

**PERSPECTIVE MULTICULTURELLE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL AU CANADA**
Bienvenue au bébé allaité



N'IMPORTE OÙ. N'IMPORTE QUAND.

**PERSPECTIVE MULTICULTURELLE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL AU CANADA**

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Le document *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada* a été rédigé pour le compte de Santé Canada par Theresa Agnew, Inf.aut., B.A., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., en collaboration avec Joanne Gilmore, Inf.aut., B.A., B.Sc. Inf., M.Ed., et Pattie Sullivan, Inf.aut., B.Sc.Inf., I.B.C.L.C.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteures et des collaborateurs et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

Also available in English under the title
A Multicultural Perspective of Breastfeeding in Canada

Toute modification est interdite. Peut être reproduit sans autorisation.
On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Elle est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997
Cat. H39-386/1997F
ISBN 0-662-81481-9

TABLE DES MATIÈRES

5	Introduction
8	Chapitre I : Communautés culturelles
8	Cultures de l'Asie de l'Est et de l'Asie du Sud-Est
10	Cultures vietnamienne, cambodgienne et laotienne
12	Culture chinoise
14	Culture japonaise
15	Cultures d'Asie du Sud
15	Culture indienne
16	Culture tamoule du Sri Lanka
17	Culture latino-américaine et hispanique
21	Culture portugaise
22	Cultures africaines de différentes origines
24	Culture somalienne
25	Cultures caraïbes
26	Cultures de la Russie et des pays d'Europe centrale et de l'Est
29	Chapitre II : Religion et culture
30	Culture islamique
31	Conclusion
33	Annexe : Regroupement par région des pays d'origine de la mère
35	Références

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est le phénomène bioculturel par excellence. Chez les humains, l'allaitement n'est pas seulement un processus biologique, mais aussi un comportement déterminé par la culture [...]. De tout temps ou presque, tous les nouveau-nés humains tirent l'essentiel de leur alimentation du lait maternel, et l'histoire de l'allaitement chez les humains en tant que mammifères remonte à un passé encore plus lointain. Ainsi ont évolué les humains, à la fois entités biologiques et créatures sociales.

(Stuart-Macadam et Dettwyler, 1995, traduction libre, p. 7)

On peut définir la culture comme l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes et des pratiques qui sont apprises et partagées par les membres d'un groupe particulier et qui guident les attitudes, les décisions et les gestes dans un sens déterminé (Leininger, 1985). Au sein d'une mosaïque culturelle complexe comme celle qui existe au Canada, l'allaitement maternel est le reflet de normes et de pratiques culturelles diverses. Le présent document vise à offrir un résumé des différentes croyances et pratiques qui sous-tendent l'allaitement maternel et les autres pratiques en matière d'alimentation des nouveau-nés au Canada.

Le chapitre I du présent document offre un survol des différentes communautés culturelles, définies en fonction des tendances de l'immigration au cours des cinq dernières années et des tendances projetées de l'immigration (voir à l'annexe les regroupements régionaux de pays). Le chapitre II présente un sommaire des croyances et des pratiques relatives à l'allaitement maternel dans la culture islamique.

Chaque groupe culturel a fait l'objet d'une recherche documentaire à l'aide de plusieurs bases de données médicales et sociales. Des entrevues auprès d'informatrices clés ont été effectuées. Les personnes jointes appartenaient à diverses communautés culturelles et étaient reconnues pour leur connaissance des habitudes en matière d'allaitement maternel et d'alimentation des nouveau-nés. Nous nous sommes efforcées, dans un premier temps, d'inclure et de mettre en relief des documents canadiens, mais la rareté des publications canadiennes pertinentes a entravé nos efforts dans ce sens. Nous avons, dans un second temps, puisé dans des documents provenant de diverses sources, et plus particulièrement dans des documents dont les constatations étaient confirmées par les informatrices clés que nous avons jointes au Canada.

Dans l'examen de ce profil, il importe de garder à l'esprit les considérations suivantes :

- Il tend à y avoir autant, sinon plus, de variations entre les membres d'un même groupe culturel ou d'une même communauté culturelle qu'entre les groupes eux-mêmes. On observe, en effet, des variations sur le plan de la langue, des comportements, des concepts, des intérêts, des croyances et des valeurs, qui sont autant de facteurs influencés et adaptés par l'expérience personnelle.
- Les généralisations sont parties intégrantes des profils culturels et elles sont nécessaires aux fins de la discussion ou de l'illustration des propos. Toutefois, «[...] on ne devrait pas y voir une représentation de caractéristiques applicables à tous ni même, dans certains cas, à la majorité des membres d'une communauté. Les généralisations peuvent, en fait, être complètement inexactes si on veut les appliquer à certaines personnes ou à certaines circonstances quelles que soient la personne considérée ou les circonstances examinées.» (Masi, 1988, traduction libre)
- Les personnes qui ont le même statut socioéconomique, mais qui appartiennent à des groupes culturels différents, ont souvent plus de choses en commun, y compris des croyances et des comportements en matière de santé, que les personnes qui appartiennent à des couches socioéconomiques différentes au sein du même groupe culturel. Certaines caractéristiques socioéconomiques, telles que la scolarité, le statut professionnel et l'accès aux services de santé, peuvent transcender les frontières culturelles (Masi, 1988).

Le concept de l'allaitement maternel au Canada d'un point de vue multiculturel reflète dans une large mesure celui de l'acculturation.

L'acculturation est le processus d'assimilation par les membres d'un groupe des traits culturels d'un autre groupe avec lequel il est en contact. Il s'agit autant d'un phénomène individuel que collectif. L'acculturation n'est jamais automatique, intégrale ni égale à travers les groupes; elle est plutôt, premièrement, sélective et fragmentaire, deuxièmement, plus susceptible de se produire dans certaines circonstances que d'autres

et, troisièmement, plus répandue dans certains groupes que dans d'autres.

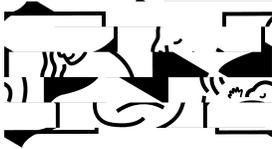
(Henderson et Brown, 1987, p. 155, traduction libre)

Dans bon nombre de cultures examinées dans ce document, l'allaitement maternel est très répandu dans le pays d'origine. Toutefois, on observe chez les membres de ces groupes qui immigreront en Amérique du Nord une transition unidirectionnelle de l'allaitement maternel à l'allaitement au biberon. Fait intéressant, l'adoption des préparations commerciales pour nourrissons dans les pays en développement est un phénomène tellement répandu que certains anthropologues voient la poursuite de l'allaitement maternel comme un indicateur inverse de l'acculturation au profit du mode de vie occidental (Bader, 1979, tel que cité dans Henderson et Brown, 1987). En d'autres termes, certains chercheurs estiment que le rythme auquel un groupe culturel donné adopte l'allaitement au biberon et renonce à l'allaitement maternel peut permettre de déterminer dans quelle mesure ce groupe a remplacé ses croyances et pratiques traditionnelles par celles du monde occidental. Les documents examinés et les entrevues menées avec les informatrices clés ont régulièrement fait ressortir le fait que les femmes immigrantes et réfugiées ont le sentiment que le recours aux préparations pour nourrissons est le mode d'alimentation des nourrissons le plus répandu et celui qui est privilégié en Amérique du Nord.

Le processus de l'acculturation et l'ampleur de ce processus dans un nouveau pays sont influencés par nombre des facteurs mêmes qui déterminent les croyances et les pratiques dans le pays d'origine. Le statut socioéconomique, la proximité de la famille étendue et le fait de vivre en région urbaine plutôt qu'en région rurale sont quelques-uns de ces facteurs.

Nous allons examiner l'alimentation des nourrissons sous différents angles culturels; nous aborderons également d'autres facteurs qui peuvent intervenir dans les décisions en matière de mode d'alimentation des nouveau-nés.

CHAPITRE I



COMMUNAUTÉS
CULTURELLES

CULTURES DE L'ASIE DE L'EST ET DE L'ASIE DU SUD-EST

Les Cambodgiens, les Chinois et les Vietnamiens pratiquent une médecine humorale qui s'intéresse à l'équilibre des forces vitales. Le *yang-ch'i* (*Yang* en mandarin; *Am* en vietnamien; *Kdao* en cambodgien) est l'énergie masculine et positive associée à la chaleur et à la plénitude; le *yin-ch'i* (*Yin* en mandarin; *Duong* en vietnamien; *Trarcheak* en cambodgien) représente la féminité et correspond aux forces négatives de la noirceur et du froid. C'est le déséquilibre entre ces deux forces vitales qui est considéré comme la cause des problèmes de santé. Les aliments aussi sont vus comme «chauds», «froids» ou neutres, non en fonction de leur température ou selon qu'il sont plus ou moins épicés, mais en fonction de leur nature intrinsèque, telle qu'elle est perçue (Mathews et Manderson, 1981).

Après l'accouchement, les femmes vietnamiennes, chinoises et cambodgiennes sont appelées, selon leur culture, à respecter une série de règles résumées par l'expression «faire le mois» (Mathews et Manderson, 1981; Pillsbury, 1978). On considère que l'accouchement enlève à la femme chaleur, sang et souffle de vie. Pendant les 28 à 30 premiers jours du postpartum, on pense que les femmes sont très vulnérables au froid, au vent et à la magie. Pour corriger ce déséquilibre, la femme en postpartum doit rester à la maison, éviter les courants d'air, renoncer à prendre des bains, s'habiller chaudement et, s'il lui faut quitter le lit, marcher à très petits pas. Pendant cette période, la nouvelle mère est généralement l'objet de soins attentifs de la part de son entourage. Par ailleurs, elle mange des aliments jugés «chauds» et évite ceux qui sont vus comme «froids». On comprend ainsi l'usage très répandu de l'alcool, notamment l'alcool de riz et le brandy. Les aliments recommandés sont : le poulet, le porc, le gingembre, le sel, le poivre noir, le riz bouilli et le thé chinois. Les aliments à éviter incluent les fruits et les légumes crus, plus particulièrement les épinards, les

haricots mungo, le melon, le citron, la banane ainsi que les aliments frits en grande friture et les aliments gras. Ces recommandations visent à éviter divers problèmes de santé tels que les céphalées, les varices, l'arthrite et le prolapsus utérin pour la femme, et différents autres problèmes de santé pour le nouveau-né (Mathews et Manderson, 1981). Le confinement à la maison au cours du premier mois du postpartum comporte des conséquences évidentes pour les services de soutien aux femmes en postpartum, qui doivent être accessibles et adaptés en fonction des particularités culturelles. Ainsi, l'examen des seins de la mère allaitante doit se faire de façon à éviter les déperditions de chaleur et à protéger la mère contre les courants d'air et les refroidissements.

La soupe au chou, aux carottes, au chou-fleur et aux patates est vue comme un mets qui favorise la production de lait. Le fait d'éviter les aliments «froids» permet à la mère de protéger son nourrisson contre la diarrhée, la toux et le rhume, les propriétés de ces aliments étant directement transférées au nourrisson par le lait maternel (Mathews et Manderson, 1981).

Au Canada, les femmes originaires d'Asie de l'Est et d'Asie du Sud-Est peuvent respecter quelques-unes de ces coutumes ou n'en respecter aucune. Les efforts déployés pour suivre certaines de ces coutumes sont parfois découragés par les pratiques des hôpitaux ainsi que par la difficulté de se procurer les aliments prescrits. Les nouvelles mères peuvent ne pas demander que l'on apporte certains changements aux soins qui leur sont offerts ou à leur alimentation de peur de paraître ingrates et impolies (Mathews et Manderson, 1981). Qui plus est, l'absence de soutien familial, et notamment des grands-mères maternelle et paternelle, peut rendre impossible le respect des règles qui permettent de «faire le mois». Si la mère doit retourner au travail ou à l'école, elle peut se trouver forcée d'abandonner ces pratiques culturelles rapidement. Fishman, Evans et Jenks (1988) ont constaté que chez les immigrantes indochinoises, les coutumes les plus persistantes étaient centrées sur la consommation d'aliments «chauds». En fait, les femmes d'Asie de l'Est et d'Asie du Sud-Est peuvent avoir l'impression qu'elles sont plus sujettes à attraper le rhume et d'autres maladies associées au climat et aux pratiques hospitalières de l'Amérique du Nord; d'où l'attrait exercé sur les femmes en postpartum par le régime alimentaire traditionnel.

