement maternel comme une obligation morale envers leur enfant. L'influence commerciale est aussi importante, liée au développement des biberons, à l'évolution qualitative des laits infantiles, sans oublier les normes d'hygiène qui ont énormément évolué (Krtolitz & Rosenblum, 2015).

2.4 Accompagnement et rôle du personnel infirmier en périnatalité

Différents professionnels de santé, dont le personnel infirmier, accompagnent et conseillent les nouveaux/futurs parents autour de la périnatalité. Ces infirmiers travaillent en collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues. Il est important de connaître les souhaits de la mère en ce qui concerne l'allaitement et la nutrition de son enfant. Pour Brodribb et al. (2010), les décisions prises par les mères concernant l'alimentation de leur nouveau-né soulèvent plusieurs considérations éthiques. Les professionnels de la santé ne doivent tout d'abord pas contraindre une femme à allaiter son enfant si elle ne veut ou ne peut pas le faire. Hormis la transmission des informations nécessaires à la décision concernant le mode de vie, ils ne doivent pas non plus influencer le processus de décision, ne doivent pas agir en jugeant ou avec partialité. Les professionnels doivent par ailleurs adopter une prise en charge individuelle, en adaptant les recommandations et en faisant preuve de compréhension afin de promouvoir le bien-être et la santé de la mère et du bébé. Brodribb et al. (2010) listent trois approches concernant la prise de décision relative à l'alimentation des nourrissons. Il s'agit du choix moral où les femmes sont censées allaiter, du libre choix où les professionnels ne doivent pas influencer la décision d'une femme et le choix égal où le résultat de la décision n'est pas important. Pour que les femmes ne se sentent pas coupables si elles ne veulent pas allaiter, il ne faut pas éviter de promouvoir l'allaitement maternel, mais le promouvoir tout en offrant un soutien compétent et bien informé. Pour Brown et al. (2011), la décision de la mère d'allaiter ou de nourrir son enfant au lait infantile est influencée par toute une série de facteurs dont le soutien professionnel. Il est donc important que les professionnels soient plus impliqués dans leur pratique, en apportant à la mère une aide physique et un soutien émotionnel pour l'accompagnement de l'alimentation de son enfant. Les professionnels doivent aussi se rendre compte que le manque de soutien et la faible confiance en soi influencent la durée de l'allaitement et ils doivent donc aider les mères à surmonter ces problèmes. Bien

que les professionnels soient informés, ils manquent toutefois de temps et de ressources pour soutenir les parents. Il serait judicieux d'offrir davantage de ressources aux professionnels pour leur permettre de transmettre leurs connaissances et leur soutien, afin de pouvoir accompagner au mieux les parents dans l'alimentation des nourrissons. Afin d'améliorer les pratiques d'alimentation des nouveau-nés, Majee et al. (2017) proposent que les interventions incluent des groupes de soutien pour les parents et une éducation nutritionnelle. Ils trouvent par ailleurs nécessaire de mettre en place des programmes éducatifs qui pourraient aider les infirmiers à mieux comprendre les concepts et les processus essentiels pour répondre aux préoccupations pédiatriques et néonatales, ceci dans une perspective de santé communautaire.

3 Le Méthode

3.1 Devis de recherche

Selon Davies et al. (2011), le devis de recherche qualitatif explore et étudie des mots ainsi que des observations afin de décrire leurs significations (p. 7) pour répondre à la question de recherche qui étudie la description des enjeux sociaux ou humains dans un contexte donné pour construire une description holistique complète (p. 8). Fortin & Gagnon (2016) définissent le paradigme interprétatif* du devis de recherche qualitatif* comme un paradigme* « qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (p. 28). Cette perception est en raccord avec la question de recherche qualitative* de cette revue de la littérature ainsi qu'avec ses objectifs étant donné que celle-ci s'intéresse aux facteurs influençant la prise de décision du mode d'alimentation du nouveau-né. Les cinq études de sources primaires* qualitatives retenues pour ce travail ont tenté d'identifier différents types d'influences grâce aux entretiens et aux observations du terrain. Ces études sont de nature phénoménologique, ethnographique, descriptive ou encore basée sur la théorisation ancrée. La dernière étude retenue est une recherche primaire basée sur la recherche quantitative* de nature observationnelle transversale. Fortin & Gagnon (2016) définissent cette méthode comme une « recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques » (p. 29). Par ailleurs, cette étude a permis de rendre les résultats plus objectivables grâce aux données chiffrées.

3.2 Collecte des données

Pour la collecte des données, trois bases de données différentes ont été utilisées, à savoir CINAHL, PubMed et Embase. Une première recherche a été effectuée en mai 2020 pour vérifier la disponibilité d'études applicables à ce travail. La seconde recherche, plus développée, a été réalisée durant les mois de décembre et janvier 2021. Différentes compositions de mots-clés ont permis de cibler la recherche. Les mots-clés en français sont : *allaitement maternel, allaitement artificiel, mère, parent, prise de décision, facteurs, causes et influences*. En anglais : *breastfeeding, artificial feeding, mother, parent, decision making, factors, causes and influences*. Les opérateurs booléens* « AND » et « OR » ont permis de réaliser une recherche précise et ciblée. Les tableaux ci-après présentent les compositions de mots-clés et d'opérateurs booléens ainsi que le nombre d'études trouvées et retenues. L'existence de doublons explique le nombre d'études retenues plus grand que six.

Tableau 1 : Équation de recherche CINAHL

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
(Mother OR Parent) AND (Decision Making) AND (Factors OR Causes OR Influences) AND (Breastfeeding)	191	2
(Mother OR Parent) AND (Decision Making OR Choice) AND (Factors OR Causes OR Influences) AND (Artificial Feeding OR Bottle Feeding OR Milkpowder)	4	0

Tableau 2 : Équation de recherche Medline (Pubmed)

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
(Mother OR Parent) AND (Decision Making) AND (Factors OR Causes OR Influences) AND (Breastfeeding)	39	2
(Mother OR Parent) AND (Decision Making OR Choice) AND (Factors OR Causes OR Influences) AND (Artificial Feeding OR Bottle Feeding OR Milkpowder)	32	1
(Mother OR Parent) AND (Decision Making) AND (Factors OR Causes OR Influences) AND (Breastfeeding OR Artificial Feeding)	76	3

Tableau 3 : Équation de recherche Embase

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
(Mother OR Parent) AND (Decision Making) AND (Breastfeeding)	135	2
(Mother OR Parent) AND (Decision Making) AND (Artificial Feeding OR Artificial Milk OR Bottle Feeding)	7	0

3.3 Sélection des données

Pour répondre au mieux à la question de recherche, différents paramètres ont permis une sélection de données pertinentes. Les critères d'inclusion étaient que les nouveau-nés soient nés à terme (39 et 41 semaines) et en bonne santé. Les principaux critères d'exclusion étaient que les nouveau-nés soient atteints de maladies congénitales et leur naissance prématurée. Les six études retenues sont de sources primaires. Cinq d'entre elles sont qualitatives et la sixième quantitative. La discipline infirmière se retrouve dans cinq études. La plupart des études retenues sont interdisciplinaires, amenant des connaissances supplémentaires au sujet. Quatre études ont été réalisées récemment (2017-2020). Les deux autres sont moins récentes (2015-2016), mais elles restent d'actualité et répondent à la question de recherche. Il était par ailleurs important que ces recherches respectent les considérations éthiques* avec un consentement* éclairé et avec l'approbation du comité éthique, qu'elles respectent une disposition scientifique (introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion) et que le texte soit disponible en français ou en anglais. Les études retenues s'intéressent aux expériences des parents concernant les facteurs d'influence lors de la prise de décision concernant l'alimentation de leur nourrisson (allaitement maternel versus allaitement artificiel). Les six études sont présentées synoptiquement dans le tableau suivant. La pyramide ayant permis de désigner le niveau de preuve de chaque étude est en annexe.

3.4 Analyse des données

Chaque étude retenue a été lue à plusieurs reprises et résumée dans un tableau de recension pour en avoir une vision claire, avec les points-clés de la recherche. Ces tableaux se trouvent en annexe II. Les relectures suivantes avaient pour but d'analyser la validité méthodologique de l'étude, sa pertinence clinique ainsi que son utilité pour la pratique professionnelle.

Tableau 1 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année	Base de données	Niv. de preuve
1	Ifeyinwa V. Asiodu, Catherine M. Waters, Dawn E. Dailey, Audrey Lyndon.	Infant Feeding Decision-Making and the Influences of Social Support Persons among First-Time African American Mothers.	2017	Cinhal	IV
2	Ana Ballesta-Castillejos, Juan Gomez-Salgado, Julian Rodriguez-Almagro, Immaculada Ortiz-Esquinas, Antonio Hernandet-Martinez.	Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain.	2020	Embase	IV
3	Nikmatur Rohmah, Ah Yusuf, Rachmat Hargono, Saiful Walid, Purgaryantyas Subyantoro, Evi Triwahyuni, Rahayu Sri Wahyuni.	Triangular Interaction of Decision Making for Breastfeeding a New Infant-Centered Care Model.	2020	Embase	IV
4	Luke Hounscome, Sally Dowling.	"The mum has to live with the decision much more than the dad" ; a qualitative study of men's perceptions of their influence on breastfeeding decision-making.	2018	Pubmed	IV
5	Margaret Carroll, Louise Gallagher, Mike Clarke, Sally Millar, Cecily Begley	Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland.	2015	Cinhal	IV
6	Sharon Radzyminski, Lynn Clark Callister	Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices	2016	Pubmed	IV

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Asiodu, I. V., Waters, C. M., Dailey, D. E., & Lyndon, A. (2017). Infant Feeding Decision-Making and the Influences of Social Support Persons among First-Time African American Mothers. *Maternal and child health journal*, 21(4), 863-872.
<https://doi.org/10.1007/s10995-016-2167-x>

Cette étude ethnographique* longitudinale a pour but de décrire les processus décisionnels de mères afro-américaines en matière d'alimentation du nourrisson et d'analyser les influences des personnes de soutien sur ces processus. Elle s'est déroulée à San Francisco, en Californie du Nord.

Les participants ont été recrutés par le biais de programmes de visites à domicile et de santé publique, de groupes de soutien à l'allaitement et aux parents, de tableaux d'affichage dans les hôpitaux, de sororités, d'organisations professionnelles et communautaires.

Pour être incluses dans l'étude, les femmes devaient être à leur première grossesse, s'identifier en tant qu'afro-américaine, avoir 18 ans ou plus et avoir des connaissances de la langue anglaise. De plus, les femmes enceintes ont identifié des personnes de soutien à inclure dans l'étude. Cette méthode a permis de recruter 22 participants : 14 femmes enceintes et huit personnes de soutien. L'âge des femmes enceintes allait de 21 à 36 ans. La moitié d'entre elles étaient mariées ou en couple. La plupart étaient diplômées de l'enseignement secondaire et avaient un emploi. La majorité d'entre elles a reçu des soins prénataux au cours du premier trimestre.

Les données ont été collectées sur une période de 15 mois (mars 2013 à juin 2014), par le biais d'entrevues ouvertes et semi-dirigées* qui ont eu lieu au domicile des personnes interrogées, dans des organisations communautaires ou dans des cafés. Ces entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits mot à mot par un service professionnel. Ces transcriptions ont ensuite été codées ligne par ligne par le premier auteur grâce au processus de codage qualitatif*. Les codes initiaux ont été regroupés en catégories qui ont été utilisées pour former des thèmes.

Chaque femme enceinte et personne de soutien a été interrogée séparément afin qu'elle ne soit pas influencée par les réponses de l'autre. De plus, 25 heures d'observation sur le terrain ont permis d'objectiver les environnements physiques, sociaux et émotionnels entourant les femmes afro-américaines. L'analyse des résultats a permis par la suite de catégoriser les différents thèmes identifiés lors des entretiens.

Au niveau des résultats, les principaux thèmes identifiés sont les avantages pour le nouveau-né ; la normalisation et les modèles de rôle (si l'allaitement est pratiqué, il peut en effet être présenté comme une activité privée) ; le soutien social ; la fluidité des relations sociales et la résilience aux changements au niveau de la dynamique sociale de la vie des participantes enceintes. Certaines participantes ont déclaré avoir eu des expériences positives, mitigées et négatives en matière de soutien social. D'autres items ont été identifiés, en particulier la recherche de soutien et d'autonomie. Toutes les personnes interrogées ont en effet participé à divers cours liés à l'accouchement pour avoir une interaction sociale et des encouragements d'autres personnes vivant la même situation. Par ailleurs, les participantes ont pu obtenir des conseils sur l'alimentation, l'habillement, les biberons, les soins de peau et l'alimentation combinée. Bien que l'allaitement maternel soit présenté comme le meilleur choix pour les nourrissons, l'alimentation combinée est apparue comme un thème important pendant la période post-partum. Chaque participante a déclaré avoir ressenti des sentiments de stress et de culpabilité, associés à la maternité et aux expériences d'allaitement infructueuses. Les mères ont dit avoir ressenti un sentiment de honte lié à l'arrêt précoce de l'allaitement ; à la supplémentation en lait maternisé ; au manque de production de lait et aux problèmes de relation avec une personne importante ou un membre de la famille.

4.1.1 Validité méthodologique

Les participants ont fourni un consentement signé avant la collecte de données et ont donné leur consentement verbal lors des observations faites par les chercheurs. Des pseudonymes ont été utilisés afin de garder l'anonymat des intervenants de l'échantillon*. Ces paramètres assurent le respect des considérations éthiques.

Dans cette étude, différents facteurs permettent de soutenir la crédibilité* des données. Tout d'abord, des verbatim ont été réalisés à la suite de l'enregistrement des entretiens. Par la suite, la validation des membres de l'échantillon a été utilisée pour confirmer les résultats obtenus lors des entretiens et des observations de terrain, ce qui valide l'exactitude des interprétations. De plus, les femmes enceintes et les personnes de soutien ont été interrogées séparément afin d'obtenir leurs points de vue uniques, ce qui

augmente la fiabilité* des données. La triangulation* des chercheurs, l'insertion du verbatim, les observations du terrain et les notes de réflexion favorisent ainsi la confirmabilité*, la fiabilité et la transférabilité*.

