

Exploration des services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois rencontrant des difficultés à l'alimentation

Mahélie Morin-Marchand

Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

ERG 6015: Projet d'intégration

Noémi Cantin, professeure

Décembre 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Résumé

Problématique : L'allaitement est une pratique occupationnelle complexe et multifactorielle. Bien que l'allaitement maternel exclusif soit recommandé jusqu'aux six premiers mois de vie, cette recommandation est peu suivie en raison de divers obstacles. De nombreux nourrissons éprouvent des difficultés à l'alimentation, nécessitant parfois des interventions professionnelles. Parmi ces intervenants figure l'ergothérapeute, dont l'expertise dans ce domaine demeure méconnue. **Objectif** : Explorer les services reçus par des nourrissons de moins de 12 mois présentant des difficultés à l'alimentation, en se concentrant sur les interventions ergothérapiques. **Cadre conceptuel** : La Théorie interactive de l'allaitement maternel décrit l'interaction dynamique entre la mère et l'enfant, influencée par des facteurs répartis sur trois niveaux. Cette théorie offre une perspective globale pour comprendre et soutenir l'allaitement. **Méthode** : Une étude qualitative descriptive a été menée. Une entrevue semi-structurée a été réalisée avec une mère ($n=1$) de deux enfants ayant reçu des interventions pour des difficultés d'allaitement. Une analyse thématique a extrait les éléments clés des expériences rapportées. **Résultats** : Quatre services principaux ont soutenu l'alimentation des nourrissons : (1) soins infirmiers, (2) médecine pédiatrique, (3) équipe multidisciplinaire et (4) ergothérapie. Les interventions incluaient le positionnement, la stimulation des structures orales, les techniques de compressions mammaires, l'épaississement du lait et la modification des outils d'alimentation. **Discussion** : Bien que les interventions aient ciblé majoritairement les conditions biologiques de l'enfant, des facteurs clés comme la perception de la mère, son sentiment de compétence et le contexte familial n'ont pas été pleinement pris en compte. L'importance d'individualiser les interventions, de collaborer et de considérer chaque situation familiale de manière unique a été soulignée. **Conclusion** : Cette étude met en lumière la complexité de l'allaitement et l'importance d'une approche globale pour améliorer les services offerts. La Théorie interactive de l'allaitement maternel fournit un cadre utile pour mieux comprendre et soutenir cette occupation essentielle, contribuant à des interventions de qualité répondant aux besoins des nourrissons et de leur famille.

Mots-clés : Nourrisson, alimentation, services, ergothérapie

Abstract

Issue: Breastfeeding is a complex and multifactorial occupational practice. Although exclusive breastfeeding is recommended for the first six months of life, this recommendation is often not followed due to various obstacles. Many infants experience feeding difficulties, sometimes requiring professional interventions. Among these professionals is the occupational therapist, whose expertise in this area remains underrecognized. **Objective:** To explore the services received by infants under 12 months old with feeding difficulties, focusing on occupational therapy interventions. **Theoretical Framework:** The Interactive Theory of Breastfeeding describes the dynamic interaction between mother and child, influenced by factors distributed across three levels. This theory provides a comprehensive perspective for understanding and supporting breastfeeding. **Method:** A descriptive qualitative study was conducted. A semi-structured interview was held with one mother (n=1) of two children who received interventions for breastfeeding difficulties. Thematic analysis was used to identify key elements from the reported experiences. **Results:** Four main services supported the infants' feeding: (1) nursing care, (2) pediatric medicine, (3) multidisciplinary teams, and (4) occupational therapy. Interventions included positioning, oral structure stimulation, breast compression techniques, milk thickening, and modification of feeding tools. **Discussion:** While interventions primarily targeted the child's biological conditions, critical factors such as the mother's perception, sense of competence, and the family context were not fully addressed. The importance of tailoring interventions, fostering collaboration, and considering each family's unique situation was highlighted. **Conclusion:** This study underscores the complexity of breastfeeding and the importance of a holistic approach to improving services. The Interactive Theory of Breastfeeding offers a valuable framework for understanding and supporting this essential occupation, contributing to quality interventions that address the needs of infants and their families.

Keywords : Infant, feeding, services, occupational therapy

Remerciements

La réalisation de cet essai, étape marquante de mon parcours à la maîtrise en ergothérapie, n'aurait pas été possible sans le soutien précieux de plusieurs personnes.

Je tiens à exprimer ma gratitude à Noemi Cantin, ma directrice de recherche et professeure au département d'ergothérapie. Ton accompagnement bienveillant a transformé mes doutes en opportunités d'apprentissage. Merci pour ton expertise et tes encouragements constants. Comme tu l'as si bien dit, ce n'est pas un sprint, et j'y suis arrivée, même à pas de tortue!

Je remercie également la participante à mon projet. Merci pour ta générosité, ton temps et ton ouverture d'esprit. Tes réflexions authentiques ont enrichi ce travail bien au-delà de mes attentes.

À mes proches, famille et amis, merci d'avoir cru en moi, même dans les moments où la confiance manquait. Vos encouragements et votre écoute m'ont permis de persévéérer et de rester fidèle à ma passion pour l'ergothérapie.

Ce projet représente bien plus qu'un simple travail académique. Il est le reflet d'un chemin parcouru avec effort et humilité, accompagné de personnes extraordinaires. Je suis fière de partager cette version finale avec vous, en espérant qu'elle ouvre la voie à un avenir prometteur pour les nourrissons, leur famille et les professionnels de la santé.

Table des matières

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Remerciements.....	4
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des abréviations.....	10
1. Introduction.....	11
2. Problématique.....	12
2.1 L'allaitement : une occupation complexe.....	12
2.2 Les difficultés à l'alimentation des nourrissons.....	13
2.3 Les bénéfices de l'allaitement.....	14
2.4 Le portrait actuel de l'allaitement.....	16
2.5 Bonnes pratiques en regard à l'allaitement.....	18
2.6 Aide professionnelle disponible.....	20
2.6.1 Ergothérapeutes.....	21
2.7 Objectifs de l'étude.....	22
3. Cadre conceptuel	22
3.1 Choix du cadre conceptuel.....	22
3.2 Système conceptuel de King.....	24
3.3 Théorie interactive de l'allaitement maternel de Primo et Brandão (2017).....	25
3.3.1. Niveau proximal d'influence sur l'allaitement.....	27
3.3.2. Niveau intermédiaire d'influence sur l'allaitement.....	28

3.3.3. Niveau distal d'influence sur l'allaitement.....	29
4. Méthodes.....	29
4.1 Devis de recherche.....	29
4.2 Population ciblée.....	30
4.3 Participants et échantillonnage.....	30
4.4 Collecte de données.....	32
4.5 Analyse des données.....	33
4.6 Considérations éthiques.....	34
5. Résultats.....	34
5.1 Histoire du premier enfant.....	34
5.2 Histoire du second enfant.....	34
5.3 Services qui concernent les conditions biologiques de l'enfant	37
5.3.1 Soins infirmiers.....	37
5.3.2 Médecin pédiatre.....	39
5.3.3 Équipe multidisciplinaire.....	40
5.3.4 Ergothérapeute.....	40
5.3.4.1 Positionnement.....	40
5.3.4.2 Stimulation.....	41
5.3.4.3 Épaississement du lait.....	42
5.3.4.4 Modification des outils.....	42
5.4 Services qui concernent la perception de la femme et prise de décision de la femme....	42
6. Discussion.....	43
6.1 Limites.....	50

6.2 Retombées pour la pratique.....	51
7. Conclusion.....	53
Références.....	55
Annexe A.....	62
Annexe B.....	64
Annexe C.....	65
Annexe D.....	66
Annexe E.....	68

Liste des tableaux

Tableau 1 : Concepts inhérents à l'allaitement selon la Théorie interactive de l'allaitement maternel.....	24
Tableau 2 : Critères de sélection des participants – Parents de nourrissons.....	29
Tableau 3 : Informations relatives à la participante à l'étude et à ses enfants.....	33

Liste des figures

Figure 1 : Théorie interactive de l'allaitement maternel.....24

Figure 2 : Portrait des services reçus par les nourrissons en lien avec leurs difficultés aux boires..34

Liste des abréviations

AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
AOTA	American Occupational Therapy Association
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CHU	Centre hospitalier universitaire mère-enfant
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
IBCLC	<i>International Board Certified Lactation Consultant</i>
IHAB	Initiative hôpitaux amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UNICEF	Fond des Nations unies pour l'enfance

1. Introduction

L'alimentation est une fonction vitale qui occupe une place centrale dans les premiers mois de vie d'un nourrisson. Non seulement elle assure la survie de l'enfant, mais elle contribue également de manière significative à son développement physique, cognitif et émotionnel (Hui Liu et T. Stein, 2013). L'alimentation du nourrisson est souvent marquée par l'allaitement maternel, une pratique encouragée par les autorités sanitaires mondiales telles que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour ses nombreux bienfaits, tant pour l'enfant que pour la mère (Centre hospitalier universitaire mère-enfant [CHU] Sainte-Justine, 2022 ; Gouvernement du Canada, 2024). Toutefois, malgré ces recommandations et les avantages démontrés de l'allaitement maternel, cette pratique est maintenue pendant les six premiers mois de vie de l'enfant dans seulement 25% des cas au Québec (Agence de la santé publique du Canada, 2022). Un nombre significatif de dyades mère-enfant éprouvent des difficultés qui peuvent perturber ce processus naturel.

Les causes de ces difficultés sont diverses, allant des particularités biologiques de l'enfant à des problèmes liés au contexte social et familial dans lequel l'allaitement se déroule (Agence de la santé publique du Canada, 2022). Dans certains cas, ces obstacles sont si importants qu'ils nécessitent une intervention professionnelle pour être surmontés. C'est dans ce contexte que l'ergothérapie joue un rôle clé, bien que souvent sous-estimé ou méconnu. Les ergothérapeutes, grâce à leur expertise en matière de développement de l'enfant et de participation aux activités quotidiennes, sont particulièrement bien placés pour soutenir les nourrissons rencontrant des difficultés à l'alimentation et pour accompagner leurs familles dans l'adaptation à cette occupation complexe.

Cet essai porte sur les services reçus par les nourrissons qui sont âgés de moins de 12 mois, qui présentent des difficultés à l'alimentation et qui ont reçu des services en ergothérapie à ce sujet. Tout d'abord, la problématique de recherche sera développée, suivie par la question de recherche et l'objectif. Ensuite, le cadre conceptuel qui guide la réflexion sera présenté, ainsi que la méthodologie employée pour réaliser le projet. Les résultats et la discussion seront ensuite exposés en lien avec le cadre conceptuel choisi. Enfin, la conclusion mettra en évidence les éléments clés de l'étude et ses principales retombées.

2. Problématique

2.1 L'allaitement : une occupation complexe

Le concept d'occupation est défini tel qu'une activité envers laquelle on consacre son temps (Centre de ressources lexicales et textuelles, 2012). En d'autres mots, c'est le fait de faire des choses et cela contribue à la santé des personnes (Wilcock, 2001). Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'alimentation, il s'agit d'une occupation ayant comme objectif de fournir les éléments nécessaires à la survie et la croissance. Elle comprend l'ensemble des mouvements, tâches et actions nécessaires pour porter des aliments ou des liquides à la bouche, les garder et manipuler dans la bouche et finalement les avaler (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2007). Comme toutes les autres occupations, l'alimentation relève d'une interaction dynamique entre les dimensions de la personne et de son environnement, ainsi que des caractéristiques de l'occupation elle-même (AOTA, 2007). Néanmoins, l'alimentation est une occupation complexe. En effet, peu importe l'âge, de nombreux facteurs sont susceptibles de l'influencer notamment la condition médicale physique et mentale, les capacités et les incapacités qui en résultent, le niveau de développement et d'éveil, les croyances religieuses, les

préférences alimentaires, les lieux physiques, l'environnement humain, le contexte familial et social, les habitudes culturelles, le matériel utilisé et les aliments en soi (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2006).

S'alimenter est une activité fréquemment répétée au cours d'une journée, le rythme de vie des humains s'articule autour des périodes de repas. Jusqu'à l'âge d'environ deux ans, se nourrir est l'occupation la plus signifiante dans laquelle le nourrisson s'engage (Bowman et al., 2020). Plus précisément, l'allaitement maternel est la méthode d'allaitement inégalée pour le nourrisson (Agence de la santé publique du Canada, 2019). L'allaitement maternel exclusif vise à nourrir l'enfant uniquement de lait maternel via le sein ou le biberon (Gouvernement du Canada, 2012). Toutefois, considérant la complexité de l'alimentation du nourrisson, les difficultés qui peuvent être rencontrées tant à l'allaitement au sein ou au biberon et par l'alimentation solide ne sont pas négligeables.

