



L'allaitement maternel au Québec

LIGNES DIRECTRICES

Québec 

L'allaitement maternel au Québec

LIGNES DIRECTRICES

Septembre 2001

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

Rédaction

Suzanne Dionne
Sylvie Jetté

Coordination

Louise Guay
Marie-Josée Saint-Germain
Sylvie Veilleux

NOUS TENONS À REMERCIER TOUTES LES PERSONNES QUI COMPOSAIENT LE GROUPE DE TRAVAIL :

Micheline Beaudry	Professeure en nutrition, Université Laval
Renée Cyr	Agente de programmation, Direction de la santé publique et de l'évaluation Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Suzanne Dionne, présidente	Médecin omnipraticienne, CLSC de la Haute-Yamaska
Nicole Doré (jusqu'en juin 2000)	Diététiste Centre de santé publique de Québec
Perle Feldman	Médecin de famille, Montréal
Dany Gauthier	Consultante en allaitement Direction de la santé publique de la Montérégie
Monique Gonthier	Pédiatre, Hôpital Sainte-Justine
Louise Guay (à partir de mars 2000)	Agente de recherche, Direction de la santé physique Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Jetté	Infirmière clinicienne, Centre hospitalier du Haut Richelieu
Michael S. Kramer	Pédiatre, épidémiologiste, Université McGill
Nicole Lafortune	Infirmière, CLSC de Joliette
Pierre Lévesque	Obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier régional de Rimouski
Marie-Josée Saint-Germain (jusqu'en mars 2000)	Chef de service, Promotion de saines habitudes de vie et dépistage Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Veilleux (jusqu'en mars 2000)	Agente de recherche, Promotion de saines habitudes de vie et dépistage Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-38046-0

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

© Gouvernement du Québec

Avertissement

Pour faciliter la consultation à l'écran, les pages blanches du document imprimé (qui correspondent aux pages 2, 4, 12, 42, 48, 50, 62 et 64) ont été retirées de la version PDF. On ne s'inquiétera donc pas de leur absence si on imprime le document.

La pagination du fichier PDF est ainsi demeurée en tous points conforme à celle de l'original.

Avant-propos

Les lignes directrices en matière d'allaitement maternel ont pour but d'assurer l'excellence dans l'information transmise à la population et d'optimiser le soutien donné aux parents et aux enfants concernant l'allaitement maternel.

Le présent document est destiné aux administrateurs ainsi qu'aux professionnels de la santé et aux intervenants qui, de près ou de loin, travaillent au bien-être des mères qui allaitent et de leur enfant allaité. Il n'est pas destiné aux parents. Le message sur l'allaitement, qu'il provienne des groupes d'entraide, du ministère de la Santé et des Services sociaux ou des professionnels de la santé, doit être transmis avec clarté, basé sur des informations scientifiques, adapté à la situation des groupes ou des personnes à qui il s'adresse.

Le mandat du groupe de travail étant de définir des lignes directrices sur l'allaitement maternel, les professionnels qui désirent de l'information sur l'alimentation au biberon avec des préparations commerciales pour nourrissons pourront consulter l'énoncé du groupe de travail mixte de la Société canadienne de pédiatrie, des diététistes du Canada et de Santé Canada, intitulé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Les parents peuvent se référer au guide pratique *Mieux vivre avec son enfant – De la naissance à deux ans*, publié par l'Institut national de santé publique du Québec avec l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et consulter les services Info-Santé des CLSC s'ils désirent de l'information sur l'alimentation du nourrisson.

Table des matières

SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION	9
L'ALLAITEMENT À L'AUBE DE L'AN 2000	13
La situation au Québec	13
Les recommandations d'organismes internationaux et nationaux	13
Pourquoi allaiter?	14
<i>Effets de l'allaitement sur la mère et sur l'enfant.....</i>	<i>14</i>
<i>Importance de l'allaitement exclusif et de sa durée.....</i>	<i>16</i>
<i>Différences entre l'allaitement maternel et l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons.....</i>	<i>17</i>
<i>Coûts engendrés par l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons.....</i>	<i>18</i>
Les facteurs associés à la décision d'allaiter et à la durée de l'allaitement.....	19
<i>La décision d'allaiter</i>	<i>19</i>
<i>La poursuite de l'allaitement</i>	<i>20</i>
Les normes culturelles	20
<i>Féminisme et allaitement</i>	<i>21</i>
<i>Travail et allaitement</i>	<i>22</i>
<i>Pauvreté et allaitement.....</i>	<i>23</i>
Le rôle des professionnels de la santé et les pratiques de soins en périnatalité	23
Des interventions et des initiatives favorables à l'allaitement maternel	25
<i>Des initiatives mondiales de protection, de soutien et d'encouragement à l'allaitement maternel.....</i>	<i>26</i>
LES OBJECTIFS, LES PRINCIPES ET LES STRATÉGIES.....	29
L'objectif général.....	29
Les objectifs intermédiaires	29
Les principes.....	29