Les chercheurs mentionnent toutefois une limite à leur étude : elle est basée sur un échantillon de petite taille, comprenant uniquement de nouvelles mères afro-américaines et leurs accompagnateurs, issus de milieux socio-économiques similaires et de la même zone géographique. Cette recherche présente ainsi un biais* lié à l'échantillonnage*. Il existe donc un risque de non-représentativité de la diversité de la population. Par conséquent, les données ne peuvent pas être transférables à toutes les femmes afro-américaines devenant mères pour la première fois et à leurs personnes de soutien.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Bien que le lait maternel soit considéré comme le type d'alimentation le plus important pour les nourrissons aux États-Unis, une majorité de mères afro-américaines n'allaitent pas exclusivement leur nouveau-né. Selon cette étude, d'autres recherches ont montré que les femmes afro-américaines ont l'intention d'allaiter, ces intentions ne se traduisant toutefois pas par des comportements d'allaitement soutenus. Cette étude ethnographique permet de décrire les perceptions et expériences de ces mères pour mieux comprendre les raisons d'un taux d'allaitement plus bas (59%) que celui des femmes blanches (75%) ou des femmes hispaniques (80%). Les futures interventions destinées à cette population devraient inclure des interventions dans les médias sociaux, la diffusion de messages sur l'alimentation combinée et une meilleure éducation des personnes de soutien social identifiées. Les mesures de santé publique visant à réduire les inégalités actuelles en matière d'alimentation des nourrissons gagneraient à intégrer des messages plus inclusifs sur le plan culturel. Les chercheurs mentionnent donc l'utilité de poursuivre cette étude, en se concentrant plus spécifiquement sur les perceptions et expériences en matière d'allaitement des partenaires et des personnes de soutien social. Ceci permettra d'évaluer le niveau d'influence de ces personnes pour augmenter le taux d'allaitement maternel.

Bien que le contexte socioculturel soit différent de celui de la Suisse, les résultats semblent partiellement transférables à la situation européenne, notamment à l'hôpital du Valais, où il existe des cours liés à la grossesse et à l'accouchement et où les mères peuvent trouver un soutien social ainsi que des encouragements.

4.2 Description de l'étude 2

Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 97.
<https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>

Cette recherche observationnelle transversale* a comme objectif d'identifier les facteurs pouvant influencer la décision d'allaiter. Elle a été menée en Espagne.

Les participants ont été recrutés par échantillonnage dit de commodité* : les associations d'allaitement des différentes provinces espagnoles ont été contactées par courriels et ont été chargées de diffuser le questionnaire de l'étude à tous leurs membres, par messages électroniques également. Pour participer à cette recherche, les femmes devaient avoir au moins 19 ans, être mère d'enfants âgés de 0 à 5 ans, accepter de participer à l'enquête en ligne. Pour estimer la taille de l'échantillon, le critère de modélisation maximale a été utilisé. L'échantillon est composé de 5'671 femmes ayant accouché entre 2013 et 2018. Les données ont été collectées rétrospectivement entre 2018 et 2019. Le questionnaire était composé de 22 items sur les variables* sociodémographiques, sur les variables obstétriques, sur les influences sur la décision d'allaiter et sur les motivations quant au choix du type d'allaitement. Le questionnaire comprenait cinq questions « oui/non », 16 questions basées sur l'échelle de Likert* et une question ouverte.

Les données ont été analysées de manière descriptive, en utilisant des fréquences absolues et relatives pour les variables catégorielles*. La principale variable, dite dépendante*, était « l'intention d'allaiter ». Un test khi-deux (χ^2)* a été fait entre les variables indépendantes* : sociodémographiques, cliniques et la décision prénatale de la mère d'allaiter. Une analyse multivariée* avec régression logistique* binaire/multiple* a été effectuée pour calculer l'Odds Ratios (aOR)*. Une analyse bivariée* a été effectuée pour déterminer les facteurs associés à l'intention d'allaiter. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel de statistiques SPSS v24.0.

La population retenue se composait de 5'671 femmes. 97,5% d'entre elles (n=5531) ont pris la décision d'allaiter avant d'accoucher. Sur les 5'531 femmes qui ont fait ce choix, 81,1% (n=4485) ont pu appliquer l'allaitement maternel exclusif à la sortie d'hôpital. Cinq facteurs significatifs, associés à la décision prénatale de la mère d'allaiter, ont pu être identifiés : avoir fréquenté l'école maternelle (aOR 2,10 ; IC 95% 1,32 – 3,34), avoir deux

(aOR 0,52 ; IC 95% 0,28 – 0,99) et trois enfants (aOR 0,24 ; IC 95% 0,10 – 0,59), avoir une expérience antérieure d'allaitement (aOR 6,99 ; IC 95% 3,46 – 14,10), avoir le soutien du partenaire (aOR 1,58 ; IC 95% 1,09 – 2,28) et avoir un problème de santé pendant la grossesse (aOR 0,62 ; IC 95% 0,43 – 0,91%). L'intention d'allaiter s'est avérée être statistiquement liée à l'âge de la mère (valeur $p^* = 0,043$), sa nationalité ($p = 0,024$), son éducation ($p = 0,002$), le nombre d'enfants ($p = 0,003$), l'allaitement avec les enfants précédents ($p < 0,001$), la perception de la mère du soutien de son partenaire dans la décision d'allaiter ($p = 0,003$) et la perception de la mère concernant les professionnels qui la soutiennent dans la décision d'allaiter ($p = 0,018$).

4.2.1 Validité méthodologique

L'approbation du comité éthique a été obtenue en 2019, avant la collecte des données. Les femmes interrogées ayant accouché entre 2013 et 2018, les données ont donc été récoltées rétrospectivement. Ceci peut diminuer la validité interne* des résultats, car potentiellement biaisés avec le temps. Avant de remplir le questionnaire, les participantes devaient lire les informations concernant le but de l'étude et donner leur consentement pour y participer. Elles pouvaient laisser une adresse électronique ou encore un numéro de téléphone (pas obligatoire), dans le cas où des informations supplémentaires seraient nécessaires. Les chercheurs ne mentionnent pas si ceux-ci ont été utilisés.

Les auteurs expliquent avoir calculé des rapports impairs ajustés (aOR) avec des intervalles de confiance* de 95% (IC 95%) pour les variables présentant une signification statistique. L'alpha de Cronbach* a été déterminé à la fois pour la variable « influences externes » ($=0,80$) et pour la variable principale « raison de l'allaitement » ($=0,74$). Ces résultats étant supérieurs à 0,7, cela signifie qu'il y a une cohérence interne* entre eux. Les chercheurs mentionnent que les résultats avec la valeur p ont une signification statistique*, ce qui permet d'augmenter la rigueur ainsi que la validité interne des données finales. L'existence d'autres recherches avec des résultats similaires permet d'augmenter la validité externe* de cette étude.

Les auteurs ont identifié plusieurs limites. Il s'agit en premier lieu de l'utilisation du critère de modélisation maximale* pour estimer la taille de l'échantillon. Malgré son estimation, l'équipe de recherche a décidé de recruter un plus grand nombre de femmes, l'intention prénatale d'allaiter dans la population étant inconnue. Le fait que les chercheurs n'aient pas respecté la taille de l'échantillon estimée peut amener un biais de sélection* dû au manque de participation des femmes qui ont décidé de ne pas allaiter. Pour cette raison, les chercheurs expliquent que l'étude ne serait pas valable pour déterminer la prévalence

globale de l'intention d'allaiter. En revanche, elle est adéquate pour identifier les facteurs associés à l'intention d'allaiter. Selon les auteurs, il est peu probable qu'il y ait un biais d'information* : les données compilées et la manière dont les réponses possibles ont été présentées n'exigeaient pas un niveau d'éducation élevé. Les questions ont en effet été formulées de manière simple et élémentaire afin que toutes les participantes puissent les comprendre, quel que soit leur niveau d'éducation. Ils mentionnent finalement qu'il n'est pas possible d'exclure totalement le biais de confusion inhérent aux études d'observation, bien qu'ils aient tenté de le contrôler en utilisant des techniques d'analyse multivariée.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche semble pertinente pour la pratique professionnelle, avec ses résultats statistiquement significatifs. Les chercheurs relèvent que des études antérieures ont montré un lien entre l'intention d'allaiter exclusivement au sein et les facteurs suivants : des attitudes positives à l'égard de l'allaitement maternel, un soutien social perçu et un suivi du comportement, une expérience antérieure d'allaitement exclusif au sein, une mère allaitant son bébé, l'âge maternel plus avancé, un niveau d'éducation plus élevé, une connaissance des avantages de l'allaitement exclusif au sein. Il semble donc important que les professionnels de la santé prennent en compte ces informations lorsqu'ils doivent identifier les difficultés que peut engendrer l'allaitement maternel. Ceci leur permettra d'offrir un accompagnement individuel et sans jugement de valeur, de faire preuve de soutien envers les parents. Les résultats de l'étude permettent finalement d'identifier les facteurs influençant le choix d'alimentation du nouveau-né, la décision d'allaiter ou non. Cette identification permet de prendre des mesures pour augmenter les taux d'initiation et de durée de l'allaitement maternel.

Cette étude a été réalisée en Espagne, avec des réseaux socio-sanitaires semblables à ceux de la Suisse. Les résultats de cette étude peuvent donc être transférés au contexte suisse.

4.3 Description de l'étude 3

Nikmatur Rohmah¹, 2. (2020). Triangular Interaction of Decision Making for Breastfeeding a New Infant-Centered Care Model. *Medico Legal Update*, 20(4), 378-382.
<https://doi.org/10.37506/mlu.v20i4.1840>

Cette recherche qualitative, basée sur la théorisation enracinée*, s'est déroulée dans la Province de Java-Est, en Indonésie. Elle a comme objectif d'étudier et de comprendre le comportement de la mère et du personnel infirmier dans leur interaction lors de la prise de décision d'allaitement. Elle concerne exclusivement des bébés avec un faible poids à la naissance et nés dans un hôpital.

Les données ont été collectées dans trois hôpitaux, en août 2019, principalement lors de discussions en groupes. Les participants ont été sélectionnés selon l'échantillonnage par choix raisonnés*. L'échantillon comprend 25 personnes : trois chefs de salle de périnatalogie, cinq chefs d'équipe de soins aux bébés, deux infirmières et 15 mères. Les données ont été recueillies en trois étapes : la première avec le groupe des parents, la deuxième avec le groupe d'infirmières, la troisième avec les infirmières et les parents. Des données ont aussi été recueillies à partir d'autres sources, telles que l'observation, les notes de terrain et une revue de la littérature.

Les critères d'inclusion principaux pour les mères étaient d'avoir un bébé de faible poids à la naissance (1000 et 2400 grammes), d'allaiter leur bébé en salle de soins à partir d'au moins le deuxième jour de soins.

Les données de cette étude ont été analysées en quatre étapes. La première étape a été le codage qui a permis d'identifier 70 mots-clés. Dans la deuxième étape, ces mots-clés ont servi de base à l'élaboration de concepts, 19 au total. La troisième étape a permis de classer ces concepts par catégories. La quatrième et dernière étape a permis de distinguer quatre catégories principales, pour aboutir à la théorisation dans laquelle le sujet a été expliqué en renforçant la théorie existante.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ont été classés en quatre catégories : l'interaction, la prise de décision, le soutien et les obstacles. Ces catégories forment un modèle d'interactions en forme de triangle (cf. modèle d'interaction en annexe IV). La première interaction est celle entre l'infirmière et le conjoint/la famille, la deuxième celle entre le conjoint/la famille et la mère, la troisième celle entre la mère et l'infirmière. Le

soutien et des obstacles peuvent survenir entre chaque interaction. La prise de décision en matière d'allaitement maternel s'appuie sur l'interaction triangulaire, indiquant que les soins sont centrés sur le nourrisson. Les interactions se composent de trois concepts : la relation qui permet l'interaction entre plusieurs personnes en facilitant le processus de connaissance de l'autre ; la communication qui fait référence aux actes de partage d'informations, l'échange d'informations qui est un élément intégral de la prise de décision. La prise de décision se décompose ensuite en cinq concepts : le choix qui signifie l'existence de plusieurs alternatives disponibles ; la négociation qui est le processus de négociation par le raisonnement commun afin de parvenir à un accord mutuel ; la discussion distribuée qui signifie une discussion dispensée aboutissant à trois voies de discussion (cf. modèle d'interaction), de garantir une option parmi d'autres dont chaque activité dans le processus de décision devrait finalement aboutir au meilleur choix pour la personne concernée et l'engagement, c'est-à-dire que la décision de la mère indique une décision de qualité. Le soutien se compose de quatre concepts : le soutien émotionnel par les proches de la mère ; le soutien informationnel dans lequel la mère reçoit des informations de la part des infirmières ainsi que de ses proches ; le soutien instrumental qui montre la volonté d'aider la mère économiquement ou par le relais des soins de l'enfant ; le soutien des transporteurs, c'est-à-dire les proches qui aident au déplacement lors des rendez-vous à l'hôpital. Les obstacles se composent de sept concepts : les complications du bébé, les difficultés des parents, la production de lait maternel, l'infrastructure, la distance, le financement, le manque de soutien. Cette catégorie se retrouve dans les trois voies d'interaction.

4.3.1 Validité méthodologique

Cette étude a obtenu l'approbation éthique de la part du comité éthique de la recherche en santé de la Faculté de santé publique de l'Université d'Airlangga. L'obtention du consentement oral et/ou écrit des participants n'est pas précisé par les auteurs ; on peut toutefois admettre que les participants à cette étude ont implicitement autorisé la récolte de leurs données. La méthode de l'échantillonnage intentionnel* a été employée afin de représenter le plus exactement possible la population cible, en tenant compte des critères d'inclusion déterminés par les chercheurs. La population de cet échantillon est donc homogène, ce qui rend les résultats représentatifs de la population en question. Les chercheurs ont tiré parti de la stratégie de la triangulation en combinant plusieurs méthodes de collectes de données : les discussions en groupe, l'observation des participants, les notes réalisées sur le terrain. Cette combinaison permet d'augmenter significativement la crédibilité, la fiabilité et la confirmabilité. Les auteurs ne mentionnent

pas de limites auxquelles ils auraient pu être confrontés. La petite taille de l'échantillon (n=25) ne permet toutefois pas de rendre les résultats transférables à une population plus grande, ce qui diminue la validité externe de cette recherche.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche semble pertinente pour la pratique professionnelle des soins infirmiers. Le personnel infirmier peut en effet améliorer la qualité de la prise de décision concernant l'allaitement, en réduisant les obstacles et en optimisant le soutien dans chaque flux d'interaction. D'une part, le métier d'infirmier exige des compétences en communication afin que le message visé soit transmis avec succès. Une mauvaise communication pourrait en effet impacter fortement l'interaction entre les parents et les professionnels de la santé. L'ensemble des processus d'interaction entre ces personnes nécessite une communication adaptée et qui inclut : évaluation, planification, mise en œuvre et appréciation. D'autre part, le personnel infirmier joue un rôle important lors de la prise de décision, ceci en partageant les informations dans un contexte qui corresponde aux connaissances nécessaires et pertinentes dans la situation rencontrée. Il doit par ailleurs être capable de s'adapter aux parents et leur nouveau-né afin de proposer différentes alternatives si nécessaire, tout en maintenant le bébé au centre de la prise en soins.