2.2 Les difficultés à l'alimentation des nourrissons

Dans la littérature scientifique, il est rapporté que jusqu'à 25 % des nourrissons expérimentent des difficultés à l'alimentation, ce qui inclut l'alimentation via l'allaitement au sein et au biberon ou l'alimentation par aliments solides (Dubedout et al., 2016). Chez plusieurs de ces nourrissons, les difficultés éprouvées correspondent à des troubles spécifiques tels que le refus ou la restriction alimentaires (Berall, 2009). Les difficultés à l'alimentation des nourrissons peuvent être nombreuses, de causes diversifiées et permanentes (Berall, 2009). Elles peuvent être liées à des problèmes au niveau des systèmes respiratoire, digestif et cardiaque, des anomalies structurelles, la prématurité, des troubles neurologiques, un retard de développement, des problèmes de comportement ou sensoriels (Orthophonie et Audiologie Canada, 2023), des allergies, le niveau d'éveil et un faible appétit (Institut national de santé publique du Québec

[INSPQ], 2024). Par exemple, un nourrisson peut expérimenter un manque d'appétit d'origine organique, un manque d'appétit résultant d'une perception erronée des parents, une apathie ou un repli sur lui-même sans appétit, des comportements alimentaires extrêmement sélectifs, des coliques qui interfèrent avec l'alimentation ou, entre autres, une crainte quant à l'alimentation (Berall, 2009).

En fait, six catégories de troubles liés à l'alimentation chez les enfants de trois ans et moins sont répertoriées dans le *Diagnostic classification of mental health and development disorders in infancy and early childhood revised* : trouble de l'alimentation lié à une régulation émotionnelle, trouble de l'alimentation lié à une réciprocité entre le soignant et le nourrisson, anorexie infantile, aversion alimentaire sensorielle, trouble de l'alimentation associé à un trouble de l'alimentation concomitant et trouble de l'alimentation post-traumatique (Berall, 2009).

Lorsque les difficultés et troubles liés à l'alimentation du nourrisson sont laissés non traités, plusieurs répercussions sont susceptibles d'affecter la qualité de vie de l'enfant telles qu'un retard de croissance, des carences nutritionnelles, une altération des interactions entre les parents et les enfants ainsi qu'une aversion chronique avec stigmatisation des repas (Berall, 2009). À ce sujet, la gestion de l'alimentation orale fait partie des services les plus courants dans les unités de soins intensifs néonataux au Canada, et les difficultés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont incluses parmi les plaintes les plus fréquemment exprimées en pratique pédiatrique courante (Fucile et Dow, 2023). Malgré les difficultés que peuvent rencontrer les nourrissons à l'alimentation, il est essentiel de soutenir l'allaitement pour ses nombreux bienfaits.

2.3 Les bénéfices de l'allaitement

L'allaitement apporte plusieurs bénéfices pour le nourrisson, la mère et le lien d'attachement entre eux (CHU Sainte-Justine, 2022). Alors que, mondialement, la sous-nutrition

est imputable à 45% de tous les décès d'enfants, l'allaitement réduit le taux de mortalité infantile grâce aux nutriments et anticorps contenus dans le lait maternel (OMS, 2023). Tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, un enfant qui a été allaité est moins susceptible de souffrir de mort subite du nourrisson et d'autres problèmes de santé (OMS, 2023). Plus encore, le lait maternel contribue à la réduction de la morbidité et du risque de maladie chronique ou d'infection chez l'enfant (CHU Sainte-Justine, 2022). En effet, plus de 200 composantes dans le lait maternel, dont des protéines, vitamines, minéraux, globules blancs et anticorps nourrissent et aideront l'enfant à se défendre contre les infections en développant son système immunitaire (INSPQ, 2024). De plus, les enfants et les adolescents qui ont été allaités jusqu'à l'âge d'au moins six mois souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète (CHU Sainte-Justine, 2022). Finalement, l'allaitement est une pratique économique, écologique et pratique qui expose l'enfant à différents goûts que prend le lait de sa mère (CHU Sainte-Justine, 2022). Les bénéfices de l'allaitement ne se limitent pas au nourrisson. En effet, pour la mère qui allait, la pratique diminue le risque de souffrir de plusieurs maladies telles que le cancer du sein et de l'ovaire, le diabète de type 2, la dépression postpartum, ainsi que de surpoids (CHU Sainte-Justine, 2022). Par ailleurs, l'allaitement présente des bénéfices pour le lien entre la mère en l'enfant. En effet, le contact peau à peau encouragé pendant l'allaitement favorise le lien d'attachement au sein de la dyade (CHU Sainte-Justine, 2022).

Considérant les nombreux bienfaits reconnus de l'allaitement maternel, autant chez la mère que chez l'enfant, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Agence de la santé du Canada et Santé Canada recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant (Gouvernement du Canada, 2024). Après les six premiers mois de vie, il est recommandé de poursuivre l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant ait l'âge de deux ans, en

complémentarité à l'introduction aux aliments solides (OMS, 2023). D'ailleurs, la Société canadienne de pédiatrie et les Diététistes du Canada appuient cette recommandation (INSPQ, 2024).

2.4 Le portrait actuel de l'allaitement

Malgré tous les bénéfices de l'allaitement rapportés, seulement 44% des enfants à travers le monde sont allaités jusqu'à l'âge de 6 mois (OMS, 2023). Au Québec, bien que 89% des mères initient l'allaitement exclusif à la naissance du nourrisson, seulement environ 25% des mères le maintiennent jusqu'à six mois (Agence de la santé publique du Canada, 2022).

Selon Vallières (2020), bien qu'une reconnexion avec la pratique de l'allaitement ait été observée au pays au cours des 20 dernières années, la commercialisation des substituts de lait maternel, dorénavant référencés au terme « préparations commerciales pour nourrissons » en plus de la médicalisation de l'allaitement, aurait diminué le savoir expérientiel des mères canadiennes. En fait, l'arrivée des substituts de lait maternel sur le marché a placé les médecins en posture d'experts alors que les mères étaient à la recherche de réponses à leurs questions. L'autorité des médecins dans le domaine de l'allaitement a grandi exponentiellement et l'alimentation du nourrisson est devenue une pratique calculée en millilitres, minutes et fréquences. Les connaissances des mères ont parallèlement commencé à être questionnées par le corps médical qui était le détenteur des informations quant aux pratiques sanitaires. Les mères étaient placées en tant qu'ignorantes et devaient se tourner vers le savoir des experts pour obtenir des informations afin d'apprendre à nourrir leurs enfants. Également, les médecins dans les années 1930-1960 ne constataient que peu de changements dans l'état de santé des enfants nourris par substituts en comparaison aux enfants allaités au lait maternel et prescrivaient ces préparations

commerciales lorsque des difficultés à l'allaitement étaient rencontrées, ce qui a eu des impacts sur les pratiques des mères jusqu'aux années 2000 (Vallières, 2020).

En ce qui concerne les circonstances entourant le choix des femmes d'allaiter et de maintenir la pratique de cette occupation, celles-ci sont largement documentées dans la littérature et incluent un ensemble de facteurs tels que la tradition familiale, le soutien familial, social et professionnel (Primo et al., 2016) ainsi que la culture, les connaissances, les préférences personnelles de la femme et les pratiques de commercialisation (Agence de santé publique du Canada, 2019). D'autres facteurs ont également un impact sur le choix des femmes par rapport à la pratique de l'allaitement tels que les normes sociales concernant le corps de la femme, la vision sociétale du rôle de la mère et quant aux pratiques d'allaitement (Vallée-Ouimet et al., 2021).

Alors que certaines raisons évoquées par les mères pour expliquer l'arrêt de l'allaitement sont en lien avec des éléments du contexte dans lequel se déroule l'allaitement, d'autres sont en lien avec des particularités de la mère ou de l'enfant, ou encore des difficultés reliées à l'apprentissage de cette nouvelle occupation. Par exemple, certaines femmes cessent l'allaitement en raison d'un retour au travail ou aux études (Agence de santé publique du Canada, 2022). En effet, il peut être difficile de maintenir l'allaitement, car les environnements de travail ne sont pas adaptés pour soutenir cette occupation (Beggs et al., 2021). Ensuite, plusieurs femmes rapportent que leur production de lait insuffisante (44%), la fatigue ou le fait d'être incommodée lors de l'allaitement (9%) et leurs propres problèmes de santé (9%) sont des raisons pour lesquelles l'allaitement n'est pas continué jusqu'à ce que leur enfant ait six mois (Agence de santé publique du Canada, 2022). Plus encore, les problèmes de santé (9%) et le

sevrage de l'enfant par lui-même au lait maternel (10%) sont également des raisons nommées par les femmes pour expliquer l'arrêt de l'allaitement (Agence de santé publique du Canada, 2022).

Toutefois, il est essentiel de considérer que le sevrage naturel d'un enfant, soit un processus par lequel un enfant se désintéresse par lui-même du sein, se produit généralement entre l'âge de deux et quatre ans (Naître et grandir, 2020). Selon ces données, il pourrait s'agir en réalité d'un sevrage planifié qui se définit par le remplacement de l'alimentation via le lait maternel par autres produits laitiers ou préparations commerciales pour nourrisson alors que l'enfant n'a pas montré de signes qu'il est prêt à cesser l'allaitement (Société canadienne de pédiatrie, 2004). Il pourrait s'agir également d'une grève de tétée lorsqu'un bébé refuse subitement d'être allaité au sein (Naître et grandir, 2020).

Comme l'allaitement est une occupation complexe, plusieurs méthodes sont mises à la disposition des femmes pour faciliter la réussite de l'allaitement. Toutefois, ces méthodes sont difficiles à appliquer pour certaines femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2022). En effet, des difficultés à appliquer les méthodes d'allaitement sont imputables à 20,8% de l'arrêt de l'allaitement avant même que l'enfant ait un mois.

Par la complexité de cette occupation, il importe non seulement de porter un regard sur l'expérience des femmes, mais également sur l'ensemble de ce processus, incluant la réalité vécue des nourrissons (Primo et Brandão, 2017).

2.5 Bonnes pratiques en regard à l'allaitement

Pour les professionnels de la santé, les lignes directrices à suivre de sorte à fournir les meilleures pratiques en termes de protection, promotion et soutien à l'allaitement sont fondées, entre autres, sur les données probantes de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB), de l'OMS

et du Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). En effet, ces organisations ont mis en place plusieurs actions pour soutenir l'allaitement maternel.

L'Initiative hôpitaux amis des bébés a reformulé et adapté aux normes québécoises les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (Annexe A) déclarées par l'OMS et l'UNICEF (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2024). Ces conditions soutiennent que les soins se doivent d'être basés dans une perspective familiale, la mère et son enfant étant une unité en interdépendance mutuelle (MSSS, 2024). Le professionnel de la santé doit seconder le processus d'allaitement pour offrir le meilleur soutien selon la situation particulière de la famille et éliminer les obstacles au succès de l'allaitement. Un soutien adéquat qui inclut des informations cohérentes entre professionnels et exempt de pression quelconque est demandé par de nombreuses familles et se doit d'être la priorité chez un professionnel de la santé compétent (OEQ, 2024). Bien que ce ne soit pas tous les établissements de santé qui sont certifiés « Amis des bébés », lorsque les politiques et pratiques recommandées sont mises en application en milieu clinique, le taux d'amorce et la durée de l'allaitement maternel, qu'il soit exclusif ou non, sont améliorés (Agence de santé publique du Canada, 2019). Plus encore, ce qui est observé dans les établissements qui ont traversé le processus de certification « Amis des bébés », ce sont des soins davantage axés sur la mère, une amélioration de la qualité des soins, une attitude du personnel plus favorable en regard à l'alimentation de l'enfant ainsi qu'une utilisation restreinte des préparations pour bébés (Agence de santé publique du Canada, 2019).

Par ailleurs, le respect du Code international de commercialisation de substituts du lait maternel est exigé dans les conditions indiquant les meilleures pratiques à utiliser qui servent de guide dans les établissements de l'IHAB (MSSS, 2024). Ce code a été adopté en 1981 par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) (La leche league, s.d.). Il voit à défendre la santé du

nourrisson en encourageant et protégeant l'allaitement maternel ainsi qu'en limitant les pratiques agressives de commercialisation des préparations de lait (La leche league, s.d.). Ces actions organisationnelles ont contribué grandement à la reconnexion avec l'allaitement maternel observée depuis le début des années 2000 (Vallières, 2020).

Peu importe l'établissement dans lequel un professionnel mette à profit ses compétences, ce dernier doit faire preuve d'une pratique centrée sur les besoins de la famille, fondée sur les données probantes, sécuritaire et de qualité (OEQ, 2024). En effet, selon un écrit produit par la collaboration de 13 ordres professionnels de la santé (OEQ, 2024), chaque membre d'une équipe qui œuvre pour le bien du nourrisson et de sa famille doit avoir des compétences de base en allaitement qui sont utilisées en harmonie et en complémentarité avec le travail du reste de l'équipe multidisciplinaire. Offrir un soutien adéquat à l'allaitement ne relève pas uniquement d'un professionnel de la santé et de ses compétences, cela réfère à une responsabilité partagée également avec les systèmes de santé et d'éducation. Pour tendre vers un support idéal, les ordres professionnels doivent s'assurer de former les futurs professionnels en complémentarité et harmonie avec les autres professions de la santé en plus d'affirmer que la population ait les prédispositions favorables nécessaires à l'allaitement (OEQ, 2024).