La promotion de l'allaitement maternel et l'éducation prénatale destinée aux femmes chinoises se traduisent par une augmentation du pourcentage des femmes qui optent pour l'allaitement au sein, mais n'ont pas d'effet significatif sur la durée de la période d'allaitement maternel, passé le premier mois du postpartum (Chan-Yip et Kramer, 1983; Rossiter, 1994; Tuttle et Dewey, 1995).

Cultures vietnamienne, cambodgienne et laotienne

Dans les régions rurales du Viêt-Nam, du Cambodge et du Laos, la vaste majorité des enfants sont nourris au sein pendant normalement plus d'un an (Mathews et Manderson, 1981; Jambunathan et Stewart, 1995). Les préparations pour nourrissons importées sont considérées comme trop chères ou ne sont pas disponibles. L'allaitement au sein est vu tout simplement comme la norme (Henderson et Brown, 1987; Jambunathan et Stewart, 1995; Romero-Gwynn, 1989). Toutefois, même en l'absence de complément à l'aide de préparations pour nourrissons, l'alimentation au lait maternel est souvent complétée par de la pâte de riz prémâchée ou un porridge de riz et de sucre (Fishman, Evans et Jenks, 1988). Quand le bébé a environ six mois, on commence à introduire dans son alimentation de la bouillie de farine de riz diluée (*bođ*), puis des porridges (Henderson et Brown, 1987; Mathews et Manderson, 1980).

Dans les zones urbaines du Viêt-Nam et du Cambodge, l'alimentation aux préparations pour nourrissons est plus répandue. Pour nombre de femmes vietnamiennes et cambodgiennes qui ont immigré en Amérique du Nord, l'alimentation au biberon est souvent la méthode de prédilection (Romero-Gwynn, 1989). Serdula, Cairns, Williamson et Brown (1991) ont constaté que pour 93 p. 100 des enfants d'Asie du Sud-Est qui sont allaités au sein dans leur pays d'origine, seulement 10 p. 100 de ceux qui sont nés aux États-Unis le sont. On observe la même tendance chez les réfugiés Hmongs (Faller, 1985). Une étude réalisée auprès de femmes Hmongs dans un camp de réfugiés en Thaïlande indiquait que 88 p. 100 de ces femmes optaient pour l'allaitement maternel. La majorité des mères déclaraient qu'elles avaient l'intention de poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à la naissance du prochain enfant (Lee, 1986). Les taux de recours à l'allaitement maternel chutent radicalement après l'immigration (Faller, 1985).

Ces résultats semblent aussi refléter la façon dont les choses se passent à cet égard au Canada (entrevues auprès des informatrices clés). Après l'immigration, on observe une corrélation positive entre la présence d'un membre de la famille pour aider la mère au cours du postpartum et le choix de l'allaitement au sein pendant cette période (Rossiter, 1992). Par ailleurs, les femmes qui ont reçu de l'information au sujet des mérites de l'allaitement maternel sont plus enclines à opter pour ce mode d'allaitement, mais elles choisissent généralement de sevrer leur bébé avant que celui-ci n'ait quatre mois (entrevues auprès des informatrices clés). D'autres auteurs signalent que l'allaitement au sein se poursuit pendant neuf mois en moyenne au cours de la période qui suit l'immigration (Mathews et Manderson, 1980; Romero-Gwynn, 1989; Serdula et coll., 1991). La durée signalée dans les sources canadiennes est passablement plus courte.

Le sentiment d'avoir trop peu de lait est une raison souvent invoquée par les femmes pour expliquer leur décision de passer du sein au biberon (Jambunathan et Stewart, 1995). Par ailleurs, l'alimentation artificielle est associée à des bébés gras, qui ont plus de

chance de survivre. Le lait maternel, en revanche, est vu comme une substance instable, dont la consistance dépend de la santé de la mère et de la qualité de son alimentation, soit deux facteurs sujets à fluctuation (Fishman, Evans et Jenks, 1988; Henderson et Brown, 1987).

Romero-Gwynn (1989) a constaté que la distribution d'échantillons de préparations pour nourrissons avait un effet statistiquement significatif sur l'adoption de l'allaitement au sein et sur la durée de la période d'allaitement au sein chez les femmes indochinoises. Bien que cet effet ait aussi été observé dans d'autres cultures, il semble que cette population soit particulièrement vulnérable à cet égard. L'alimentation au biberon est vue comme plus pratique et comme un moyen de rendre l'enfant «autonome» (Fishman, Evans et Jenks, 1988).

Les femmes vietnamiennes trouvent qu'il est embarrassant de donner le sein en public (Rossiter, 1992), voire potentiellement dangereux, surtout dans le milieu de travail (Leininger, 1987). Elles choisissent souvent de cesser d'allaiter leur bébé lorsqu'elles retournent à l'école ou au travail. Si la famille en a les moyens et que ce genre de service est disponible, une nourrice peut alors être engagée de façon à ce que le bébé puisse continuer d'être nourri au sein (Leininger, 1987). Toutefois, les informatrices clés ont signalé qu'il est rare que les familles recourent à cette solution en Amérique du Nord.

Si les femmes nord-américaines peuvent apprécier la perte de poids qui accompagne souvent l'allaitement au sein, les femmes indochinoises, elles, pensent que cette forme d'allaitement peut les rendre trop maigres et les vider de leur énergie. Par ailleurs, ces femmes peuvent avoir un dilemme à résoudre après le premier mois, quand il leur faut faire un choix entre les aliments «chauds», jugés bons pour leur santé, et les aliments «froids», qui sont censés augmenter la production de lait (Fishman, Evans et Jenks, 1988).

Le colostrum est souvent considéré comme du «vieux lait» et rejeté. Au cours des deux ou trois jours suivant la naissance, on donne souvent aux nourrissons du thé de ginseng, du thé de racine de plante ou de l'eau bouillie sucrée. Toutefois, cette coutume n'est pas tellement pratiquée en Amérique du Nord, où il arrive souvent que les bébés soient, dès les 24 premières heures de leur existence, nourris au sein ou au biberon (Henderson et Brown, 1987). Par ailleurs, on considère que l'extraction du lait est une pratique sale, à laquelle on ne recourt généralement que pour soulager les seins engorgés (Fishman, Evans et Jenks, 1988; Rossiter, 1992).

Pour certains, les médicaments occidentaux sont potentiellement dangereux. Dans une étude réalisée en 1986, Rosenberg indique qu'il arrive qu'on modifie les traitements occidentaux en leur intégrant des interventions traditionnelles. Il cite l'exemple d'une mère cambodgienne qui devait prendre des antibiotiques par voie orale et qui les prenait en application topique en les broyant et en les mélangeant avec du baume de tigre.

Le peuple Hmong du Laos considère que la tête et le cou sont des parties sacrées; en conséquence, les professionnels des soins de santé qui aident les femmes allaitantes devraient éviter de toucher ces parties. L'aide est souvent acceptée plus facilement si elle vient d'une intervenante plutôt que d'un intervenant (Jambunathan et Stewart, 1995), mais il n'est pas rare, chez les Hmongs, que le père soit présent afin d'aider la mère avant et après la naissance du bébé (Lee, 1986; Morrow, 1986). Dans la culture Hmong, l'allaitement au sein commence quand l'enfant est «prêt», soit, par exemple, quand il a évacué une ou deux selles et qu'il est plus alerte et actif. Pour reprendre les termes d'une mère, «si on laisse le bébé téter avant la montée laiteuse, le bébé sera frustré et pleurera beaucoup. On doit attendre que le lait soit monté[...]. Il faut peut-être attendre quelques heures ou jusqu'au lendemain avant de donner le sein.» (propos tirés de Morrow, 1986) Bien que la norme au Laos soit que les mères allaitent leur bébé jusqu'à la naissance du bébé suivant ou qu'elles fassent appel à l'allaitement en tandem, les femmes Hmongs qui immigrèrent en Amérique du Nord choisissent de sevrer leur bébé à un stade précoce ou de ne pas du tout l'allaiter (Nelson et Hewitt, 1983). L'obligation de reprendre le travail peu de temps après la naissance était l'une des raisons citées pour expliquer la durée écourtée de la période d'allaitement. Une femme expliquait en ces termes comment il était plus facile de combiner travail et allaitement au Laos : «Oui, j'ai nourri mes bébés au sein [au Laos]. J'amenais le bébé avec moi au champ, sur mon dos. Puis, quand il pleurait, j'arrêtais et je lui donnais le sein. Puis, je recommençais à travailler.» (propos tirés de Morrow, 1986)

Culture chinoise

Dans les régions rurales de la Chine continentale et à Taïwan, les nourrissons sont généralement nourris au sein, parce que les préparations pour nourrissons sont difficiles à obtenir et qu'elles coûtent très cher. Toutefois, dans les zones urbaines et à Hong Kong, l'alimentation au biberon est la méthode la plus répandue. Une importante étude (n = 95, 578) menée en Chine populaire révèle que dans les zones rurales et les zones urbaines, respectivement 75 p. 100 et 49 p. 100 des nouveau-nés sont nourris au sein. À l'âge de six mois, 60 p. 100 des nourrissons des zones rurales sont encore nourris au sein, tandis que dans les zones urbaines la proportion n'est plus que de 34 p. 100 (Yun, Kang, Ling et Xin, 1989). Le sentiment de ne plus avoir suffisamment de lait et la naissance de jumeaux ainsi que, pour les femmes des zones urbaines, le fait d'avoir un emploi sont les facteurs qui ont un effet négatif sur le choix de l'allaitement au sein et sur la durée de la période d'allaitement. Le recours à une alimentation mixte n'était pas chose rare (Yun, Kang, Ling et Xin, 1989).

Une étude récente sur les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons dans le Sichuan, en Chine, indiquait que si la majorité (73 p. 100) des soignants reconnaissent que l'allaitement maternel est la meilleure méthode, seulement 32 p. 100 des bébés sont encore nourris au sein au quatrième mois du postpartum. Les deux tiers des nourrissons ne sont mis

au sein que plus de 24 heures après la naissance. On observait un lien significatif ($p=0,0002$) entre la cohabitation et l'allaitement maternel, mais le tiers seulement des hôpitaux offraient cette possibilité. L'insuffisance du lait était la principale raison invoquée (68 p. 100) par les mères pour expliquer l'arrêt précoce de l'allaitement au sein. Les difficultés associées à l'allaitement au sein et le retour au travail étaient d'autres raisons citées pour expliquer la transition à l'alimentation au biberon (Guldan, Maoyu, Guo, Junrong et Yi, 1995).

Il y a beaucoup de variations chez les femmes chinoises qui immigrent au Canada pour ce qui est du mode d'alimentation des nouveau-nés. Les femmes de Hong Kong qui ont une bonne scolarité et qui appartiennent à une couche socioéconomique supérieure sont mieux renseignées au sujet des avantages de l'allaitement maternel et sont plus nombreuses à continuer d'allaiter leur enfant au sein après leur immigration au Canada (entrevues auprès des informatrices clés). Toutefois, les femmes qui viennent de la Chine continentale et de Taïwan semblent moins enclines à opter pour l'allaitement maternel, et celles qui font ce choix abandonnent généralement après deux à quatre semaines (entrevues auprès des informatrices clés). Ces constatations sont confirmées par les résultats de deux études récentes sur le taux des femmes qui optent pour l'allaitement au sein parmi les femmes chinoises et vietnamiennes de la ville de Toronto (Abernathy, Tung et Barber, sous presse). En 1993, le taux des femmes qui choisissaient l'allaitement au sein était de 86 p. 100 parmi les immigrantes en provenance de Hong Kong, et de 47 p. 100 chez les mères en provenance de la Chine continentale; ces taux sont considérablement plus élevés que ceux de l'année précédente, quand seulement 21 p. 100 des mères chinoises et vietnamiennes déclaraient donner le sein à leur nouveau-né dès la naissance.