L'interaction, la communication et l'échange d'informations sont des éléments essentiels dans le domaine des soins infirmiers. Le personnel infirmier a en sa possession des moyens stratégiques pour aider et soutenir les parents lorsqu'ils doivent prendre une décision. C'est pour cette raison que la complémentarité entre les parents et le personnel infirmier est indispensable.

L'Indonésie a un contexte socio-sanitaire relativement éloigné du contexte helvétique, notamment au niveau des infrastructures et de la culture du pays. Cependant, certains éléments de cette recherche semblent applicables à la population suisse, par exemple l'interaction entre la mère, le conjoint et l'infirmière ainsi que les concepts associés tels que le soutien informationnel ou la prise de décision avec diverses possibilités de choix.

4.4 Description de l'étude 4

Hounscome, L., & Dowling, S. (2018). 'The mum has to live with the decision much more than the dad'; a qualitative study of men's perceptions of their influence on breastfeeding decision-making. *International Breastfeeding Journal*, 13.
<https://doi.org/10.1186/s13006-018-0145-1>

Cette recherche phénoménologique* a comme objectif d'examiner la perception que les pères ont de leur influence sur la décision de nourrir leur enfant au lait maternel ou au lait artificiel. Elle étudie les points de vue sur l'allaitement maternel des pères qui en ont discuté avec leur femme et en déterminant si les pères pensent que leur implication dans cette décision est appropriée. Cette étude a été effectuée à Bristol, au Royaume-Uni.

L'échantillon se compose de six britanniques blancs, vivant avec leur partenaire et ayant tous un ou deux enfants pas encore en âge d'être scolarisés. Cinq avaient un emploi rémunéré, le sixième étant parent à plein temps. Bien que la question n'ait pas été posée, l'auteur principal a déduit que certains participants avaient un diplôme et menaient une carrière professionnelle. Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire des centres locaux pour enfants. Le premier auteur a contacté tous les centres afin de parler de l'étude de recherche aux pères des enfants fréquentant ces centres. Il a également assisté à des séances de ces groupes afin d'aborder directement de potentiels participants. Par la même occasion, il a discuté avec des femmes pour qu'elles puissent transmettre les détails de la recherche à leur partenaire. Cinq hommes ont pu ainsi être recrutés par l'intermédiaire de trois centres et grâce à leur partenaire. Le sixième était l'ami d'un de ces cinq hommes. À la suite de cette sélection et de cet échantillonnage dit intentionnel, des entrevues semi-structurées ont été réalisées au domicile des participants, à l'exception d'une rencontre qui s'est déroulée sur un lieu de travail pour des raisons de commodité.

La relecture des textes transcrits a permis d'obtenir une connaissance générale des données. Après une lecture plus approfondie et en utilisant le logiciel NVivo, les codes initiaux ont été ensuite générés. Ces codes ont été regroupés par thèmes qui ont été par la suite interprétés comme suit : le report de la responsabilité sur la mère car c'est son corps qui rend possible la pratique de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel comme pratique normale avec une prise de conscience liée aux normes sociales, les changements d'attitude liés aux expériences de l'allaitement, l'implication dans le rôle parental avec la place du père dans l'éducation des enfants ainsi que les décisions qui

l'accompagnent ; les avantages pour le père lorsque la femme allaite leur enfant, le père n'ayant en effet pas à se réveiller/lever durant la nuit pour le nourrir. Finalement, les participants disent que le choix entre l'allaitement maternel et artificiel n'est pas simple et ils ont conscience des difficultés que les femmes peuvent rencontrer en allaitant ainsi que l'importance de leur soutien pour qu'elles puissent y faire face.

4.4.1 Validité méthodologique

La taille de l'échantillon (n=6) de cette étude et le fait que les participants formaient un groupe homogène ne permettent pas d'obtenir des résultats transférables à une autre population. Toutefois, les auteurs mentionnent que leur stratégie d'échantillonnage n'avait pas pour but de produire des résultats généralisables*, mais de présenter le maximum d'expériences différentes possibles. Ces entretiens, guidés par une série de question, ont été enregistrés et retranscrits pour analyse par le premier auteur. Les deux auteurs ont ensuite discuté des thèmes émergents. Les chercheurs n'ont toutefois pas mentionné si les données récoltées ont été vérifiées auprès des participants lors d'un débriefing, ce qui aurait permis d'augmenter la crédibilité et la validité interne. L'utilisation de centres pour enfants pas encore en âge d'être scolarisés permet d'avoir une stabilité des données dans le temps : l'alimentation des nourrissons était en effet un sujet relativement récent pour les pères, augmentant la fiabilité et la fidélité* des résultats.

Les participants de cette étude ont reçu des fiches d'information concernant les objectifs de l'étude ainsi que des indications sur le consentement, la protection des données et le droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Des vérifications verbales ont également été effectuées avant les entretiens afin de s'assurer que tous les participants avaient bien compris et accepté les démarches. Cette étude a par ailleurs obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université de l'Ouest de l'Angleterre, à Bristol, au Royaume-Uni.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans les pays développés, la responsabilité principale des décisions concernant les enfants, y compris leur alimentation, incombe traditionnellement à la mère. L'introduction de moyens de contraception, les lois sur la discrimination sur le lieu de travail et la montée du féminisme ont permis aux femmes de se retrouver sur un pied d'égalité avec les hommes, bien que cela ne soit pas le cas pour toutes et dans tous les domaines de la vie. Cette recherche permet de réaliser l'importance de l'influence du père sur la mère lors de la décision du choix d'alimentation. De nos jours, on s'attend en effet que les couples

prennent ensemble les décisions concernant leur enfant. C'est pour cette raison que les professionnels de la santé, y compris les infirmières en périnatalité, doivent inclure non seulement la mère mais aussi le père pour réaliser une prise en charge complète et adaptée. De plus, l'avis du père joue un rôle sur l'allaitement maternel : si le père y est favorable, la mère aura un soutien pour réussir à allaiter. Les résultats de cette recherche montrent toutefois que les participants estiment que la décision finale revient à la mère, car c'est son corps qui rend l'allaitement maternel possible. Le personnel infirmier doit donc aider les parents à valoriser la communication, en les incitant à dialoguer, à verbaliser leurs émotions et leurs envies, dans le but d'extérioriser leurs souhaits quant à la décision du choix d'alimentation de leur nouveau-né.

Bien que la validité interne et externe ne soit pas totalement fiable, cette étude reste pertinente pour la pratique professionnelle. L'utilisation des données recueillies dans cette recherche semble envisageable à l'échelle suisse. Il s'agit en particulier du rôle des professionnels de la santé d'intégrer le père dans la prise en charge.

4.5 Description de l'étude 5

Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Millar, S., & Begley, C. (2015). Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*, 31(6), 640-646.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.002>

Cette étude qualitative descriptive* s'est déroulée dans le nord et le sud de l'Irlande où les taux d'initiation à l'allaitement maternel sont les deuxièmes plus bas d'Europe. Cette recherche a pour but d'explorer le point de vue des femmes issues de groupes socio-économiques défavorisés quant à leur choix de nourrir leur enfant avec du lait artificiel et de dégager les facteurs qui pourraient encourager ces femmes à allaiter à l'avenir.

L'échantillon a été tiré de la population de femmes de la phase 2 d'une autre étude irlandaise : *Determinants of Breastfeeding initiation in Ireland* (Gallagher et al., 2015). Des invitations ont été envoyées à toutes les femmes qui répondaient aux critères de sélection et qui avaient indiqué dans le questionnaire de la phase 2 qu'elles seraient disposées à participer à cette nouvelle étude. Les critères d'inclusion étaient : n'avoir jamais allaité un enfant auparavant, avoir l'intention de nourrir son enfant avec du lait artificiel, avoir terminé ses études avant l'âge de 18 ans ou exercer une profession semi-qualifiée ou non-qualifiée. Les chercheurs leur ont distribué une brochure d'information et un formulaire de consentement.

Cet échantillonnage par choix intentionnel a permis de recruter dix femmes pour l'étude, toutes étaient mariées ou vivaient en couple. Deux femmes étaient primipares et les autres avaient entre deux et sept enfants. Les données ont été recueillies par le biais de deux groupes de discussion composés chacun de deux femmes et de six entretiens téléphoniques individuels et semi-structurés. Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite en verbatim. L'analyse thématique s'est faite par plusieurs relectures des données transcrites, par le codage, par la catégorisation et par le développement des thèmes qui ont été regroupés. Ceci a permis d'approfondir les connaissances des chercheurs dans le domaine d'intérêt. Une analyse comparative a été réalisée en continu afin de construire les catégories et les concepts.

Au niveau des résultats, pour ce qui est des principales influences sur l'alimentation des nourrissons, trois thèmes principaux (avec chacun des sous-thèmes, 13 au total) sont ressortis des groupes de discussion et des entretiens : (1) les attitudes personnelles envers les méthodes d'alimentation (engagement à faire des choix, aspect physique de

l'allaitement maternel, importance de l'histoire personnelle, souvenirs sur l'allaitement maternel) ; (2) les influences externes sur les méthodes d'alimentation des nourrissons (influences familiales et amicales, influence des partenaires, perception des attitudes des professionnels de la santé, influences culturelles ; (3) les attitudes futures envers l'alimentation des nourrissons (conseils à donner aux autres femmes, points de vue sur la promotion de l'allaitement maternel). L'étude suggère que les femmes nourrissant leur enfant avec du lait artificiel basent leur décision sur de nombreux facteurs sociaux et expérientiels.

4.5.1 Validité méthodologique

Divers dispositifs assurent le respect des considérations éthiques : l'approbation éthique donnée par le comité d'éthique du Trinity College de Dublin, le consentement de toutes les femmes, l'utilisation de pseudonyme garantissant aux participantes leur anonymat.

Cette recherche contient différentes limites. En premier lieu, la petite taille de l'échantillon (n=10) ne permet pas la transférabilité des données. L'échantillon, constitué uniquement de femmes issues de groupes socio-économiques défavorisés, n'est par ailleurs pas représentatif de la population en général. Ceci ne favorise pas non plus la transmissibilité des résultats. Cependant, le fait que les données recueillies soient comparables à celles d'autres études similaires menées dans d'autres pays augmente leur cohérence. En second lieu, les chercheurs n'ont pas souhaité envoyer les données recueillies aux participantes pour validation. Ceci leur aurait permis, en utilisant la méthode de triangulation, d'augmenter la crédibilité et la rigueur des résultats de leur recherche. Toutefois, les chercheurs déclarent avoir effectué l'analyse selon la lecture et la relecture des données transcrites, avoir exploité les entretiens jusqu'à saturation des données* afin d'éviter une accumulation de répétitions des résultats.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude paraît adéquate pour la pratique professionnelle, bien que la crédibilité et la transmissibilité ne soient pas satisfaisantes au niveau de la pertinence clinique. L'idée que les femmes partagent leur expérience sur les influences quant à l'alimentation de leur nourrisson permet toutefois aux professionnels de la santé de se rendre compte du rôle qu'ils ont lors de la prise en charge des femmes en périnatalité.

Certaines participantes relèvent l'insistance de certains professionnels à promouvoir l'allaitement maternel ce qui a fait augmenter leur stress et leur sentiment de culpabilité.

Cette étude montre donc l'importance de respecter le choix de la mère et de réaliser un accompagnement en fonction de ce choix. Ceci favorise une meilleure prise en charge et permet d'apporter du soutien lorsqu'une mère traverse des difficultés.

Appliquer les résultats de cette étude au contexte suisse semble être partiellement envisageable, les contextes socio-sanitaires des pays européens étant en effet similaires. En revanche, selon GIFA-IBFAN (2020), la Suisse aurait une place de leader en Europe quant à la promotion de l'allaitement, ce qui n'est pas le cas de l'Irlande. Les résultats de cette étude restent toutefois intéressants pour tous les professionnels de la santé afin de mieux connaître les facteurs d'influence.

4.6 Description de l'étude 6

Radzyninski, S., & Callister, L. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of Perinatal Education*, 25, 18-28.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>

Cette étude descriptive qualitative a pour objectif de documenter les perceptions des mères sur le processus de décision concernant l'alimentation du nourrisson, en examinant les croyances, les attitudes et les décisions des mères qui allaitent et de celles qui donnent du lait infantile. Elle s'est déroulée dans un centre médical tertiaire du district de Columbia.

L'échantillon de cette étude se compose de 152 femmes en post-partum qui avaient donné naissance à un enfant à terme et en bonne santé, ceci au cours des 72 dernières heures passées dans ce centre médical. 38% de ces femmes allaitaient exclusivement, 16% utilisaient le lait artificiel et 46% combinaient les deux modes d'alimentation. Les participantes, âgées entre 17 à 39 ans, avaient pour la plupart fait des études secondaires, étaient mariées, travaillaient en dehors du foyer, étaient nées et avaient grandi aux États-Unis. 54% étaient multipares et 46% primipares. Les chercheurs ne décrivent pas le processus de l'échantillonnage.

Les données ont été recueillies par le chercheur principal et un assistant de recherche lors d'entretiens semi-structurés avec les participantes. Ces entretiens ont eu lieu dans la chambre privée des femmes avant leur sortie de l'hôpital. L'échange commençait toujours par une question générale : « Dites-moi pourquoi vous avez décidé d'allaiter ou de donner du lait artificiel ». En fonction des réponses et informations reçues, les chercheurs ont cherché à savoir si la mère avait envisagé l'autre méthode d'alimentation. Les données ont été analysées par l'enquêteur principal. Des catégories ont émergé des données analysées, ont été identifiées et nommées. Ces catégories ont ensuite été réexaminées. Celles présentant des caractéristiques similaires ont été regroupées afin d'obtenir un nombre réduit de catégories. Finalement, les catégories principales identifiées sont : (1) la prise en compte des avantages nutritionnels pour le nourrisson comme le fait de renforcer le système immunitaire, (2) la prise en compte des avantages pour la mère comme la perte de poids, l'involution utérine plus efficace, le lien mère-enfant et le rapport coût-efficacité comme facteurs contribuant à la décision d'allaiter alors que celles qui n'allaitent pas mentionnent la liberté lorsque que l'enfant est pris en charge par une tiers personne, le fait d'éviter les douleurs aux mamelons, (3) l'acquisition de connaissances sur

l'alimentation du nourrisson et (4) la description du soutien personnel et professionnel. Les résultats de cette étude indiquent que les femmes qui décident d'allaiter utilisent un processus décisionnel différent de celles qui décident de donner le biberon.