2.6 Aide professionnelle disponible

Au Québec, le réseau de la santé offre les services de multiples professionnels pour adresser les difficultés d'alimentation du nourrisson (INSPQ, 2024). Au-delà du soutien offert à la mère allaitante, des professionnels de la santé tels que les médecins, infirmières dont les infirmières ayant une certification de consultantes en lactation (IBCLC), sages-femmes, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, nutritionnistes et ergothérapeutes peuvent soutenir le fonctionnement du nourrisson dans son alimentation. Toutefois, dans certains contextes de

pratique, la contribution de l'ergothérapeute est parfois méconnue parmi les autres professionnels, ce qui limite les références faites vers les services ergothérapiques ou, du moins, retarde le début des services (Rabaey, 2023).

2.6.1 Ergothérapeutes

L'ergothérapeute est l'un des professionnels habilités à intervenir afin de soutenir l'alimentation orale des nourrissons pour plusieurs raisons. Depuis près d'un demi-siècle, à travers le Canada et les États-Unis, les ergothérapeutes sont reconnus pour offrir des services de haut niveau pour ce type d'intervention. Les ergothérapeutes québécois ne sont pas en reste puisqu'ils font figure de proue autant en clinique, en recherche qu'en formation continue (OEQ, 2007).

Le champ d'expertise des ergothérapeutes, tel que reconnu dans le Code des professions du Québec, leur octroie le droit de fournir des services auprès de nourrissons rencontrant des difficultés à l'alimentation. En effet, le champ d'expertise de la profession en ergothérapie fait mention de l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'une personne, de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan de traitement et d'intervention. Plus encore, les ergothérapeutes ont le droit de « développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale » (*Code des professions*. RLRQ, c. C-26, art. 87).

Pour évaluer les personnes qui présentent des difficultés à l'alimentation, une approche globale et centrée sur le client est primordiale (OEQ, 2006). La formation solide des ergothérapeutes amène ceux-ci à préconiser cette approche essentielle qui est utilisée dans l'exercice habituel de leur profession et permet à ceux-ci de porter un regard pointilleux sur la complexité de la réalisation d'une occupation comme l'allaitement qui s'inscrit dans un

environnement donné (OEQ, 2006). En ce qui concerne les méthodes d'évaluation dans le contexte de difficultés à l'alimentation des nourrissons, les ergothérapeutes ont des outils cliniquement utiles et sécuritaires pour évaluer les capacités des clients (Fucile et Dow, 2023).

L'ergothérapie est une profession indiquée pour répondre aux besoins de nourrissons avec des difficultés à l'alimentation grâce également à des interventions diversifiées (Rabaey et al., 2023). Plutôt que d'avoir une vision morcelée des fonctions de l'individu ou centrée sur le diagnostic, les ergothérapeutes adressent dans leurs interventions une multitude de facteurs inhérents à un fonctionnement attendu du nourrisson dans l'occupation de l'allaitement, ce qui rend leurs services d'autant plus efficaces (OEQ, 2006).

2.7 Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'explorer les services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois rencontrant des difficultés à l'alimentation aux boires. Précisément, la présente recherche vise à explorer dans quelle mesure les services reçus par les nourrissons et leur famille soutiennent le fonctionnement du nourrisson dans son fonctionnement à l'allaitement ainsi qu'à créer un portrait du processus d'accès à des services en ergothérapie pour ces nourrissons. Ces objectifs peuvent être traduits en une question de recherche, soit : quels sont les soins et services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois rencontrant des difficultés à l'allaitement.

3. Cadre conceptuel

3.1 Choix du cadre conceptuel

Bien que l'allaitement soit discuté de multiples façons dans la littérature, la théorie interactive de l'allaitement maternel (Primo et Brandão, 2017) est utilisée dans cet essai afin de décrire l'allaitement. Cette théorie, basée sur le système conceptuel de King publié en 1981,

associe des composantes du modèle de King à de nouveaux éléments de l'allaitement de sorte à le décrire, l'expliquer et le prédire en analysant les facteurs qui le précédent et l'affectent. La théorie permet également de décrire l'interaction dynamique entre l'enfant et le parent. L'analyse du processus d'allaitement contribue à s'assurer que les différents éléments inhérents à la réussite de l'allaitement sont atteints.

Le choix de la théorie repose sur la prémissse que l'allaitement est une occupation complexe, incluant l'initiation, le maintien et la complétion. Plus encore, les auteurs de la théorie soutiennent que les connaissances scientifiques décrivent de manière substantielle l'expérience et les circonstances entourant le choix des femmes quant à l'allaitement, mais que l'analyse des facteurs liés à l'allaitement devrait être un processus allant au-delà des conditions des femmes pouvant allaiter ou non et porter un regard sur la réalité des nourrissons. Par conséquent, la théorie voit à adresser l'interaction dynamique entre la femme et l'enfant.

Pour répondre au but de cette étude, le portrait des services reçus par les nourrissons se basera sur cette théorie afin de décrire par quels professionnels et de quelle manière les facteurs inhérents à la réussite de l'allaitement sont abordés en pratique réelle de sorte à soutenir le fonctionnement du nourrisson.

La Théorie interactive de l'allaitement maternel a également été choisie en raison de son utilisation flexible. En effet, ce modèle est applicable à une multitude de domaines tant social, culturel, politique et économique grâce à une conceptualisation de l'allaitement d'un aspect systémique, dynamique et procédural. La manière par laquelle les auteurs ont mis en interrelation les différents concepts nécessaires à la réussite de l'allaitement est un ajout important à la littérature puisque cela s'aligne avec le caractère multifactoriel de l'allaitement qui est largement

documenté (AOTA, 2007; Primo et al., 2016; OEQ, 2006, Agence de santé publique du Canada, 2019).

3.2 Système conceptuel de King

Le Système conceptuel de King a été développé initialement en 1971 pour organiser et développer la connaissance scientifique en soins infirmiers (Frey et al., 2002). Il s'agit d'un modèle conceptuel qui met en lumière la capacité des individus à continuellement répondre à leurs besoins fondamentaux de sorte à fonctionner dans leurs rôles sociaux.

Le Système conceptuel de King se concentre également sur les interactions des personnes dans cette réponse à leurs besoins dans trois systèmes dynamiques, ouverts et en interaction, soit les systèmes personnel, interpersonnel et social (Fawcett et DeSanto-Madeya, 2013). Le système personnel inclut les aspects de la perception, le soi, l'image de soi, la croissance, le développement, le temps et l'espace. Le système interpersonnel se caractérise par les concepts d'interaction, de communication, de transaction, de rôle et de stress. Finalement, le système social est formé d'une combinaison de différents systèmes interpersonnels et relève des concepts d'organisation, d'autorité, de pouvoir, de statut et de processus décisionnel.

Étant un modèle du domaine des soins infirmiers, le modèle de King décrit l'interaction humaine entre l'enfant et l'infirmière dans la pratique de l'allaitement. La dyade enfant-professionnel, en interaction, perçoit et forme des jugements par rapport à l'autre, ce qui est inévitable lors de la conduite de l'allaitement. Le Système conceptuel de King est interactif.

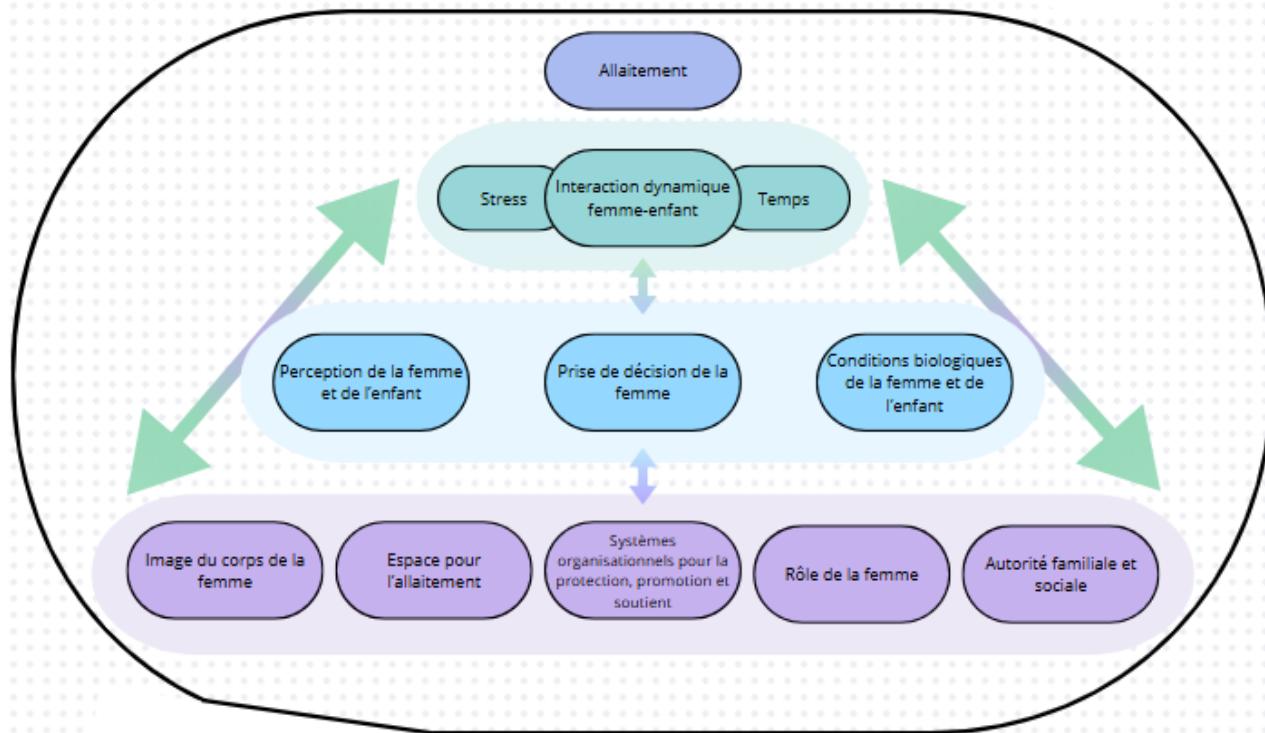
Le Système conceptuel de King a permis de faire avancer les connaissances dans le domaine des soins infirmiers dans les années 1990 et au début des années 2000. Toutefois, le développement de théories applicables à la pratique clinique a ensuite connu un ralentissement (Bond et al., 2011). Les auteurs de la Théorie interactive de l'allaitement maternel ont voulu

répondre au besoin de développer les connaissances en ce qui concerne le processus de l'allaitement en proposant une théorie plus concrète que le Système conceptuel de King tout en étant généralisable d'un point de vue scientifique. Ainsi, plusieurs raffinements au système conceptuel de King ont été faits et il sert désormais de structure et de référence théorique pour décrire les interactions humaines incluses dans le processus de l'allaitement (King, 1992 citée dans Frey et al., 2002).

3.3 Théorie interactive de l'allaitement maternel de Primo et Brandão (2017)

La Théorie interactive de l'allaitement maternel (voir figure 1) illustre l'interaction dynamique entre plusieurs facteurs, soit l'interaction entre l'enfant et la femme, les conditions biologiques de la femme, les conditions biologiques de l'enfant, la perception de la femme, la perception de l'enfant, l'image corporelle de la femme, l'espace pour l'allaitement, le rôle de la femme, les systèmes organisationnels pour la protection, la promotion et le soutien l'allaitement, l'autorité familiale et sociale, la prise de décision de la femme, le stress et le temps d'allaitement (voir tableau 1).

Contrairement au Système conceptuel de King qui stipule que le client et l'infirmière sont une dyade en interaction, la Théorie interactive de l'allaitement maternel soutient que les acteurs en interaction dynamique lors de l'allaitement sont l'enfant et la femme. La Théorie interactive de l'allaitement maternel maintient également que la perception, le jugement, l'action et la réaction au sein de la dyade sont les éléments essentiels à l'atteinte du but commun qui est l'allaitement. En effet, les échanges physiques, chimiques, biologiques et sensoriels constituent un processus communicationnel lors duquel les personnes liées peuvent révéler ce qu'elles pensent, ressentent et perçoivent quant à l'autre. Par leur propre subjectivité et complexité, la dyade femme-enfant forme un système personnel en soi.

Figure 1*La Théorie interactive de l'allaitement maternel, inspirée de Primo et Brandão (2017)***Tableau 1.***Concepts inhérents à l'allaitement selon la Théorie interactive de l'allaitement maternel*

Proximal	
Interaction dynamique entre la femme et l'enfant	Implique différents sous-concept tels que la perception, le jugement, les actions et les réactions et est soutenue par plusieurs formes de communication.
Temps d'allaitement	Comprend la durée du processus d'allaitement de la première tétée au sevrage et la durée de chaque tétée. Est vécu de manière unique par chaque femme.
Stress	État qui est influencé, intensifié ou réduit, par les interactions entre la femme, l'enfant et l'environnement. Les facteurs de stress peuvent être internes ou externes à la dyade femme-enfant.
Intermédiaire	
Conditions biologiques de la femme	Caractéristiques de la femme et fonctions essentielles à la réussite de l'allaitement.
Conditions biologiques de l'enfant	Caractéristiques de l'enfant et fonctions essentielles à la réussite de l'allaitement.
Perception de la femme quant à l'allaitement	Processus par lequel l'information obtenue par ses sens et sa mémoire est organisée, interprétée et transformée.