Les stratégies	30
<i>Stratégie 1 – L'Initiative des amis des bébés (IAB)</i>	30
<i>Stratégie 2 – L'organisation du soutien à l'allaitement</i>	31
<i>Stratégie 3 – Le suivi et l'évaluation</i>	32
<i>Stratégie 4 – Le pouvoir d'influence</i>	32
UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE	33
Les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux	33
Les responsabilités des régies régionales et des directions de la santé publique	35
Les responsabilités des hôpitaux	36
Les responsabilités des CLSC ayant des maisons de naissance	37
Les responsabilités des CLSC	38
Les responsabilités des professionnels de la santé en cabinet privé et dans les établissements	39
Les responsabilités des groupes d'entraide et des organismes communautaires	39
CONCLUSION	41
ANNEXE I – OUTIL POUR L'INITIATIVE DES HÔPITAUX AMIS DES BÉBÉS	43
ANNEXE II – CIRCULAIRE SUR L'APPROVISIONNEMENT EN LAIT POUR NOURRISSONS	49
ANNEXE III – OUTIL POUR L'INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS DANS LA COMMUNAUTÉ	57
ANNEXE IV – LETTRE D'INTENTION POUR ÊTRE AMI DES BÉBÉS	63
BILIOGRAPHIE	65

Sommaire

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un groupe réunissant des personnes spécialisées en allaitement maternel et des personnes intéressées par cette question a collaboré à la rédaction du présent document. Celui-ci propose des lignes directrices pour guider les actions du Ministère, des régions régionales et des directions de la santé publique, des établissements, des professionnels de la santé, des groupes de soutien et organismes communautaires en matière d'allaitement maternel au Québec.

L'allaitement maternel est reconnu comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les enfants. Il est maintenant largement accepté que, même dans nos sociétés industrialisées, il diminue le risque et la gravité des infections respiratoires et gastro-intestinales chez les nourrissons. De multiples autres bénéfices, qui ont trait à la santé de la mère, à la santé et au développement intellectuel de l'enfant et au bien-être de la société, sont aussi confirmés par la littérature sur le sujet. Or, le Québec affiche un des taux d'allaitement les plus faibles au pays ainsi qu'une durée d'allaitement inférieure aux recommandations en vigueur.

En plus de faire un survol des nombreux avantages de l'allaitement, le présent document fait le portrait général de la situation au Québec quant à l'allaitement lui-même et aux conditions qui peuvent le favoriser. On y propose ensuite des objectifs et des principes qui guideront l'action, ainsi que des stratégies et des actions susceptibles de favoriser l'allaitement maternel. Les stratégies proposées visent à ce que toutes les mères québécoises aient la possibilité d'allaiter et de prendre une décision éclairée à ce sujet après avoir reçu une information complète, et à ce que les familles reçoivent le soutien et l'encouragement appropriés dans un milieu qui favorise l'allaitement au sein.

L'objectif général

Un objectif général et des objectifs intermédiaires ont été définis. L'objectif général est le suivant :

- 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 de 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an.

Les principes

Favoriser l'allaitement maternel exige à la fois qu'on le protège, qu'on le soutienne et qu'on en fasse la promotion.

La protection de l'allaitement consiste à protéger les pratiques favorables qui existent actuellement contre toute interférence externe ; par exemple, tout moyen qui instaure ou améliore les mesures sociales facilitant l'allaitement maternel contribue à sa **protection**.

Le soutien à l'allaitement vise à fournir aux mères qui allaitent les aptitudes de même que les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de leur allaitement ; toute mesure qui vise à aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement contribue au **soutien** de l'allaitement maternel.

La promotion de l'allaitement ou l'encouragement à allaiter vise à prédisposer favorablement la population à l'allaitement ; toute mesure qui fait en sorte que les femmes et leur famille connaissent l'allaitement et ses bénéfices et que les mères soient motivées à allaiter contribue à la **promotion** de l'allaitement maternel.

Les stratégies

Les interventions qui visent à concrétiser ces principes doivent se situer durant toute la période périnatale. L'Initiative des amis des bébés (IAB) est la principale stratégie retenue pour favoriser l'allaitement maternel au Québec. Elle fut d'abord implantée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF sous le nom d'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB). Reconnue à l'échelle mondiale, elle a permis à plusieurs pays d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement, d'améliorer la qualité des soins et d'en diminuer les coûts. Parce que les pratiques des services de maternité ont une grande influence sur l'expérience d'allaitement des mères, l'IHAB cible principalement ce milieu en s'assurant que les services qui entourent l'accouchement et la naissance facilitent l'allaitement et soient reliés aux services prénataux et postnataux, où qu'ils soient donnés. Au Québec et ailleurs dans le monde, l'Initiative est élargie et devient l'Initiative des amis des bébés (IAB) pour inclure, en plus des services de maternité, les établissements (au Québec, les CLSC) qui jouent un rôle dans l'encouragement et le soutien à l'allaitement dans la communauté.

Pour faciliter l'implantation de l'IAB au Québec, il incombe à toutes les instances concernées :

- 1) d'énoncer clairement et de mettre en œuvre une politique d'allaitement en tenant compte des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF, 1989), dans le cas des services de maternité, ou des *Sept étapes du plan pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire*, dans le cas des CLSC ;
- 2) de faire en sorte que leur politique (guide pratique de soins) soit adoptée par le conseil d'administration, mise en œuvre par les professionnels et autres personnes concernées et connue de leurs partenaires ;
- 3) de respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* ;
- 4) d'inclure, dans les conditions de travail de leurs employées, les conditions (horaires, lieux et soutien) qui faciliteront l'allaitement maternel parmi leur personnel ;
- 5) de faire un suivi de la situation de l'allaitement maternel dans leur milieu et d'évaluer les objectifs que le milieu s'est donnés en cette matière.

