



Position

de l'OPDQ

**pour la création d'un
environnement favorable
à l'allaitement maternel**

Juin 2002

Préambule

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec est constitué en vertu du Code des professions (L.R.Q., Chapitre C-26). Sa mission principale consiste à assurer la protection du public en veillant à la compétence de ses membres, les diététistes/nutritionnistes.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec compte environ 2000 membres dont plus de la moitié travaillent en nutrition clinique. On retrouve également les diététistes/nutritionnistes en nutrition publique ainsi que dans les secteurs de la gestion, de la recherche, de l'enseignement et des communications. La grande majorité d'entre elles exercent leur profession au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, près de 20 % choisissent de travailler dans le secteur privé, soit en clinique médicale ou encore en cabinet privé.

À titre de professionnelles de l'alimentation et de la nutrition humaine, elles prodiguent leurs soins et conseils auprès de l'ensemble de la population québécoise. Les diététistes/nutritionnistes sont impliquées dans les soins liés à des problématiques de santé physique et mentale. À titre d'exemples, notons les cas de grossesses à risques, les maladies cardiovasculaires, les troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie, le traitement de l'obésité, la réadaptation et les problèmes endocriniens ou gastroentérologiques.

Le champ d'exercice professionnel des diététistes/nutritionnistes consiste à :

« Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en oeuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé. »

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont des activités également comprises dans le champ d'exercice de ces professionnelles. »

En somme, voilà pourquoi l'Ordre professionnel des diététistes du Québec prend position sur des sujets d'intérêt public qui concernent le champ de compétence de ses membres, et ce, dans le respect de la mission de protection du public.

Résumé de la position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel

L'OPDQ, responsable de la protection du public au plan de la pratique professionnelle en matière de nutrition, prend position en faveur de l'allaitement maternel comme norme de l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant au Québec dans le respect des besoins d'autonomie économique, professionnelle et sociale des femmes.

L'OPDQ endosse les lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec et affirme son intention d'œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé des Québécoises et des Québécois.

À cet effet, l'OPDQ recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins un an avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés. L'allaitement peut ensuite continuer aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent.

L'OPDQ entend œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement afin de donner aux femmes désireuses d'allaiter toutes les chances de réussir dans leur démarche. L'OPDQ soutient le droit à l'information sur l'allaitement et à la possibilité pour les femmes d'allaiter leur enfant tels qu'ils sont déjà reconnus. Ainsi, la *Convention relative aux droits de l'enfant*¹ reconnaît non seulement à l'enfant le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de recevoir une alimentation saine, mais elle y consigne aussi la responsabilité des États

« de faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein... et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information (article 24). »

Selon la *Déclaration d'Innocenti*² sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990) :

« Il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de compléments appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. »



« La vaccination est la médecine préventive par excellence. Si un nouveau vaccin qui pouvait prévenir la mort d'un million d'enfants par année devenait disponible, qui de plus était bon marché, sûr, administré oralement, sans exiger une chaîne froide, il deviendrait un impératif immédiat de santé publique. L'allaitement peut faire tout cela et encore plus... »¹²

Traduction libre,
Lancet 1994; 344 : 1239

Depuis, l'Académie américaine de Pédiatrie (AAP)³ en 1997, de même que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴ et l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS)⁵ en 2001, recommandent que l'allaitement soit exclusif pour les six premiers mois, c.-à-d. qu'on ne donne au nourrisson aucun autre aliment ni boisson pendant cette période y compris de l'eau (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux lorsque requis), et ce, même dans des climats chauds et secs.

La situation au Québec

Soixante-douze pour cent (72 %) des enfants québécois nés à la fin des années 90 étaient allaités à la naissance alors que seulement 41 % l'étaient à quatre mois⁶ et 10 % à un an⁷. Quant aux taux d'allaitement maternel exclusif, ils n'étaient plus que de 34 % à deux mois et de 6 % à quatre mois. Malgré les progrès réalisés au cours des dernières années, les Québécoises sont moins nombreuses que la moyenne canadienne à initier l'allaitement et elles allaitent moins longtemps. On a relevé, dans diverses régions du Québec⁸⁻¹⁰, plusieurs obstacles que rencontrent les femmes qui souhaitent allaiter. Ces obstacles sont semblables à ceux observés ailleurs au Canada et dans le monde. Ils ont particulièrement trait à la promotion des préparations commerciales pour nourrissons, à l'organisation inappropriée des services de santé, à la non-concordance des messages et des pratiques des professionnels et professionnelles de la santé, au peu de soutien que reçoivent les familles et à leurs conditions de travail.