Perception de l'enfant quant à l'allaitement	Sensations relatives aux cinq sens qui sont perçues pendant le processus d'allaitement. Le processus de traitement des informations perçues par l'enfant lors de l'allaitement. Même processus que pour la femme.
Prise de décision de la femme	Processus dynamique et systématique où la femme choisit d'allaiter parmi d'autres options. Le choix répété d'une femme de continuer d'interagir avec l'enfant dans ce contexte a pour résultat la poursuite de l'allaitement.
Distal	
Image corporelle de la femme	Façon dont chaque femme perçoit son corps durant l'allaitement, est dynamique, personnel et subjectif. Cela est influencé par sa propre perception et la réaction des autres.
Espace pour l'allaitement	Univers personnel, subjectif, individuel et situationnel dépendant des relations humaines ainsi que de la perception de la femme quant à l'allaitement.
Rôle de la femme	Comportements sociaux attendus de la femme lorsqu'elle devient mère, impliquant sa relation avec l'enfant et l'allaitement. Il est défini par le fait qu'elle doit assumer de nouveaux droits et responsabilités.
Systèmes organisationnels pour la prévention, la promotion et le soutien de l'allaitement	Composé de la famille, la communauté et la société ainsi que diverses ressources pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement.
Autorité familiale et sociale	Influence les comportements des femmes selon le vécu, les valeurs et perceptions de chaque membre impliqué. Elle peut avoir un impact sur le contrôle, la direction et le changement des comportements de la femme par rapport à l'allaitement.

3.3.1. Niveau proximal d'influence sur l'allaitement

Au centre du modèle se retrouve l'allaitement, soit le but commun de l'interaction entre la femme et son enfant. L'interaction femme-enfant influence directement le temps d'allaitement alors que les échanges au sein de la dyade mènent à une fluctuation de chaque moment d'allaitement, ainsi qu'au maintien ou à l'arrêt de l'allaitement au-delà du seuil des six mois de l'enfant. L'interaction femme-enfant est affectée par le stress, lequel est dépendant de la relation entre la femme, l'enfant et leur environnement. Cette résultante peut être un obstacle à l'interaction entre les deux acteurs et, conséquemment, nuire aux échanges et mener à l'impossibilité de l'allaitement.

L'interaction dynamique entre la femme et l'enfant est appuyée par des communications tant verbales que non verbales tout au long du processus de l'allaitement qui est le but commun

des deux membres de la dyade. L'enfant et la femme échangent durant le positionnement, la prise du sein et la succion. Les organisations recommandent une période d'allaitement exclusif de six mois, jusqu'à deux ans en complément avec l'alimentation par aliments solides. La durée de chaque tétée varie selon les besoins de l'enfant et l'interaction dynamique entre la femme et l'enfant. Les facteurs de stress internes peuvent être : des perceptions négatives, des conditions biologiques inadéquates, une image corporelle insatisfaisante et/ou une vision personnelle du rôle de la femme qui est en conflit avec ce qui est dicté par les normes sociales. Les facteurs de stress externes peuvent être un espace inadéquat, un manque de soutien organisationnel et une opposition familiale ou sociale. Le stress peut affecter la relation femme-enfant.

3.3.2. Niveau intermédiaire d'influence sur l'allaitement

Pour que l'allaitement ait lieu, les concepts de conditions biologiques de l'enfant et de la femme, de perception de l'enfant et de la femme et de prise de décision de la femme sont essentiels. Ces derniers présentent une influence tant entre eux que sur la pratique de l'allaitement en soi.

Différents niveaux de fonctionnement sont impliqués dans les conditions biologiques de la femme : cellulaire, moléculaire et comportemental. Les auteurs définissent brièvement ce que sont les conditions biologiques de la femme dans leur cadre et elles incluent plus particulièrement l'anatomie de la poitrine ainsi que la production de lait. Différents niveaux de fonctionnement sont impliqués dans les conditions biologiques de l'enfant: cellulaire, moléculaire et comportemental incluant l'anatomie et la physiologie du système stomatognathique du nourrisson. Le système stomatognathique réfère aux structures de mastication, déglutition et élocution.

Le concept de prise de décision de la femme est variable selon ses expériences et son contexte, influencée par ses connaissances, ses conditions sociales et économiques, ses compétences, ses émotions, ses besoins, ses croyances, sa culture et ses objectifs.

3.3.3. Niveau distal d'influence sur l'allaitement

De façon plus distale, les concepts qui ont une influence sur l'allaitement sont : l'image corporelle de la femme, l'espace pour l'allaitement, le rôle de la femme, les systèmes organisationnels de protection, promotion et support de l'allaitement ainsi que l'autorité familiale et sociale. De ce fait, ces concepts sont plus susceptibles d'être liés et influencés par le système social correspondant au modèle de King.

4. Méthodes

4.1 Devis de recherche

Cette étude utilise un devis de recherche qualitatif descriptif afin de répondre à l'objectif de recherche. Le devis de type qualitatif est utilisé généralement lorsque la question de recherche vise l'exploration, la description ou l'explication approfondie d'un phénomène peu connu (Fortin et Gagnon, 2022). Ce devis est pertinent lorsque le but de l'étude est de permettre ultimement une compréhension de la manière dont les comportements humains et organisationnels, les attitudes et les expériences influencent la santé (Portney, 2020).

De plus, un devis qualitatif descriptif est aussi cohérent avec l'objectif de cette étude qui souhaite rendre compte de l'expérience vécue par les enfants et leur famille (Fortin et Gagnon, 2022). À ce sujet, l'étude descriptive qualitative est la méthode idéale pour décrire les expériences personnelles vécues par une personne (Sandelowki, 2000, cité dans Fortin et Gagnon, 2022).

4.2 Population ciblée

Pour répondre à l'objectif de la présente recherche, le témoignage d'ergothérapeutes avec de l'expérience auprès de nourrissons rencontrant des difficultés aux boires et le témoignage de parents d'enfants ayant reçu des services en ce sens, dont l'ergothérapie, ont été recherchés. Ce n'est pas uniquement la femme allaitante qui a été incluse dans la population ciblée, tel est le cas dans la Théorie interactive de l'allaitement maternel (Primo et Brandão, 2017), puisque le type d'alimentation ciblé est l'allaitement maternel et ce dernier peut être pratiqué par un co-parent ou tuteur qui nourrit l'enfant le lait maternel par le biberon.

L'objectif de recueillir deux perspectives différentes sur le sujet visait à dresser un portrait plus complet et fidèle à la réalité de la pratique. En obtenant des informations de diverses sources, il est possible de rendre compte des différents points de vue exprimés par les participants et garantir la fiabilité des données, assurant ainsi une plus grande exactitude de la description du sujet à l'étude (Fortin et Gagnon, 2022). Toutefois, malgré les efforts de recrutement, seulement une participante a pris part à l'étude, un parent. Aucun ergothérapeute n'a été recruté.

4.3 Participants et échantillonnage

La participante à cette étude a été recrutée par échantillonnage non probabiliste accidentel et par la méthode boule de neige (Fortin et Gagnon, 2022). Pour recruter des personnes, une affiche (Annexe B) a été publiée sur le groupe Facebook Ergothérapie UQTR ainsi que la page personnelle de l'étudiante-chercheure de la même plateforme dans l'effort de rejoindre des participants potentiels au sein des proches et connaissances éloignées.

Pour participer à l'étude, le parent recruté était quant à elle mère de deux enfants ayant reçu des services en ergothérapie pour leurs difficultés à l'allaitement au sein ou au biberon

avant l'âge de 12 mois. L'exploration et la compréhension des soins et services reçus par les nourrissons ont été possibles grâce à la contribution du parent qui est considérée comme experte de ce phénomène grâce à sa posture centrale dans la réalité des enfants ciblés. Les critères d'inclusion et d'exclusion de la mère sont présentés dans le tableau 2. Les critères sont détaillés par la suite. Il était prévu que le recrutement se produise jusqu'à saturation des données.

Tableau 2

Critères de sélection des participants – Parents de nourrissons

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Parents ou tuteurs de nourrissons ayant eu ou qui ont des difficultés à l'alimentation via l'allaitement au sein ou au biberon; Parents ou tuteurs d'enfant qui a reçu ou reçoit des services en ergothérapie pour les difficultés aux boires avant l'âge de 12 mois.
Critère d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> Parents ou tuteurs qui ont reçu ou reçoivent des services en ergothérapie pour eux-mêmes en lien avec l'alimentation de leur enfant.

Le premier critère d'inclusion vise à s'assurer que les services reçus en ergothérapie adressaient les difficultés aux boires et non les difficultés d'alimentation associées à l'introduction d'aliments solides. Bien que l'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois de vie, cette pratique est encouragée jusqu'à l'âge de deux ans considérant les effets bénéfiques tant pour la mère, l'enfant que leur lien (OMS, 2023).

Toutefois, à partir de 12 mois, l'allaitement ne prend qu'une faible proportion de l'alimentation des nourrissons alors qu'ils prennent habituellement que quelques tétées par jour (INSPQ, 2024). Le deuxième critère d'inclusion est adéquat, car il s'appuie sur le réalisme de la pratique de l'allaitement qui occupe une place moins importante après la première année de vie de l'enfant.

Ensuite, comme de nombreuses études documentent les expériences et les circonstances qui sous-tendent le choix d'une femme à allaiter (Primo et Brandão, 2017), le critère d'exclusion

voit à s'assurer que les services reçus soutenaient le fonctionnement de l'enfant à l'alimentation plutôt que la participation des parents.

4.4 Collecte de données

La participante a eu à remplir un questionnaire sociodémographique (Annexe C) afin de vérifier qu'elle correspondait aux critères d'inclusion. Le questionnaire a également permis de dresser un portrait de la participante incluse dans l'étude ainsi que ses enfants. Par exemple, des données concernant l'âge de l'enfant, son sexe, l'âge du parent, le nombre de semaines de gestation et pour quelle(s) raison(s) il a reçu des services en ergothérapie ont été collectées.

Dans un second temps, une entrevue individuelle semi-structurée (Annexe D), réalisée en visioconférence via la plateforme Zoom durant le mois de juin 2024, a permis de collecter des données qualitatives. Cette méthode est adéquate dans une étude telle que celle-ci qui a pour objectif d'explorer, décrire et comprendre une réalité peu documentée. L'entrevue semi-structurée est un moyen flexible de recueillir des témoignages en permettant aux participants de détailler à leur guise les éléments abordés (Portney, 2020). Ceci une méthode de choix considérant que la participante était amenée à discuter des expériences de soins de ses enfants, ce qui est grandement variable d'une famille à l'autre. L'entrevue semi-structurée est une méthode qui place le participant dans une posture d'informateur et de détenteur de savoir précieux pour l'étude (Pin, 2023). Les canevas d'entrevue ont été construits de sorte à créer un environnement qui favorise la confiance de la participante (Fortin et Gagnon, 2022). Les questions contenues dans les guides d'entrevue ont été établies de manière à discuter généralement du sujet de recherche pour ensuite obtenir des informations plus précises sur le phénomène. Ainsi, des questions principales ont été posées et des questions complémentaires ont été utilisées pour préciser les propos de la participante.

4.5 Analyse des données

D'abord, les données descriptives recueillies dans le questionnaire sociodémographique ont été synthétisées dans un tableau (tableau 3). Ensuite, les données obtenues lors de l'entrevue ont été traitées par une analyse thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2012) de sorte à extraire les thèmes abordés par les participants (Fortin et Gagnon, 2022). L'entrevue semi-structurée a été transcrrite par verbatim à partir de l'enregistrement audio. Le verbatim a été segmenté afin de faire ressortir les éléments les plus pertinents en regard de la question de recherche, soit les « unités analytiques » (Fortin et Gagnon, 2022).

D'une part, les catégories des thématiques ressorties étaient d'abord basées sur les guides d'entrevue afin de rapporter le plus fidèlement les propos de la participante. D'autre part, les codes qui émergeaient du verbatim de l'entrevue ont contribué à bonifier les thèmes de codage en liant ces thèmes au cadre conceptuel, soit la Théorie interactive de l'allaitement maternel (Primo et Brandão, 2017). Toujours selon cette méthode, les thèmes ressortis ont ensuite été analysés en cohérence avec l'orientation de la recherche, laquelle est de décrire les services reçus par la population cible.

L'analyse faite à partir des thèmes a permis de relever les éléments qui se rejoignent, se contredisent, ou se complémentent. L'analyse thématique était pertinente pour ce type de recherche, car elle est indiquée pour un corpus issu d'un nombre limité de participants.

Le processus de codage s'est effectué en utilisant le logiciel *N'Vivo*. L'analyse de contenu et le codage ont été réalisés par l'étudiante responsable du projet. Les catégories inhérentes à l'arbre de codage ont toutefois été sujettes de discussions avec la directrice de la recherche.

4.6 Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat éthique a été émis le 16 mai 2024 et porte le numéro CER-22-308-07.25 (Annexe E).