Un éventail de raisons peuvent expliquer les faibles taux des femmes qui optent pour l'allaitement maternel chez les immigrantes venant de Chine continentale. Une recherche effectuée par Chan-Yip et Kramer (1983) mentionne certaines raisons pour expliquer pourquoi peu de femmes chinoises nourrissent leur enfant au sein à Montréal : ces femmes se sont fait dire que le lait commercial était supérieur au lait maternel; certaines ont des scrupules à donner le sein en public, plus particulièrement dans les appartements où vivent beaucoup de personnes; l'alimentation au biberon est plus commode, surtout lorsque la mère doit retourner au travail; enfin, l'allaitement au sein est perçu par certaines comme «une pratique ancienne». Par ailleurs, Chan-Yip et Kramer (1983) ont constaté que les femmes chinoises jointes ne connaissaient pas les services de soutien existants ou ne savaient pas à qui s'adresser pour obtenir de l'aide pour l'allaitement.

Les constatations faites par un groupe de réflexion comprenant des femmes ayant récemment immigré de Hong Kong indiquent que toutes les femmes ($n=6$) avaient nourri leur enfant au biberon ou envisagé de recourir à cette méthode d'alimentation, même si elles avaient toutes, enfants, été nourries au sein. Parmi les raisons invoquées, on retrouve une plus grande commodité, la volonté d'éviter des situations embarrassantes, le désir d'avoir plus de temps libre ou de retourner au travail et la perception que le lait maternisé est un

produit moderne, plus stable et nutritif que leur propre lait. Les participantes ne connaissaient pas les avantages de l'allaitement au sein ou étaient sceptiques. Ces femmes étaient d'avis que l'on devait, pour convaincre les femmes d'origine chinoise d'allaiter leur nouveau-né, veiller à ce que les programmes et le matériel de promotion soient préparés en chinois et reflètent les croyances culturelles des Chinois (Santé Canada, 1995).

Une étude réalisée dans le «chinatown» de Toronto révèle que même les jeunes connaissent très bien les principes du Yin et du Yan, et les coutumes associées à cette philosophie ancienne continuent d'être largement respectées. Ainsi, pour suivre les règles de l'alimentation traditionnelle, les femmes sino-canadiennes refusent souvent de manger les repas qui sont servis dans les maternités, se limitant aux aliments qui leur sont apportés de la maison (Yeung, Cheung et Sabry, 1973). Par ailleurs, il n'est pas rare que des remèdes à base de plantes médicinales soient donnés aux nouveau-nés; ces derniers passent rapidement à l'alimentation solide, d'abord composée de «soupe» au riz ou à l'orge (entrevues auprès des informatrices clés).

Culture japonaise

Avoir des enfants en santé est très valorisé au sein de la culture japonaise et est vu comme le moyen pour une femme de parvenir à la plénitude (Engel, 1989). Les enfants ont un statut important dans la structure sociale. Le rôle traditionnel de la femme inclut la garde et l'éducation des enfants, activités considérées comme des aspects importants de la vie familiale. Dans ce contexte, l'allaitement maternel est vu sous un angle très positif et comme un élément très favorable à la santé des enfants, et c'est pourquoi il est encouragé dans tous les segments de la société (Yeo, Mulholland, Hirayama et Breck, 1994).

Le recours exclusif à l'allaitement au sein pendant une période prolongée était traditionnellement la norme au Japon. Même aujourd'hui, il n'est pas rare que les enfants soient nourris au sein pendant une longue période. En fait, dans les demandes d'admission au jardin d'enfants ou à la maternelle, on demande aux parents pendant combien de temps l'enfant a été allaité au sein et si l'enfant est sevré (Sharts-Hopko, 1995). Néanmoins, le recours à une alimentation mixte, enfants nourris au sein et au biberon en même temps, et le recours aux préparations pour nourrissons exclusivement deviennent des pratiques plus courantes, à cause surtout de la publicité omniprésente faite par les multinationales qui mettent en marché ces préparations (Barger, 1996; Sharts-Hopko, 1995). Riordan (1993) signale qu'environ la moitié des mères japonaises nourrissent leur enfant au sein au troisième mois du postpartum, mais qu'au sixième mois, seulement le tiers des mères allaitent encore leur enfant. Au Japon, le ministère de la Santé veille activement à promouvoir le retour à l'allaitement maternel, mais bon nombre de femmes japonaises sont déchirées entre les valeurs et les pratiques traditionnelles de leur culture, d'une part, et le travail à l'extérieur du foyer, le recours au biberon et d'autres habitudes «occidentales», d'autre part (Riordan, 1993).

Par souci de modestie, on encourage les femmes à ne pas allaiter en public. On croit aussi qu'un régime alimentaire hypocalorique, composé de riz, de gruau et de soupe, peut aider la mère allaitante à augmenter sa production de lait (Sawada, 1981). On remet parfois à la mère allaitante une plaque ou une figurine (*ema* en japonais) pour l'aider à obtenir réponse à ses prières pour avoir suffisamment de lait (Riordan, 1993).

Il est courant pour une femme japonaise qui va avoir un enfant d'aller habiter chez sa mère pendant quelque temps; elle y reste jusqu'à six à huit semaines après l'accouchement. Comme les autres Asiatiques, les Japonais croient qu'il y a des aliments «chauds» et des aliments «froids» et que les femmes qui viennent d'accoucher sont particulièrement vulnérables au froid. Voilà pourquoi il est interdit aux femmes japonaises de prendre une douche ou de se laver les cheveux pendant au moins une semaine après l'accouchement (Sharts-Hopko, 1995).

CULTURES D'ASIE DU SUD

Culture indienne

Selon les informatrices clés jointes, l'allaitement maternel, bien que jugé préférable à l'alimentation au biberon, n'est pas souvent la méthode choisie par les femmes indiennes. L'adoption de l'allaitement au sein et la durée de la période d'allaitement diffèrent selon le lieu d'habitation, en région rurale ou en zone urbaine. Les femmes des régions rurales nourrissent généralement leur enfant au sein, souvent jusqu'à la naissance de l'enfant suivant (Sundararaj et Pereira, 1975). Une étude canadienne sur les familles indiennes hindoues de la Colombie-Britannique corroborent ces résultats. Dans une étude réalisée en 1983, Desai, Lee Pai et Wright signalent que 25 p. 100 des mères déclarent avoir nourri leurs enfants au sein, un autre 25 p. 100 les avoir nourris au biberon, et 50 p. 100 avoir recouru aux deux méthodes. Les céréales sont introduites vers l'âge de trois mois, et les fruits et légumes entre le quatrième et le sixième mois. Les préparations commerciales sont utilisées en complément ou en remplacement du lait maternel.

En Inde, les nouvelles mères ne doivent pas sortir de la maison pendant les 40 premiers jours qui suivent l'accouchement et souvent, elles vont vivre avec leur mère pendant cette période. Cette pratique vise à aider les mères à se rétablir. Au Canada, bon nombre de femmes trouvent qu'il est difficile de respecter cette tradition, que les femmes ont dans une certaine mesure abandonnée faute de pouvoir la suivre (Yoshida et Davies, 1982).

Pour protéger le bébé contre le «mauvais oeil» du visiteur, on fait une marque de suie dans sa paume, sur sa tempe ou derrière son oreille. Par ailleurs, on met le bébé dans des langes serrés pour l'empêcher de bouger les membres, ce qui pourrait être nocif pour lui.

Sur le plan alimentaire, il est recommandé aux mères d'éviter les aliments épicés et lourds, qui peuvent être cause de diarrhée pour le bébé. La mère est encouragée à boire du lait et parfois à consommer un porridge spécial, fait de farine de millet, de lait chaud et de sucre, aliment qui est censé l'aider à produire plus de lait.

De façon générale, les mères indiennes ne donnent pas le sein en public ni en présence de visiteurs mâles. En Inde, la mère utilise son voile pour se protéger des regards indiscrets lorsqu'elle donne la tétée.

Culture tamoule du Sri Lanka

Au Sri Lanka, l'allaitement maternel est la norme depuis toujours. Toutefois, on a récemment commencé à proposer aux femmes qui reprennent le travail ou qui sont «incapables» de nourrir leur enfant au sein de s'en remettre aux préparations pour nourrissons ou au lait de vache. Les femmes qui ne travaillent pas à l'extérieur du foyer ont tendance à nourrir leur bébé au sein pendant une période plus longue que celles qui ont un emploi. Au Canada, les femmes tamoules nourrissent généralement leur enfant au sein. Toutefois, s'il leur faut retourner au travail, elles passent généralement à l'alimentation au biberon quand leur enfant a trois ou quatre mois.

Après la naissance, la mère et le nouveau-né sont confinés à la maison pendant 30 jours. Au cours de cette période, la mère ne doit s'adonner à aucune activité. La famille prend soin d'elle et l'aide à reprendre des forces. Au cours des cinq premiers jours, la mère prend des bains d'herbes et ne prend qu'un repas composé de riz et de poisson séché par jour. Elle limite sa consommation d'eau, ne mange ni fruits ni légumes et ne boit pas de jus. Après ces cinq jours, elle peut manger du poisson frais et du poulet ainsi que certains légumes. Le nombre de repas augmente graduellement jusqu'à trois repas par jour après 30 jours. Les aliments qu'elle consomme sont censés augmenter la production de lait et l'aider à reprendre des forces (entrevues auprès des informatrices clés).

Le 31^e jour suivant la naissance, une petite cérémonie religieuse a lieu dans la maison; celle-ci est animée par le prêtre du temple local. Le bébé et la mère sont purifiés, et les proches parents offrent de l'or au nouveau-né. Le 41^e jour, la mère et l'enfant peuvent quitter la maison pour leur première visite au temple (City of Toronto, Department of Public Health, 1989).

Au Canada, les femmes tamoules, surtout celles qui ne peuvent compter sur l'aide de proches parents, ont de la difficulté à respecter les restrictions que prévoit la tradition pour les 30 premiers jours suivant la naissance. Quant aux pratiques alimentaires, les femmes tamoules les respectent plus ou moins rigoureusement, selon qu'elles sont au Canada depuis plus ou moins longtemps et qu'elles sont plus ou moins exposées aux normes canadiennes (entrevues auprès des informatrices clés).

Au Sri Lanka, les aliments solides sont introduits à six mois pour les garçons et à sept mois pour les filles. L'introduction des aliments solides se fait au temple, lors d'une cérémonie au cours de laquelle une personne qui mange donne du riz sucré au bébé. Cette cérémonie est célébrée pour assurer la prospérité de l'enfant et lui éviter les problèmes digestifs. Au Canada, cette cérémonie est toujours en usage chez les Tamouls. Toutefois, les Tamouls canadiens ne sont pas opposés à l'introduction de Pablum^{MC} avant la cérémonie officielle du passage à l'alimentation solide (City of Toronto, Department of Public Health, 1989).

CULTURE LATINO-AMÉRICAINNE ET HISPANIQUE

La communauté hispanique du Canada se caractérise par une grande diversité et réunit les membres de plusieurs ethnies, qui viennent de différentes régions, dont le Mexique, l'Amérique du Sud, l'Amérique centrale, les Caraïbes, certains pays d'Afrique et d'Europe. On doit préciser que cette culture présente une grande diversité.