4.6.1 Validité méthodologique

Les chercheurs ont reçu l'approbation du comité de révision institutionnel avant le début de l'étude, puis le consentement éclairé des personnes qui se sont déclarées prêtes à participer. Les considérations éthiques ont donc été respectées.

Les entretiens ont été enregistrés et transcrits, augmentant la crédibilité des résultats. Les auteurs ne mentionnent pas avoir vérifié les données recueillies auprès des participantes, ce qui aurait permis d'augmenter la rigueur et la validité interne des résultats. Ils indiquent avoir atteint la saturation des données dans chaque catégorie, ce qui évite la redondance des résultats.

Les résultats de cette étude se limitent à l'échantillon, ne sont donc pas transférables tels quels, ce qui diminue la validité externe. Les auteurs ne mentionnent pas les limites rencontrées dans l'étude et ne présentent pas la méthode utilisée pour l'échantillonnage. Un biais de désirabilité sociale pourrait aussi être présent : les mères ont été interrogées en privé dans leur chambre d'hôpital par une personne inconnue. Certaines réponses auraient donc pu être données car le sujet les pensait plus acceptables socialement.

Le fait que les résultats de l'étude confirment des recherches antérieures permet toutefois d'augmenter la fiabilité et la validité externe des résultats, renvoyant à la stabilité des données dans le temps.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les données recueillies de cette étude confirment les recherches précédentes qui indiquent que la prise de décision des mères concernant l'alimentation des nourrissons est multifactorielle : la santé du nouveau-né, la culture, le soutien social/familial, les implications pour la mère et la connaissance de l'alimentation du nourrisson. Cette recherche ajoute toutefois des données concernant les raisons pour lesquelles les mères ont choisi de ne pas s'engager dans des méthodes alternatives d'alimentation infantile, principalement pour la santé du nourrisson. Certaines participantes ont par ailleurs été encouragées à favoriser l'allaitement maternel par les professionnels de la santé, la famille, les amis. Une enquête plus approfondie serait donc nécessaire afin de déterminer

si la mère cherche à faire valider sa décision par quelqu'un ou si les professionnels de la santé ont plus de poids dans le processus de décision.

Cette étude semble pertinente pour la pratique professionnelle car elle permet de repérer les divers facteurs influençant le choix d'alimentation du nourrisson et les processus de décision. Les résultats de cette enquête font ressortir l'importance de faire participer le père à l'offre d'éducation périnatale car il est un soutien important pour la femme. De plus, il est important que les professionnels de la santé soient cohérents dans leurs messages concernant l'alimentation des nourrissons et dans leurs prises en charge, afin d'éviter des comportements contradictoires (par exemple pour l'allaitement maternel : donner une sucette, des compléments de lait artificiel ou même conseiller d'en emporter à la maison). Les mères s'attendent par ailleurs à ce que le personnel de santé ait les connaissances et les compétences nécessaires pour les aider à résoudre les problèmes courants. Les professionnels de la santé devraient donc avoir accès à des formations supplémentaires. Ils doivent prendre en charge le nourrisson, la mère et le père dans leur globalité, du début à la fin, et les accompagner dans toutes les difficultés qu'ils rencontrent en les conseillant et en cherchant avec eux une solution aux éventuels problèmes. En outre, un soutien professionnel continu reste impératif lors de l'accompagnement de la mère. Si celle-ci commence à allaiter, ce soutien est d'autant plus important pour maintenir le lait maternel comme source principale de nutrition pour le nourrisson.

Bien que le contexte socio-sanitaire des États-Unis soit différent de celui de la Suisse, certains éléments semblent applicables au milieu helvétique, par exemple l'utilisation d'un processus de décision du choix d'alimentation. Les avantages liés à l'allaitement, aussi bien pour le nouveau-né que pour la mère, est par ailleurs une notion mondiale.

4.7 Synthèse des principaux résultats

L'analyse des six études a permis de dégager quatre thèmes, en lien avec la question de recherche PICO*, à savoir : le soutien social, les avantages pour le nourrisson, l'expérience antérieure, les obstacles liés à l'allaitement maternel.

Le soutien social : De nombreuses mères ressentent un sentiment de stress face à l'allaitement maternel (Asiodu et al., 2017; Carroll et al., 2015; Radzynski & Callister, 2016). Elles peuvent aussi culpabiliser lorsqu'elles rencontrent des difficultés liées à cette pratique ou lorsqu'elles se tournent vers l'alimentation au lait artificiel, jusqu'à se considérer comme de « mauvaises mères » (Lapierre & Damant, 2012). Ces sentiments peuvent provenir des normes sociales de leur environnement, demandant à une femme d'allaiter son enfant. Les mères mentionnent donc toute l'importance du soutien social, notamment celui du partenaire (Ballesta-Castillejos et al., 2020; Hounsime & Dowling, 2018), de la famille, des amis ou des professionnels de la santé (Carroll et al., 2015; Nikmatur Rohmah¹, 2020; Radzynski & Callister, 2016). Si la mère se sent soutenue par son entourage, elle sera plus encline à débuter la pratique de l'allaitement maternel. Si elle n'est pas encouragée, motivée et accompagnée par ses proches ou par des professionnels, elle sera plus encline à ne pas s'initier à l'allaitement maternel et/ou à abandonner plus rapidement cette pratique. Par conséquent, le soutien social joue un rôle clé dans la décision du choix d'alimentation du nouveau-né. Hounsime & Dowling (2018) suggèrent par ailleurs que le partenaire a un impact sur le choix de la mère, même s'il ne se sent pas légitime de prendre cette décision, étant donné que ce n'est pas son corps. De façon globale, les pères apportent un énorme soutien à leur femme. Selon Ballesta-Castillejos et al. (2020), cela désigne le père comme principal soutien social et comme principal influenceur des décisions de la mère.

Les avantages pour le nourrisson est l'une des principales réponses des parents lorsqu'ils expliquent leur choix (Asiodu et al., 2017; Carroll et al., 2015; Hounsime & Dowling, 2018; Radzynski & Callister, 2016). Dans l'étude de Radzynski & Callister (2016), toutes les participantes qui pratiquent l'allaitement ont indiqué qu'elles le faisaient en raison des bénéfices que le nouveau-né retire du lait maternel. Dans l'étude de Asiodu et al. (2017), les participantes disent aussi avoir pris des décisions basées sur ce qui était le mieux pour leur enfant, de choisir tout ce qu'il y a de plus sain pour leur bébé afin qu'il soit en bonne santé. Bien que les parents semblent au courant des avantages de l'allaitement maternel (Carroll et al., 2015; Hounsime & Dowling, 2018; Radzynski & Callister, 2016), cette pratique peut amener des difficultés et des complications qui inciteront les mères à se tourner vers l'alimentation artificielle malgré leur détermination.

L'expérience antérieure avec l'allaitement maternel : Selon la recherche de Ballesta-Castillejos et al. (2020), les femmes ayant déjà deux ou trois enfants seraient plus susceptibles de prendre la décision d'allaiter lors de la prénatalité. Toujours selon cette étude, les réflexions quant au choix d'alimentation du nourrisson commenceraient avant la grossesse et se termineraient pendant la période prénatale. Lorsqu'une femme a déjà eu une expérience avec l'allaitement maternel, trois études suggèrent que cette expérience peut influencer la prise de décision d'alimentation du nouveau-né (Asiodu et al., 2017; Ballesta-Castillejos et al., 2020; Carroll et al., 2015). Si l'expérience a été positive, la mère serait plus prédisposée à l'allaiter. Si l'expérience a été négative, elle se tournerait plus facilement vers l'alimentation au lait artificiel. L'histoire personnelle et les souvenirs liés à l'allaitement maternel font donc partie des facteurs influençant le choix d'alimentation du nouveau-né (Asiodu et al., 2017; Ballesta-Castillejos et al., 2020; Carroll et al., 2015).

Les obstacles liés à l'allaitement maternel : De nombreuses femmes rencontrent des difficultés en lien avec la pratique de l'allaitement maternel, si bien qu'elles peuvent faire face à de sentiments de stress, de culpabilité et de honte qui les mèneront à un arrêt précoce de l'allaitement (Asiodu et al., 2017; Carroll et al., 2015; Hounscome & Dowling, 2018; Radzynimski & Callister, 2016). Asiodu et al. (2017) rapportent que les obstacles peuvent être liés à une expérience d'allaitement infructueuse, à la supplémentation en lait maternisé, au manque de production de lait et aux problèmes de relation avec une personne importante ou un membre de la famille. Cependant, chaque personne vit ses propres expériences, différentes de celles des autres. Lorsque les mères traversent des difficultés, elles feront probablement face à un manque de motivation et si elles ne se sentent pas soutenues, elles abandonneront plus rapidement l'allaitement maternel (Asiodu et al., 2017; Nikmatur Rohmah¹, 2020).

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

Les deux principaux modes d'alimentation des bébés de moins de six mois sont l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon. Pados et al. (2017) expliquent que l'alimentation est une compétence complexe exigée des nouveau-nés, qui rencontrent donc fréquemment des difficultés à s'alimenter : refus de s'alimenter, irritabilité, difficulté à prendre le sein ou le biberon, tétées prolongées, toux, étouffement. Les mères pratiquant l'allaitement maternel en connaissent en général les avantages, notamment la réduction de l'obésité, la prévention de maladies et d'affections ainsi qu'un meilleur développement cognitif de leur enfant (Majee et al., 2017).

Au moment de faire un choix quant à l'alimentation du nouveau-né, différents facteurs peuvent influencer la décision des femmes, tels que le rapport socio-économique, la perte d'intimité, l'esthétique, l'estime de soi, les injonctions du corps médical, une communication non adaptée (Capponi & Roland 2013). Les influences externes (société, culture, médias, services de santé, famille) peuvent également impacter le choix de l'alimentation (Kotowski et al., 2020). Selon Nelson (2012), les femmes font face à deux processus lors de la prise de décision en matière d'alimentation de l'enfant : celui du choix personnel et celui de la défense de cette décision, ne se sentant pas toujours légitimes de leur acte.

Sur la base des observations réalisées, Hakimi et al. (2018) ont pu déduire que les femmes sembleraient avoir une certaine réticence à l'égard de l'allaitement maternel exclusif. Nelson (2012) indique que lorsque les mères introduisent du lait artificiel ou ont des attentes non satisfaites en matière d'allaitement, elles seront plus susceptibles d'exprimer leur échec et leur culpabilité. Ces sentiments sont associés à leur incapacité à allaiter (Brodrigg et al., 2010). Nelson (2012) mentionne par ailleurs que certaines mères révèlent être inquiètes et gênées lors de l'allaitement en public, considérant cette pratique comme une action privée. Nelson (2012) rappelle également que le niveau de confiance en elle et d'engagement est un facteur important qui influence les femmes durant les premiers jours d'alimentation du nourrisson. De plus, l'expérience d'un allaitement maternel antérieur peut influencer de manière positive ou négative sur la confiance en soi. Selon Capponi & Roland (2013), le terme « allaitement » ne devrait pas avoir de connotations positives ou négatives afin de permettre un environnement où la femme pourrait faire un vrai choix.

Lors de l'allaitement maternel, certaines mères doutent de leur approvisionnement en lait et sont inquiètes de ne pas pouvoir visualiser la quantité que le nourrisson a consommée (Brown et al., 2011). Pour remédier à ces problèmes, Pados et al. (2017) notent qu'il existe un outil d'évaluation (neoneAt) qui sert à déterminer si les difficultés d'alimentation d'un nourrisson nécessitent une orientation vers un spécialiste et qui permet d'évaluer l'efficacité des interventions en matière d'alimentation. Cet outil peut être utilisé pour les nourrissons de la naissance à sept mois et pour les deux méthodes d'alimentation, c'est-à-dire l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon.

Nelson (2012) rappelle qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé soutiennent les femmes dans leur prise de décision concernant l'alimentation de leur nouveau-né, en respectant leur droit à l'autodétermination. Un soutien de qualité dès le début de l'allaitement maternel permettrait d'augmenter la confiance de la mère. Capponi & Roland (2013) le décrivent ainsi : « Le soutien s'inscrit dans un cadre contenant et bienveillant avec une vraie présence, accueillant les doutes, les émotions et les contradictions et en s'abstenant de donner des indications systématiques à partir d'un savoir professionnel. »

Brown et al. (2011) et Nelson (2012) mentionnent un autre élément à approfondir : l'influence des professionnels, jouant un rôle important dans la durée de l'allaitement. Les professionnels de la santé qui soutiennent les parents sont en effet confrontés aux diverses décisions concernant l'alimentation du nouveau-né (Kotowski et al., 2020). Selon Brodribb et al. (2010), les professionnels de la santé devraient paraître sans jugement et impartiaux afin de ne pas influencer le processus de décision de la mère au-delà de l'apport d'informations. C'est pour cette raison que Capponi & Roland (2013) expliquent que les professionnels de la santé doivent accompagner dans la subjectivité concernant le choix de la personne et pas simplement donner des informations automatiques à partir d'un savoir professionnel. Finalement, selon Brown et al. (2011), même si les capacités et la volonté des professionnels sont fortes, les contraintes de temps et le manque de personnel sont des obstacles à l'accompagnement de l'allaitement et empêchent un soutien efficace.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Toutes les études analysées dans cette revue de la littérature se conforment aux normes éthiques. La majorité d'entre elles ont réalisé des enregistrements et des notes de terrains lors des entretiens, permettant d'augmenter la crédibilité des données (Asiodu et al., 2017; Hounsone & Dowling, 2018; Nikmatur Rohmah1, 2020; Radzyninski & Callister, 2016). Deux études (Asiodu et al., 2017; Hounsone & Dowling, 2018) ont vérifié les

résultats obtenus auprès des participants, ce qui permet d'augmenter leur validité interne et la crédibilité des résultats. Deux études (Asiodu et al., 2017; Nikmatur Rohmah et al., 2020) ont utilisé la méthode de triangulation de données qui augmente la fiabilité, la crédibilité et la confirmabilité des résultats. L'étude quantitative (Ballesta-Castillejos et al., 2020) apporte par ailleurs une cohérence interne à ce travail, étant donné que ses résultats sont similaires à ceux des recherches antérieures, permettant aussi d'augmenter la validité externe. Finalement, deux études (Carroll et al., 2015; Radzyninski & Callister, 2016) ont atteint la saturation des données qui permet d'éviter une redondance au niveau des résultats.