5. Résultats

5.1 Histoire du premier enfant

Dès sa naissance qui fut à terme et de manière naturelle, les parents et infirmières ont remarqué des particularités chez la fille (voir tableau 3 et figure 2). Durant le séjour de 48 heures à l'unité de périnatalité, la mère a rapporté les éléments « bizarres » (P1) faits par sa fille en lien avec son alimentation par l'allaitement au sein. En raison des difficultés vécues par la dyade mère-enfant à l'allaitement au sein, l'allaitement au biberon a été initié durant leur séjour sur l'unité périnatale. L'allaitement au biberon a été poursuivi jusqu'à ce qu'elle ait environ cinq mois. Tel que dicté dans les pratiques courantes, l'enfant a été évalué par le pédiatre avant son départ de l'hôpital vers le domicile familial. Ce médecin a confirmé un diagnostic de laryngomalacie et la fille a été référée en ergothérapie par le médecin pédiatre. Le suivi en ergothérapie a débuté rapidement, alors que la fille n'avait pas tout à fait deux semaines de vie, et elle a reçu un total de trois séances avec l'ergothérapeute. Par la suite, ses difficultés se faisaient moins ressentir. Toutefois, une consultation en chirurgie a été considérée par la famille pour intervenir au niveau du larynx mou de l'enfant.

5.2 Histoire du second enfant

L'histoire des services reçus par le second enfant de la participante se distingue en plusieurs aspects de celle du premier enfant (voir tableau 3 et figure 2). Cet enfant, un garçon, est

né de manière naturelle à 37 semaines de grossesse. À sa naissance, il perdait sa chaleur et ne présentait pas de réflexe de succion. La mère a tenté de l'allaiter au sein au départ. La mère a donc reçu des services du personnel infirmier pour l'accompagner dans ce processus. Alors que la dyade était toujours sur l'unité périnatale, l'allaitement maternel au biberon a été initié. Dans son témoignage, la mère n'a pas été en mesure de préciser si le personnel infirmier impliqué avait la certification de consultant en lactation (IBCLC).

Une fois de retour à la maison, les difficultés du garçon étaient toujours remarquées et anxiogènes pour la famille. Ces craintes ont été discutées à nouveau avec des infirmières sur la ligne Info-Santé (811) ainsi qu'au suivi avec le médecin pédiatre alors que le garçon était âgé d'un mois. Lors de ce suivi, il a été établi par le pédiatre que le nourrisson présentait des signes d'hyposensibilité orale. C'est ce médecin qui a fait une référence au Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP). Le dossier du garçon a donc été remis entre les mains d'une équipe multidisciplinaire incluant l'ergothérapeute, la nutritionniste, l'orthophoniste et la physiothérapeute. Après l'évaluation multidisciplinaire, c'est le chemin du suivi individuel en ergothérapie qui a été pris pour cet enfant. Il a été suivi par l'ergothérapeute pour une durée d'environ six mois, soit jusqu'à ce qu'il ait l'âge de sept mois, ce qui correspond à l'arrêt de l'allaitement au biberon pour cet enfant.

D'autres professionnels sont entrés dans la vie de cet enfant quelques mois plus tard lors de l'introduction d'aliments solides et en lien avec le dépistage et diagnostic du trouble du spectre de l'autisme.

Tableau 3

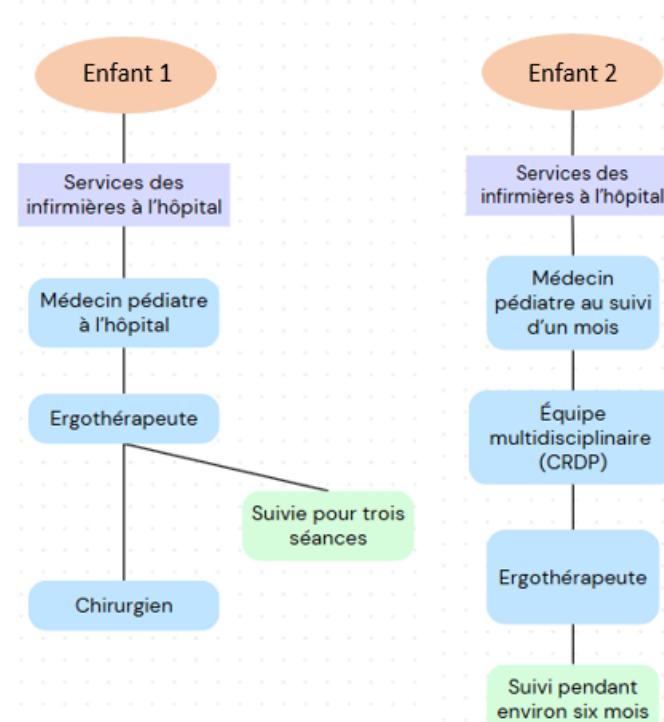
Informations relatives à la participante à l'étude et à ses enfants

Informations relatives à la participante	
Genre	Femme

Lien	Mère	
Âge actuel (années)	32	
Âge au moment de l'accouchement (années)	Enfant 1 : 18 Enfant 2 : 26	
Ville de résidence	Saguenay	
Informations relatives aux enfants de la participante		
Nourrisson	Enfant 1	Enfant 2
Âge actuel (années)	14	6
Semaines de grossesse à la naissance	40	37
Genre	Féminin	Masculin
Modalité d'alimentation initialement choisie par la mère	Allaitement au sein	Allaitement au sein
Amorce à l'allaitement au sein	Oui	Oui
Durée de l'allaitement au sein	2 jours	3 jours
Âge de l'enfant lors de l'arrêt de l'allaitement au biberon	5 mois	7 mois
Raisons pour lesquelles il a reçu des services en ergothérapie	Allaitement au biberon	Allaitement au biberon
Services en ergothérapie à ce jour	Aucun	Aucun

Figure 2

Portrait des services reçus par les nourrissons en lien avec leurs difficultés aux boires



5.3 Services qui concernent les conditions biologiques de l'enfant

Lorsque l'enfant présente des particularités de nature biologique, l'allaitement est susceptible d'être compliqué et difficile. En effet, tel que le souligne ce passage, la condition de l'enfant impacte l'occupation de l'allaitement : « Il avait pas de réflexe de succion, donc le nourrir, c'était vraiment vraiment difficile parce qu'il tétait pas du tout, c'était terrible [...] C'était vraiment là le plus difficile, c'était au niveau de la succion » (P1).

Plus encore, les caractéristiques organiques de l'enfant contribuant aux difficultés à l'allaitement sont potentiellement liées à des risques pour la santé du nourrisson : « On s'est rendu compte qu'il avait de l'hyposensibilité orale, ça c'est de naissance, mais il sentait pas les choses [...] fait que ça coulait, y'a rien qui faisait, il s'étouffait, il s'étouffait beaucoup » (P1).

Dans les expériences racontées par la participante, plusieurs professionnels sont intervenus auprès d'elle et de ses enfants pour soutenir le fonctionnement des nourrissons qui présentaient des difficultés à l'allaitement, tant au sein qu'au biberon, en raison de leurs conditions biologiques.

5.3.1 Soins infirmiers

Le personnel infirmier fait partie des premiers professionnels à assister la mère et le nouveau-né dans les premières minutes de la vie de l'enfant. En effet, les craintes et questionnements de la mère concernant les éléments « bizarres » faits par ses deux enfants lors de l'allaitement ont été rapportés au personnel infirmier. Un des rôles de ces professionnels est d'accompagner la mère dans les premiers essais à l'allaitement, et tel a été le cas pour la participante : « Les infirmières, dans le fond, c'est eux en premier qui nous disaient de le stimuler ». Les infirmières peuvent conseiller la mère allaitante pour diminuer les impacts des conditions biologiques de l'enfant sur le fonctionnement à l'allaitement tel que l'illustre ce

passage concernant le 2^e enfant: « Il fallait comme le faire têter en même temps de peser avec le sein parce que, lui, il le stimulait pas. Il fallait le stimuler, le garder réveiller fait que c'était des positions assez complexes » (P1). Ce passage réfère notamment aux techniques de compressions manuelles du sein lorsque le nourrisson est allaité qui peuvent être enseignées par le personnel infirmier (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2015).

Toutefois, malgré les services du personnel infirmier, les premiers essais à l'allaitement au sein pour le 2^e enfant ne se sont pas déroulés sans accroc : « Moi, j'ai essayé d'allaiter au départ, mais ça a vraiment mal été. [...] C'était pas la bonne façon de faire pour le stimuler » (P1). En effet, la participante nomme qu'elle n'était pas confortable avec les interventions des infirmières et « même si je pesais sur mon sein, ça sortait pas ».

Pour le 2^e enfant, l'allaitement au sein n'étant pas une pratique avec laquelle la participante était à l'aise et pour laquelle les interventions du personnel infirmier ne correspondaient pas à l'enfant selon sa mère, cette dernière a décidé d'opter pour un allaitement par biberon.

Pour ce qui est des essais à l'allaitement au biberon, soutenus encore une fois par les infirmières en milieu hospitalier, n'ont pas été concluants pour elle-même et son garçon, le 2^e enfant. Elle ajoute que les stratégies pour stimuler l'enfant ne semblaient pas être efficaces tel que le démontre ce passage :

Là ça a été encore une fois très compliqué, on n'avait toujours pas la bonne technique au départ. Il fallait quand même stimuler, que la stimulation respecte l'utilisation du biberon, il fallait respecter comment placer la tétine et stimuler [l'enfant] au niveau de ses joues. Mais, tu sais, quand on a pas la bonne place où stimuler, bien, il tétait pas plus et il avalait pas.

Les difficultés du 2^e enfant se sont fait ressentir bien au-delà des quelques jours passés à l'hôpital après sa naissance. La mère mentionne avoir remarqué les difficultés du bébé durant plusieurs semaines à domicile et même avoir considéré amener son enfant aux urgences. Malgré les conseils et interventions des infirmières, la mère a fait mention des difficultés à l'alimentation de son enfant au suivi avec le médecin pédiatre alors que le nourrisson était âgé d'environ quatre semaines.

5.3.2 Médecin pédiatre

D'une part, la contribution du pédiatre en unité périnatale est bien connue. Il est d'usage que ce professionnel évalue les nourrissons avant leur sortie de l'hôpital, ce qui a été le cas pour les deux enfants de la participante. Le médecin pédiatre sur l'unité périnatale a joué un rôle d'autant plus déterminant dans l'histoire du 1^{er} enfant tel que le montre ce passage : « Il avait vraiment remarqué la difficulté à l'hôpital à la naissance » (P1). C'est d'ailleurs ce médecin qui a posé le diagnostic de dysphagie causée par une déformation du larynx du 1^{er} enfant, la laryngomalacie. Les craintes de pneumonie d'aspiration étant présentes en raison de ses étouffements fréquents lors de l'allaitement, la médecin a référé cet enfant à une équipe multidisciplinaire.

Pour le 2^e enfant, la participante nomme que les difficultés de son enfant étaient une source de tracas et que l'idée d'aller consulter à l'urgence a été découragée par les infirmières qui disaient que la situation de l'enfant était « correcte » et qui continuaient de fournir des conseils pour faciliter l'alimentation. C'est pourquoi la famille a discuté des difficultés du 2^e enfant au médecin au suivi d'un mois. Comme la croissance du garçon ne suivait pas la courbe normale en termes de poids pour son âge, le médecin pédiatre a fait une référence à une équipe

multidisciplinaire au CRDP incluant les services d'un ergothérapeute, un nutritionniste, un physiothérapeute et un orthophoniste pour investiguer davantage ses difficultés.

5.3.3 Équipe multidisciplinaire

Les services d'une équipe multidisciplinaire reçus par le 2^e enfant constituaient à conduire une évaluation de son fonctionnement général avec une importance plus marquée à son alimentation. La conclusion de ces professionnels est qu'un suivi en ergothérapie est la voie la plus adaptée pour répondre aux difficultés du garçon.

5.3.4 Ergothérapeute

Pour adresser les difficultés à l'allaitement des deux enfants, que ce soit allaitement au sein qu'au biberon, les services des ergothérapeutes incluaient des interventions en ce qui a trait aux techniques de positionnement, la stimulation des structures orales des enfants, l'épaississement du lait, la modification du matériel pour donner le lait. Le garçon a aussi reçu des interventions visant à changer la consistance de son lait en l'épaississant.

5.3.4.1 Positionnement. Tel que le nomme la participante de cette recherche, les conseils concernant le positionnement à adopter tout au long de l'occupation faisaient partie intégrante des interventions de l'ergothérapeute :

Il y avait des positions aussi dans lesquelles on devait mettre [l'enfant] pour diminuer le risque d'étouffement [...], comment prendre mon gars, comment le positionner même après le repas pour pas qu'il fasse des reflux gastriques, plein de trucs comme ça pour pas que ça remonte, pour pas qu'il s'étouffe, pour pas que ça devienne non plus en pneumonie d'aspiration.

Dans l'expérience de la participante, les interventions au sujet du positionnement se sont avérées efficaces pour adresser les difficultés de ses enfants tel que le démontre ce passage :

Avec [ma fille], ils avaient pas épaissi son lait, c'était vraiment au niveau des positions qu'on devait faire quelque chose, on pouvait pas la recoucher une heure après avoir bu.

[...] Donc après trois séances, des cours de positionnement et les difficultés de [ma fille] se faisaient moins sentir.