Au Mexique, plus de 80 p. 100 des femmes entreprennent d'allaiter leur bébé, quelle que soit leur classe sociale. Toutefois, dès le troisième mois du postpartum, les deux tiers des femmes appartenant à l'élite urbaine n'allaitent plus leur enfant (Dimond et Ashworth, 1987). Trente-huit pour cent des nourrissons sont exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de trois mois (Akre, 1993). Le recours exclusif à l'allaitement maternel est particulièrement répandu parmi la population pauvre des villes et dans les régions rurales, mais à l'âge de quatre mois, la majorité des nourrissons commencent à prendre des aliments solides et des substituts de lait maternel (Dimond et Ashworth, 1987). En 1991, le gouvernement du Mexique a créé un comité national chargé de promouvoir l'allaitement maternel et d'obtenir une augmentation du pourcentage des femmes qui choisissent de nourrir leur enfant au sein. En plus d'adopter des lois et des règlements touchant différents aspects du Code de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le gouvernement a inclus l'allaitement maternel dans les programmes d'études, à tous les niveaux, et il a organisé des campagnes de promotion de l'allaitement maternel (Akre, 1993).

Une étude effectuée auprès de 131 nourrissons péruviens vivant dans une communauté rurale pauvre a permis d'établir que 99 p. 100 des nourrissons étaient d'abord nourris au sein et que 60 p. 100 des enfants étaient toujours nourris au sein à l'âge de 12 mois (de Kanashiro, Brown, de Romana, Lopez et Black, 1990). Le recours exclusif au lait maternel demeure l'exception, puisque les deux tiers de tous les nourrissons prennent des substituts de lait maternel ou d'autres aliments à l'âge de trois mois (Akre, 1993). On a observé des tendances similaires au Guatemala (OMS, 1981) et en Bolivie, où 59 p. 100 des nouveau-nés sont exclusivement allaités par leur mère jusqu'à l'âge de trois mois (Akre, 1993).

Après l'immigration, le recours à l'allaitement maternel et la période d'allaitement diminuent radicalement chez les femmes des communautés hispaniques (Bryant, 1982; Smith, Mhango, Warren, Roachat et Huffman, 1982; Young et Kaufman, 1988). Des enquêtes indiquent que, dans ces groupes, le pourcentage des femmes qui entreprennent d'allaiter leur enfant se situe autour de 48 p. 100 aux États-Unis (Ryan, Rush, Krieger et Lewandowski, 1991; Williams et Pan, 1994). Selon les informatrices clés, au Canada, les femmes hispanophones entreprennent souvent d'allaiter leur bébé, mais elles ne persévèrent pas très longtemps. Ces femmes semblent être influencées par ce qu'elles perçoivent comme étant la norme culturelle et elles remplacent le lait maternel par le lait commercial. Une tendance déconcertante semble confirmer l'influence négative de l'acculturation : en effet, le choix de l'allaitement au sein et la période d'allaitement chez les immigrantes d'Amérique latine diminuent à mesure que la période postimmigration se prolonge (John et Martorell, 1989; Romero-Gwynn et Carias, 1989; Scrimshaw, Engle, Arnold et Haynes, 1987).

Le retour au travail est la principale raison invoquée pour expliquer l'interruption de l'allaitement (entrevues auprès des informatrices clés; Scrimshaw, Engle, Arnold et Haynes, 1987; Shapiro et Salzer, 1985). Dans son étude effectuée auprès des femmes latino-américaines de Miami, Bryant a constaté que l'allaitement maternel, bien que jugé bénéfique et comme comportant de nombreux avantages, était aussi vu comme «difficile sur la plan pratique» et comme «trop exigeant», surtout pour les mères qui retournent au travail ou à l'école. L'embarras vécu par les mères qui doivent allaiter en public est un autre facteur dissuasif en Amérique du Nord (Bryant, 1982; Shapiro et Salzer, 1985; Weller et Dungy, 1986; Young et Kaufman, 1988).

L'information sur l'allaitement maternel semble être filtrée par le réseau social, et on accorde plus de crédit aux membres de la famille et aux voisins qu'aux professionnels de la santé. La grand-mère maternelle, d'abord, et la grand-mère paternelle, ensuite, sont les principales sources de soutien social et d'influence en ce qui a trait à l'alimentation des nouveau-nés dans la communauté hispanique (Baranowski, Bee, Rassin, Richardson, Brown, Guenther et Nader, 1983; Bryant, 1982).

Toutefois, certaines études indiquent que le niveau de scolarité est un important déterminant de l'attitude des mères pour ce qui est de faire appel aux professionnels de la santé et d'accepter de suivre leurs conseils. Williams et Pan (1994) ont constaté que les femmes hispanophones qui discutent de l'allaitement maternel avec un médecin ont généralement fait des études secondaires ou plus avancées et que ces femmes entreprennent plus volontiers que les autres de nourrir leur enfant au sein après avoir immigré. Balcazar, Trier et Cobas (1995) ont pour leur part constaté que les femmes hispaniques qui sont incitées à nourrir leur enfant au sein lors de visites prénatales sont deux fois plus nombreuses que les autres à entreprendre d'allaiter leur bébé.

Comme les membres de la culture indochinoise, les personnes d'origine hispanique croient que la mère et l'enfant sont plus vulnérables et sujets à la maladie et au mal au cours

du postpartum. «*La Cuarentena*» est une période de repos de 40 jours imposée aux femmes après l'accouchement. Au cours de cette période, les femmes doivent limiter leurs activités et suivre certaines règles alimentaires afin de recouvrer la santé. Elles doivent rester à la maison, éviter les gros travaux, ne pas avoir de rapports sexuels et renoncer à prendre des bains (Clark, 1978; Zepeda, 1982). Elles doivent plus particulièrement éviter les refroidissements aux pieds, afin de ne pas attraper le rhume (Clark, 1978). Les aliments jugés trop acides, comme les oranges, les tomates, les citrons et les pamplemousses, sont proscrits. Les aliments qui sont jugés bénéfiques au cours de cette période incluent les fromages blancs secs, les tortillas rôties, le *café con leche*, le chocolat ou le cacao et le poulet rôti (Bertelsen et Auerbach, 1987). Les aliments estimés «chauds» sont vus comme bénéfiques pour la mère et le bébé; là encore, cette classification est indépendante des caractéristiques observables et de la température physique et renvoie plutôt aux caractéristiques attribuées aux aliments (Currier, 1966).

Dans cette culture aussi, l'allaitement naturel, qui est l'une des expressions les plus fortes de l'intimité et de l'accueil dans la vie humaine, est étroitement associé aux qualités du chaud et du froid. On croit que l'exposition au froid diminue la production de lait et que le chaud, en revanche, la fait augmenter. Par contre, on estime que s'il y a trop de chaleur à l'intérieur de la mère, l'enfant peut devenir *enlechado*, ce qui veut dire que le lait ingéré par l'enfant va cailler et qu'il ne sera pas digéré (Currier, 1966). Fait intéressant, il n'y a pas vraiment de consensus autour des aliments qu'il sied de considérer chauds (*caliente*) ou froids (*fresco* ou *frio*) (Currier, 1966; entrevues auprès des informatrices clés).

Les membres de cette culture estiment en outre que le bébé consomme tout ce que la mère ingère. Voilà pourquoi les femmes hispaniques évitent les aliments épicés, qui pourraient causer des problèmes de digestion à leur bébé (entrevues auprès des informatrices clés). Les boissons de malt, la bière noire et une boisson faite de maïs bouilli et de lait sont autant d'aliments jugés bons pour la production de lait maternel (entrevues auprès des informatrices clés; City of Toronto, Department of Public Health, 1992). La famille apporte parfois ces aliments à l'accouchée. La mère évite pendant 40 jours de consommer du persil et des légumes, parce qu'on estime que ces aliments peuvent assécher les seins; à l'inverse, la mère qui a opté pour l'alimentation au biberon augmentera sa consommation de ces aliments afin de mettre un terme à la montée laiteuse (Bertelsen et Auerbach, 1987; entrevues auprès des informatrices clés). Les membres de la famille, particulièrement les grand-mères et les tantes, sont les personnes qui viennent en aide à la mère au cours de cette période.

Une enquête effectuée par Zepeda (1982) auprès de 30 Américaines hispanophones a révélé que 80 p. 100 des mères essayaient de respecter les préceptes de «*La Cuarentena*», mais qu'elles trouvaient difficile de le faire si elles avaient d'autres enfants ou si elles ne pouvaient compter sur un soutien social suffisant. Ces femmes respectaient certains préceptes (comme ne pas avoir de relations sexuelles), mais en laissaient d'autres de côté ou

ne les observaient que pendant une courte période. Selon des sources canadiennes, la mère qui ne peut compter sur le soutien de la famille étendue et observer la période de repos et de relaxation prescrite est sujette à la dépression postpartum (City of Toronto, Department of Public Health, 1992).

Le bandage de l'ombilic des nouveau-nés est une autre coutume que les femmes hispanophones continuent de respecter (Zepeda, 1982). On met un pansement, une bande de tissu ou des *fajeros* spéciaux autour de l'abdomen des nourrissons et sur l'ombilic, le but visé étant d'empêcher les hernies ombilicales ou d'éviter que le nombril ne devienne saillant. Parfois aussi, on habille chaudement et on linge avec précaution le nourrisson afin d'éviter que le *mal aire* (l'air mauvais) ou l'air froid ne le mette en danger. On veille aussi à protéger le nourrisson contre le mauvais oeil (*mal de ojo*) en attachant un ruban rouge au poignet ou au bras du bébé ou en épinglant une amulette sur ses vêtements. Le mauvais oeil, qui atteint le bébé quand quelqu'un jette sur lui un regard de convoitise, est vu comme pouvant causer du tort à l'enfant ou le rendre malade. Les personnes qui offrent du soutien à la femme allaitante peuvent protéger le bébé contre le *mal de ojo* en le touchant tout en jetant sur lui un regard admiratif (Riordan, 1993).

Les informatrices clés appartenant à la communauté canadienne d'origine hispanique qui ont été interrogées ont aussi signalé que la période de confinement de 40 jours suivant l'accouchement était une pratique largement respectée. Ce que l'on veut éviter ainsi, c'est que la mère ne «prenne froid», ce qui pourrait être nocif pour elle et pour le bébé.

Le colostrum est considéré comme du lait «sale» ou «vicié»; après l'accouchement, les mères peuvent attendre plusieurs jours avant de donner le sein à leur bébé afin d'éviter de lui donner du colostrum (Bertelsen et Auerbach, 1987). Si un professionnel de la santé renseigne la mère au sujet des bienfaits du colostrum, celle-ci peut décider de mettre fin à cette pratique. Ainsi, en indiquant à la mère qu'il lui suffit d'extraire quelques gouttes de colostrum pour éliminer le lait «impur», les personnes qui offrent un soutien à l'allaitement peuvent rassurer la mère, tout en respectant ses croyances. Il arrive à l'occasion que l'on donne une tisane ou une cuillerée d'huile d'olive ou d'huile de castor au bébé pour favoriser l'élimination du méconium ou des premières selles (Clark, 1978).

Beaucoup de femmes latino-américaines croient que si elles sont trop stressées ou trop perturbées émotionnellement, elles produiront du *leche agitada*, c'est-à-dire du lait perturbé. Les femmes hispaniques estiment en effet que ces facteurs auront des effets négatifs sur la qualité de leur lait et sur la quantité produite, et que leur lait peut même surrir. Une mère peut donc estimer qu'il vaut mieux donner du lait commercial à son bébé plutôt que de l'exposer aux effets nocifs du *leche agitada* (Bertelsen et Auerbach, 1987; Weller et Dugy, 1986). En plus de croire que l'anxiété vécue par la mère peut rendre son lait impropre à l'allaitement, les mères d'origine cubaine et portoricaine croient, selon Bryant

(1982), que le lait maternel peut être nocif pour le bébé si la mère n'est pas en santé et bien nourrie.