Les études présentent quelques limites. Elles ont pour la plupart un faible niveau de preuves scientifiques. Cinq d'entre elles (Asiodu et al., 2017; Carroll et al., 2015; Hounsone & Dowling, 2018; Nikmatur Rohmah et al., 2020; Radzyninski & Callister, 2016) disposent d'un échantillon de petite taille qui ne permet pas de rendre les résultats transférables et qui diminue leur validité externe. Deux études (Asiodu et al., 2017; Carroll et al., 2015) mentionnent la non-représentativité de l'échantillon lié au manque de diversité de la population étudiée, ce qui ne permet pas la transmissibilité des résultats. Cependant, si le but de ces recherches était de répertorier le plus d'expériences possibles, cela rendrait la transférabilité moins importante. Deux études (Carroll et al., 2015; Radzyninski & Callister, 2016) n'ont pas utilisé la vérification des données auprès des participants, ce qui aurait permis d'augmenter la rigueur et la validité interne de leurs résultats. Finalement, le biais de désirabilité sociale a été cité dans une seule étude (Radzyninski & Callister, 2016). Il est probable que ce biais soit présent dans les six études, étant donné que l'allaitement reste un sujet sensible dans la société.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Seules six études ont été analysées, ce qui réduit les capacités de recherche. Le thème de cette recherche concerne d'autres disciplines (médecins, sages-femmes par exemple), mais les études sélectionnées devaient être de la discipline infirmière. Cela a donc restreint la sélection d'études sur les bases de données, éliminant des études pertinentes sur le sujet, mais provenant d'autres domaines. Les études analysées mentionnent également quelques limites qui diminuent la validité et la crédibilité des résultats. Elles sont toutefois récentes (publiées entre 2015 à 2020), ce qui permet d'apporter des résultats actuels.

6 Conclusions

Cette revue de la littérature a permis de mettre en lumière divers facteurs pouvant influencer la mère et le père lors de la décision du mode d'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel versus allaitement artificiel). L'analyse des différents articles fait ressortir quelques besoins d'amélioration dans la prise en charge par les professionnels de la santé. Ils vont être explicités ci-dessous.

6.1 Propositions pour la pratique

Comme l'explique Nelson (2012), les problèmes fréquents liés à l'allaitement maternel devraient être expliqués lors des entretiens en prénatalité afin que les mères puissent avoir des attentes réalistes et d'éventuelles solutions en cas de difficultés (douleurs, incompatibilité avec le mode de vie, inconfort lié cette pratique, etc.). Le fait que les femmes soient conscientes des risques et des difficultés de l'allaitement maternel leur permettrait probablement de diminuer les sentiments de stress et de culpabilité.

Les professionnels de la santé devraient présenter aux mères les différences entre le lait maternel et les autres types de lait de façon factuelle et objective, afin qu'elles puissent acquérir les connaissances nécessaires sur l'alimentation des nouveau-nés et prendre leur décision en conséquence (Obeng, 2019). L'influence que peuvent exercer les professionnels de la santé (en particulier le personnel infirmier) est toutefois apparue dans diverses études (Brown et al., 2011; Carroll et al., 2015; Majee et al., 2017; Nelson, 2012; Obeng, 2019; Radzynski & Callister, 2016). C'est pour cette raison que les éléments présentés à ce type de séance devraient l'être en toute impartialité, afin de ne pas favoriser spécialement un type d'alimentation.

En milieu hospitalier, l'assistance à l'allaitement devrait commencer dans l'unité de travail, immédiatement après la naissance de l'enfant, afin d'obtenir une aide pratique et un soutien émotionnel (Brown et al., 2011; Nelson, 2012). Hakimi et al. (2018) rappellent que ce service devrait se poursuivre lors de la sortie de l'hôpital, avec des prestataires de soins comme des infirmières en santé publique. Obeng (2019) propose de mettre sur pied des programmes se basant sur un modèle de proximité afin que les mères puissent se sentir plus soutenues. Ce type d'alternatives a pour but de promouvoir la santé et le bien-être de toute la famille. Hakimi et al. (2018) suggèrent d'inclure le père lors de ces visites à domicile afin de lui apporter des conseils sur la manière de participer au processus d'allaitement.

Brown et al. (2011) rappellent que les professionnels de la santé devraient être bien informés afin de se sentir prêts à soutenir les nouvelles mères. Ils doivent ainsi trouver des moyens de les accompagner dans le processus personnel de décision concernant l'alimentation, tout en les aidant à gérer leurs inquiétudes. Aguiarde Oliveira et al. (2015) notent que l'accompagnement du personnel infirmier est important dans la gestion de l'allaitement. C'est pour cette raison qu'une formation continue, comme le cours *Infant young child feeding counselling* (WHO & UNICEF, 2006), serait bénéfique pour les professionnels de la santé afin de leur permettre d'accompagner au mieux les couples. Cette formation, donnée sur cinq jours, a en effet comme objectif d'apporter les compétences nécessaires aux professionnels ou non-professionnels afin qu'ils puissent donner des conseils efficaces en matière d'allaitement, d'alimentation complémentaire, d'alimentation aux nourrissons pour les mères séropositives. Aguiarde Oliveira et al. (2015) mentionnent le label de qualité IHAB attribué aux hôpitaux sous certaines conditions, notamment le respect de dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Les hôpitaux qui veulent acquérir ce label doivent également s'assurer que leur personnel de santé ait une formation initiale et continue sur l'alimentation du nouveau-né. Il est essentiel de promouvoir ce label à travers le monde pour modifier les pratiques d'allaitement. Nelson (2012) rappelle qu'un travail en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour fournir des soins de santé intégraux aux couples et aux nourrissons. Un soutien individualisé contribuerait par ailleurs à accroître la confiance des femmes ainsi qu'à promouvoir l'exclusivité et la durée de l'allaitement maternel.

6.2 Propositions pour la formation

Les professionnels de la santé, en particulier le personnel infirmier, ont un grand rôle à jouer dans la décision du choix d'alimentation du nourrisson. Des connaissances plus complètes et une prise de conscience de leurs propres représentations de l'allaitement leur permettraient de mieux prendre en charge ces patientes.

Lors de la formation Bachelor en soins infirmiers à la HES-SO Valais-Wallis, un cours centré sur la grossesse, l'accouchement, le post-partum et l'allaitement est dispensé dans le module de pédiatrie. Ce cours pourrait inclure davantage de notions (par exemple sur la pression et la culpabilité qu'engendre le rôle de parent), plus d'informations sur la formation continue proposée par WHO & UNICEF (2006) et les associations existantes comme *La Leche League Suisse* (s. d.), *Promotion allaitement maternel Suisse* (s. d.), *Association Genevoise Pour l'Alimentation Infantile (GIFA)* et *Bureau de Liaison International Du Réseau (IBFAN)* (s. d.).

En Suisse, les professionnels de la santé ont la possibilité d'obtenir un Certificate of Advanced Studies (CAS) dans divers domaines. Aucune formation continue sur la maternité ou l'allaitement n'est toutefois disponible pour les soins infirmiers. Il serait très utile de mettre sur pied une telle formation. Il est important de noter que l'hôpital du Valais propose le passage de consultantes en lactation ainsi que des contrôles à domicile par des sages-femmes pour évaluer la situation globale. Il n'est toutefois pas certifié avec le label IHAB (UNICEF, 2021).

L'importance du rôle et du soutien du partenaire lors de la périnatalité est un autre thème qui est apparu à plusieurs reprises dans cette revue de la littérature. Les professionnels de la santé se doivent donc d'intégrer au maximum le compagnon de la mère dans les rendez-vous médicaux ainsi qu'aux cours de préparation à la naissance. De cette manière, la mère se sentira encouragée et pourra également identifier les représentations des partenaires (Hôpital de Sion, s. d.).

Cette revue de la littérature a également révélé que la société incite fortement les femmes à pratiquer l'allaitement maternel. En cas d'échec, de difficultés ou simplement de souhait de se tourner vers l'alimentation artificielle, elles peuvent se sentir honteuses et coupables à cause de ces injonctions sociétales. Le rôle des professionnels de la santé, notamment celui du personnel infirmier, est de pratiquer une écoute active, d'utiliser une communication verbale et non-verbale adaptée, d'agir avec respect et dans le non-jugement, tout en apportant leur soutien aux couples. En Valais, dans le cadre de la formation Bachelor en soins infirmiers, des cours sont dispensés sur ces matières qui semblent être fondamentales pour la profession.

6.3 Propositions pour la recherche

Il serait pertinent de s'intéresser aux bénéfices que pourrait avoir un enseignement sur les différents types d'alimentation, notamment le lait maternel et le lait artificiel, ceci pour les femmes attendant un enfant. Une telle recherche aurait pour but de voir si les mères ressentent moins de culpabilité après la prise de décision du type d'alimentation du nouveau-né.

Le partenaire étant un soutien nécessaire et essentiel dans le quotidien de la femme, il serait judicieux d'approfondir les recherches sur les connaissances, sur les représentations ou préconstruits, sur l'influence du milieu culturel pour le choix de l'alimentation du nouveau-né ainsi que sur les opinions des pères dans la décision du choix d'alimentation de nourrisson.

7 Références bibliographiques

Aguiarde Oliveira, S., Chefferda Rosa, E., das Graças Mosele, P., Maltauro Flaresso, S., Zamberlan Amorim, N. E., & Ide Fujinaga, C. (2015). Perceptions of the Nursing Staff Regarding Alternative Feeding Methods Used for Newborns in Rooming-In. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 14(1), 855-860. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.19058>

Allaiter—Pour bien démarrer dans la vie. (s. d.). Consulté 6 mai 2021, à l'adresse https://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/archive/document/Stillbroschuere/Stillbroschuer_e_fr.pdf

Asiodu, I. V., Waters, C. M., Dailey, D. E., & Lyndon, A. (2017a). Infant Feeding Decision-Making and the Influences of Social Support Persons Among First-Time African American Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 863-872. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2167-x>

Asiodu, I. V., Waters, C. M., Dailey, D. E., & Lyndon, A. (2017b). Infant Feeding Decision-Making and the Influences of Social Support Persons among First-Time African American Mothers. *Maternal and child health journal*, 21(4), 863-872. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2167-x>

Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile (GIFA) et Bureau de Liaison International du Réseau (IBFAN). (s. d.). GIFA. Consulté 4 mai 2021, à l'adresse <https://www.gifa.org/a-propos/association/>

Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>

Beaudry, M., Chiasson, S., & Lauzière, J. (2006). *Biologie de l'allaitement : Le sein, le lait, le geste.* Presses de l'Université du Québec.

Belli, D., Braegger, C., Lauener, R., Fischer-Fumeaux, C., Laimbacher, J., &

Spalinger, J. (2017). *Recommandations pour l'alimentation des nourrissons*. Swiss Society of Paediatrics.

Boscher, C., Boudault, S., & Hamdan, J. (2017). *L'allaitement, 100 questions/réponses* (ellipses).

Brodribb, W., Fallon, T., Jackson, C., & Hegney, D. (2010). Attitudes to infant feeding decision-making—A mixed-methods study of Australian medical students and GP registrars. *Breastfeeding Review*, 18(1), 5-13.

Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: A comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1993-2003. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05647.x>

Camus, G. (2020). *L'allaitement maternel*.

Capponi, I., & Roland, F. (2013). Allaitement maternel : Liberté individuelle sous influences. *Devenir*, Vol. 25(2), 117-136.

Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Millar, S., & Begley, C. (2015). Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*, 31(6), 640-646. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.002>

Davanzo, R. (2018). Controversies in Breastfeeding. *Frontiers in Pediatrics*, 6. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00278>

Davies, B., Coutu-Wakulczyk, G., & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche : Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. Mosby Elsevier.

Dratva, J., Gross, K., Späth, A., & Zemp Stutz, E. (2014). *SWIFS*. Swiss TPH. <https://www.swisstph.ch/en/projects/swifs/>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

Gallagher, L., Begley, C., & Clarke, M. (2015). Determinants of breastfeeding initiation in Ireland. *Irish journal of medical science*, 185. <https://doi.org/10.1007/s11845->

015-1333-2

Gedda, M. (2015). *Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses*. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

GIFA & IBFAN. (2020a). *Malgré les apparences, la Suisse n'offre pas un contexte très favorable à l'allaitement, avec une application très restreinte du Code International et des conditions cadres méritant amélioration*. GIFA & IBFAN. <https://www.gifa.org/suisse/>

GIFA & IBFAN. (2020b, mars 10). *Suisse*. GIFA. <https://www.gifa.org/suisse/>

Hakimi, S., Danawi, H., & Ruggles, J. (2018). Views of Breastfeeding Versus Bottle Feeding among Middle Eastern and Caucasian Women in Ontario, Canada. *International Journal of Childbirth Education*, 33(4), 10-13.

Hôpital de Sion. (s. d.). *Cours de préparation à la naissance*. 2.

Hounscome, L., & Dowling, S. (2018). 'The mum has to live with the decision much more than the dad'; a qualitative study of men's perceptions of their influence on breastfeeding decision-making. *International Breastfeeding Journal*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0145-1>

HUG. (2019). *L'alimentation du nourrisson et du petit enfant*. <https://www.hug.ch/sante-votre-enfant/alimentation-du-nourrisson-du-petit-enfant>

Jaquet, M., & Pralong, S. (2012). *L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie*. Société Suisse de Nutrition.

Jessica Salamin. (2018). Allaitement : Conseils pratiques et accompagnement à l'Hôpital. *Le blog de l'Hôpital du Valais*. <https://blog.hopitalvs.ch/allaitement-conseils-accompagnement/>

Kotowski, J., Fowler, C., Hourigan, C., & Orr, F. (2020). Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review. *Maternal & Child Nutrition*. <https://doi.org/10.1111/mcn.12939>

Krtolitz, E., & Rosenblum, O. (2015). Allaiter ou non : Une simple question de choix ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(1), 17-22.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.08.002>

La Leche League Suisse. (s. d.). Consulté 4 mai 2021, à l'adresse <https://lalecheleague.ch/fr/>

Lapierre, S., & Damant, D. (Éds.). (2012). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*. Presses de l'Université du Québec.