Trois autres stratégies sont proposées. La première concerne l'organisation du soutien à l'allaitement afin d'offrir une aide concrète aux femmes dès leur sortie du centre hospitalier. La deuxième a trait au suivi et à l'évaluation. Il importe en effet de mettre en œuvre un système efficace de suivi des taux d'allaitement au Québec. Enfin, la troisième stratégie insiste sur le pouvoir d'influence que le MSSS et le réseau doivent exercer pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger.

Dans l'ensemble, ces stratégies devraient permettre à un plus grand nombre de femmes d'atteindre leur objectif d'allaitement en trouvant dans leur environnement l'aide et les outils adaptés à leurs besoins.

Introduction

Les comportements en matière de santé suscitent un intérêt grandissant et, dans la foulée, nombreuses sont les personnes qui s'interrogent sur l'allaitement maternel. Il est maintenant reconnu que c'est le mode d'alimentation par excellence pour tous les nourrissons, puisqu'il comporte d'importants avantages tant pour leur santé et celle de leurs mères que pour les familles et la société.

Environ la moitié des mères québécoises choisissent l'allaitement au sein, mais pour une courte période seulement. Soucieux d'améliorer cette situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'intéresse particulièrement à l'allaitement maternel au Québec ; il a établi dans ses *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* l'objectif suivant :

« Que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant. »

Ministère de la Santé et des Services sociaux,
1997, p. 39.

Un mandat a été accordé à un groupe de travail formé de personnes spécialisées en allaitement maternel et de personnes intéressées par cette question afin de mieux cerner la réalité du phénomène au Québec et de définir des lignes directrices susceptibles de guider l'action du Ministère, des régies régionales et des directions de la santé publique, des établissements, des professionnels de la santé, des groupes de soutien et des organismes communautaires en matière de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement maternel. Le présent document en fait rapport ; il énonce des objectifs, définit des moyens qui permettront de les atteindre et propose des modalités de soutien à l'implantation des stratégies et de leurs résultats. Il s'appuie sur les connaissances actuelles tant au niveau scientifique que stratégique.

En diffusant ce document, le MSSS prend position en faveur de l'allaitement maternel ; il affirme son intention de le protéger et le soutenir dans le but de continuer à améliorer la santé des Québécois et recommande de promouvoir :

- l'allaitement exclusif¹ pour les six premiers mois de la vie de l'enfant ; c'est le mode d'alimentation le plus approprié pour l'enfant et il suffit pour assurer une croissance et un développement optimaux pour les six premiers mois de vie ;
- la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 1 an et, ensuite, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent. Vers l'âge de six mois, on peut commencer à ajouter des aliments complémentaires.

1. Voir le tableau 1.

Tableau 1

Quelques définitions	
Allaitement exclusif ¹	Signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également accepté).
Allaitement prédominant ²	Signifie que le lait maternel est la principale source de nourriture, ce qui inclut le lait exprimé ; il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits, de même que les médicaments et les gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais n'inclut pas les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) ou les liquides à base d'aliments.
Allaitement mixte	Signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments.
Alimentation au biberon ³	Signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, mais que celui-ci peut contenir différents aliments liquides, y compris du lait maternel exprimé.
Alimentation artificielle	Signifie que l'enfant est nourri avec des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de vache sans être du tout allaité au sein ou recevoir de lait humain.
Préparation commerciale pour nourrissons	Désigne le lait artificiel ou le lait industriel (l'expression « lait maternisé » est à éviter).
Substitut du lait maternel ⁴	Désigne tout aliment commercialisé ou présenté d'une quelconque manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.
1. Définition inspirée de celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1991). 2. <i>Idem.</i> 3. <i>Idem.</i> 4. Définition inspirée du <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> (OMS, 1981).	

Les lignes directrices proposées visent à ce que toutes les mères aient la possibilité d'allaiter leur enfant. Avoir la possibilité d'allaiter, c'est d'abord pouvoir prendre une décision éclairée à ce sujet en ayant reçu une information complète. C'est également recevoir le soutien et l'encouragement nécessaires dans un milieu qui favorise l'allaitement au sein. Il ne s'agit donc pas de culpabiliser les mères qui décident de ne pas allaiter, mais de s'assurer que celles-ci et leur famille prennent une décision en étant pleinement conscientes des conséquences de ce choix et de ses répercussions sur l'enfant, la mère et la société. D'ailleurs, la *Convention internationale des droits de l'enfant*, signée par le Canada, met l'accent sur le droit de l'enfant à jouir de la meilleure santé possible. En ce sens, l'article 24 de cette convention précise que :

« Les États membres [...] prennent les mesures appropriées pour :

[...]

- e) 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, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information. »

Convention internationale des droits de l'enfant,
adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 20 novembre 1989.

Trois principes sous-tendent les présentes lignes directrices : favoriser l'allaitement maternel exige à la fois de le protéger, de le soutenir et de le promouvoir. L'Initiative des amis des bébés (IAB) est la principale stratégie retenue pour concrétiser ces principes au Québec.