Les bébés latino-américains sont sevrés à un stade précoce, avant l'âge de trois mois souvent (Bertelsen et Auerbach, 1987; Bryant, 1982). L'allaitement pendant la grossesse est une pratique peu répandue parmi les femmes latino-américaines, qui croient que le lait de la mère devient clair et dilué quand la femme est enceinte, ce qui peut être cause de maladie pour l'enfant nourri de ce lait. Voilà pourquoi les mères procèdent rapidement au sevrage complet de leur enfant dès qu'elles se savent enceintes (Currier, 1966). Les préparations commerciales sont introduites comme supplément, suivies de près par le lait de vache. Il n'est pas rare que les mères commencent à servir des céréales pour nourrisson et des purées de fruit à leur bébé à peine âgé de six semaines (Bryant, 1982). Les aliments offerts à l'enfant pendant le sevrage incluent la *sopa de frijol* (jus de haricots cuits), des purées de patate douce et de l'*agua de panela* (eau additionnée de sucre brun) (Bertelsen et Auerbach, 1987). Souvent, les mères ajoutent du sucre, de la fécule de maïs ou du sirop de maïs dans le biberon du bébé (entrevues auprès des informatrices clés; Bryant, 1982). Bertelsen et Auerbach (1987) ont constaté que dans les magasins d'alimentation des pays d'Amérique latine, la fécule de maïs est placée à côté des aliments pour bébé et des substituts de lait maternel. Parmi les enfants péruviens pauvres étudiés par Kanashiro et coll. (1990), les trois quarts avaient commencé à prendre du sucre et des thés sucrés au cours du premier mois de leur vie. Cette pratique est censée donner un sentiment de satisfaction au bébé, l'aider à surmonter les crises de coliques et le faire dormir plus longtemps.

Les cours prénatals et les séances de counseling sur l'allaitement maternel semblent avoir eu un effet positif sur un groupe d'immigrantes hispanophones de Caroline du Nord, pour ce qui est de la décision d'allaiter leur enfant et de la durée de la période d'allaitement. Des mesures incitatives, c'est-à-dire la distribution de vêtements pour nourrissons et d'articles pour le soin des nourrissons, ont eu un effet très positif sur la participation à cette étude (Young et Kaufman, 1988). La présence d'une *doula* au cours du postpartum pour prêter main forte à la mère est un autre facteur associé à une prolongation de la période d'allaitement (Raphael, 1976).

CULTURE PORTUGAISE

La communauté portugaise partage avec les communautés latino-américaines la croyance au système «chaud-froid» et la coutume déjà décrite imposant aux accouchées une période de repos s'étalant sur les 40 premiers jours du postpartum. Toutefois, de nombreuses sources indiquent que l'alimentation au biberon est maintenant la norme chez les Canadiennes d'origine portugaise. Le lait commercial est vu comme propre, moderne et scientifique. L'alimentation au biberon est aussi considérée comme plus compatible avec le retour au travail (City of Toronto, Department of Public Health, 1992;

Yoshida et Davies, 1982; entrevues auprès des informatrices clés). Pour ce qui est des femmes qui choisissent d'allaiter leur bébé, on croit que le fait de bander les seins et de boire des tisanes chaudes a pour effet d'augmenter la montée laiteuse (Yoshida et Davies, 1982).

CULTURES AFRICAINES DE DIFFÉRENTES ORIGINES

A une certaine époque, l'allaitement exclusif au sein pendant une période prolongée était la norme dans la plupart des pays d'Afrique, mais tel n'est plus le cas aujourd'hui. Ainsi, au Nigeria, au Zaïre et dans d'autres régions d'Afrique, les programmes de distribution de lait ont constitué un avantage mitigé. En effet, tout en représentant une solution temporaire à un besoin pressant, il se peut qu'ils aient également eu comme conséquence de nuire à l'allaitement maternel et à l'utilisation des aliments de sevrage traditionnels, entraînant ainsi une baisse du taux d'allaitement au sein. En outre, il se peut que ces programmes aient créé une demande à l'égard d'un produit qu'il est impossible de fournir aux masses. En Afrique, les diminutions les plus marquées de la durée de l'allaitement maternel se sont produites dans les régions où les programmes de distribution d'aliments ont été les plus intensifs (King et Ashworth, 1987). L'introduction chez les populations africaines de substituts du lait maternel a également eu comme effet négatif de réduire l'écart entre les naissances, puisque l'aménorrhée de la femme qui allaite de même que les tabous selon lesquels il est interdit d'avoir des relations sexuelles pendant la période d'allaitement constituaient par le passé des moyens de contrôler les naissances. Le fait que l'allaitement ne soit plus le mode d'alimentation exclusif des nourrissons a grandement altéré les schémas de fertilité (Meldrum et DiDomenico, 1982). L'adoption par de nombreux pays africains du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1981) de même que l'implantation de programmes d'éducation communautaire ont cependant contribué à renverser ces tendances négatives.

Une étude d'envergure menée au Nigeria au début des années 1950 révélait que seulement 13 p. 100 des mères avaient utilisé un succédané de lait maternel (Jelliffe, 1953). Toutefois, depuis le début des années 1960, l'utilisation de substituts est devenue beaucoup plus courante. Bien que la quasi-totalité des Nigérianes allaitent leur bébé à la naissance, la durée de la période d'allaitement a raccourci, et plus particulièrement chez les femmes à faible revenu des régions urbaines (King et Ashworth, 1987). L'utilisation de substituts, y compris de préparations commerciales pour nourrissons, est la plus grande lorsque le bébé a environ six mois, puis elle baisse. Une étude effectuée auprès de Nigérianes a révélé qu'elles considéraient l'utilisation des substituts comme le mode d'alimentation idéal de leur

enfant (Meldrum et DiDomenico, 1982). À six mois, environ la moitié de tous les bébés avaient commencé à manger d'autres types d'aliments, y compris les céréales traditionnelles et les gruaux.

Au Kenya, l'allaitement maternel est considéré comme naturel et essentiel et il ne pose aucun problème particulier. Les femmes ne s'inquiètent pas à cet égard, ne se plaignent pas d'avoir à allaiter et ont rarement des problèmes à le faire (Van Esterik et Elliott, 1986). De façon générale, les mères des régions rurales et urbaines allaitent leurs enfants pendant au moins 12 mois, quelle que soit leur classe sociale (Dimond et Ashworth, 1987). Bien que plus de 85 p. 100 des mères recensées commencent par allaiter leur bébé, rares étaient celles qui se limitaient à cet aliment une fois que le bébé avait atteint l'âge d'un mois. Le régime de la majorité des nourrissons des régions urbaines et rurales était complété par un autre type de lait et d'autres aliments lorsqu'ils atteignaient l'âge de deux ou trois mois. À titre de complément, on donnait de l'eau ou du jus au nourrisson, et ce plus particulièrement au cours de son premier mois de vie (Dimond et Ashworth, 1987). On constate néanmoins que les femmes du Kenya allaitent leurs enfants pendant longtemps.

Il en va de même des femmes des régions rurales et des régions urbaines pauvres de l'Éthiopie et du Zaïre. La majorité des Zaïroises à faible revenu allaitent encore leur enfant pendant au moins 12 mois (Gussler et Mock, 1983; King et Ashworth, 1987). Chez les femmes de l'élite urbaine, c'est au Kenya, en Éthiopie et au Nigeria que l'allaitement est le plus courant, et au Zaïre qu'il l'est le moins (OMS, 1981). Au Zaïre, peu de femmes peuvent se permettre les laits commerciaux, et seulement 30 p. 100 de celles qui nourrissent leur enfant au biberon utilisent des préparations pour nourrissons. Les bouillies traditionnelles sont introduites dans l'alimentation du bébé lorsque celui-ci atteint l'âge de quatre mois, et il arrive souvent qu'on lui en donne pendant le jour si la mère ne travaille pas loin de la maison (Gussler et Mock, 1983, King et Ashworth, 1987).

Au Mali, amis et voisins prodiguent aide et conseils à la mère lorsque celle-ci revient à la maison après l'accouchement. Lorsque des membres de la famille sont disponibles, ils aident également la mère au cours de la période de récupération de 40 jours. Sinon, la mère reprend ses activités habituelles environ trois jours après l'accouchement.

Sauf dans certaines régions rurales éloignées, les mères accouchent dans une maternité. La majorité des nourrissons sont mis au sein quelques heures après leur naissance, recevant donc le colostrum, qui n'est considéré ni bon ni mauvais. Le jour, les bébés sont transportés dans un morceau de tissu attaché à leur mère, et ils dorment avec elle la nuit jusqu'à ce qu'ils soient sevrés, ce qui facilite l'allaitement sur demande. Les aliments solides sont introduits vers l'âge de six mois. Au Mali, on croit que c'est grâce au lait maternel que se crée le lien de «sang» entre la mère et son enfant. Ainsi, deux enfants qui ont été nourris par la même femme ne peuvent s'épouser même s'ils ne sont pas biologiquement parents. Les laits commerciaux sont rarement utilisés, et lorsqu'ils le sont, c'est à titre de

complément du lait maternel si la mère a été malade ou qu'elle n'a pas assez de lait. Seulement 11 p. 100 des sujets qui composaient l'échantillon étudié avaient déjà reçu du lait commercial ou un biberon.

Les enfants cessent généralement d'être allaités au sein vers l'âge de deux ans. Les femmes sevreront également leur enfant si elles deviennent enceintes, mais cela est rare, puisqu'elles ont tendance à éviter d'avoir des relations sexuelles pendant la période de l'allaitement. De tels tabous sexuels sont plus forts dans les régions rurales (Dettwyler, 1987).

Une étude sur les modes d'alimentation des nourrissons chez les femmes noires de Johannesburg, en Afrique du Sud, a révélé que 97 p. 100 (n=194) des femmes commençaient par allaiter leur enfant, mais que moins de 30 p. 100 d'entre elles le nourrissaient exclusivement de lait maternel lorsque celui-ci avait atteint l'âge de 20 semaines (Chalmers, Ransome et Herman, 1990). Les deux tiers des femmes de l'échantillon étudié sont retournées travailler à l'extérieur de la maison dans l'année qui a suivi la naissance de leur enfant. Il était généralement impossible de concilier allaitement et travail à l'extérieur, mais certaines mères ont continué à allaiter leur enfant à leur retour du travail.

Culture somalienne

C'est la norme d'allaiter son enfant pendant une longue période dans presque toutes les régions de la Somalie. L'allaitement maternel y est considéré comme naturel et essentiel à la survie. Jusqu'ici, les préparations commerciales n'ont pas été à la portée de la majorité de la population (entrevues auprès des informatrices clés). En outre, la majorité des Somaliens sont musulmans et suivent les enseignements du Coran, lesquels prescrivent aux femmes d'allaiter (voir la section sur les croyances et pratiques musulmanes). Toutefois, dans les centres urbains, les femmes ont de plus en plus tendance à combiner l'allaitement au sein et l'alimentation au biberon ou à adopter uniquement le biberon. Un grand nombre de femmes des régions urbaines considèrent que l'allaitement au sein est «démodé» (Groupe de femmes somaliennes, 1991).

Les immigrantes somaliennes au Canada ont gardé l'habitude d'allaiter leur bébé à la naissance, mais beaucoup d'entre elles procèdent au sevrage avant l'âge d'un an ou même bien avant. Au Canada, ces femmes ont peut-être plus tendance à délaisser l'allaitement pour adopter une préparation commerciale parce que celle-ci est davantage à leur portée et aussi parce qu'elles trouvent trop difficile d'allaiter tout en cherchant du travail ou en suivant des cours. Des informatrices clés de la collectivité somalienne ont mentionné qu'il serait très utile pour ces mères d'obtenir de l'information sur la façon de continuer d'allaiter même si elles travaillent ou sont aux études. Toutefois, on ne pourrait envisager comme solution d'encourager la mère à emmener son enfant avec elle à l'école ou au travail, puisqu'en Somalie, il est interdit aux femmes d'allaiter en présence des hommes.