Le rapport WBTi Swiss. (2020). WBTi Swiss - Audit des politiques d'allaitement. <https://wbti-swiss-fr.jimdofree.com/wbti-suisse/rapport-wbti-suisse-2020/>

Majee, W., Thullen, M. J., Davis, A. N., & Sethi, T. K. (2017). Influences on Infant Feeding: Perceptions of Mother-Father Parent Dyads. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(5), 289-294. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000357>

Marieb, E. N., Hoehn, K., Moussakova, L., & Lachaine, R. (2015). *Anatomie et physiologie humaines*. Pearson.

Nelson, A. (2012). A Meta-Synthesis Related to Infant Feeding Decision Making. *Mcn, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(4), 247-252. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31824fde7d>

Nikmatur Rohmah¹, 2. (2020). Triangular Interaction of Decision Making for Breastfeeding a New Infant-Centered Care Model. *Medico Legal Update*, 20(4), 378-382. <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i4.1840>

Nussbaumer, S. (2016). *L'alimentation du nourrisson*. 8.

Oatley, K. (2018). *Our minds, our selves: A brief history of psychology*. Princeton University Press.

Obeng, C. S. (2019). The impact of breastfeeding lessons about the differences between human milk and non-human milk on expectant mothers' decisions to breastfeed. *International Journal of Child Health & Human Development*, 12(2), 121-127.

OMS. (2017). *10 faits sur l'allaitement maternel*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>

OMS. (2020a). *Allaitement maternel*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/

OMS. (2020b). *Démarrage précoce de l'allaitement maternel*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/fr/

OMS. (2020c). *Nouveaux outils de l'OMS pour aider les professionnels de santé à promouvoir l'allaitement maternel en Europe*. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2020/8/new-who-tools-to-support-health-care-workers-promoting-breastfeeding-in-europe>

OMS. (2020d). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy_iycf/fr/

OMS. (2021). *Alimentation des nourrissons pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/elena/titles/hiv_infant_feeding/fr/

Otmani, C., Ibanez, G., Chastang, J., Hommey, N., Cadwallader, J. S., Magnier, A. M., & Hadji, S. (2016). Rôle de l'entourage maternel dans l'initiation de l'allaitement. *Santé publique : revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action*, 27(6), 785-795. <https://doi.org/10.3917/spub.156.0785>

Pados, B. F., Estrem, H. H., Thoyre, S. M., Park, J., & McComish, C. (2017). The Neonatal Eating Assessment Tool: Development and Content Validation. *Neonatal Network*, 36(6), 359-367. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.6.359>

Promotion allaitement maternel Suisse. (s. d.). Consulté 4 mai 2021, à l'adresse https://www.allaiter.ch/logicio/pmws/stillen__aktuell_6__fr.html

Radzynski, S., & Callister, L. (2016a). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of Perinatal Education*, 25, 18-28. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>

Radzynski, S., & Callister, L. C. (2016b). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of Perinatal Education*, 25(1), 18-28. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>

Royal College of Midwives. (2003). *Pour un allaitement réussi : Physiologie de la*

lactation et soutien aux mères. Masson.

SickKids. (2009, septembre). *Attachement*.
<https://www.aboutkidshealth.ca:443/fr/article?contentid=502&language=French>

Thirion, M., & Schaeffer, C. (2014). *L'allaitement : De la naissance au sevrage*.

UNICEF. (2015). *Nourrir son bébé au biberon*. unicef.ch.
<https://www.unicef.ch/fr/lunicef/actuel/nouvelles/2015-10-26/nourrir-son-bebe-au-biberon-guide-pratique>

UNICEF. (2021). *Hôpital ami des bébés*. unicef.ch. <https://www.unicef.ch/fr/notre-travail/suisse-liechtenstein/hopital-amis-des-bebes>

UNICEF & WHO. (2018). *Capture the moment : Early initiation of breastfeeding : the best start for every newborn*. https://www.unicef.org/publications/index_102949.html

Walburg, V., Goehlich, M., Conquet, M., Callahan, S., Schölmerich, A., & Chabrol, H. (2007). Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : Motivation, choix et prise de décision. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 20(5), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2007.06.003>

WHO & UNICEF. (2006). *Infant young child feeding counselling : An integrated course*. WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/>

World Breastfeeding Trends Initiative. (2020). WBTi Swiss - Audit des politiques d'allaitement. <https://wbti-swiss-fr.jimdofree.com/présentation-de-la-wbti/>

8 Annexes

Annexe I : Glossaire méthodologique

La plupart des termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de (Fortin & Gagnon, 2016). Lorsque ce n'est pas le cas, la référence est entre parenthèses à la fin de la définition.

Alpha de Cronbach (α) : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. (p.296)

Analyse de régression : Technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante toutes deux quantitatives. (p.497)

Analyse de variance (ANOVA) : Un test statistique visant à comparer les différences entre les scores moyens de deux groupes ou plus en comparant la variabilité entre les groupes et à l'intérieur de chacun des groupes. (Davies et al., 2011, p. 39)

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. (p.497)

Biais d'échantillonnage : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population. (p.262)

Biais d'information ou de mesure : Les influences qui affectent comment les données sont collectées et codifiées. (Davies et al., 2011, p. 39)

Biais de sélection : Les influences affectant la méthode de sélection des participants ou l'assignation aux groupes étudiés. (Davies et al., 2011, p. 39)

Codage qualitatif : Processus par lequel des symboles ou des mots clés sont attribués à des segments de phrases de manière à en dégager des thèmes et des modèles. (p.497)

Cohérence interne : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure. (p.296)

Confirmabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et leur interprétation. (p.498)

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu. (p.498)

Crédibilité : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée. (p.498)

Devis de recherche qualitatif : Arrangement des conditions entourant la collecte et l'analyse des données au regard du but de l'étude. (p.499)

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. (p.499)

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. (p.499)

Échantillonnage de commodité ou accidentel : Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis. (p.499)

Échantillonnage intentionnel ou par choix raisonné : Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population de l'étude. (p.499)

Échantillonnage non-probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. (p.499)

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. (p.500)

Entrevue semi-dirigée : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. (p.500)

Éthique de la recherche : Ensemble de principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche. (p.500)

Ethnographie : Méthodologie visant à comprendre les modes de vie de groupes appartenant à des cultures différentes. (p.500)

Étude descriptive qualitative : Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière. (p.500)

Étude observationnelle transversale : Un devis de recherche qui met l'accent sur l'étude en profondeur de populations spécifiques (souvent petites) ou des événements bien définis et circonscrits dans le temps. (Davies et al., 2011, p. 40)

Fiabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions. (p.501)

Fidélité : Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure. (p.501)

Formule PICO : Processus par lequel des questions cliniques sont formulées de manière à orienter la recherche d'information vers les sources les plus appropriées. P = Population ; I = Intervention ; C = Comparaison ; O = Résultat (outcomes). (p.501)

Généralisabilité : Degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population. (p.501)

Intervalle de confiance (IC) : Une fourchette de valeurs à l'intérieur de laquelle la vraie valeur attendue sera incluse. (Davies et al., 2011, p. 41)

Odds Ratios (aOR) ou risque relatif (RR) : Le rapport de la probabilité du risque d'un résultat dans un groupe comparé à la probabilité du risque dans un autre groupe. (Davies et al., 2011, p. 42)

Opérateurs booléens ou logiques : Termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire. (p.502)

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. (p.502)

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps. (p.502)

Phénoménologie descriptive : Méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène. (p.502)

Question de recherche qualitative : Énoncé interrogatif explorant une expérience, un phénomène ou un processus qui fera l'objet d'une investigation empirique auprès d'un groupe de participants. (p.503)

Recherche quantitative : L'investigation d'un phénomène à l'aide de mesures précises pour générer des données soumises aux analyses statistiques. (Davies et al., 2011, p. 42)

Régression logistique : Procédure de régression qui permet d'analyser des relations entre plusieurs variables indépendantes catégorielles et une variable dépendante catégorielle et qui remplace la régression linéaire en présence d'une variable dépendante dichotomique. (p.504)

Régression multiple : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables dépendantes (X_1, X_2, \dots). (p.504)

Saturation des données : Moment de la collecte de données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène de l'étude. (p.504)

Signification statistique : Expression qui indique que les résultats d'une analyse ne découlent vraisemblablement pas de la chance à un seuil de signification déterminé. (p.504)

Source primaire : Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même. (p.504)

Tableau de contingence : Tableau de fréquences dans lequel la répartition des données est présentée dans des cellules en fonction d'au moins une variable nominale. (p.403)

Test du khi-deux (χ^2) : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. (p.504)

Théorisation enracinée : Méthodologie visant à décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers et la manière dont les personnes y font face dans le but de générer une proposition théorique des phénomènes sociaux. (p.505)

Transférabilité : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation. (p.505)

Triangulation : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un phénomène. (p.505)

Valeur p : Validité qui tente d'établir qu'une mesure actuelle sera un prédicteur valide d'un résultat futur. (p.505)

Validité externe : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés. (p.505)

Validité interne : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante. (p.505)

Variable : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs. (p.505)

Variable catégorielle : Variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe. (p.505)

Variable dépendante : Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci. (p.505)

Variable indépendante : Variable qui peut expliquer la variable dépendante et qui risque d'influer sur les résultats d'une étude. (p.505)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Étude 1 : Asiodu, I. V., Waters, C. M., Dailey, D. E., & Lyndon, A. (2017). Infant Feeding Decision-Making and the Influences of Social Support Persons among First-Time African American Mothers. *Maternal and child health journal*, 21(4), 863-872. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2167-x>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude ethnographique critique longitudinale. Niveau de preuve Niveau IV Paradigme Interprétatif*	<p>22 participants dont 14 femmes enceintes et huit personnes de soutien. L'âge des femmes enceintes variait de 21 à 36 ans. La moitié des participantes étaient mariées ou en couple. La plupart étaient diplômées de l'enseignement secondaire et avaient un emploi. La majorité des participantes ont reçu des soins prénataux au cours du premier trimestre.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage par choix raisonné, non-probabiliste*. Les participants ont été recrutés dans des programmes de santé publique et des organisations communautaires du nord de la Californie.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>1^{ère} grossesse, auto-identification en tant qu'Afro-Américaine, l'âge de 18 ans ou plus et la connaissance de l'anglais.</p>	Description des processus décisionnels des mères afro-américaines en matière d'alimentation du nourrisson et analyse des influences des personnes de soutien sur ces processus.	Mères afro-américaines, Soutien social, Allaitement maternel, Alimentation combinée, Ethnographie, Alimentation des nourrissons, Messagerie, Recherche qualitative.	<p>Des entretiens semi-structurés et ouverts ont eu lieu au domicile des participants, dans des organisations communautaires ou dans des cafés. Ceux-ci ont été enregistrés en audio et transcrits mot à mot. Les participants ont été interrogés séparément afin d'obtenir leurs points de vue. De plus, 25 heures d'observation sur le terrain ont eu lieu pendant la période périnatale mais également dans les organisations communautaires et au domicile des participantes. Le but étant de se concentrer sur les environnements physiques, sociaux et émotionnels entourant les femmes afro-américaines.</p> <p>Éthique</p> <p>Les participants ont fourni un consentement signé avant la collecte des données. Le consentement verbal a été obtenu pour les observations.</p>	<p>Une approche analytique des données théoriques et latentes a été utilisée pour identifier les thèmes : Les transcriptions ont été examinées pour leur exactitude et codées. Les codes initiaux ont été regroupés en catégories qui ont été formées en thèmes. La validation des membres était utilisée pour confirmer les résultats. Des notes de réflexion et de terrain, des cartes thématiques ont été utilisées pour organiser et décrire les processus décisionnels des participants en matière d'alimentation des nourrissons. De plus, des cartes de situation ont été utilisées pour illustrer les éléments humains et non-humains qui influencent les processus décisionnels des mères afro-américaines ainsi que les facteurs et les environnements qui ont eu un impact sur le climat de l'allaitement.</p>	<p>Sept participantes enceintes avaient l'intention d'allaiter exclusivement au sein, Six participantes avaient l'intention de pratiquer l'alimentation combinée. Six personnes de soutien souhaitaient que leur conjointe enceinte allaite exclusivement. Les principaux thèmes présentés sont le meilleur pour le bébé ; la normalisation et les modèles de rôle ; le soutien social ; la fluidité des relations sociales et la résilience ; la recherche de soutien et d'autonomie ; l'alimentation combinée ; le stress, la honte et la culpabilité.</p> <p>Conclusions</p> <p>Il est important de comprendre les obstacles associés aux faibles taux d'allaitement maternel dans la communauté afro-américaine. Elle devrait bénéficier d'intervention misant sur les systèmes de soutien social. Du temps devrait être utilisé pour discuter des effets de l'alimentation combinée ou à préparer les mères à la possibilité d'une supplémentation en lait maternisé afin de les aider à surmonter les sentiments de culpabilité lorsque les tentatives d'allaitement exclusif échouent.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les résultats ne sont pas généralisables en lien avec le nombre de participants (22) et de leurs similarités (même milieux socio-économiques et géographiques).</p>

Étude 2 : Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>.