5.3.4.2 Stimulation. Une proportion imposante des services reçus pour faciliter l'alimentation des nourrissons étaient des interventions pour stimuler les enfants tel que rapporté par la participante. En effet, ces interventions étaient nombreuses :

Au début, ils nous faisaient faire des gestes sur les coins de la bouche, puis on est allé chercher, stimuler, les parties de la mâchoire aussi. [...] Ils m'ont montré vraiment où aller peser sur les joues comme chatouiller là [elle pointe l'extérieur des joues et les lèvres] pour bien stimuler le réflexe de succion. [...] Il y avait aussi [de la stimulation à faire] à l'intérieur de la bouche avec un genre d'objet avec des petits pics dessus, une genre de brosse à dent. Il fallait, 30 minutes avant, aller brosser l'intérieur des joues, la langue, le palais.

Elle ajoute que les interventions des ergothérapeutes visaient également à enseigner à la famille de quelle manière les enfants devaient être stimulés. En effet, pour que le suivi en ergothérapie soit d'autant plus efficace, les parents devaient devenir des experts des conditions de leurs nourrissons : « C'est sûr que le stimuler, c'était vraiment des interventions que nous on devait faire » (P1). De ce fait, les interventions étaient prodiguées au-delà du milieu clinique, et ce, quotidiennement à la maison.

Selon l'expérience de la participante, la stimulation a permis de contrer les particularités biologiques qui défavorisaient le fonctionnement à l'alimentation de ses enfants. Par exemple, bien que le 2^e enfant soit né sans réflexe de succion et avec une hyposensibilité orale, la

stimulation a facilité l'efficacité des tétées et a réduit les risques d'étouffement. Des effets semblables ont été remarqués chez le 1^{er} enfant, né avec la laryngomalacie. L'impact de sa déformation au niveau du larynx sur son alimentation était moins marqué et les étouffements se faisaient moins nombreux.

5.3.4.3 Épaississement du lait. Pour agir sur les risques d'étouffement et de pneumonie d'aspiration associés à un réflexe de succion défaillant et l'hyposensibilité orale chez le 2^e enfant, les ergothérapeutes ont eu recours à la modification de la texture et consistance du lait.

Les conditions biologiques du 2^e enfant faisaient en sorte que son rythme succion-déglutition-respiration n'était pas fonctionnel : « Déjà qu'il avait pas de réflexe de succion, il a de l'hyposensibilité orale comme je t'ai dit, [...] comme son lait était trop liquide, il le sentait encore moins puis il s'étouffait, ça coulait » (P1). De ce fait, pour augmenter la sensation du lait dans sa bouche et faciliter la déglutition de l'enfant, son lait a été épaisse.

5.3.4.4 Modification des outils. Au fil des semaines, le lait devait être de plus en plus épaisse, ce qui a amené les professionnels à suggérer de modifier les objets utilisés lors de l'alimentation, soit d'utiliser un gobelet à ouverture plus grande. En combinant le positionnement avec la stimulation, le fonctionnement à l'alimentation du nourrisson était amélioré ; l'écoulement et l'étouffement ont diminué. Cette intervention ne cible pas directement les conditions biologiques de l'enfant. Elle est toutefois essentielle pour pallier les difficultés du 2^e enfant en lien avec l'absence de son réflexe de succion et son hyposensibilité orale, car elle représente une adaptation du matériel secondaire à l'épaississement du lait.

5.4 Services qui concernent la perception de la femme et prise de décision de la femme

Pour soutenir le fonctionnement du nourrisson dans l'alimentation, il est essentiel de considérer la mère qui est en interaction dynamique avec l'enfant dans la pratique de cette

occupation. La façon dont les services et soins sont offerts a un impact significatif sur le sentiment de compétence de la mère, sur ses émotions et sur ses besoins ainsi que, par le fait même, sur la réussite de l'allaitement. La perception de la femme est influencée par le contexte dans lequel l'allaitement se déroule et ce contexte peut également exercer une influence sur la prise de décision de la femme.

Toutefois, dans l'expérience de la participante, les services reçus ont eu un impact négatif sur sa perception de ses capacités tel que le démontre ce passage :

Elles étaient très tenaces dans leurs interventions. "Non, fais-le boire comme ça, fais ci, fais ça." Moi, j'étais pas à l'aise, j'étais plus bien. Je suis devenue très anxieuse de le nourrir. [...] Je me suis découragée assez vite, c'était des moments vraiment anxiogènes.

Par rapport à sa décision de cesser l'allaitement au sein pour poursuivre avec le biberon, elle ajoute :

J'étais vraiment pas confortable puis les infirmières voulaient pas que j'arrête. Moi, j'étais comme "non je veux arrêter, amenez-moi un biberon." [...] Sincèrement, il a fallu que je crie pour avoir un biberon, là, il a fallu que je me fâche.

Les interventions des infirmières ont eu un impact négatif sur sa perception de ses capacités ainsi que sur sa prise de décision.

6. Discussion

L'alimentation du nourrisson entraîne de nombreux défis. En effet, tant pour la mère que pour l'enfant, les multiples facteurs à considérer pour atteindre la réussite de l'allaitement sont susceptibles de compliquer cette occupation. Les difficultés à l'alimentation du nourrisson peuvent se faire ressentir par ses propres particularités biologiques, celles de la mère, le contexte

dans lequel il se déroule et également en raison des stratégies à appliquer lors de l'allaitement qui peuvent être complexes. Les services offerts au nourrisson et à sa famille, en particulier la mère, pour faciliter le fonctionnement de l'enfant abordent à leur manière les facteurs de réussite à l'allaitement de sorte à réduire les impacts des difficultés du nourrisson.

L'objectif de ce projet de recherche était d'explorer les services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois rencontrant des difficultés à l'alimentation aux boires. Plus encore, cette recherche visait initialement à créer un portrait de la manière dont les services offerts aux nourrissons soutenaient son fonctionnement à l'alimentation en documentant la réalité de parents et d'ergothérapeutes. Cet objectif n'a pas été atteint étant donné que l'échantillon était composé d'une seule mère ayant des enfants qui ont reçu des services pour leurs difficultés à l'alimentation au sein ou au biberon. Toutefois, le témoignage de cette participante permet de formuler une réflexion critique sur les services ayant pour cible le fonctionnement de l'enfant lors de l'allaitement.

L'analyse des résultats de la présente recherche permet d'ouvrir les yeux sur les cibles d'intervention de différents professionnels de la santé. Pour chacun des enfants de la participante, les histoires sont uniques et les services reçus diffèrent en quelques points, mais partagent certaines similarités. Il est intéressant de noter que les interventions des différents professionnels de la santé impliqués auprès de la famille se sont principalement attardées aux conditions biologiques de l'enfant. Les interventions reçues se sont limitées au positionnement de la mère et de l'enfant pendant et après l'allaitement, la stimulation du sein et des structures orales de l'enfant, la modification de la consistance du lait offert à l'enfant ainsi que l'adaptation du matériel pour l'allaitement au biberon.

Les histoires des deux enfants de la participante montrent des différences marquées dans leurs parcours respectifs. D'ailleurs, la littérature souligne que les parcours de soins des nourrissons avec des difficultés d'alimentation peuvent varier considérablement en fonction des particularités biologiques (Berall, 2009). Les résultats mettent en évidence l'impact des conditions biologiques sur l'alimentation des nourrissons. Tandis que le 1^{er} enfant a reçu un diagnostic rapide de laryngomalacie, conduisant à une intervention précoce en ergothérapie, le 2^e enfant a présenté des difficultés différentes, incluant une hyposensibilité orale et l'absence de réflexe de succion. Cette divergence a conduit à des approches distinctes en matière de soins, bien que, dans les deux cas, l'ergothérapie ait joué un rôle central dans l'amélioration de l'alimentation. Pour le 1^{er} enfant, la laryngomalacie a directement affecté sa capacité à s'alimenter et a contribué au changement de méthode d'allaitement du sein au biberon, nécessitant des ajustements de positionnement et des stratégies pour minimiser les risques d'étouffement. Pour le 2^e enfant, l'absence de réflexe de succion et l'hyposensibilité orale ont rendu l'allaitement extrêmement difficile, nécessitant des interventions plus intensives, comme l'épaississement du lait et une stimulation ciblée.

Les suivis différents et individualisés sont des pratiques cohérentes avec les données rapportées dans la littérature. En effet, lorsqu'un enfant présente des difficultés à l'alimentation, il est essentiel d'intervenir au niveau de ses conditions biologiques en traitant chaque patient et contexte de manière unique (OEQ, 2006). Par ailleurs, chaque situation doit être traitée indépendamment en raison de la complexité de l'allaitement qui unit des facteurs intrinsèques et extrinsèques, ce qui est à considérer lors des interventions à ce sujet (Fucile et Dow, 2023; OIIQ, 2015).

Les professionnels en soins infirmiers ont été les premiers à intervenir auprès des enfants de la participante. Dans les deux cas, l'amorce de l'allaitement au sein a été encouragée. Pour accompagner la participante à surmonter les difficultés de son nourrisson à l'alimentation, les infirmières ont eu recours à des stratégies de stimulation et compressions mammaires, de stimulation de l'enfant et de positionnement. Ces interventions sont cohérentes avec les normes concernant la profession d'infirmière. En effet, selon les lignes directrices nationales pour favoriser un allaitement réussi et l'avis professionnel de 12 institutions qui régissent les actes de professionnels de la santé, ces derniers se doivent d'aider les mères à amorcer l'allaitement (Agence de la santé publique du Canada, 2019 ; OEQ, 2024). Plus encore, les infirmières sont encouragées par l'OIIQ à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement. Son rôle en période périnatale inclut de recommander l'allaitement aux parents et de préparer le parent à affronter les difficultés qui surviennent en début d'allaitement (OIIQ, 2015). Pour ce faire, l'infirmière peut présenter de l'information concernant, entre autres, le contact peau à peau après la naissance, une première tétée dans l'heure qui suit la naissance, les positions confortables et la prise du sein (OIIQ, 2015).

Dans un autre temps, les résultats montrent que la perception de la mère et son confort avec les interventions reçues ont joué un rôle déterminant dans la prise de décision concernant l'alimentation de ses enfants. La pression exercée par le personnel infirmier a conduit la mère à ressentir une grande anxiété, la poussant à abandonner l'allaitement au sein en faveur du biberon malgré son choix initial. La littérature soutient qu'en effet, la perception maternelle des soins reçus peut varier, influençant la manière dont ces interventions sont vécues et intégrées (Primo et Brandão, 2017). Certaines interventions, bien que bénéfiques sur le plan technique, peuvent être perçues négativement par la mère, et affecter son sentiment de compétence, ses désirs et ses

besoins concernant l'allaitement. Cela reflète les études qui soulignent l'importance de considérer les perceptions parentales dans la planification des interventions pour maximiser leur efficacité (Beggs et al., 2021). Également, la pression ressentie dans le cas de la participante en raison des encouragements insistant du personnel infirmier est un phénomène bien documenté, où les normes sociales, le contexte d'allaitement et les pressions externes peuvent influencer les choix des mères, parfois au détriment de leurs préférences personnelles (Vallée-Ouimet et al., 2021). Par ailleurs, l'allaitement étant une pratique possible par une interaction dynamique entre l'enfant et sa mère, les sentiments négatifs de la mère et ses décisions sont susceptibles d'avoir un impact sur leur lien d'attachement. Plusieurs études relatent des conséquences négatives des difficultés des nourrissons à l'alimentation sur la relation parent-enfant ainsi que sur le stress parental (Aagaard et al., 2015; Chung et al., 2014; Pickler et al., 2015; Schanler et al., 1999; Silberstein et al., 2009, cités de Fucile et Low, 2023).

Les services des infirmières reçus par les enfants de la participante ne coïncident pas avec les meilleures pratiques documentées dans la littérature. En effet, il est attendu que le personnel en soins infirmiers fournissent des informations issues des données probantes pour permettre aux parents de prendre une décision éclairée selon leur situation et, plus encore, doivent être réceptifs et respectueux de la situation et de l'expérience vécue de chaque famille (OIIQ, 2015).

D'ailleurs, l'enseignement et le counseling sont des modalités d'intervention requises par les professionnels de la santé pour favoriser le sentiment de compétence des mères à comprendre les signaux de leur enfant, à le nourrir et reconnaître les signes démontrant que son bébé s'alimente bien (Agence de la santé publique, 2019). La mère n'a donc pas reçu un soutien optimal en ce qui concerne l'accompagnement dans le processus d'allaitement.

Toutefois, il est intéressant de considérer que les interventions offertes par les infirmières en lien avec les conditions biologiques de l'enfant et de la mère telles que des conseils quant au positionnement, de la stimulation de l'enfant, de la stimulation mammaire et de la compression mammaire sont des stratégies qui se veulent être adéquates et efficaces pour faciliter la pratique de l'allaitement (Howe, T. H., et Wang, T. N., 2013).

Le positionnement, la stimulation de l'enfant, l'épaississement du lait ainsi que la modification de l'outil pour donner le lait sont des interventions qui ont également été prodiguées par les ergothérapeutes, ce qui est en cohérence avec ce qui est retrouvé dans la littérature en ce qui concerne les interventions efficaces offertes en ergothérapie ((Howe, T. H., et Wang, T. N., 2013 ; OEQ, 2021 ; Kim et Kim, 2018).