Les femmes somaliennes qui vivent au Canada continuent de respecter la coutume voulant qu'elles restent à la maison 40 jours après l'accouchement, afin d'éviter d'être exposées au froid. Selon la croyance populaire, après la naissance de son enfant, les pores de la mère sont grand ouverts, ce qui la rend vulnérable aux maladies. Pendant cette période à la maison, la mère se nourrit de soupes, de bouillies et d'aliments riches en gras, afin de favoriser son rétablissement et sa production de lait. Au cours de cette période de 40 jours, la mère peut choisir de demeurer avec une parente ou une autre femme du même clan. Il arrive souvent que les femmes qui ne bénéficient pas de ce soutien traditionnel se sentent seules et dépassées par les événements (entrevues auprès des informatrices clés; Groupe de femmes somaliennes, 1991).

Certaines Somaliennes croient également que le nouveau-né doit être protégé du «mauvais oeil» pendant ses 40 premiers jours de vie. Au cours de cette période, si un étranger regarde l'enfant et le désire, celui-ci pourra être victime d'événements malheureux. Par conséquent, il se peut que le soutien à l'allaitement doive être fait par l'intermédiaire d'une «médiatrice», c'est-à-dire une personne que la mère connaît et qui peut transmettre l'information.

Le colostrum est considéré comme du mauvais lait que la mère extraira elle-même de ses seins et jettera, jusqu'à ce que surgisse le lait. Elle peut également continuer à exprimer quelques gouttes de lait avant chaque boire. Dans cette collectivité, de façon générale, des liquides complémentaires et des solides sont introduits assez tôt dans l'alimentation du bébé, même lorsque l'allaitement se poursuit sur une longue période (entrevues auprès des informatrices clés).

CULTURES CARAÏBES

Dans les cultures caraïbes, il était d'usage d'allaiter les bébés pendant une longue période, mais on a observé une réduction marquée des périodes d'allaitement dans les centres urbains (King et Ashworth, 1987). Les mères des régions urbaines ont eu davantage tendance à introduire des aliments autres que le lait dans le régime de leur enfant lorsque celui-ci était encore en bas âge et, dans toutes les régions, plus de 80 p. 100 des nourrissons de trois mois et plus avaient bu d'autres types de laits que le lait maternel (King et Ashworth, 1987). Le bébé est gardé près de sa mère afin de faciliter l'allaitement, et l'allaitement en public est encouragé (Yoshida et Davies, 1982; entrevues auprès des informatrices clés).

Bien que différents mythes soient associés à la grossesse (Landman et Hall, 1983), il n'existe guère de restrictions et de coutumes liées à la période du postpartum. À une certaine époque, on incitait les femmes à rester chez elles au cours des deux ou trois premières semaines qui suivaient l'accouchement, mais cette coutume a été pratiquement abandonnée (Clark, 1978; City of Toronto, Department of Public Health, 1992). On donnait

autrefois à l'enfant, avant la montée de lait de la mère, de l'huile de castor, du thé sauvage et de l'eau sucrée, mais cette coutume est tombée en désuétude, et l'enfant reçoit maintenant le colostrum (King et Ashworth, 1987). Nombreux sont ceux qui continuent de croire que le bébé se nourrit des aliments que la mère consomme; par conséquent, la mère peut par exemple s'abstenir de manger des aliments épicés pour éviter que son bébé n'ait mal au ventre. Certaines femmes croient également que le stress ou la colère de la mère peuvent altérer la nature ou le goût de son lait, bref que les sentiments négatifs en général peuvent faire cailler le lait maternel ou en diminuer la production (entrevues auprès des informatrices clés).

Des aliments de sevrage tels que les sucreries, les fruits et les céréales sont introduits tôt dans l'alimentation du bébé, même lorsque celui-ci est allaité pendant une longue période. Les femmes de cette culture cessent d'allaiter principalement parce qu'elles doivent retourner travailler. Lorsque cela est possible, la mère peut avoir recours à une nourrice, de préférence une parente (entrevues auprès des informatrices clés). Dans les Caraïbes, la piètre qualité de l'eau est un facteur qui dissuade les femmes d'opter pour les préparations de lait maternisé. Le fait que l'eau est de meilleure qualité en Amérique du Nord et qu'il est possible de s'y procurer des substituts du lait maternel a entraîné un raccourcissement de la période d'allaitement chez les Canadiennes d'origine caraïbe et chez leurs enfants (entrevues auprès des informatrices clés).

CULTURES DE LA RUSSIE ET DES PAYS D'EUROPE CENTRALE ET DE L'EST

La situation politique, sociale et économique de la Russie et des pays d'Europe centrale et de l'Est évolue rapidement, et ces transformations ont des répercussions directes sur les mesures liées aux soins de santé et à l'alimentation des nourrissons. Dans la culture de ces pays, le soin et l'alimentation des enfants occupent une place très importante (Riordan, 1993). L'allaitement maternel continue d'être considéré comme la façon idéale de nourrir son enfant, et il est fortement encouragé. Les avantages du lait maternel pour la santé constituent la principale raison pour laquelle les femmes décident d'allaiter (Miner, Witte et Nordstrom, 1994). Selon différentes sources, toutes les mères allaitent leur enfant lorsqu'elles quittent l'hôpital (Miner et coll., 1994; entrevues auprès des informatrices clés). Toutefois, malgré une attitude positive envers l'allaitement maternel, les pratiques des hôpitaux et les politiques gouvernementales sont telles qu'il est difficile pour les femmes d'allaiter. En fait, seulement 30 p. 100 d'entre elles allaitent encore leur enfant deux à trois mois après leur accouchement (entrevues auprès des informatrices clés).

Il arrive souvent que les nouvelles mères restent à l'hôpital de 7 à 14 jours après leur accouchement (Riordan, 1993). Au cours de cette période, les bébés sont gardés à la pouponnière et amenés tous ensemble aux mères à intervalles réguliers pour être allaités en une période de temps déterminée. À chaque boire, on mentionne aux mères qu'il est important de vider chaque sein afin d'éviter la «stase lactique» susceptible de causer des abcès dans les seins. Le lait qui reste dans les seins est expulsé manuellement, stérilisé et entreposé afin de pouvoir être utilisé ultérieurement par la maternité de l'hôpital. Après chaque boire, on donne également aux bébés un substitut, parce qu'on estime que le lait maternel ne suffit pas. L'allaitement est systématiquement amorcé de trois à six heures après l'accouchement. Le colostrum est donné au bébé, suivi d'un substitut de lait maternel. On donne également de l'eau sucrée au nourrisson pendant son séjour à l'hôpital (Chalmers, 1995).

Après chaque boire, la bouche du nourrisson et les mamelons de la mère sont nettoyés avec un produit antiseptique [Green Brilliant]. Les bébés sont étroitement langés de la tête aux pieds pour qu'il leur soit absolument impossible de bouger, si bien qu'il leur est difficile d'être dans une bonne position pour boire au sein. Il n'est par conséquent pas rare que la mère ait les mamelons endoloris et fissurés. Les aliments de sevrage sont introduits tôt, sur la recommandation des professionnels de la santé. La plupart des nourrissons commencent à boire des jus et à manger des céréales au cours de leurs deux premiers mois de vie. La majorité des femmes ont dit avoir cessé d'allaiter leur enfant parce qu'elles avaient l'impression de ne pas avoir suffisamment de lait (Chalmers, 1995). Bien que les femmes aient droit à des congés de maternité payés d'une durée de 18 (Riordan, 1993) à 25 mois (Miner et coll., 1994) avec la garantie de retrouver leur poste, bon nombre d'entre elles retournent au travail avant parce que la sécurité d'emploi n'est pas toujours protégée (entrevues auprès des informatrices clés).

Jusqu'en 1991, les préparations commerciales de lait maternisé n'étaient pas disponibles dans beaucoup de ces pays. Les substituts du lait maternel étaient préparés dans des «gouttes de lait» (sorte de cuisines spécialisées dans la préparation des substituts de lait maternel) ou des pharmacies. Les femmes pouvaient se procurer ces préparations gratuitement si elles étaient prescrites par un médecin, ce qui était souvent le cas. Les mères dont la quantité de lait était jugée insuffisante pouvaient également avoir accès à des banques de lait maternel. Depuis 1991, les sociétés multinationales fabriquant des préparations de lait ont accès à ce marché d'envergure. Toutefois, la très grande majorité des familles n'a pas les moyens de se payer ces produits. C'est donc animé de bonnes intentions que le gouvernement a décidé de se charger de la distribution de ces préparations, dont de très grandes quantités ont été données dans le cadre de programmes humanitaires. Parallèlement à cette disponibilité accrue du produit, on mentionne aux mères que les laits commerciaux «occidentaux» sont sains et pratiques (entrevues auprès des informatrices clés; Miner et coll., 1994).

L'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et la participation aux campagnes en faveur de l'allaitement maternel parrainées par l'UNICEF favorisent le rétablissement d'un milieu propice à l'allaitement maternel.

Bien que le Canada ait accueilli de nombreux immigrants en provenance de l'ex-URSS, de la Pologne^{*1}, de l'ex-Yougoslavie*, de la Bosnie-Herzégovine*, de la Roumanie*, de l'Ukraine, du Bélarus, de l'Estonie, de la Hongrie, de la Lettonie et d'autres pays de cette région, particulièrement au cours des cinq dernières années, nous disposons de peu de données empiriques sur le mode d'alimentation des nourrissons adopté par les mères ayant immigré. Des personnes clés ont souligné le fait que les femmes désiraient allaiter et que l'allaitement maternel était très valorisé. Bien qu'elles désirent allaiter leur enfant, de nombreuses femmes se demandent si elles ont la capacité de le nourrir de façon appropriée. Les femmes qui participent aux cours prénatals disent vouloir allaiter leur bébé, mais qu'elles le feront si elles le peuvent ou si elles ont assez de lait. Ces femmes semblent choisir d'introduire des solides assez tôt dans l'alimentation du bébé, mais il n'existe pas actuellement de données objectives concernant cette pratique au Canada. Il faut en outre étudier les répercussions qu'ont les facteurs suivants sur les modes d'alimentation du nourrisson : la très grande diversité des pratiques d'un hôpital à l'autre dans l'ensemble du Canada, les politiques en matière de congés de maternité et le fait que les substituts sont facilement disponibles.

1. Des données préliminaires fournies par Statistique Canada révèlent qu'en 1994 seulement environ 16 760 personnes en provenance des pays marqués d'une astérisque (*) ont immigré au Canada. Cette catégorie d'immigrants a constitué la quatrième plus grande catégorie cette année-là, après ceux en provenance de Hong Kong, des Philippines et de l'Inde, lesquels venaient respectivement aux premier, deuxième et troisième rangs. Les revendicateurs du statut de réfugié au Canada en provenance du CÉI et de l'URSS occupaient le deuxième rang en 1993 et le troisième en 1994.

CHAPITRE II



RELIGION ET
CULTURE

Une analyse du caractère multiculturelle de l'allaitement au Canada ne serait pas complète sans un examen du rôle de la religion dans la détermination des croyances et des pratiques en matière de santé. Caractère ethnique et religion sont si intimement liés que la religion est souvent l'aspect fondamental du groupe ethnique, davantage que le pays d'origine ou la langue (Spector, 1995).

Dans la présente partie, nous allons explorer brièvement quelques croyances et comportements liés à l'allaitement chez les musulmans. Vu les dernières tendances en matière d'immigration, les musulmans constituent maintenant le troisième groupe religieux le plus important au Canada, après les chrétiens et les juifs. Le nombre d'immigrants musulmans au Canada a augmenté de 158 p. 100 entre 1981 et 1991. On retrouve une plus grande proportion de musulmans (4 p. 100) parmi les nouveaux immigrants en provenance de différents pays et continents que parmi ceux qui sont nés au Canada (0,3 p. 100) (Statistique Canada, 1993). Il est donc réaliste de supposer que les professionnels de la santé et tous ceux qui travaillent à la promotion de l'allaitement maternel rencontreront des membres de ce groupe.