Le Québec a réussi à diminuer de façon importante ses taux de mortalité infantile, pour passer du neuvième au premier rang des provinces canadiennes. Trente années d'interventions ont permis d'abaisser les taux de mortalité infantile, qui sont passés de 29,47/1 000 naissances vivantes en 1965 à 4,6 en 1996 (Dzakpasu et autres, 1999). Il en fut de même avec les taux de mortalité périnatale. Nous voulons répéter un exploit semblable en augmentant les taux d'allaitement maternel afin d'offrir à la prochaine génération le meilleur développement qui soit sur les plans physique, psychologique, affectif et cognitif.

L'allaitement à l'aube de l'an 2000

La situation au Québec

Dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997 (Santé Canada, Statistique Canada et le Centre canadien d'information sur la santé, 1999), les taux d'allaitement à la naissance sont de 60 % au Québec par rapport à 79 % pour l'ensemble du Canada, ce qui, avec les Maritimes, place le Québec au dernier rang des provinces canadiennes.

C'est aussi au Québec et dans les Maritimes que la durée de l'allaitement est la plus courte : au Québec, selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada – 2000*, 34,8 % des mères qui ont allaité l'ont fait pendant moins de 3 mois (Statistique Canada, données de 1996-1997).

Des données plus récentes provenant de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1998-2002) démontrent une amélioration récente de la situation puisque près des trois quarts (72 %) des nourrissons québécois ont été nourris au sein à la naissance. Les données de l'étude montrent aussi que 47% l'ont été pendant au moins trois mois et que 41 % l'ont été pendant au moins quatre mois.

Selon quelques études, toutefois, plusieurs femmes n'atteignent pas les objectifs qu'elles s'étaient fixés quant à la durée de l'allaitement. Dans l'étude de Lepage et Moisan (1998), effectuée en 1994 auprès de mères primipares du Québec, seulement 41 % des femmes qui allaitaient avaient atteint leur objectif. Pourtant, des pays industrialisés d'un niveau de vie comparable au nôtre bénéficient de taux d'allaitement maternel nettement supérieurs à ceux du Québec : en Suède et en Norvège, les taux sont de 98 % à la naissance et de 70 % et 68 % à 6 mois (Hofvander, 1997 ; Nylander, 1997). Plus récemment, on rapportait en Norvège des taux de 92 % à 3 mois, de 80 % à 6 mois et de 40 % à 12 mois (Brundtland, 2000).

Les recommandations d'organismes internationaux et nationaux¹

En 1990, les participants à la réunion de l'OMS et de l'UNICEF sur « L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale » ont rédigé et adopté la *Déclaration d'Innocenti* qui vise à protéger, à encourager et à soutenir l'allaitement maternel. Cette déclaration recommande :

« [...] 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. »

Déclaration d'Innocenti, 1990.

En 1998, le Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada émettaient des recommandations sur la nutrition du nourrisson en santé né à terme, de la naissance à 24 mois :

1. Voir le tableau 2.

« L'allaitement est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson. L'allaitement peut continuer jusqu'à l'âge de deux ans et même plus.

Recommandations :

1. Promouvoir le recours exclusif à l'allaitement au sein du nourrisson au moins les quatre premiers mois après la naissance. [...]
2. Introduire des aliments complémentaires entre quatre et six mois pour répondre à l'augmentation des besoins nutritifs et favoriser le développement. »

Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada,
1998, p. 3 et 5.

L'Académie américaine de pédiatrie recommande quant à elle un allaitement exclusif pour environ les six premiers mois :

« L'allaitement exclusif est le mode d'alimentation idéal de l'enfant et il suffit pour soutenir une croissance et un développement optimaux pour environ les six premiers mois de la vie de l'enfant [...]. Il est recommandé de poursuivre l'allaitement pour au moins douze mois et, ensuite, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent. » (Traduction libre)

American Academy of Pediatrics,
1997, p. 1037.

Pourquoi allaiter ?

Effets de l'allaitement sur la mère et sur l'enfant

La littérature regorge d'études qui démontrent les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé des mères et sur la santé, la croissance et le développement des enfants, dont les prématurés. L'allaitement maternel réduit l'incidence de plusieurs maladies ou en diminue la gravité. C'est le cas de la diarrhée, des infections respiratoires et de l'otite moyenne (Saarinen, 1982 ; Howie et autres, 1990 ; Duncan et autres, 1993 ; Paradise et autres, 1994 ; Beaudry et autres, 1995 ; Scariati et autres, 1997 ; Wright et autres, 1998), de l'entérocolite nécrosante (Lucas et Cole, 1990). Il aurait aussi un effet protecteur contre le syndrome de mort subite du nourrisson (Mitchell et autres, 1992), le diabète insulino-dépendant (Mayer et autres, 1988 ; Gerstein, 1994), la maladie de Crohn (Koletzko et autres, 1989) et la maladie de Hodgkin (Davis et autres, 1988 ; Davis, 1998). Dans un suivi de la cohorte étudiée par Howie et ses collaborateurs en 1990, Wilson et ses collaborateurs (1998) ont rapporté qu'un allaitement exclusif de quinze semaines était significativement associé à une probabilité moindre d'infections des voies respiratoires n'importe quand durant la petite enfance (jusqu'à l'âge de 7 ans), ce qui permet de supposer que l'allaitement possède aussi cet effet bénéfique à long terme.