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude observationnelle transversale	Le nombre total de participantes étaient de 5671. Femmes ayant accouché entre 2013 et 2018.	Identifier les facteurs qui peuvent influencer la décision à allaiter.	Allaitement, Soutien des partenaires, Décision d'allaiter, Internet, Sage-femme.	Un questionnaire en ligne anonyme a été distribué aux associations d'allaitement et aux groupes post-partum. Ce dernier a été rempli après la naissance. Le questionnaire était composé de 22 items (cinq questions oui/non, 16 questions de type Likert et une question ouverte) sur les variables sociodémographiques, les variables obstétriques, les influences sur la décision d'allaiter et les motivations pour décider du type d'allaitement. L'alpha de Cronbach a été déterminé à la fois pour la variable « influences externes » avec 0,80 et pour la variable principale « raison de l'allaitement », celui-ci était de 0,74.	Les données ont été analysées de manière descriptive en utilisant des fréquences absolues et relatives pour les variables catégorielles. Une analyse du chi carré a été faite entre les variables sociodémographiques et cliniques et la décision prénatale de la mère d'allaiter. Une analyse multivariée avec régression logistique binaire a été effectuée pour calculer l'Odds Ratios. La principale variable était « l'intention d'allaiter ». Une analyse bivariée a été effectuée pour déterminer les facteurs associés à l'intention d'allaiter. Cinq facteurs significatifs ont été identifiés.	Finalement, cinq facteurs significatifs associés à la décision prénatale de la mère d'allaiter ont été identifiés : avoir fréquenté l'école maternelle (aOR 2,10 ; IC 95% 1,32 – 3,34) , avoir deux (aOR 0,52 ; IC 95% 0,28 – 0,99) et trois enfants (aOR 0,24 ; IC 95% 0,10 – 0,59), expérience antérieure d'allaitement (aOR 6,99 ; IC 95% 3,46 – 14,10), soutien du partenaire (aOR 1,58 ; IC 95% 1,09 – 2,28) et avoir un problème de santé pendant la grossesse (aOR 0,62 ; IC 95% 0,43 – 0,91%). De plus, l'intention d'allaiter s'est avérée être statistiquement liée à l'âge de la mère (p = 0,043), à sa nationalité (p = 0,024), à son éducation (p = 0,002), au nombre d'enfants (p = 0,003), l'allaitement avec les enfants précédents (p < 0,001), la perception de la mère du soutien de son partenaire dans la décision d'allaiter (p = 0,003) et la perception de la mère des professionnels qui la soutiennent dans la décision d'allaiter (p = 0,018).
Niveau de preuve	Échantillonnage de commodité, non-probabiliste. Pour le recrutement de l'échantillon, les associations d'allaitement des différentes provinces espagnoles ont été contactées par e-mail et celles-ci étaient chargées de diffuser le questionnaire à tous leurs membres par e-mail également.	Variables Dépendante* : La décision prénatale de la mère à allaiter (oui/non) Indépendante* : Les facteurs sociodémographiques, obstétriques, et les complications durant la grossesse.				
Paradigme	Critères d'inclusion et d'exclusion Inclusion : Femmes âgées de 19 ans ou plus, mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans, ayant accepté de participer à l'étude en remplissant un questionnaire en ligne. Exclusion : Femmes de moins de 18 ans.			Logiciels Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel de statistiques SPSS v24.0.	Conclusions Les facteurs liés à l'expérience antérieure et à l'éducation des mères sont déterminants dans la décision d'allaiter. Compte tenu de l'influence observée des partenaires en matière de prise de décision, leur participation active au processus est ici renforcée, tant lors des consultations individuelles que dans les cours d'éducation maternelle. Limites de l'étude Biais de sélection dû au manque de participation des femmes qui n'ont pas décidé d'allaiter. Il est possible que la période prolongée utilisée pour la collecte de données ait influencé certains des facteurs analysés. Il n'est pas possible d'exclure totalement le biais de confusion inhérent aux études d'observation, bien qu'ils aient tenté de le contrôler en utilisant des techniques d'analyse multivariée.	
Positivisme				Éthique La collecte de données a été effectuée après l'approbation du comité éthique. De plus, les participantes devaient donner leur consentement pour participer à l'étude.		

Étude 3 : Nikmatur Rohmah1, 2. (2020). Triangular Interaction of Decision Making for Breastfeeding a New Infant-Centered Care Model. *Medico Legal Update*, 20(4), 378-382. <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i4.1840>.

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif.</p>	<p>25 participants ont été sélectionnés à dessein : trois chefs de salle de périnatalogie, cinq chefs d'équipe de soins aux bébés, deux infirmières et 15 mères.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage raisonné et non-probabiliste qui a été réalisé dans trois hôpitaux situés dans la province de Java Est en Indonésie en août 2019.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Pour les mères, avoir un bébé de faible poids à la naissance (entre 1000 et 2400g) et qui soit allaité en salle de soins à partir d'au moins le deuxième jour de soins.</p>	<p>La présente étude vise à découvrir un modèle approprié d'interaction entre l'infirmière et la mère pour décider d'allaiter ou non les nourrissons de faible poids à la naissance dans les hôpitaux.</p>	<p>Allaitement, Prise de décision, Interaction, Soins centrés sur le nourrisson.</p>	<p>La principale technique de collecte de données utilisée a été la discussion de groupes. Elle a été réalisée en trois étapes dont la première a été effectuée avec le groupe de parents, la deuxième avec le groupe d'infirmières et la dernière avec les infirmières et les parents. D'autres données ont été obtenues à partir de sources multiples telles que l'observation, les notes de terrain et la revue de la littérature.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue du comité d'éthique de la recherche en santé de la Faculté de santé publique de l'Université d'Airlangga.</p> <p>L'obtention du consentement oral et/ou écrit des participants n'est pas précisée par les auteurs</p>	<p>L'analyse des données de la présente étude a été réalisée en quatre étapes :</p> <p>La première a été le codage pour identifier les mots-clés.</p> <p>La deuxième a été l'élaboration du concept où les chercheurs ont rassemblé des codes avec des données similaires ce qui a permis de les catégoriser.</p> <p>La troisième a été la catégorisation (classement des concepts interdépendants avec la théorie).</p> <p>La quatrième a été la théorisation dans laquelle le sujet était expliqué en renforçant la théorie existante.</p>	<p>La première étape a permis d'identifier 70 mots-clés. Ceux-ci ont été catégorisés en fonction de la similarité du contenu, formant ainsi un concept. La deuxième étape a abouti à 19 concepts. Les concepts interdépendants ont été classés dans une catégorie. L'étape suivante a permis de trouver quatre catégories, soit l'interaction, la prise de décision, le soutien et l'obstacle. Le tout a formé un modèle d'interactions triangulaire : La première interaction est celle entre l'infirmière et le conjoint/la famille. La deuxième est entre le conjoint/la famille et la mère. La troisième est celle entre la mère et l'infirmière. Le soutien et les obstacles peuvent se produire dans chaque interaction. De plus, la prise de décision en matière d'allaitement maternel qui s'appuie sur l'interaction triangulaire indique que les soins sont centrés sur le nourrisson. Les infirmières peuvent améliorer la qualité de la prise de décision concernant l'allaitement en minimisant les obstacles et en optimisant le soutien dans chaque flux d'interaction.</p> <p>Conclusions</p> <p>Sur la base des descriptions des quatre catégories mentionnées dans l'étude, la conclusion est qu'il est important de mettre en œuvre le modèle d'interaction triangulaire dans la prise de décision d'allaiter ou non les nourrissons de faible poids à la naissance. De plus, l'interaction, la communication et l'échange d'informations sont des moyens stratégiques pour aider les parents à prendre une décision. Ce qui est fondamental dans la prise de décision, c'est l'information collaborative, la discussion distribuée, la décision et l'engagement satisfaisant.</p>

Étude 4 : Hounsom, L., & Dowling, S. (2018). 'The mum has to live with the decision much more than the dad'; a qualitative study of men's perceptions of their influence on breastfeeding decision-making. *International Breastfeeding Journal*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0145-1>.

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude phénoménologique qualitative.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>Six hommes ont été recrutés dont cinq par l'intermédiaire de trois centres pour enfants, le sixième étant l'ami d'un des hommes. Les participants ont été rendus anonymes.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non-probabiliste. Les participants à l'étude ont été recrutés par l'intermédiaire des centres locaux pour enfants. Le premier auteur a contacté tous les centres locaux pour enfants afin de parler de l'étude de recherche de groupes de pères. Dans les centres où les femmes ont été approchées dans le cadre de groupes mixtes afin qu'elles puissent transmettre les informations à leur partenaire. La stratégie d'échantillonnage a consisté à prélever des échantillons pour une variabilité maximale du milieu socio-économique, de l'origine ethnique et du nombre d'enfants.</p>	<p>L'objectif de cette étude était d'examiner la perception qu'ont les pères de leur influence sur la décision de nourrir leur enfant au lait maternel ou au lait maternisé en s'intéressant aux points de vue des participants sur l'allaitement maternel, comprendre si et comment ces points de vue ont été discutés avec leur partenaire, déterminer si les participants pensent que l'implication dans la décision d'alimentation est appropriée et comprendre ce qu'ils ressentent par rapport à la décision prise et voir si leurs points de vue ont changé après la naissance de leur enfant.</p>	<p>Allaitement maternel, Pères, Alimentation du nourrisson, Prise de décision, Qualitatif.</p>	<p>L'expérience des participants a été saisie au moyen d'entretiens semi-structurés. Les entretiens ont eu lieu au domicile du participant à l'exception d'un entretien qui a été réalisé sur son lieu de travail pour des raisons de commodité. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits pour analyse par le premier auteur, les deux autres auteurs ont discuté des thèmes émergents. Les questions portaient sur la connaissance et la conscience qu'avait le participant de l'allaitement maternel, les plans d'alimentation souhaités, la manière dont la décision avait été prise et les résultats.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation de l'éthique de la recherche a été accordée au nom du comité d'éthique de la recherche de l'Université de l'Ouest de l'Angleterre à Bristol. Tous les participants ont reçu des informations écrites sur l'étude et ont eu la possibilité de poser des questions avant d'accepter et de participer.</p>	<p>La méthodologie phénoménologique a été choisie comme étant la plus appropriée pour découvrir les expériences des hommes par rapport à leur rôle dans la prise de décision de l'alimentation du nouveau-né.</p> <p>Après les entretiens, une connaissance générale des données a été obtenue par la relecture des textes transcrits. Puis après une lecture plus approfondie et en utilisant un logiciel, les codes initiaux ont été générés et des thèmes sont apparus.</p> <p>Logiciels</p> <p>Le logiciel NVivo a été utilisé pour gérer les données.</p>	<p>Six hommes ont été interrogés. Tous vivaient avec leur partenaire et avaient un ou deux enfants. Tous les enfants n'étaient pas en âge scolaire et les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons étaient donc pour ces hommes, un sujet relativement récent. Cinq d'entre eux avaient un emploi rémunéré et un autre était un parent à plein temps. De nombreux thèmes sont apparus au cours de l'analyse, notamment le report de la responsabilité sur la mère, l'allaitement maternel comme pratique normale, le changement d'attitude, l'implication dans le rôle parental et les avantages pour le père.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les perceptions des pères quant à leur implication dans les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons ont été explorées à travers cette étude. Tous les participants avaient une bonne connaissance de l'allaitement maternel et étaient favorables à celui-ci. De plus, les professionnels de la santé peuvent avoir un rôle à jouer en légitimant l'apport des hommes dans le processus de décision concernant l'alimentation.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les participants formaient un groupe homogène malgré les entretiens avec un large éventail de personnes dans les centres pour enfants. Tous leurs enfants ont été allaités au départ et la majorité d'entre eux ont continué pendant plusieurs mois. Tous les participants étaient des Britanniques blancs vivant avec leur partenaire. L'expérience des hommes d'autres groupes culturels, de ceux qui vivent séparément de la mère et de ceux qui ont choisi ne pas allaiter leurs enfants n'est pas représenté dans cet échantillon.</p>

Étude 5: Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Millar, S., & Begley, C. (2015). Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*, 31(6), 640-646. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.002>.

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude descriptive qualitative.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>Deux groupes de discussion composés chacun de deux femmes ont été organisés et six femmes ont participé à des entretiens individuels (n=10). Toutes étaient mariées ou vivant en couple. Deux femmes avaient donné naissance à leur premier enfant et les autres avaient entre deux et sept enfants.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non-probabiliste. L'échantillon de cette étude a été tiré de la population de femmes de la phase 2 de l'étude irlandaise sur l'alimentation infantile qui avaient l'intention de nourrir leur enfant avec du lait artificiel et qui le faisaient (n=583). Des invitations ont été envoyées à toutes les femmes qui répondaient aux critères de sélection et qui avaient indiqué dans le questionnaire de la phase 2 qu'elles seraient disposées à participer à cette étude. De plus, ces groupes ont été organisés dans des centres géographiquement proches des participantes. Des entretiens téléphoniques ont également été réalisés.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Les femmes qui n'ont jamais allaité un enfant auparavant, qui avaient l'intention de nourrir leur nourrisson avec du lait artificiel et qui avaient terminé leurs études avant l'âge de 18 ans ou qui exerçaient une profession classée comme semi-qualifiée ou non qualifiée.</p>	<p>Explorer les points de vue des femmes issues de groupes socio-économiques défavorisés en Irlande sur leur choix de nourrir leur enfant avec du lait artificiel et de dégager les facteurs qui pourraient encourager ces femmes à allaiter à l'avenir.</p>	<p>Alimentation artificielle au lait, Alimentation au biberon, Le choix de l'alimentation des nourrissons, L'avis des femmes.</p>	<p>Un programme d'entretiens semi-structurés a été élaboré à partir de la littérature et des résultats de la phase 2 afin d'explorer les points de vue des participantes sur les obstacles perçus qui les dissuadent d'allaiter et sur les facteurs susceptibles d'encourager l'allaitement. Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites mot pour mot en utilisant des pseudonymes.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique de l'étude a été donnée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté des sciences de la santé du Trinity College de Dublin. Toutes les femmes ont reçu une brochure d'information et un formulaire de consentement, chacune d'entre elles ont donné leur consentement éclairé pour y participer.</p>	<p>L'analyse thématique s'est faite par la lecture et la relecture des données transcrites, le codage, la catégorisation et le développement des thèmes. Une analyse comparative constante a été effectuée pour construire les catégories et les concepts et un échantillonnage théorique de femmes a été réalisé dans les entretiens téléphoniques au fur et à mesure de l'émergence des catégories de base. Le recrutement a cessé après que 10 femmes aient été interrogées car ils ont jugé qu'il y avait eu saturation des données.</p>	<p>Dix femmes ont participé à la partie qualitative de l'étude. Trois thèmes principaux sont ressortis des groupes de discussion et des entretiens ce qui suggère que les principales influences sur l'alimentation des nourrissons pour ces femmes sont les attitudes personnelles envers les méthodes d'alimentation, les influences externes sur les méthodes d'alimentation des nourrissons et les attitudes futures envers l'alimentation des nourrissons. Au sein de ces thèmes, 13 sous-thèmes ont émergés dont l'engagement à faire des choix, l'aspect physique de l'allaitement maternel, l'importance de l'histoire personnelle, les influences familiales/ des partenaires / culturelles, les perceptions des attitudes des professionnels de la santé, les conseils des autres femmes et les points de vue pour la promotion de l'allaitement maternel.</p> <p>Conclusions</p> <p>Ces femmes qui nourrissent leur enfant au lait artificiel ont fondé leur décision d'alimentation sur de nombreux facteurs sociaux et expérimentaux. Il est évident qu'une culture dominante peu réceptive à l'allaitement maternel et l'absence de modèles d'allaitement positifs ont contribué à un engagement fort en faveur de l'alimentation artificielle pour ces participantes. Les conseils concernant l'allaitement maternel doivent tenir compte des sentiments des femmes et éviter toute pression induite tout en promouvant les avantages de l'allaitement maternel pour les femmes et leurs familles.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Il s'agissait d'une petite étude qualitative, elle n'est pas généralisable à cause de la taille de l'échantillon (n=10).</p>

Étude 6 : Radzysinski, S., & Callister, L. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of Perinatal Education*, 25, 18-28. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>.