Il est important de souligner qu'au sein d'une religion structurée dans laquelle tous les membres partagent les mêmes croyances, il peut exister des divergences entre les membres d'une part, mais aussi entre les différentes communautés qui la composent d'autre part. En outre, le statut socioéconomique, le niveau de scolarité et le pays d'origine, de même que différents processus comme l'acculturation et l'assimilation sont des facteurs qui peuvent influencer sur les croyances et pratiques religieuses.

CULTURE ISLAMIQUE

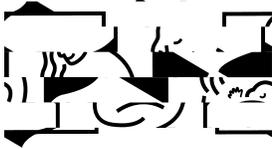
Pour la femme musulmane, l'islam est plus qu'une religion, c'est un mode de vie qui imprègne son être tout entier. La compréhension et le respect du Coran et du sunna sont à la base de la culture islamique (Saleh et Kerr, 1996). L'allaitement maternel est clairement conseillé dans le Coran, où il est dit en substance que les mères doivent allaiter leurs enfants pendant deux années entières (Coran, 2:233). Cette directive met en lumière le fait que l'allaitement est une pratique bonne et normale pour la mère et l'enfant et qu'elle profite à l'humanité dans son ensemble (entrevues auprès des informatrices clés). Lorsque la mère n'allait pas son enfant elle-même, elle peut avoir recours à une nourrice; cette pratique n'est toutefois pas courante au Canada en raison de contraintes économiques et de l'impossibilité pure et simple de l'appliquer. En vertu de la loi islamique, la nourrice devient la «mère de lait» de l'enfant, puisqu'elle donne à celui-ci une partie de son corps et de sa vie. Les enfants qui ont la même nourrice sont considérés comme membres de la même famille, et il leur est interdit de se marier entre eux même s'ils n'ont aucun lien de parenté biologique (Saleh et Kerr, 1996).

Le Prophète a fait des mises en garde en matière de grossesse aux femmes qui allaitaient (Saleh et Kerr, 1996). Certaines femmes peuvent interpréter cette restriction comme une interdiction d'avoir des relations sexuelles pendant qu'elles allaitent. Par contre, d'autres femmes adopteront un moyen de contraception (Saleh et Kerr, 1996).

Au cours du mois saint du Ramadan, tous ceux qui respectent les préceptes de l'islam jeûnent du lever au coucher du soleil. Les femmes enceintes et qui allaitent ont droit à une exemption, mais elles doivent reprendre les jours de jeûne manqués à une période ultérieure (Prentice et coll., 1983). Au Canada, la plupart des femmes choisissent de jeûner avec leur communauté même si elles allaitent. C'est qu'elles préfèrent habituellement bénéficier du soutien de leur famille et de leur communauté pendant le Ramadan plutôt que d'avoir à jeûner seules par la suite (entrevues auprès des informatrices clés). La recherche démontre que les femmes en santé qui jeûnent pendant qu'elles allaitent ne subissent aucun désordre métabolique important (Malhotra, Scott, Gee et Wharton, 1989; Prentice et coll., 1983). En fait, les résultats de récentes études indiquent que le jeûne islamique pourrait améliorer la réponse immunitaire des cellules de même que les systèmes cardiovasculaire et endocrinien (information citée dans Saleh et Kerr, 1996).

Dans de nombreuses communautés islamiques, on récite une prière spéciale avant de mettre l'enfant au sein. La tradition veut que ce soit l'homme qui récite l'incantation invitant le nourrisson à se laisser guider par la prière, mais une femme peut assumer ce rôle si aucun homme ne peut le faire.

CONCLUSION



Nous avons communiqué avec plusieurs personnes faisant partie de différents groupes et organismes culturels. Toutes sans exception ont donné généreusement de leur temps et ont été très heureuses de répondre à nos nombreuses questions. Un grand nombre de nos principales interlocutrices ont souligné à maintes reprises toute l'importance d'offrir les services de soutien à l'allaitement en tenant compte des facteurs culturels et, idéalement, dans la langue maternelle des membres de la famille. Toutes ont participé au projet avec enthousiasme, dans l'espoir de favoriser la discussion sur la question afin de sensibiliser la population aux différences interculturelles et de contribuer ainsi à l'amélioration des soins offerts aux citoyens de toutes les cultures. Nos informatrices clés ont mis en lumière le fait que les parents de toutes les cultures veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants.

Ce document soulève peut-être plus de questions qu'il ne fournit de réponses, mais nous avons bon espoir qu'il permettra un questionnement encore plus approfondi qui débouchera sur d'autres recherches. Les chercheurs, les planificateurs de programmes et les professionnels de la santé se doivent d'adopter les définitions normalisées du Groupe d'action international sur l'allaitement maternel reproduites ci-après :

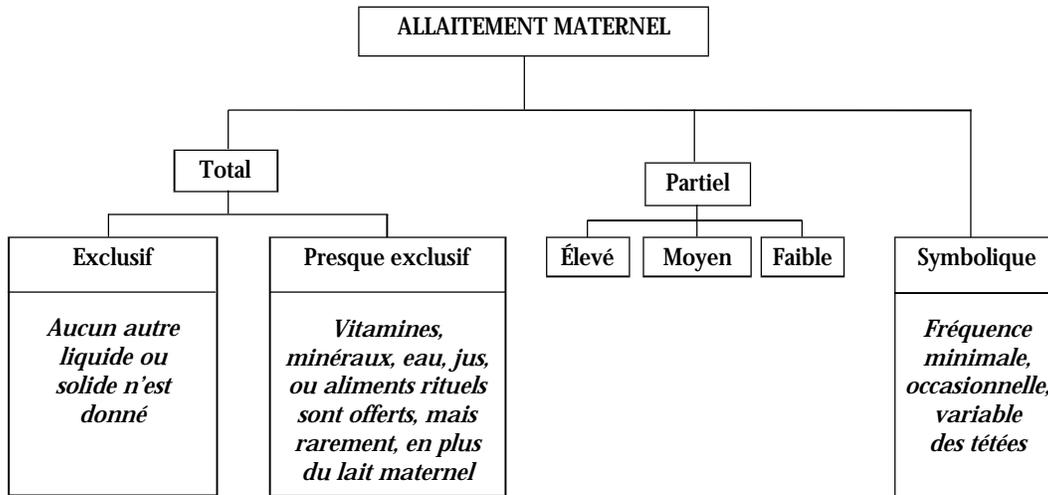


Figure 1 – Schéma pour une définition de l'allaitement maternel

Produit avec la permission du *Population Council*, Miriam Lobbok et Katherine Krasovec, "Toward Consistency in Breastfeeding Definitions". *Studies in Family Planning* 21, N° 4, (juillet-août 1990) : 227.

D'autres recherches s'imposent sur les modes d'alimentation des nourrissons, tant avant l'immigration qu'après, ainsi que sur les croyances et pratiques culturelles déterminantes à cet égard au Canada. Une recherche approfondie s'impose également pour déterminer les meilleurs moyens d'appuyer la femme qui nourrit son enfant et d'amener les femmes de *toutes* les cultures à favoriser l'allaitement au sein.

ANNEXE

Regroupement par région des pays d'origine de la mère

Afrique

Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte-d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Nigeria, Niger, Sénégal, Sainte-Hélène, Sierra Leone, Togo, Territoire britannique de l'océan Indien, Burundi, Comores, Djibouti, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Réunion, Rwanda, Seychelles, Somalie, Tanzanie – République de Tunisie, Sahara occidental, Angola, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Sao Tomé-et-Principe, Zaïre, Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland

Amérique latine

Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Îles Falkland, Guyane française, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela, Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama

Europe

Autriche, Belgique, France, Allemagne, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Pays-Bas, Suisse, Albanie, Andorre, Gibraltar, Grèce, Italie, Malte, Portugal, San Marino, Espagne, Yougoslavie, Saint-Siège, Bulgarie, Tchécoslovaquie, Hongrie,

Pologne, Roumanie, Danemark, Îles Féroé, Finlande, Islande, Irlande, Norvège, Suède, Royaume-Uni

Caraïbes

Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Îles Vierges britanniques, Îles Caïmans, Cuba, Dominique, République dominicaine, Grenade, Guadeloupe, Haïti, Jamaïque, Martinique, Montserrat, Antilles néerlandaises, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et Grenadines, Trinité-et-Tobago, Turks et Caïcos, Îles Vierges américaines, Antilles – sans autre précision

Asie du Sud-Est

Brunei Darussalam, Timor oriental, Indonésie, Laos (République démocratique populaire lao), Malaisie, Philippines, Singapour, Thaïlande, Viêt-Nam, Cambodge, Myanmar, Asie du Sud-Est – sans autre précision

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran, Maldives, Pakistan, Sri Lanka, Népal

Asie de l'Ouest

Bahreïn, Chypre, Irak, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Moyen-Orient – sans autre précision, Oman, Qatar, Arabie saoudite, République arabe syrienne, Turquie, Émirats arabes unis, Yémen, Bande de Gaza (Palestine)

Asie de l'Est

Chine, Japon, Hong Kong, Corée du Nord,
Corée du Sud, Macao, Mongolie, Taïwan

Océanie

Australie, Îles Gilbert et Ellice, Îles Cocos,
Nouvelle-Zélande, Norfolk Island, Samoa
américaines, Îles Cook, Fidji, Polynésie
française, Guam, Kiribati, Îles Marshall,
Micronésie, Nauru, Nouvelle-Calédonie,
Îles Mariannes, Papouasie-Nouvelle-
Guinée, Pitcairn, Samoa, Îles Salomon,
Tonga, Tuva, Vanuatu, Wallis-et-Futuna,
Canton et Enderbury, Midway, Îles du
Pacifique (Palau), Wake

Autres régions

République socialiste soviétique de
Biélorussie, République socialiste
soviétique d'Ukraine, Union des
Républiques socialistes soviétiques,
Antarctique, Zone neutre

RÉFÉRENCES

- Abernathy, T., A. Tung et C. Barber (sous presse). *1993 Study of Breastfeeding Rates among Chinese and Vietnamese Mothers: Preliminary Findings*, Toronto, City of Toronto, Department of Public Health.
- Akre, J. *Infant and young child nutrition (progress and evaluation report; and status of implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993.
- Balcazar, H., C.M. Trier et J.A.Cobas. «What predicts breastfeeding intention in Mexican-American and Non-Hispanic white women? Evidence from a national survey», *Birth*, 22 (2), 1995, 74-80.
- Barger, J. (Ed.). «New Jersey ILCA member a survivor of the bombing of Hiroshima», *ILCA Globe*, 4 (1), 1996, 3.
- Baranowski, T., D.E. Bee, D.K. Rassin, C.J. Richardson, J.P. Brown, N. Guenther et P.R. Nader. «Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision», *Social Sciences and Medicine*, 17 (21), 1983, 1599-1611.
- Bertelsen, C. et K.G. Auerbach. «Nutrition and breastfeeding: The cultural connection», *Lactation Consultant Series*. Franklin Park, IL, La Leche League, 1987.
- Bryant, C.A. «The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices», *Social Sciences and Medicine*, 16, 1982, 1757-1765.
- Chalmers, B. *Breastfeeding in the countries of Central and Eastern Europe* Proceedings from the Middlesex-London Breastfeeding Committee Conference, London, Ont., May 1995.
- Chalmers, B., O.J. Ransome et A. Herman. «Working while breast feeding among coloured women», *Psychological Reports*, 67, 1990, 1123-1128.
- Chan-Yip, A.M. et M.S. Kramer. «Promotion of breast-feeding in a Chinese community in Montreal», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 129, 1983, 955-958.
- City of Toronto, Department of Public Health. *The Chinese community in Toronto*, Toronto, DPH, 1989.
- City of Toronto, Department of Public Health. *The Sri Lankan Tamil community in Toronto*, Toronto, DPH, 1989.
- City of Toronto, Department of Public Health. *The Portuguese Canadian community in Toronto*, Toronto, DPH, 1992.
- City of Toronto, Department of Public Health. *The Spanish-speaking community in Toronto*, Toronto, DPH, 1992.
- City of Toronto, Department of Public Health. *The Caribbean community in Toronto*, Toronto, DPH, 1992.
- Clark, A. (Ed.). *Culture, childbearing, health professionals*, Philadelphia, FA Davis, 1978.
- Currier, R. «The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine», *Ethnology*, 5, 1966, 251-263.
- Desai, I.D., C. Lee Pai et M.E. Wright. «Food habits and nutritional status of Hindu Indian Families in British Columbia», *Ecology of Food and Nutrition*, 13, 1983, 87-90.
- Dettwyler, K.A. «Breastfeeding and weaning in Mali: Cultural context and hard data», *Social Science and Medicine*, 24 (8), 1987, 633-644.
- Dimond, H.J. et A. Ashworth. «Infant feeding practices in Kenya, Mexico and Malaysia», *Human Nutrition: Applied Nutrition*, 41A, 1987, 51-64.