Tableau 2

Documents produits par quelques associations et organismes ayant pris position sur l'allaitement maternel	
Association des pharmaciens du Canada (2001)	
<i>Exposé de position – L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson</i>	
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998)	
<i>Prise de position – Allaitement maternel</i>	
Groupe de travail mixte (1998) :	Société canadienne de pédiatrie
	Les diététistes du Canada
	Santé Canada
<i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé</i>	
American Academy of Pediatrics (1997)	
<i>Breastfeeding and the Use of Human Milk</i>	
Comité canadien pour l'allaitement (1996)	
<i>Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement</i>	
Collège des médecins de famille du Canada (1996)	
<i>Résolution du conseil d'administration endossant la Déclaration d'Innocenti et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i>	
Association canadienne des soins de santé, auparavant l'Association des hôpitaux du Canada (1994)	
<i>Énoncé de politique sur l'allaitement maternel</i>	

Malgré la difficulté à éliminer tout biais provenant des différences entre les mères qui allaitent et celles qui nourrissent avec des préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels), des études et une méta-analyse récente rapportent des différences tangibles sur le plan du développement intellectuel et cognitif en faveur des enfants ayant été allaités (Lucas et autres, 1992 ; Lanting et autres, 1994 ; Horwood et Fergusson, 1998 ; Anderson et autres, 1999). Ces effets bénéfiques ont été associés entre autres à la présence de certains acides gras polyinsaturés à longue chaîne, que l'on ne trouve naturellement que dans le lait maternel et qui sont essentiels au développement du cerveau et de la vision (Farquharson et autres, 1992 ; San Giovanni et autres, 2000).

Une étude récente laisse entendre que l'allaitement permet aux enfants nés avec une insuffisance de poids d'avoir une croissance plus rapide et de rattraper plus rapidement leur poids normal que les enfants nourris avec des préparations commerciales ; de même, une croissance plus marquée de la circonférence crânienne chez les enfants allaités pourrait refléter la croissance plus rapide du cerveau à un moment critique du développement de l'enfant (Lucas et autres, 1997).

L'allaitement a aussi des avantages pour la santé des mères. À court terme, il stimule la sécrétion d'ocytocine, qui favorise à son tour la contraction de l'utérus et réduit le risque d'hémorragies puerpérales (Chua et autres, 1994). L'allaitement a un effet contraceptif au cours des six mois suivant la naissance lorsqu'il est exclusif ou presque exclusif, qu'il est pratiqué sur demande, et que la mère n'est toujours pas menstruée : il freine les fonctions ovulatoires et réduit les risques d'une nouvelle grossesse à moins de 2 % (Kennedy et Visness, 1992 ; Labbok et autres, 1994). À plus long terme, l'allaitement maternel pourrait contribuer à réduire les risques de cancer du sein en préménopause (Chilvers, 1993 ; Brinton et autres, 1995 ; Enger et autres, 1997), de cancer des ovaires (Rosenblatt et Thomas, 1993) ainsi que les risques d'ostéoporose (Alderman et autres, 1986 ; Melton et autres, 1993) et de fracture de la hanche durant la postménopause (Cummings et Klineberg, 1993).

Sur le plan psychologique, l'allaitement maternel profite autant à la mère qu'à l'enfant. Moment privilégié d'interaction entre la mère et l'enfant, il semble faciliter et renforcer l'attachement (Watson-Driscoll, 1992 ; Kennel et Klaus, 1998). Il pourrait aussi réduire, chez la femme, le niveau d'hormones sécrétées en réponse au stress, comme le cortisol et l'ACTH (Altemus et autres, 1995). On ne sait pas comment et pourquoi les réponses hormonales au stress sont modifiées pendant l'allaitement, mais il est possible que ce soit pour diminuer l'anxiété associée aux soins à donner à l'enfant, pour conserver l'énergie nécessaire à la production du lait ou pour augmenter la réponse immunitaire durant la période du post-partum.

Les contre-indications à l'allaitement maternel sont rares. En fait, l'allaitement est contre-indiqué dans le cas des nourrissons souffrant de galactosémie congénitale et de mères atteintes du VIH dans les pays industrialisés. Une étude récente permet cependant de croire qu'un allaitement exclusif pendant les premiers mois pourrait protéger l'enfant contre la transmission du VIH de la mère (Coutsoudis et autres, 1999). Des recherches actuellement en cours pourraient confirmer cette hypothèse aux conséquences des plus importantes, particulièrement pour les pays où la population n'a pas accès aux médicaments recommandés. Dans le cas des mères qui consomment des drogues illégales ou font un abus d'alcool, il faudra procéder à une évaluation individuelle afin de déterminer si elles peuvent allaiter. L'enfant qui ne peut être allaité devrait être alimenté avec des préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) jusqu'à l'âge de 9 à 12 mois (Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998). Il est rare, cependant, que l'usage de médicaments soit une contre-indication à l'allaitement maternel de façon temporaire ou définitive (American Academy of Pediatrics, 1997).