Reconnaissant cette situation, les lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec¹¹ recommandent que d'ici 2007 :

« l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant et de 20 % à 1 an »;

« les taux d'allaitement exclusif soient de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement à la sortie des services de maternité, au deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant ».

Les lignes directrices recommandent aussi la mise en œuvre de diverses stratégies pour favoriser l'atteinte de ces objectifs. Ceux-ci ne représentent toutefois qu'une étape vers le respect des droits de la mère et de l'enfant, lequel suppose que la possibilité soit donnée à toutes les femmes d'allaiter leur enfant selon les recommandations en vigueur.

Le lait humain et l'allaitement maternel

Le lait maternel, propre à l'espèce, contient tous les éléments nécessaires pour assurer la croissance et le développement du nourrisson¹²⁻¹⁵. Outre son riche contenu en nutriments et sa spécificité, par exemple en acides aminés ou en acides gras, le lait contient une centaine de substances ayant des propriétés anti-infectieuses et immunologiques. Sa composition s'adapte aux besoins changeants du nouveau-né : le colostrum, par exemple, est plus riche en protéines et en minéraux et plus faible en glucides, en gras et en certaines vitamines que le lait qui suit. Ainsi, le lait humain change selon :

- l'âge gestationnel du bébé (prématuré ou à terme);
- l'âge du bébé (débutant avec le colostrum, sa composition varie ensuite avec l'âge du bébé);
- le stade de la tétée (le début ou la fin);
- la fréquence des tétées (l'offre et la demande);
- le moment de la journée (le matin ou le soir);
- l'alimentation de la mère dans le cas de l'apport en certains nutriments (tels les vitamines A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, l'iode et le sélénium)¹⁶.

De plus, son goût varie avec l'alimentation de la mère ce qui pourrait faciliter l'introduction des aliments le moment venu^{17,18}. L'impact de toutes ces variations sur la physiologie du nourrisson commence à peine à être reconnu, sans compter que les recherches identifient, encore aujourd'hui, de nouveaux constituants du lait maternel. Malgré les développements en biotechnologie, le lait humain demeure non reproductible.

L'allaitement maternel représente bien plus que le contenu du lait en nutriments et en substances anti-infectieuses et immunologiques ou que la somme de leurs interactions multiples. Il réfère aussi au geste d'allaiter et à la relation d'affection et d'intimité qui s'établit entre la mère et l'enfant dans un allaitement pleinement vécu. C'est ce tout qui expliquerait les nombreux bienfaits de l'allaitement à la fois pour la santé et le développement des nourrissons et pour la santé et le mieux-être des femmes qui allaitent.

Les bienfaits de l'allaitement

« L'enfant nourri au sein est la référence, ou le modèle normatif, contre lequel tous les autres modes d'alimentation doivent être mesurés quant à la croissance, la santé, le développement, et tout autre résultat à court ou à long terme. »¹
(Traduction libre, AAP, 1997 : 1035).

Comparativement aux enfants allaités, le risque de maladies aiguës et chroniques est plus grand chez les enfants nourris avec des préparations commerciales^{1,20-25}. Des études effectuées dans divers pays industrialisés indiquent que le non-allaitement augmente l'incidence ou la sévérité de la diarrhée, de certaines infections des voies respiratoires inférieures, des otites moyennes, des bactériémies, des méningites bactériennes, du botulisme, des infections urinaires et de l'entérocolite nécrosante. Par ailleurs, d'autres études suggèrent que le non-allaitement serait un facteur de risque pour le diabète insulino-dépendant, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le lymphome, la leucémie infantile aiguë, les allergies et le syndrome de mort subite du nouveau-né. De plus, le développement cognitif des bébés non-allaités est moindre que celui des bébés allaités et ces différences se maintiennent jusqu'au début de la vie adulte²⁶⁻²⁸. D'autres différences reliées au développement social, émotif et moteur sont avancées; par exemple, on rapporte d'importants effets de la durée de l'allaitement sur le développement de certaines habiletés motrices et celui du langage à huit mois²⁹.