- Engel, N.S. «An American experience of pregnancy and childbirth in Japan», *Birth*, 16 (2), 1989, 81-86.
- Faller, H.S. «Perinatal needs of immigrant Hmong women: Surveys of women and health care providers», *Public Health Reports*, 100, 1985, 340-343.
- Fishman, C., R. Evans et E. Jenks. «Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California», *Social Science and Medicine*, 11, 1988, 1125-1132.
- Groupe de femmes somaliennes. *Les Somaliennes au Canada : Guide pour les professionnels de la santé et des services d'appui*. Vanier (Ontario), Centre de santé communautaire de Sandy Hill, 1991.
- Guldán, G.S., Z. Maoyu, Z. Guo, H. Junrong et Y. Yi. «Breastfeeding practices in Chengdu, Sichuan, China», *Journal of Human Lactation*, 11 (1), 1995, 11-15.
- Gussler, J.D. et N. Mock. «A comparative description of infant feeding practices in Zaire, the Philippines and St. Kitts-Nevis», *Ecology of Food and Nutrition*, 13, 1983, 75-85.
- Henderson, S. M. et J.S. Brown. «Infant feeding practices of Vietnamese immigrants to the Northwest United States», *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1 (2), 1987, 153-169.
- Jambunathan, J. et S. Stewart. «Hmong women in Wisconsin: What are their concerns in pregnancy and childbirth?», *Birth*, 22 (4), 1995, 204-210.
- Jelliffe, D.B. «Infant feeding among the Yoruba of Ibadan», *African Medical Journal*, 2, 1953, 114.
- John, A. et R. Martorell. «Incidence and duration of breastfeeding in Mexican American infants, 1970-1982», *American Journal of Clinical Nutrition*, 50, 1989, 868-874.
- Kanashiro (de), H.C., K.H. Brown, L. deRomana, T. Lopez et R.E. Black. «Consumption of food and nutrients by infants in Huascar (Lima), Peru», *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 1990, 995-1004.
- King, J. et A. Ashworth. «Historical review of the changing pattern of infant feeding in developing countries: The case Malaysia, the Caribbean, Nigeria and Zaire», *Social Science and Medicine*, 25 (12), 1987, 1307-1320.
- Labbok, M. et K. Krasovec. «Toward consistency in breastfeeding definitions», *Studies in Family Planning*, 21 (4), 1990, 227.
- Landman, J. et S.T.E. Hall (1983). «The dietary habits and knowledge of folklore of pregnant Jamaican women», *Ecology of Food and Nutrition*, 12, 203-210.
- Lee, P.A. «Health beliefs of pregnant and postpartum Hmong women», *Western Journal of Nursing Research*, 8, 1986, 83-93.
- Leininger, M.M. *Qualitative Research Methods in Nursing*, Orlando, Grune & Stratton, 1985.
- Leininger, M.M. «Response to "Infant feeding practices of Vietnamese immigrants to the Northwest United States"», *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1 (2), 1987, 171-174.
- Malhotra, A., P.H. Scott, H. Gee et R.B.A. Wharton. «Metabolic changes in Asian Muslim pregnant mothers observing the Ramadan fast in Britain», *British Journal of Nutrition*, 61 (3), 1989, 663-672.
- Masi, R. «Multiculturalism, medicine and health, Part 1: Multicultural health care», *Médecin de famille canadien*, 34, 1988.

- Mathews, M. et L. Manderson. «Infant feeding practices and lactation diets amongst Vietnamese immigrants», *Australian Pediatric Journal*, 16, 1980, 263-266.
- Mathews, M. et L. Manderson. «Vietnamese behavioral and dietary precautions during confinement», *Ecology of Food and Nutrition*, 11, 1981, 9-16.
- Meldrum, B. et C. DiDomenico. «Production and reproduction. Women and breastfeeding: Some Nigerian examples», *Social Sciences and Medicine*, 16 (13), 1982.
- Miner, J., D.J. Witte et D.L. Nordstrom. «Infant feeding practices in a Russian and a United States city: Patterns and comparisons», *Journal of Human Lactation*, 10 (2), 1994, 95-97.
- Morrow, K. «Adapting to Hmong birth customs in California», *Journal of Nurse Midwifery*, 31, 1986, 285-288.
- Morse, J.M. «Infant feeding in the third world: A critique of the literature», *Advances in Nursing Science*, 4, 1982, 77-88.
- Nelson, C.C. et M.A. Hewitt. «An Indo-Chinese refugee population in a nurse-midwife service», *Journal of Nurse Midwifery*, 28, 1983, 9-14.
- Organisation mondiale de la santé. *Les modes actuels de l'allaitement maternels : rapport d'une étude de l'OMS sur l'allaitement maternel*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981.
- Pillsbury, Barbara L.K. «Doing the month: Confinement and convalescence of Chinese women after childbirth», *Social Sciences and Medicine*, 12, 1978, 11-22.
- Prentice, A.M., A. Prentice, W.H. Lamb, P.G. Lunn et S. Austin. «Metabolic consequences of fasting during Ramadan in pregnant and lactating women», *Human Nutrition: Clinical Nutrition*, 37C, 1983, 282-294.
- Raphael, D. *The Tender Gift*, New York, Schocken, 1976.
- Riordan, J. «The cultural context of breastfeeding», (Chap. 2) in J. Riordan et K. Auerbach, *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones and Bartlett, 1993.
- Romero-Gwynn, E. «Breast-feeding pattern among Indochinese immigrants in Northern California», *American Journal of Diseases in Childhood*, 143, 1989, 804-808.
- Romero-Gwynn, E. et L. Carias. «Breast-feeding intentions and practice among Hispanic mothers in southern California», *Pediatrics*, 84, 1989, 626-632.
- Rosenberg, J.A. «Health care for Cambodian children: Integrating treatment plans», *Pediatric Nursing*, 12 (2), 1986, 118-125.
- Rossiter, J.C. «Attitudes of Vietnamese women to baby feeding practices before and after immigration to Sydney, Australia», *Midwifery*, 8, 1992, 103-112.
- Rossiter, J.C. «The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney», *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), 1994, 369-379.
- Ryan, A., D. Rush, F. Krieger et G. Lewandowski. «Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989», *Pediatrics*, 88, 1991, 719-727.
- Saleh, M. et M. Kerr. «Understanding the Muslim patient», *JSOGC*, 18, 1996, 55-64.
- Santé et Bien-être social Canada. *L'allaitement maternel au Canada : pratiques et tendances actuelles*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services, 1990.
- Santé Canada. *Étude sur les attitudes par rapport à l'allaitement maternel*. Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services, 1995.

- Sawada, K. *Breastfeeding customs in Japan*, Proceedings of the Eighth International Conference of La Leche League International, Chicago, Ill, 1981.
- Scrimshaw, S.C., P.L. Engle, L. Arnold et K. Haynes. «Factors affecting breastfeeding among women of Mexican origin or descent in Los Angeles», *American Journal of Public Health*, 77(4), 1987, 467-470.
- Serdula, M.K., K.A. Cairns, D.F. Williamson et J.E. Brown (1991). «Correlates of breast-feeding in a low-income population of whites, blacks, and Southeast Asians», *Journal of the American Dietetic Association*, 91, 1991, 41-45.
- Shapiro, J. et E.B. Salzer. «Attitudes toward breastfeeding among Mexican-American women», *Journal of Tropical Pediatrics*, 31, 1985, 13-16.
- Sharts-Hopko, N.C. «Birth in the Japanese context», *JOGNN*, 24 (4), 1995, 343-351.
- Smith, J.C., C.G. Mhango, C.W. Warren, R.W. RoCHAT et S.L. Huffman. «Trends in the incidence of breastfeeding for Hispanics of Mexican Origin and Anglos on the US-Mexico border», *American Journal of Public Health: Public Health Briefs*, 72 (1), 1982, 59-61.
- Spector, R. «Cultural concepts of women's health and health-promoting behaviors», *JOGNN*, 24 (3), 1995, 241-245.
- Statistique Canada. *Âge et sexe : Données sur les Autochtones : Recensement du Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 1993.
- Stewart, P.J. *Base nationale de données sur l'allaitement maternel chez les Indiennes et les Inuit : Sondage sur les pratiques d'alimentation des nourrissons de la naissance à six mois, Canada, 1983*, Ottawa, Santé et Bien-être social, 1985.
- Stuart-Macadam, P. et K.A. Dettwyler. *Breastfeeding, Biocultural Perspectives*, New York, Aldine De Gruyter, 1995.
- Sundararaj, R. et S.M. Pereira. «Dietary intakes and food taboos of lactating women in a South Indian community», *Tropical and Geographical Medicine*, 27, 1975, 189-193.
- Tuttle, C.R. et K.G. Dewey. «Impact of a breastfeeding promotion program for Hmong women at selected WIC sites in Northern California», *Journal of Nutrition Education*, 27 (2), 1995, 60-74.
- Van Esterik, P. et T. Elliott. «Infant feeding style in urban Kenya», *Ecology of Food and Nutrition*, 18, 1986, 183-195.
- Weller, S.C. et C.I. Dungy. «Personal preferences and ethnic variations among Anglo and Hispanic breast and bottle feeders», *Social Science and Medicine*, 23 (6), 1986, 539-548.
- Williams, E.L. et E. Pan. «Breastfeeding initiation among a low income multiethnic population in Northern California: An exploratory study», *Journal of Human Lactation*, 10 (4), 1994, 245-251.
- Yeo, S., P.M. Mulholland, M. Hirayama et S. Breck. «Cultural views of breastfeeding among high-school students in Japan and the United States: A survey», *Journal of Human Lactation*, 10 (1), 1994, 25-30.
- Yeung, D.L., W.Y. Cheung et J.H. Sabry. «The hot-cold food concept in Chinese culture and its application in a Canadian-Chinese community», *Revue de l'Association canadienne des diététistes*, 34, 1973, 197-203.
- Yoshida, M. et M. Davies. «Parenting in a new culture: Experiences of East Indian, Portuguese, and Caribbean mothers», *Multiculturalism*, V (3), 1982, 3-5.

Young, S.A. et M. Kaufman. «Promoting breastfeeding in a migrant health center», *Pediatrics*, 78, 1988, 523-525.

Yun, Y., Z.S. Kang, L.J. Ling et Q.C. Xin. «Breast feeding of infants between 0-6 months old in 20 provinces, municipalities, and autonomous regions in the People's Republic of China», *Journal of Tropical Pediatrics*, 35, 1989, 277-280.

Zepeda, M. «Selected maternal-infant care practices of Spanish-speaking women», *JOGNN*, 11 (16), 1982, 371-374.