Les résultats rapportés dans cette section, qui concernent les effets de l'allaitement sur la santé de l'enfant et de la mère, sont obligatoirement basés sur des études d'observation (non expérimentales), parce que les chercheurs ne peuvent pas déterminer quelles mères allaiteront, ni pendant combien de temps elles le feront.

Importance de l'allaitement exclusif et de sa durée

Les études des dernières années montrent que les effets de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant sont souvent liés à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement. L'expression anglaise *dose-response* illustre bien ce phénomène : plus la dose est importante, plus l'effet (ou la réponse) est lui aussi important. Une étude américaine a ainsi montré que plus l'enfant recevait de lait maternel pendant les six premiers mois de vie, moins il risquait de souffrir d'une otite ou de diarrhée (Scariati et autres, 1997). Une autre étude rapporte un risque deux fois plus élevé d'otite chez les enfants de 6 mois non allaités, comparés à ceux qui ont été allaités exclusivement pendant six mois, alors que les enfants qui ont reçu un allaitement mixte présentent une différence moins marquée avec les enfants non allaités (Duffy et autres, 1997). Par ailleurs, un effet relié à la durée et à l'exclusivité a également été observé dans une étude danoise (Vestergaard et autres, 1999) dont les résultats permettent de croire que plus les enfants sont allaités longtemps de façon exclusive, plus leurs capacités motrices et langagières sont développées.

Une étude australienne rapporte de son côté une réduction du risque d'apparition de l'asthme chez l'enfant si on lui procure un allaitement exclusif jusqu'à au moins 4 mois (Oddy et autres, 1999). Il semble que ce soit l'âge auquel on ajoute d'autres aliments, quels qu'ils soient, au lait maternel, qui interfère dans le mécanisme de protection attribué à l'allaitement exclusif plutôt que la durée totale de l'allaitement.

Quant au risque de développer une anémie ou une carence en fer, il est relativement faible chez les enfants allaités. Bien que le fer soit présent en faible quantité dans le lait maternel, il a une grande biodisponibilité et son

taux d'absorption est élevé tant que l'allaitement est exclusif. Ainsi, l'absorption du fer se fait moins bien lorsque le lait humain est en contact avec d'autres aliments dans l'intestin grêle (Saarinen et Siimes, 1979).

Plusieurs études ont aussi démontré que, même dans les pays chauds, le niveau d'hydratation des enfants allaités exclusivement était adéquat, qu'ils soient de poids normal (Sachdev et autres, 1991 ; Ashraf et autres, 1993) ou de faible poids (Cohen et autres, 2000). Des suppléments d'eau sont donc inutiles et même déconseillés puisqu'ils peuvent diminuer l'apport de lait maternel chez l'enfant (Sachdev et autres, 1991).

De même, plusieurs avantages de l'allaitement maternel pour la mère sont liés à sa durée et à son exclusivité. L'effet contraceptif (WHO, 1998 ; WHO, 1999) et la diminution du risque de cancer du sein en préménopause en sont des exemples (Newcomb et autres, 1994 ; Labbok, 1999).

L'Académie américaine de pédiatrie et l'UNICEF recommandent déjà depuis plusieurs années que l'allaitement soit exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant. La Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada, dans leur énoncé de 1998, ont pour leur part recommandé que l'allaitement soit exclusif pour au moins quatre mois. L'OMS a réalisé en 2001 une consultation auprès d'un groupe d'experts sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif. Les recommandations de ce groupe (OMS, 2001), qui s'appliquent aux populations mondiales, ont été entérinées par la récente Assemblée mondiale de la Santé : elles concluent aussi qu'il faut recommander un allaitement exclusif de six mois, tout en reconnaissant que certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas le faire. En pareil cas, il faudrait aider ces mères à améliorer l'alimentation de leur bébé.

Différences entre l'allaitement maternel et l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons

Le lait maternel est unique, vivant, adapté à l'enfant selon son âge et selon le moment de la tétée. Bien que l'on tente de mettre dans les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) les mêmes quantités de nutriments (dont les protéines, les gras et les sucres) que celles contenues dans le lait humain, la qualité des éléments de base n'est pas la même (ex. : acides aminés, acides gras).

Le lait maternel compte de multiples constituants qu'il est impossible d'inclure dans la préparation commerciale pour nourrissons. Certains contribuent activement à la protection du bébé contre les infections : des anticorps, comme les immunoglobulines IgA, le protègent des micro-organismes susceptibles de provoquer une infection dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie, et des facteurs de défense de l'hôte, comme la lactoferrine, offrent une protection spécifique contre des bactéries pathogènes (ex. : *Escherichia coli*).

En plus de fournir les éléments essentiels à la croissance et à la protection immunologique du nouveau-né, le lait maternel pourrait également entraîner de par sa composition unique, une sorte de programmation biologique pour la protection à long terme contre certaines maladies (Barker et autres, 1989 ; Cunningham et autres, 1991).