Les effets protecteurs de l'allaitement sont souvent fonction de l'exclusivité de l'allaitement et de sa durée. Ainsi, plus la durée de l'allaitement augmente et plus il est exclusif pendant les six premiers mois, plus grande est la protection qu'il confère, et vice-versa.

Le non-allaitement entraîne aussi des conséquences pour la santé des femmes^{30,31}. Ainsi, le risque de certains cancers du sein, des ovaires et de l'utérus serait plus élevé chez celles qui n'allaitent pas. L'allaitement est généralement associé à une modeste perte de poids et de gras corporel³². Cet impact est modifié par plusieurs facteurs tels la durée et l'intensité de l'allaitement, l'âge de la mère, son apport nutritionnel et son état de nutrition antérieur; une perte de poids n'est donc pas toujours évidente. L'effet de l'allaitement est cependant absent chez les femmes qui n'allaitent pas. Le non-allaitement entraîne de plus des coûts importants aux parents (préparations commerciales pour nourrissons, temps, médicaments, etc.), aux services de santé (traitement des otites et gastro-entérites, hospitalisations, etc.), aux services sociaux et éducatifs (coûts associés au déficit intellectuel ou social, etc.) et à l'environnement



- Il faut attirer l'attention sur le fait que l'introduction et la commercialisation des substituts du lait maternel et l'expansion explosive de l'alimentation artificielle des enfants sont un exemple extraordinaire d'une grande expérience *in vivo* faite sans protocole de recherche et sans groupe témoin.²⁸

Traduction libre :
Hambraeus L. 1977; 24(1) : 17

(traitement des déchets additionnels, effets des déchets sur l'environnement, etc.)¹³. Par exemple, si 60 % des nourrissons étaient allaités exclusivement jusqu'à trois mois, le Québec pourrait épargner au moins cinq millions de dollars par année en coûts d'utilisation des soins de santé associés aux maladies respiratoires, aux otites moyennes et aux gastroentérites¹⁴. Cette estimation ne tient pas compte des coûts associés aux autres conséquences éventuelles du non-allaitement, dont la souffrance de l'enfant et des parents en plus de l'absentéisme du travail de ces derniers.

Les stratégies pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement

À l'échelle internationale, deux grandes stratégies ont été mises en place pour soutenir les femmes désireuses d'allaiter et contribuer à recréer une culture d'allaitement maternel adaptée à leurs besoins d'autonomie économique, professionnelle et sociale : le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (1981) et *L'Initiative des hôpitaux amis des bébés* (1991). Leur but est de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en permettant aux femmes de se réapproprier leur savoir-faire et le pouvoir de décider quant à l'alimentation de leur bébé. Au Canada, une troisième stratégie a été adoptée en 1998, *L'Initiative des amis des bébés*.

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitation à des congrès, etc.).

L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices. MSSS, 2001 : 27¹⁵.

Ces stratégies trouvent leur origine dans la baisse importante des taux d'allaitement observée au cours des années 60 dans diverses régions du globe. L'analyse de cette baisse a mené à une prise de conscience du rôle particulier des pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel. De nombreuses consultations furent engagées avec toutes les parties intéressées, incluant des représentants des gouvernements, d'organisations non gouvernementales, de l'industrie des aliments pour nourrissons et d'experts de disciplines connexes. Déjà, en 1974, l'Assemblée mondiale de la Santé invitait les États Membres à

« prendre des mesures en matière de publicité relative aux aliments pour bébés, notamment en édictant des codes de pratiques publicitaires et une législation appropriée s'il y a lieu »¹⁶.

Après plusieurs années de débats animés, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté, en 1981, le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*³⁶ (voir encadré, p. 6). Le Code a été reconduit par consensus en 1994 et l'AMS a entériné à quatre reprises de nouvelles résolutions s'y rattachant (1986, 1994, 1996, 2001).

Pendant les années 80, on a observé que plusieurs des pratiques de commercialisation nocives à l'allaitement se poursuivaient. Diverses pratiques des professionnels et des professionnelles de la santé et des services de maternité interféraient aussi avec l'allaitement (ex. : séparation mère-enfant, horaire des tétées, utilisation des suppléments...). Le personnel peu formé en allaitement n'était pas en mesure de prendre conscience de l'impact négatif de l'ensemble de ces pratiques sur les femmes qui souhaitaient allaiter. C'est alors que l'OMS et l'UNICEF ont publié, en 1989, les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*³⁷ (voir encadré). Chacune de ces conditions se fonde sur des assises scientifiques³⁸.