Ensuite, la référence faite par le médecin pédiatre vers une équipe multidisciplinaire est cohérente avec ce qui est documenté dans la littérature où le travail multidisciplinaire et interdisciplinaire est vanté pour adresser adéquatement les besoins des enfants présentant des difficultés à l'alimentation (Rabaey et al., 2023). Cela représente par ailleurs une force des services reçus, car le suivi s'est fait dans un temps rapproché après la sortie de l'hôpital et considérant les inquiétudes ressenties par la mère. Bien que la continuité des soins soit peu analysée dans la littérature, il est rapporté que l'alimentation de l'enfant reste une source de préoccupation pour le parent après le séjour à l'hôpital (Hardy et al., 2018).

De nombreuses études et les documents dictant les politiques à suivre en matière d'allaitement recensent l'importance de considérer l'ensemble des facteurs qui influencent le processus d'allaitement, que ce soit en regard au fonctionnement de la mère dans cette pratique ou par rapport au fonctionnement du nourrisson dans l'alimentation. Plus précisément, des études relèvent de la nature multifactorielle de l'allaitement, caractérisé par des facteurs intrinsèques

(les systèmes neurologiques, gastro-intestinaux, cardio-respiratoires et musculosquelettiques, entre autres), des facteurs extrinsèques incluant l'environnement physique, la compétence des aidants et le niveau de stress (Lau, 2016 ; Lau et al., 2012 ; Mizuno et Ueda, 2003 ; Viswanathan et Jadcherla, 2020, cités dans Fucile et Dow, 2023). Ainsi, les services reçus par les nourrissons de la participante ne sont que partiellement adéquats et cohérents avec la littérature.

De plus, la Théorie interactive de l'allaitement maternel présente de nombreux concepts qui sont en interaction et qui assurent le succès de l'allaitement. Parmi ceux-ci se retrouvent les conditions biologiques de la mère et de l'enfant, ce qui a été la cible d'intervention de plusieurs professionnels de la santé œuvrant auprès des nourrissons de la participante. Selon les auteurs de la Théorie interactive de l'allaitement maternel, les conditions biologiques de la femme et de l'enfant exercent une influence directe sur le succès de l'allaitement. Ainsi, il est cohérent d'aborder cette composante lors des interventions pour soutenir le fonctionnement de l'enfant qui rencontre des difficultés aux boires. Une lacune relevée par la mère concernant les services reçus est le manque de sensibilité en regard à ses propres besoins, ce qui a eu un impact négatif sur sa perception quant à allaitement et sur sa prise de décision. Comme démontré dans la Théorie interactive de l'allaitement maternel, ces facteurs s'influencent entre eux et l'expérience négative de la femme affectant son sentiment de compétence et ne respectant pas ses besoins a impacté sa prise décision, menant à l'arrêt de l'allaitement maternel.

D'un regard plus large, ce sont les actions de différents professionnels des soins infirmiers qui ont exercé une pression négative sur la femme. Les systèmes de protection, promotion et soutien à l'allaitement ont un rôle déterminant à jouer pour assurer que l'ensemble des membres d'une équipe qui intervient dans l'alimentation du nourrisson ait les compétences nécessaires et pour assurer que la population ait des prédispositions favorables à un allaitement

réussi (OEQ, 2024). En contrepartie, ce sont ces mêmes services qui ont permis, au bout du compte, aux enfants de mieux fonctionner dans leur occupation de l'alimentation grâce à des interventions des divers professionnels de la santé.

6.1 Limites

Cette étude présente quelques principales limites. D'abord, la nature de la méthode d'échantillonnage, de type non probabiliste accidentel et par la méthode boule de neige, limite la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats qui pourraient être faites au-delà de cette présente étude (Fortin et Gagnon, 2022). En effet, les échantillons non probabilistes sont basés sur des caractéristiques précises recherchées chez les participants potentiels. Par ailleurs, la taille de l'échantillon, qui se réduit à un seul parent d'enfants ayant reçu des services pour leurs difficultés à l'alimentation, est également une limite de cette étude, car la saturation des données n'a pas été atteinte.

Aussi, l'aspect de motivation de la participante est à ne pas négliger. En effet, comme sa participation à l'étude est un choix volontaire, il est possible d'assumer que l'intérêt de partager son histoire et celles de ses enfants soit alimenté par un besoin de dénoncer ou régler des problèmes. Cette caractéristique unique peut avoir un impact sur la généralisation des résultats (Fortin et Gagnon, 2022). Pour une prochaine recherche, il serait adéquat de recueillir les témoignages d'un plus grand nombre de parents de sorte à comprendre plus en profondeur le sujet (O'Reilly et Cara, 2020). Mieux encore, afin de connaître la réalité des cliniciens qui travaillent à favoriser le fonctionnement des nourrissons à l'alimentation, il serait intéressant d'en interroger ou d'inclure des gestionnaires qui sont au fait des différents chemins parcourus par les familles et les enfants qui rencontrent des difficultés aux boires. Afin de recueillir des informations et de générer des connaissances avec ainsi que pour les personnes directement

touchées, il serait intéressant de conduire une prochaine recherche sous forme participative ou collaborative (Bourassa et al., 2007).

Dans un autre temps, les enfants de la participante sont maintenant âgés de 14 ans et six ans, ce qui présente tant une limite qu'une force. Certaines des pratiques documentées datent d'il y a plus de 10 ans. Alors qu'il est possible que les pratiques aient changé depuis, il est également possible d'observer des similitudes avec les interventions reçues par le garçon il y a tout juste cinq années. Une triangulation des informations et, même, une comparaison sont donc possibles grâce aux témoignages de la participante en regard des services qu'ont reçu ses enfants avant l'âge d'un an.

6.2 Retombées pour la pratique

Les résultats montrent que chaque nourrisson présente des particularités biologiques uniques qui nécessitent des interventions spécifiques. Pour répondre à ces besoins, il est crucial que les ergothérapeutes adoptent une approche individualisée, tenant compte des conditions particulières de chaque enfant.

En revanche, la présente étude met en lumière l'importance de ne pas uniquement concentrer les cibles d'intervention sur les conditions biologiques de l'enfant. En effet, l'alimentation du nourrisson, comme l'allaitement au sein ou au biberon, est complexe et sa réussite implique de nombreux facteurs. Il serait réductionniste de ne cibler que l'un d'eux lors des pratiques professionnelles. Ainsi, les actes des professionnels de la santé tels que les ergothérapeutes doivent prendre en considération la complexité de la relation entre l'allaitement, les personnes impliquées et le contexte dans lequel il se déroule et non uniquement les particularités physiques de l'enfant. Plus encore, afin de répondre adéquatement aux besoins des nourrissons rencontrant des difficultés à l'alimentation, l'écoute des besoins des parents, en

particulier la mère, est essentielle. En effet, la présente étude révèle que les perceptions et les émotions de la mère peuvent influencer son engagement dans les interventions proposées. Les ergothérapeutes doivent donc être sensibles à ces aspects et adapter leurs interventions en conséquence. De ce fait, ils doivent privilégier une communication empathique et respectueuse afin de réduire l'anxiété des parents et d'encourager leur collaboration active.

L'expérience de la participante montre que la perception et l'implication des parents dans les interventions sont cruciales pour le succès des soins. Les ergothérapeutes doivent donc s'assurer que les parents comprennent bien les stratégies proposées et se sentent soutenus tout au long du processus. L'enseignement devient alors une composante essentielle de l'intervention en ergothérapie, permettant aux parents de se sentir compétents et à l'aise avec les soins prodigués à leur enfant.

L'étude souligne l'importance d'une collaboration interdisciplinaire, notamment entre les ergothérapeutes, les infirmières, les infirmières consultantes en lactation (IBCLC) et les pédiatres. Cette collaboration permet de couvrir l'ensemble des besoins du nourrisson, du diagnostic à l'intervention, et de garantir une continuité des soins, tant à l'hôpital qu'après le retour à domicile. Pour les ergothérapeutes, cela implique de travailler en étroite collaboration avec d'autres professionnels pour coordonner les soins et partager les informations pertinentes sur le fonctionnement de l'enfant. Les pratiques et les connaissances évoluant, il est essentiel que les ergothérapeutes, tout comme l'ensemble des professionnels de la santé, participent à des formations continues pour rester à jour sur les dernières recherches et techniques en matière de prise en charge des difficultés d'alimentation des nourrissons. Cela leur permettra d'offrir des soins basés sur les meilleures données disponibles et d'améliorer les résultats des interventions pour les nourrissons et leurs familles.

7. Conclusion

En conclusion, la présente étude avait pour objectif de créer un portrait des services reçus par les nourrissons de moins d'un an qui présentent des difficultés à l'alimentation aux boires.

L'expérience rapportée par la participante met en lumière l'importance d'une approche individualisée et respectueuse dans la gestion des difficultés d'alimentation des nourrissons. Si les interventions des professionnels de santé ont été efficaces pour surmonter les obstacles biologiques des enfants, il est essentiel que ces interventions soient adaptées aux besoins émotionnels et psychologiques des mères afin de promouvoir une expérience positive et réduire l'anxiété sans quoi l'allaitement ne peut être un succès. C'est un regard global sur les nombreux facteurs inhérents à l'allaitement qui doit être posé par les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit d'un nourrisson qui présente des difficultés à l'alimentation, tel que présenté dans la Théorie interactive de l'allaitement maternel (Primo et Brandão, 2017). Une meilleure communication et une prise en compte des préférences maternelles peuvent grandement améliorer l'adhésion aux interventions et les résultats globaux, et ce, bien que ce soit le fonctionnement de l'enfant à l'alimentation qui soit ciblé. Il est essentiel de considérer que cette étude contient quelques limites telles que la taille de l'échantillon ne permettant pas la saturation et la généralisation des données ainsi que la non-participation de cliniciens qui auraient bonifié la réalité en lien avec les services offerts.

Cette étude met tout de même en lumière que, malgré les ressources adressées aux professionnels ainsi qu'aux parents et les données probantes disponibles, le transfert de connaissances vers le milieu clinique ne s'effectue pas de manière optimale et les meilleures pratiques ne sont pas appliquées automatiquement. Cela dit, les meilleures pratiques dictent que les compétences des professionnels de la santé se doivent d'être harmonieuses et

complémentaires entre chaque domaine de la santé afin de soutenir adéquatement tant le nourrisson que le parent dans l'allaitement. De prochaines recherches pourraient porter sur les raisons derrière lesquelles l'application en pratique ne se fait pas efficacement de sorte à poursuivre les efforts d'améliorer les pratiques pour favoriser le fonctionnement des nourrissons à l'alimentation.

Références

Agence de santé publique du Canada. (2019). *Chapitre 6 L'allaitement maternel*.

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-6/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-6.pdf>

Agence de santé publique du Canada. (2022). *Rapport d'avancement sur l'allaitement maternel au Canada 2022*. <https://sante-infobase.canada.ca/src/data/breastfeeding/ASPC%20-%20Rapport%20allaitement%20maternel%202022.pdf>

American Occupational Therapy Association (2007). Specialize knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*. 61(6), 686-700. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.686>

Beggs, B., Koshy, L. et Neiterman, E. (2021). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding: a scoping review of the literature. *BMC public health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12216-3>

Berall, G. (2009). Difficultés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : adapter les interventions à leur comportement. *L'odyssée de la santé internationale*.

https://www.mednet.ca/docs/pdf/HO10-001_French_with_WM.pdf

Bond, A. E., Eshah, N. F., Bani-Khaled, M., Hamad, A. O., Habashneh, S., Kataua', H., al-Jarraha, I., Abu Kamal, A., Hamdan, F. R. et Maabreh, R. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 404–409. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00835.x>

Bourassa, M., Bélair, L. et Chevalier, J. (2007). Les outils de la recherche participative.

Bowman, O. J., Hagan, J. L., Toruno, R. M. et Wiggin, M. M. (2020). Identifying Aspiration Among Infants in Neonatal Intensive Care Units Through Occupational Therapy Feeding Evaluations. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 1-9.

<https://doi.org/10.5014/ajot.2020.022137>

Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). *Occupation*.

<https://www.cnrtl.fr/definition/occupation>

Chenelière éducation.

CHU Sainte-Justine Centre hospitalier universitaire mère enfant. (2022). *Allaitement*.

<https://www.chusj.org/fr/soins-services/A/Allaitement/Se-preparer-et-bien-debuter-l-allaitement/Bienfaits-de-l-allaitement>

Code des professions. RLRQ, c. C-26. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>
de notions épistémologiques et application de la méthode Investigation Relationnelle
Caring pour mieux comprendre l'expérience infirmière d' « être avec » la personne
soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2^e éd., p. 33-58). Presses de l'Université du Québec.

<https://doi.org/10.2307/j.ctv1c29qz7.7>

Dubedout, S., Cascales, T., Mas, E., Bion, A., Vignes, M., Raynaud, J.-P. et Olives, J.-P. (2016). Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : situations à risque et facteurs favorisants. *Archives de pédiatrie*, 23(6), 570-576.

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.03.015>

Éducation et francophonie, 35(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1077645ar>

Fawcett, J. et DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3^e éd.). F. A. Davis Company.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche* (4^e éd.).