Le lait change de goût selon l'alimentation de la mère (Mennella, 1995). Le moment venu cela pourrait faciliter, du moins théoriquement, l'introduction de divers aliments dans le menu du bébé, celui-ci ayant déjà été exposé à un éventail de saveurs. La texture du lait est également très variable : le colostrum a presque la texture d'un gel, le lait de début de tétée est aqueux et le lait de fin de tétée est crémeux. Pendant environ les trois premiers jours de sa vie, le bébé allaité reçoit du colostrum, dont la quantité et la composition diffèrent du lait mature. En moyenne, la quantité de colostrum ingérée dans les 24 premières heures de vie n'est que de 37 ml ; cette quantité peut toutefois varier de 7 à 123 ml (Hartmann, 1987). Le colostrum constitue la première immunisation du bébé, de par son contenu en immunoglobulines et autres facteurs de protection. La composition des préparations commerciales pour nourrissons est quant à elle uniforme du début à la fin du boire, d'une heure à l'autre et d'une journée à l'autre.

Le « contenant » aussi est unique : il est chaud et souple. Dès sa naissance, le bébé à terme et en santé, placé sur le ventre de sa mère, va habituellement se diriger vers le sein et se mettre à téter sans qu'on l'aide. Il s'agit là d'un comportement spontané si la mère n'a pas reçu de médicaments pendant le travail et l'accouchement et si le bébé n'a pas été séparé de sa mère après la naissance (Righard et Alade, 1990).

Par surcroît, le lait maternel est une source d'alimentation sécuritaire et pratique car il est toujours prêt, gratuit, à la bonne température, peu importe la situation et le lieu où l'on se trouve (ex. : inondations ou pannes d'électricité).

« Pour une majorité de nourrissons, le lait maternel est la meilleure garantie de sécurité alimentaire. Il représente une source alimentaire sûre, assurée, sans danger, nutritionnellement complète. L'appui actif de tous les secteurs de la société incitera un plus grand nombre de mères à allaiter, et à allaiter plus longtemps ; il incitera aussi plus d'institutions publiques à être reconnues comme "amies des bébés" et améliorera la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé et le développement de nos nourrissons. »

Agriculture et agroalimentaire Canada,
1998, p. 15.

L'alimentation artificielle constituée de préparations commerciales pour nourrissons est pourtant une pratique courante dans notre société, bien qu'elle augmente les risques de maladies chez l'enfant pour plusieurs raisons. D'une part, nombre de substances, comme les anticorps, ne peuvent être reproduites et ajoutées dans ces préparations. D'autre part, Walker (1993) souligne qu'on a rapporté des altérations à ces préparations industrielles à cause d'erreurs de mesure ou d'ingrédients ou encore qu'ils peuvent contenir des contaminants chimiques ou bactériens. Des risques supplémentaires proviennent d'erreurs potentielles, de la part des utilisateurs, dans la préparation des produits vendus sous forme concentrée. Comme le disait le professeur Hambraeus, dès 1977 :

« Il faut attirer l'attention sur le fait que l'apparition 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. »
(Traduction libre)

L. Hambraeus, 1977, p. 17.

Coûts engendrés par l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons

Bien que la mise en œuvre des stratégies destinées à encourager et à soutenir l'allaitement engendre certaines dépenses, telles que celles reliées à la formation du personnel de la santé et au soutien financier des groupes d'entraide, il importe de mentionner que ce mode d'alimentation entraîne également des économies pour le système de santé, la société et la famille. D'ailleurs la Norvège, depuis 1993, inclut dans son rapport annuel de production alimentaire une valeur estimée de la quantité de lait humain produite à l'échelle du pays, rendant ainsi visible une ressource alimentaire non commerciale mais bien réelle (Hatløy et Oshaug, 1997). Les études (Howie et autres, 1990 ; Beaudry et autres, 1995 ; Wright et autres, 1998) qui attestent, chez les enfants allaités, d'une incidence et d'une gravité moindres de certaines maladies ainsi que d'une diminution des taux d'hospitalisation, nous incitent à croire que les coûts du système de santé pourraient être réduits par l'augmentation des taux et de la durée de l'allaitement. L'étude de Beaudry, effectuée au Nouveau-Brunswick, montre du reste, après ajustement pour les facteurs confondants, que le taux d'hospitalisation des enfants allaités est inférieur de 68 % pendant les six premiers mois de la vie. Ball et Wright, aux États-Unis, ont fait un constat similaire en 1999 dans une étude qui évaluait l'utilisation des services de santé pendant un an pour trois problèmes fréquents (les infections respiratoires, l'otite moyenne et la gastro-entérite). L'étude démontre, après ajustement des facteurs confondants, que pour ces 3 problèmes de santé, il y a eu durant la première année de vie 2 033 visites supplémentaires au cabinet du médecin, 212 journées supplémentaires d'hospitalisation et 609 prescriptions supplémentaires par 1 000 enfants n'ayant jamais été allaités, comparés à 1 000 enfants allaités exclusivement pendant au moins 3 mois.

De même, Montgomery et Splett ont évalué de façon prospective une cohorte d'enfants inscrits au programme WIC² dans l'État du Colorado. En 1993, elles ont comparé deux groupes d'enfants pendant une période de 6 mois : un premier groupe de 406 nourrissons allaités exclusivement pendant au moins 3 mois et un second groupe de 470 enfants nourris avec des préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) dès la naissance. Le programme WIC, entre autres, fournit des préparations commerciales pour nourrissons et des aliments pour la mère et l'enfant. Si on considère les coûts administratifs qu'entraîne le programme lui-même et les coûts des soins de santé, l'allaitement maternel aurait permis des économies de 161 \$ par enfant pendant cette période de 6 mois, dont 102 \$ en soins de santé. Les auteurs estiment que si 75 % des enfants inscrits au programme WIC aux États-Unis étaient allaités pendant 3 mois seulement, une économie mensuelle d'environ 4 millions de dollars américains pourrait être réalisée.