Pour faciliter la mise en place des Dix conditions et le respect du Code, l'OMS et l'UNICEF ont lancé, en 1991, *L'Initiative des hôpitaux amis des bébés*. En 1998, le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) allait plus loin en adoptant *L'Initiative des amis des bébés*³⁹, initiative qui vise à rendre « amis des bébés » non seulement les services de maternité, mais tous les milieux en relation avec les nouveaux parents (endroits publics, milieux de travail, milieux communautaires, cabinets de médecins, etc.). C'est dans ce contexte que le CCA diffusait récemment les sept étapes pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire⁴⁰ (voir encadré p. 8). Des guides semblables pourraient être préparés pour d'autres milieux, toujours en vue de créer un environnement plus favorable à l'allaitement. En octobre 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec endossait ces initiatives et émettait ses lignes directrices en matière d'allaitement⁴¹.

Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

<http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/pdf/frdoc41.pdf>

(accédé juin 2002)³⁹

³⁶ par un vote de 118 en faveur (dont le Canada), 1 contre (États-Unis), et 3 abstentions.



Les sept étapes du plan de protection, promotion et soutien à l'allaitement en santé communautaire - d'après l'initiative des amis des bébés

Tous les services en santé communautaire devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à initier et à poursuivre l'allaitement.
5. Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments solides au moment opportun.
6. Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités.
7. Encourager la collaboration entre le personnel, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale.

<http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/pdi/frdoc43.pdf>

(accédé juin 2002)¹⁰

Le rôle des diététistes/nutritionnistes

Les diététistes/nutritionnistes reconnaissent l'importance de rétablir une culture d'allaitement maternel dans la société. Elles fondent leurs actions sur les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et sur le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (le Code). Dans ce contexte, elles visent à :

- participer à la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec;
- mettre à jour leurs connaissances théoriques et leurs compétences pratiques sur l'allaitement et le processus de la lactation.

Plus spécifiquement, et à titre d'exemples,

- dans l'organisation des services :

- travailler de concert avec les responsables de leur milieu de travail pour développer et mettre en œuvre une politique d'allaitement qui en facilite la pratique pour leur clientèle ou leur personnel (quel que soit leur milieu de travail);
- favoriser l'application du *Code* (voir encadré, p. 6) dans leur établissement, dans leurs activités professionnelles et dans leur communauté;
- participer à la concertation interprofessionnelle pour assurer la continuité des services aux femmes qui allaitent et l'harmonisation des messages;

- auprès de la clientèle :

- informer les couples qui attendent un enfant et leur famille de la raison d'être de l'allaitement et de sa pratique afin que les femmes puissent exercer leur droit de prendre une décision *libre et éclairée*;
- faire connaître les conséquences du non-allaitement;
- expliquer pourquoi aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel ne doit être donné au nourrisson allaité pendant les six premiers mois (sauf indication médicale);
- être en mesure d'enseigner aux parents la gestion de l'allaitement (signes de faim du nourrisson, position et prise du sein, allaitement à la demande, indices d'une consommation de lait adéquate par le bébé, d'une succion nutritive, expression du lait, etc.);

- faire valoir l'importance de l'alimentation saine de la mère pendant l'allaitement, principalement pour sa propre santé;
- renseigner les parents et leur famille sur les pratiques de soins qui répondent le mieux aux besoins du bébé et contribuent au succès de l'allaitement (cohabitation et proximité, allaitement exclusif, à la demande, etc.);

- dans la communauté :

- utiliser toutes les opportunités pour encourager l'entourage de la mère et du père, de même que la communauté élargie, à contribuer au succès de l'allaitement;
- s'impliquer dans les groupes d'entraide à l'allaitement de leur région.