Design Étude descriptive qualitative. Niveau de preuve Niveau IV Paradigme Interprétatif	Échantillon 152 femmes en post-partum qui avaient donné naissance à un enfant en bonne santé au cours des dernières 72h dans un grand centre médical tertiaire du district de Columbia. Échantillonnage Non-précisé par les auteurs.	But(s), objectif(s) Le but était de documenter les perceptions des mères sur le processus de décision concernant l'alimentation du nourrisson en examinant les croyances, les attitudes et les décisions des mères qui allaitent et de celles qui donnent du lait maternel. Question de recherche Quelles sont les perceptions des mères concernant leurs choix en matière d'alimentation du nourrisson ?	Cadre de référence Alimentation du nourrisson, allaitement maternel, prise de décision de la mère, étude descriptive qualitative.	Méthodes de collecte des données Les données ont été recueillies par le chercheur principal ou un assistant de recherche lors d'entretiens avec les participants dans leur chambre privée avant leur sortie de l'hôpital. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits en audio. Éthique L'approbation du comité de révision institutionnel a été accordée. Le consentement éclairé a été obtenu et les formulaires démographiques ont été remplis.	Méthodes d'analyse Les données ont été analysées par l'enquêteur principal. Les catégories émergeant des données ont été identifiées et nommées. D'autres participants à l'étude ont été relancés jusqu'à saturation dans chaque catégorie et toutes les caractéristiques de la catégorie ont été présentes et identifiées. Les catégories ont été réexaminées et celles qui présentaient des caractéristiques similaires ont été regroupées en un nombre réduit de catégories. Chaque catégorie a été continuellement examinée pour détecter les cas qui contredisaient les caractéristiques définies par la catégorie et a été reclassée.	Résultats Les catégories identifiées comprenaient la prise en compte des avantages nutritionnels pour le nourrisson, la prise en compte des avantages pour la mère, l'acquisition de connaissances sur l'alimentation du nourrisson, et la description du soutien personnel et professionnel. Conclusions Les résultats de cette étude confirment des recherches antérieures qui indiquent que la prise de décision des mères concernant l'alimentation des nourrissons est multifactorielle. La santé du nourrisson, la culture, le soutien social et familial, les implications pour la mère et la connaissance de l'alimentation du nourrisson sont des constatations cohérentes qui ont été identifiées auparavant. Cette étude ajoute des données concernant les raisons pour lesquelles les mères ont choisi de ne pas s'engager dans des méthodes alternatives d'alimentation infantile. Limites de l'étude Les résultats de l'étude se limitent à la population interrogée. De plus, les mères ont été interrogées par un chercheur inconnu et en raison de la sensibilité du sujet, certaines réponses ont peut-être été fournies sous forme plus acceptable socialement.
--	---	--	---	--	---	--

Annexe III : Pyramide des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

Annexe IV : Modèle d'interaction

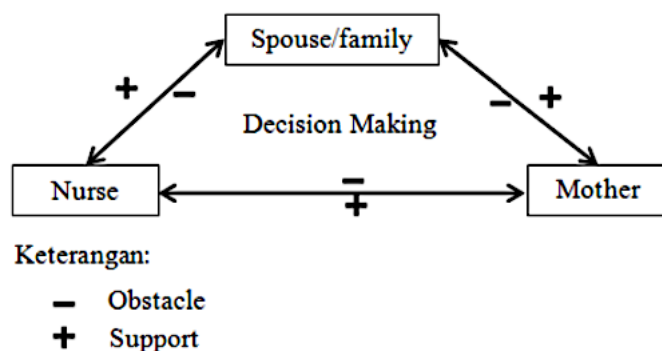


Figure 2 : (Nikmatur Rohmah1, 2020)

Annexe V : Rapport WBTi Suisse 2020

WBTi Suisse 2020

Comment la Suisse s'engage-t-elle en faveur de l'allaitement ? Que fait-elle en la matière ? Le Rapport WBTi Suisse (World Breastfeeding Trends Initiative), qui analyse la politique d'allaitement dans notre pays, a été publié. 48 points sur 100 ont été attribués pour les indicateurs 1 à 10.

Résumé des résultats et des recommandations clés pour chaque indicateur

Indicateur 1 – Mesures politiques (3 points sur 10) : instaurer une commission nationale pour l'allaitement maternel avec un financement public suffisant. Une stratégie nationale en matière d'allaitement maternel doit être élaborée, incluant les domaines information, éducation et recherche.

Indicateur 2 – Hôpitaux Amis des Bébés (3,5 points sur 10) : les critères de l'IHAB doivent servir de référence à toutes les maternités et cliniques pédiatriques, qui doivent recevoir un soutien financier et logistique pour mettre en pratique et maintenir la certification IHAB.

Indicateur 3 – Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (5 points sur 10) : le code international et les résolutions de l'OMS y relatives doivent être intégralement inscrits dans la loi. Les conflits d'intérêts liés au code dans le système de santé doivent être clairement identifiés et les violations du code être sanctionnées efficacement.

Indicateur 4 – Protection de la maternité (6 points sur 10) : adapter la législation sur le congé de maternité et de paternité de manière à prolonger le congé au moins jusqu'à la durée de l'allaitement maternel exclusif recommandée par l'OMS.

Indicateur 5 – Soutien à l'allaitement maternel dans le cadre du système de santé (5,5 points sur 10) : des informations factuelles et impartiales sur l'allaitement et la valeur du lait maternel doivent être transmises dans le cadre de la formation de base et la formation continue des différentes professions de la santé.

Indicateur 6 – Soutien aux mères dans les communes (7 points sur 10) : les conseils prénatals et postnatals doivent être offerts aux parents par des expert-e-s et des organes compétents, indépendants, respectant le code de conduite et assurant un accompagnement continu durant toute la période de la grossesse, de la naissance, du post-partum et de l'allaitement.

Indicateur 7 – Appui en information (5 points sur 10) : le financement public du soutien à l'allaitement ne doit pas être réduit davantage et l'offre de consultations pour les parents qui ont besoin de conseils en matière d'allaitement et d'alimentation des nourrissons doit être élargie. Mettre à disposition des ressources financières pour la production de brochures et d'autres sources d'informations indépendantes et conformes au code sur l'allaitement maternel et les aliments de complément.

Indicateur 8 – VIH (9 points sur 10) : les dernières découvertes dans le domaine VIH et allaitement maternel doivent être partagées dans toute la Suisse entre les professionnel-le-s, les maternités et les cliniques pédiatriques. Les parents concernés doivent recevoir des informations complètes.

Indicateur 9 – Catastrophes et situations d'urgence (0 point sur 10) : informer les états-majors de la protection civile sur l'importance de l'allaitement maternel et sur l'utilisation d'aliments pour nourrissons dans les situations d'urgence. Préparer du matériel d'information et définir des procédés pour de telles situations.

Indicateur 10 – Monitoring et évaluation (4 points sur 10) : une stratégie pour la collecte annuelle de données nationales sur l'allaitement et la nutrition conformément aux lignes directrices de l'OMS doit être progressivement élaborée et mise en œuvre. Créer une base de données sur l'allaitement et la prévention.

Indicateurs 11 à 15 – Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : les mesures visant à promouvoir l'allaitement exclusif et à augmenter la durée totale de l'allaitement doivent être formulées et mises en œuvre selon un calendrier défini.

Figure 3 : (Le rapport WBTi Swiss, 2020)

Annexe VI : Les trois nouveaux outils de l'OMS

Rendre l'allaitement maternel facile et accessible

Le premier outil dans la nouvelle série de publications de l'OMS est consacré aux enfants pour lesquels l'accès au lait humain est littéralement vital. Les orientations intitulées « Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns » [Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : l'Initiative Hôpitaux amis des bébés pour les nouveau-nés de petite taille, malades et prématurés] visent à instaurer un système de soins qui met l'accent sur l'apport de lait humain aux nourrissons de petite taille, malades et/ou prématurés, en particulier ceux qui, au départ, sont incapables de s'alimenter directement au sein.

L'allaitement maternel et le lait humain seront bénéfiques à tous les nouveau-nés hospitalisés, à l'exception de ceux souffrant de maladies métaboliques rares. Pour beaucoup, c'est une question de survie. Si les services de néonatalogie ont de tout temps fait obstacle au succès de l'allaitement maternel, un environnement favorable peut accroître l'accès au lait humain et à l'allaitement maternel exclusif.

Les orientations portent sur l'application des principes de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés de l'OMS pour les nouveau-nés de petite taille, malades et prématurés, ainsi que pour les mères. Elles décrivent en outre la mise en œuvre des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel recommandées par l'OMS pour ces nouveau-nés, tout en délivrant des conseils cliniques supplémentaires en fonction des besoins.

Le deuxième outil de l'OMS désormais disponible en ligne est intitulé « Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative » [Outils pour la vérification des compétences : garantir la compétence des prestataires de soins directs pour mettre en œuvre l'Initiative Hôpitaux amis des bébés]. Il aidera les pays, les systèmes de soins de santé et les services à évaluer les compétences du personnel afin de soutenir l'allaitement et d'organiser des consultations de qualité pour les femmes enceintes et les mères. Il présente des indicateurs de performance qui permettent de recenser les interventions/comportements corrects et incorrects chez le personnel de l'unité de santé maternelle, et de fournir des ressources didactiques appropriées.

Le troisième outil publié à l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel est le « BFHI training course for maternity staff » [Cours de formation à l'intention du personnel de maternité dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés], un cours de formation complet et actualisé conforme à l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (BFHI en anglais, pour *Baby-friendly Hospital Initiative*). Il permet à tous les personnels de santé s'occupant des femmes et des enfants de développer des compétences et des connaissances en matière d'allaitement. Il s'appuie sur la version révisée des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de 2018, et peut être utilisé pour la formation initiale des personnels de santé.

Les nouveaux outils de l'OMS peuvent contribuer à instaurer des systèmes de soins de santé faisant de l'allaitement maternel un choix facile et accessible pour les mères et leur bébé dans la Région européenne et au-delà. Tout en participant aux initiatives soutenues par l'OMS, les personnels de santé peuvent créer les conditions et dispenser des services qui permettront d'améliorer les attitudes à l'égard des femmes enceintes, de faire participer les mères dans la prise de décisions pendant la grossesse et l'accouchement, et d'améliorer la santé des enfants afin de leur assurer un avenir meilleur.

Figure 4 : (OMS, 2020c)

Annexe VII : Diagramme de flux PRISMA 2009

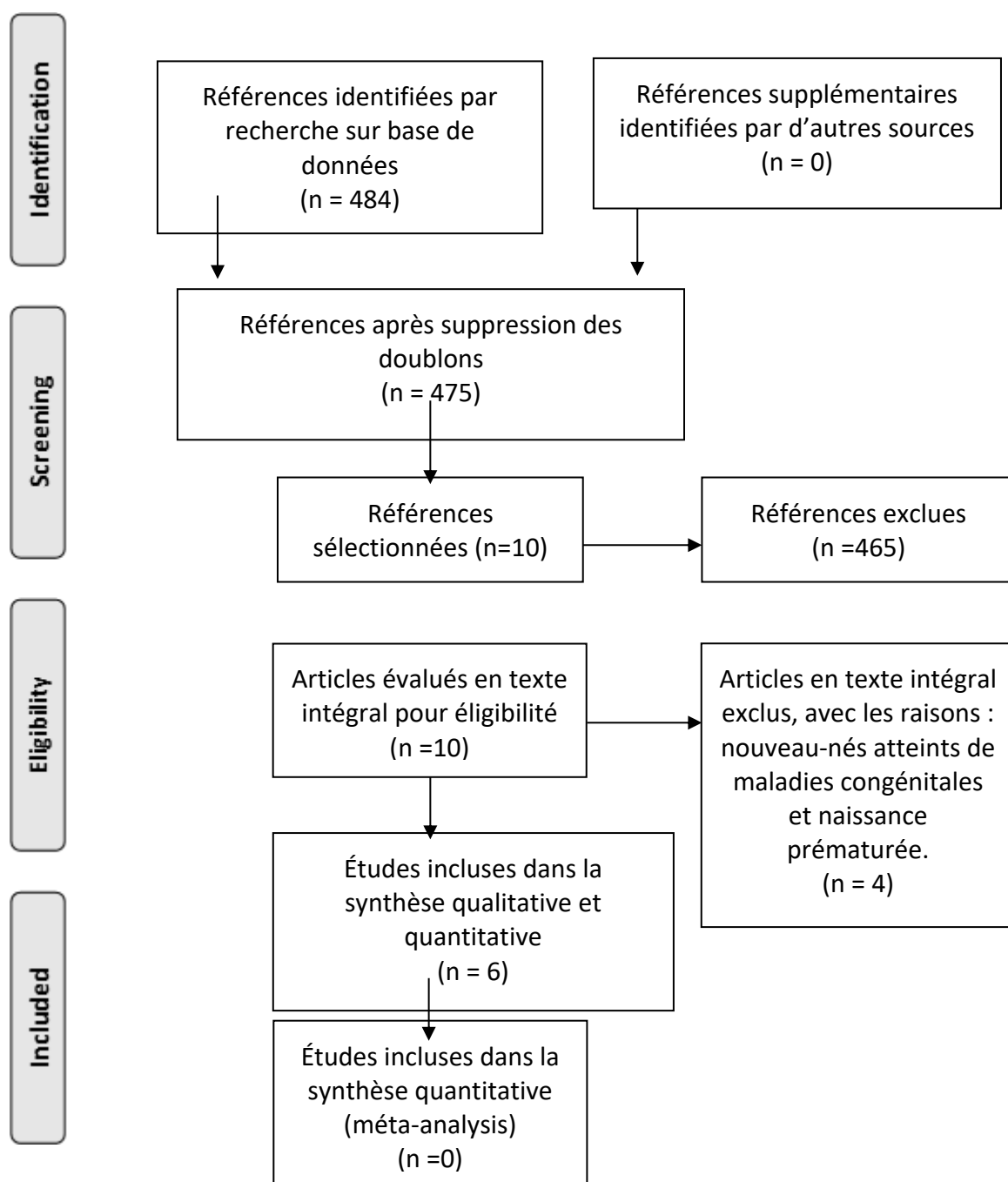


Figure 5 : (Gedda, 2015, p.43)