Frey, M. A., Sieloff, C. L. et Norris, D. M. (2002). King's conceptual system and theory of goal attainment: past, present, and future. *Nursing science quarterly*, 15(2), 107–112.

<https://doi.org/10.1177/089431840201500204>

Fucile, S., et Dow, K. (2023). A unique clinical tool for the evaluation of oral feeding skills in Gouvernement du Canada. (2012). *Durée de l'allaitement exclusif au Canada : statistiques et graphiques clés (2009-2010)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/duree-allaitement-exclusif-canada-statistiques-graphiques-cles-2009-2010.html>

Gouvernement du Canada. (2024). *Allaiter votre bébé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-enfant-nourrissons/allaitement-nutrition-nourrisson.html>

Hardy, C., Senese, J. et Fucile, S. (2018). Rehabilitation of Infant Oral Feeding Difficulties : A
Howe, T. H., et Wang, T. N. (2013). Systematic review of interventions used in or relevant to
occupational therapy for children with feeding difficulties ages birth-5 years. *The
American journal of occupational therapy*, 67(4), 405–412.

<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.004564>

Hui Liu, Y. et T. Stein, M. (2013). Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes
enfants et impact sur le développement psychosocial. *Encyclopédie sur le développement
des jeunes enfants*. <https://www.enfant-encyclopedie.com/pdf/expert/alimentation-enfant/selon-experts/comportement-alimentaire-des-nourrissons-et-des-jeunes-enfants-et-infants>. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(3), 240–248.

<https://doi.org/10.1177/00084174221134738>

Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans.* <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/les-problemes-lies-l-alimentation/bebes-de-faible-appetit#:~:text=Parfois%20le%20probl%C3%A8me%20est%20d%C3%BB,ralentissement%20normal%20de%20la%20croissance>

Kim, M. K. et Kim, D. J. (2018). Effects of Oral Stimulation Intervention in Newborn Babies *l'égard de la recommandation de textures et consistances pour la clientèle dysphagique.* <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/104-contribution-essentielle-de-lergotherapeute-a-legard-de-la-recommandation-de-textures-et-consistances-pour-la-clientele-dysphagique.html#:~:text=L'ergoth%C3%A9rapeute%20est%20comp%C3%A9tent%20pour,l%20valuation%20du%20client%20dysphagique>

La leche league. (s.d.). *Le Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel : les points clés.* <https://www.lllfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/940-code-commercialisation-lait-artificiel-commente>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Allaitement et alimentation.*

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/dix-conditions-pour-le-succes-de-l-allaitement-maternel>

Naître et grandir. (2020). *Le sevrage de l'allaitement.*

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/alimentation/naitre-grandir-bebe-sevrage-allaitement/

O'Reilly, L. et Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl : Survol

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2006). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout.*

<https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/13~v~au-dela-de-la-dysphagie-la-personne-avant-tout-role-de-lergotheraapeute-aupres-des-personnes-presentant-des-difficultes-a-salimenter-ou-a-etre-alimentees.pdf>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2021). *Contribution essentielle de l'ergothérapeute à*

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2024). *Avis interprofessionnel sur les compétences en allaitement du personnel professionnel de la santé.*

https://www.oeq.org/DATA/ACTUALITE/57~v~avis_interprof_competences_allaitemen_t_20241004.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Standards de pratique de l'infirmière.*

Soins de proximité en périnatalité. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.*

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Orthophonie et Audiologie Canada. (2023). *Problèmes d'alimentation et de déglutition chez les bébés et les enfants.* <https://www.speechandhearing.ca/wp-content/uploads/2023/04/Dysphagia-in-Infants-and-Children-FR.pdf>

Paillet, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Collection U.

Pin, C. (2023). Semi-structured Interviews. *LIEPP Methods Brief*, 4(1), 1-7.

<https://sciencespo.hal.science/hal-04087970v1/document>

Portney, L. G. (2020). *Foundations of clinical research : Applications to evidence-based practice* (4^e éd.). F.A. Davis.

Primo, C. C. et Brandão, M. A. G. (2017). Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6).

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>

Primo, C. C., de Oliveira Nunes, B., de Fátima Almeida Lima, E., Marabotti Costa Leite, F., Barros de Pontes, M. et Brandão, M. A. G. (2016). Which factors influence women in the decision to breastfeed?. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 34(1), 198-217.

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a22>

Rabaey, P. A., Barlow, K., Jama, H. et Lehr, V. (2023). Investigation of Assessment Tools in the Area of Pediatric Feeding Evaluation: A Mixed-Methods Study. *The American journal of occupational therapy*, 77(4). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050040>

Société canadienne de pédiatrie. (2004). Le sevrage de l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 9(4), 259-263. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2720509/pdf/pch09259.pdf>

Survey of Occupational Therapists Practice Approaches. *Occupational therapy in health care*, 32(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1419398>

Vallée-Ouimet, S., Benoit, M. et Pariseau-Legault, P. (2021). Normes sociales de l'allaitement : enjeux d'autonomisation pour les mères. *Sexologies*, 30(4), 277-286.

<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.06.001>

Vallières, A. (2020). Médicalisation de l'alimentation du nourrisson au Canada. Une revue de littérature sociohistorique. *Revue des politiques sociales et familiales*, 135(1), 82-91.

<https://doi.org/10.3406/caf.2020.3419>

Wilcock, A. A. (2001). Occupational science : The key to broadening horizons. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 412-417. <https://doi.org/10.1177/030802260106400808>

with Cri du Chat Syndrome : Single-Subject Research Design. *Occupational therapy international*. <https://doi.org/10.1155/2018/6573508>

Annexe A

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel selon l'Initiative Amis des bébés

<p>Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, puis continuer jusqu'à ce que le bébé ait deux ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés.</p>		
	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) ¹
CONDITION 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Se conformer entièrement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé; b. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et la porter systématiquement à la connaissance du personnel soignant et des parents; c. Mettre sur pied des systèmes de gestion de données et de surveillance continue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les employés, professionnels de la santé et des bénévoles.
CONDITION 2	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le personnel soignant possède des connaissances, compétences et habiletés suffisantes pour soutenir l'allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que tous les employés, les professionnels de la santé et les bénévoles ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en oeuvre la politique d'alimentation de l'enfant.
CONDITION 3	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de l'importance de l'allaitement, et de sa gestion, avec les femmes enceintes et leur famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.
CONDITION 4	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un contact peau contre peau immédiat et ininterrompu, et assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Placer les bébés en contact peau contre peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) ¹
CONDITION 5	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein et continuent de le faire, et les aider à résoudre toutes difficultés qui se présentent. 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.
CONDITION 6	<ul style="list-style-type: none"> Ne donner, aux nouveau-nés qui allaitent au sein, aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les mères à allaiter exclusivement pour les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.
CONDITION 7	<ul style="list-style-type: none"> Permettre aux mères et à leur nourrisson de demeurer ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24. 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter la cohabitation sur 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés: mères et bébés restent ensemble.
CONDITION 8	<ul style="list-style-type: none"> Aider les mères à reconnaître les signaux du nourrisson pour s'alimenter et à y répondre adéquatement. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager l'allaitement en réponse aux signaux du bébé. Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.
CONDITION 9	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller les mères sur la façon d'utiliser les biberons, les tétines artificielles ou sucettes, ainsi que les risques qui y sont associés. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une sucette d'amusement ou à une tétine artificielle.
CONDITION 10	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner les congés de l'hôpital de façon à ce que les parents et le nourrisson aient un accès opportun à un soutien et à des soins continus. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaire et les groupes d'entraide en allaitement. Appliquer des principes de soins de santé primaires et de santé des populations pour soutenir les mères sur le continuum de soins et planter des stratégies qui influenceront positivement les taux d'allaitement.

¹ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'autorité en ce qui concerne l'allaitement maternel et l'Initiative des amis des bébés au Québec. Il s'ensuit que les normes qui y sont en vigueur sont celles du MSSS.

Annexe B

Affiche de recrutement



Projet de recherche - Maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Exploration des services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois avec difficultés à l'alimentation

Recrutement

Objectif de la recherche

Documenter les services reçus par les nourrissons avant de recevoir des services en ergothérapie

Participant(e)s recherché(e)s

- Ergothérapeute avec expérience auprès de nourrissons ayant des difficultés aux boires
- Parent ou tuteur de nourrisson ayant eu ou qui ont des difficultés aux boires
 - Qui ont reçu ou qui reçoivent des services en ergothérapie



Implication

Participer à une entrevue individuelle par visioconférence d'une durée de 45 minutes



Pour participer ou toutes questions, communiquez à:

Mahélie Morin-Marchand, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières
à l'adresse suivante:

mahelie.morin-marchand@uqtr.ca

Annexe C

Canevas du questionnaire sociodémographique

Données sociodémographiques Participant au projet de recherche (parents)

Nom fictif du participant :

Lien avec l'enfant :

Quel est votre âge actuel ? :

Quel est l'âge de votre enfant ? :

À combien de semaines de grossesse votre enfant est-il né ? :

À quel genre vous identifiez-vous ?

- Homme
- Femme
- Autre

Quel est le genre de votre enfant ?

- Homme
- Femme
- Préfère ne pas répondre

Quelle est votre ville de résidence ? :

Votre enfant a-t-il reçus de services en ergothérapie au cours de ses deux premières années de vie ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, est-ce que les services en ergothérapie reçus par votre enfant concernaient (vous pouvez cocher plusieurs cases, si applicable) :

- L'alimentation au sein
- L'alimentation au biberon
- Autres raisons, décrivez :

Votre enfant reçoit-il toujours des services en ergothérapie à ce jour ?

- Oui
- Non

Annexe D

Canevas d'entrevue

Guide d'entrevue individuelle

**Présentations*

- *Présentation de l'étudiante-chercheuse*
- *Présentation du participant*

**Rappeler les buts du projet :*

- *Créer un portrait des soins et services reçus par les familles de nourrissons qui les ont menés à recevoir des services en ergothérapie pour des difficultés à l'alimentation (au biberon ou à l'allaitement au sein)*

**Rappel que la recherche s'intéresse aux services que l'enfant a reçu de sorte à favoriser son fonctionnement à l'alimentation, mais que si le participant ressent le besoin d'indiquer des services qu'il a reçus, il est le bienvenu à le faire. Informer que certains sujets peuvent être sensibles et que bien que l'objectif de la rencontre soit de répondre à des questions de recherche, l'étudiant chercheur est avant tout une personne à l'écoute et prête à accueillir leur témoignage.*

**Consentement*

- ⇒ *Le participant devrait avoir consulté le formulaire au préalable (envoyé par courriel)*

Démarche à suivre pour le consentement verbal

1. *Demander si la personne a pris connaissance du consentement.*

Si non : lui faire un résumé des points clés du consentement (objectif, temps d'entrevue, enregistrement, risques, avantages - aider à l'avancement de la recherche et compensation monétaire -, confidentialité - endroit sécurisé, jamais identifié par leur nom -, volontaire)

Si oui : Expliquer la raison du consentement, but du projet de recherche.

2. *Enregistrer le consentement : **ENREGISTRER LE CONSENTEMENT SEULEMENT***

Lire la phrase de consentement (**2.3** dans le formulaire) et faire répéter ou projeter à l'écran et faire lire. Passer sur le point **2.4**, 2.7 et 2.8.

**Questionnaire sociodémographique sera rempli par le participant au préalable*

** Rappeler que la rencontre devrait durer environ 45 minutes*

** Rappeler qu'ils peuvent demander une pause n'importe quand*

Rappeler que l'on va enregistrer- **DÉBUTER L'ENREGISTREMENT*

ENTREVUE AUPRÈS DES PARENTS

Exploration des services reçus par les nourrissons de moins de 12 mois ayant des difficultés à l'alimentation au sein ou au biberon

Participant (Parent X) : _____

Lien avec l'enfant : _____

1. Décrivez-moi comment va votre enfant en date d'aujourd'hui ?
 - 1.1 Quel est l'âge actuel de l'enfant ?
 - 1.2 Quel est son portrait fonctionnel?
2. Parlez-moi de son histoire de naissance.
 - 2.1 À combien de semaines de grossesse est-il né ?
 - 2.2 Y a-t-il eu des complications pour l'enfant ?
3. Parlez-moi de ses premières semaines de vie
 - 3.1 Décrivez-moi les difficultés qu'a vécues votre enfant.
 - 3.2 Comment décririez-vous ses difficultés à l'alimentation depuis la naissance ?
4. Quels sont les services et les soins que votre enfant a reçus en lien avec son fonctionnement à l'alimentation ?
 - 4.1 Comment avez-vous eu accès à ces services ? (Par exemple : qui vous a référé, quelles démarches avez-vous dû faire ?)
 - 4.2 Quels sont les services et les soins qu'il reçoit actuellement ?
5. Quelles ont été/sont les interventions reçus en ergothérapie par votre enfant ?

Annexe E

Certification éthique



4634

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Exploration des services reçus par les nourrissons ayant des difficultés à l'alimentation au sein ou au biberon

Chercheur(s) : Mahélie Morin-Marchand
Département d'ergothérapie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-24-308-07.25

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 24 mai 2024 au 24 mai 2025

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création **Date d'émission :** 24 mai 2024