Le rôle de l'OPDQ

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) veut contribuer à rétablir l'allaitement maternel comme la norme d'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant au Québec, et ce, dans le respect des besoins d'autonomie économique, professionnelle et sociale des femmes. Pour ce faire, l'OPDQ vise à :

- soutenir les diététistes/nutritionnistes dans leurs actions en faveur de l'allaitement en veillant à ce que :
 - les étudiants et étudiantes en nutrition reçoivent, au cours de leur 1^{er} cycle universitaire, une formation adéquate sur l'allaitement (telle une formation équivalente ou supérieure au programme de formation de 18 heures suggéré par l'OMS et l'UNICEF);
 - les diététistes/nutritionnistes reçoivent une formation continue adéquate sur l'allaitement;
- favoriser dans ses activités le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de même que des résolutions subséquentes de l'AMS qui s'y rapportent;
- travailler de concert avec les autres ordres professionnels et partenaires concernés pour :
 - promouvoir la mise en œuvre de *L'Initiative des amis des bébés*;
 - promouvoir l'évolution des normes de travail de sorte qu'elles facilitent la pratique de l'allaitement en respectant, comme minimum, les conventions⁴² et recommandations⁴³ de l'Organisation internationale du Travail (OIT) à cet effet.

En travaillant ainsi à la création d'un environnement favorable, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec entend protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois.



Références

- ¹ Convention relative aux droits de l'enfant - 1989: <http://www.unicef.org/french/crc/crc.htm>, accédé en avril 2002.
- ² Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. 1^{er} août 1990, Florence, Italie.
- ³ American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 1997; 100(6): 1035-1039.
- ⁴ Organisation mondiale de la Santé. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding - Conclusions and Recommendations, Genève, 28 au 30 mars 2001 (A54/INF.DOC./4).
- ⁵ Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Résolution WHA 54.2, article 3.3, Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, 18 mai 2001.
- ⁶ Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002). Les nourrissons de 5 mois - L'alimentation du nourrisson. Vol. 1, numéro 5. Collection la santé et le bien-être, Institut de la statistique du Québec, Québec, mai 2000.
- ⁷ Institut de la statistique du Québec. L'ÉLDEQ : une occasion unique de scruter à la loupe la vie des tout-petits, de leur naissance à 21/2 ans. Communiqué de presse, Montréal, le 22 mai 2002.
- ⁸ Lepage MC, N Doré et G Carignan. Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement - région de Québec. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, septembre 2000.
- ⁹ Dumas L, M Lepage et L Côté. Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale. Université du Québec à Hull et Unité de périnatalité du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, 1999.
- ¹⁰ Séguin L, L Goulet, K Frohlich, ME Dumas et L Desjardins. Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées. Montréal : GRIS Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, 1998.
- ¹¹ L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Septembre 2001.
- ¹² Éditorial. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994 ; 344 : 1239-1241.
- ¹³ Lawrence RA et RM Lawrence. Chap. 4. Biochemistry of human milk. In *Breastfeeding : A guide for the medical profession*. 5^e ed., Mosby, New York, 1999.
- ¹⁴ American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition Handbook*, 4^e ed., Illinois, USA, 1998.
- ¹⁵ Subcommittee on Nutrition During Lactation, Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Nutrition during Lactation*. National Academy Press, Washington, D.C. 1991.
- ¹⁶ Allen LH. Maternal Micronutrient Malnutrition : Effects on Breast Milk and Infant Nutrition, and Priorities for Intervention. *SCN News* No 11, 21-24.
- ¹⁷ Mennella JA. Mother's milk: a medium for early flavor experiences. *J of Human Lactation* 1995 ; 11(1) : 39-45.
- ¹⁸ Mennella JA, CP Jagnow and GK Beauchamp. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. *Pediatrics*, 2001;107(6) : e88, <http://pediatrics.org/cgi/content/full/107/6/e88>, accédé en mai 2002.
- ¹⁹ Hambraeus L. Proprietary milk versus human milk in infant feeding. *Pediatric Clinic of North America*, 1977; 24 (1): 17-36.
- ²⁰ Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. *Nutrition du nourrisson en santé né à terme*. Ministère de travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 1998.
- ²¹ L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices. *Op. cit.*
- ²² Scariati PD, LM Grummer-Strawn, SB Fein. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997 ; 99(6) : e5, <http://www.pediatrics.org/content/vol99/issue6/>, accédé en avril 2002.
- ²³ Shu XO, MS Liner, M Steinbuch, WQ Wen et al. Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999 ; 91(20) : 1765-1772.
- ²⁴ Heinig JM, KG Dewey. Health Advantages of Breastfeeding for Infants : A Critical Review. *Nutrition Research Reviews*, 1996 ; 9 : 89-110.
- ²⁵ Beaudry M, R Dufour et S Marcoux. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *Journal of Pediatrics* 1995 ; 126(2) : 191-197.
- ²⁶ Anderson JW, BM Johnstone et DT Remley. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition* 1999; 70: 525-535.
- ²⁷ Horwood LJ et DM Fergusson. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998;101 (1):e9, <http://www.pediatrics.org/content/vol101/issue1/>, accédé en avril 2002.
- ²⁸ Mortensen EL, KF Michaelsen, SA Sanders and JM Reinisch. The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. *JAMA* 2002; 287 (18): 2365-2371.
- ²⁹ Vestergaard M, Obel C, Henriksen TB, et al. Duration of breastfeeding and development milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatrica* 1999; 88: 1327-1332.
- ³⁰ L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices. *Op. cit.*
- ³¹ Dermer A. Breastfeeding and Women's Health - Review. *Journal of Women's health* 1998; 7(4): 426-433.
- ³² Winkvist A et KM Rasmussen. Impact of Lactation on Maternal Body Weight and Body Composition. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1999; 4 (3): 309-318. Review.
- ³³ Le Comité canadien pour l'allaitement. Économies réalisées grâce à l'allaitement : Bibliographie annotée, septembre 1999.
- ³⁴ Guillemette A et D Badlissi. L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé. RRSS Lanaudière, DSP. *Regard sur la santé publique lanaudoise* 8 (1) : 1-7, 2001.
- ³⁵ Résolution WHA27.43 (Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, Volume II, 4^e éd., Genève, 1981, p. 58) cité dans : Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, Genève, 1981 : 5.
- ³⁶ Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, Genève, 1981.
- ³⁷ Organisation mondiale de la Santé. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. OMS, Genève, 1989.
- ³⁸ Organisation mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement (Révisé). Systèmes de santé et santé communautaire, département de santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. WHO/CHD/98.9, Genève, 1999.
- ³⁹ Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) vous souhaite la bienvenue à L'Initiative des amis des bébés (IAB) <http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/pdf/frdoc41.pdf>, accédé en juin 2002.
- ⁴⁰ L'Initiative des amis des bébés dans la communauté <http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/pdf/frdoc43.pdf>, accédé en juin 2002.
- ⁴¹ L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices. *Op. cit.*
- ⁴² C183 Convention sur la protection de la maternité, 2000 : <http://iloex.ilo.ch:1567/french/convdisp1.htm>, accédé en avril 2002.
- ⁴³ R191 Recommandation sur la protection de la maternité, 2000 <http://iloex.ilo.ch:1567/french/recdisp1.htm>, accédé en avril 2002.

Remerciements

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec remercie pour leur dévouement et précieuse contribution professionnelle les diététistes membres du GROUPE DE TRAVAIL sur la

« PRISE DE POSITION SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL »

Micheline Beaudry

coordonnatrice du groupe de travail,
Université Laval, Département des sciences des aliments et de nutrition

Andrée Brière

Centre hospitalier Hôtel-Dieu Arthabaska

Odette Drolet

CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières

Anne-Marie Hamelin

Université McGill, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Claude Jobin

CHUQ Hôpital Saint-François d'Assise

Marie-Claire Lepage

Direction de santé publique de Québec

Lise Richard

RRSSS Mauricie et Centre-du-Québec

Lydia Rocheleau

Direction de santé publique de la Montérégie

Monik St-Pierre

Direction de santé publique de Québec

Thérèse Samson Laberge

Administratrice région C, Cardiogesta

Production de la brochure

Édition :

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Coordination :

Lise Tardif
Adjointe aux communications
Ordre professionnel des diététistes du Québec

Graphisme et impression :

Imprimerie Impart Litho

Révision :

Hélène Verronneau
Publigam

Photographie :

« Maternity » de Pablo Picasso (1905)



Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN : 2-9800892-4-9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document
est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.



1425, boul. René-Lévesque O. Bureau 703, Montréal (Québec) H3G 1T7

Tél. : (514) 393-3733 • 1 888 393-8528 • Téléc. : (514) 393-3582

opdq@opdq.org

www.opdq.org