On commence à s'interroger aussi sur les coûts liés à l'accroissement des taux d'absentéisme au travail chez les parents retenus à la maison pour prendre soin d'un enfant malade (Cohen et autres, 1995). Dans cette étude quasi expérimentale faite dans deux entreprises américaines, 75 % des absences d'une journée de travail étaient constatées dans le groupe des mères qui utilisaient des préparations commerciales pour nourrissons.

Même en tenant compte des dépenses associées à l'allaitement, dont les besoins alimentaires accrus de la femme qui allaite, le coût des préparations commerciales et des biberons représente une dépense supplémentaire importante pour les familles québécoises. Sur le plan écologique, l'allaitement, qui est une pratique naturelle, a en outre l'avantage de contribuer à réduire l'émission des gaz à effet de serre et l'utilisation des matériaux d'emballages non biodégradables (Radford, 1992).

Les facteurs associés à la décision d'allaiter et à la durée de l'allaitement

Les mères et les pères considèrent que le type d'alimentation de leur nouveau-né provient d'un choix : le sein ou le biberon. La majorité des parents d'aujourd'hui ont été nourris au biberon et les compagnies qui commercialisent les laits artificiels leur présentent souvent le produit comme une préparation presque équivalente au lait humain, « presque comme le lait de maman », « plus proche du lait maternel qu'elle ne l'a jamais été », etc. Or, si elles veulent prendre une décision éclairée, les femmes et les familles doivent recevoir une information juste et suffisante, basée sur des recherches scientifiques valides. Elles doivent aussi être au fait des exigences liées à l'allaitement, des problèmes qui peuvent survenir pendant cette période et des façons d'y remédier. La décision de ne pas allaiter n'est pas facilement réversible : lorsqu'une mère a commencé à nourrir son enfant avec des préparations commerciales, il lui est fort difficile de changer pour le sein, et ce, même en cas de problème avec l'utilisation des préparations.

La décision d'allaiter

La décision d'allaiter et de poursuivre l'allaitement procède de plusieurs facteurs. En ce qui concerne les facteurs d'ordre sociodémographique, on constate que dans les pays industrialisés, les mères issues des classes moyenne et supérieure, qui ont un degré de scolarité assez élevé, qui sont mariées et qui ne fument pas, sont plus nombreuses à décider d'allaiter (Bergman et autres, 1993 ; Gilbert et Lepage, 1996 ; O'Leary et autres, 1997). Des facteurs psychosociaux liés à la mère, tels que ses connaissances sur l'allaitement, son attitude envers ce mode d'alimentation et son degré de confiance en elle, semblent aussi associés à l'intention d'allaiter, à la durée anticipée de l'allaitement et au degré de motivation. La décision d'allaiter est prise tôt pendant la grossesse, et souvent dès avant la conception (Bergman et autres, 1993 ; Lepage et Moisan, 1998).

Le soutien social est également associé à la décision d'allaiter. Une enquête rapporte que les mères qui ont décidé d'allaiter sont celles qui avaient reçu plus de soutien de type informatif (Matich et Sims, 1992). Le conjoint joue également un rôle important. Il peut influencer la décision de la future mère et être une source de soutien dès la première tétée et tout au long de la période d'allaitement. Les pères doivent être informés des avantages de l'allaitement et des risques associés à l'utilisation des préparations commerciales. Il importe de corriger les croyances parfois erronées qu'ils entretiennent à l'égard de l'allaitement ou le fait qu'ils le perçoivent comme une barrière à l'établissement de la relation avec leur nouveau-né (Giugliani et autres, 1994 ; Bromberg Bar-Yam et Darby, 1997). Dans une enquête américaine, les pères ayant déjà eu un enfant allaité, ceux ayant

2. WIC : Women, Infant, Children (programme d'aide alimentaire pour les enfants et les mères de milieu défavorisé aux États-Unis).

participé à des rencontres prénatales et ceux ayant reçu de l'information sur l'allaitement de la part des professionnels de la santé ont démontré plus de connaissances sur l'allaitement (Giugliani et autres, 1994). Les femmes dont le conjoint approuve l'allaitement ont quant à elles plus de chances de commencer et de poursuivre l'allaitement (Littman et autres, 1994).

La poursuite de l'allaitement

Certains facteurs peuvent également influencer sur la durée de l'allaitement. Par exemple, les femmes ayant pris leur décision tôt pendant la grossesse auraient plus de chances d'atteindre leur objectif quant à la durée d'allaitement (O'Campo et autres, 1992 ; Losch et autres, 1995). L'hypothèse proposée veut que, si la femme est bien informée, préparée et encouragée, la confiance en sa capacité d'allaiter augmentera, ce qui contribuera à sa motivation, qui pourra à son tour influencer sur la durée de l'allaitement (O'Campo et autres, 1992 ; Quarles et autres, 1994). Plusieurs programmes s'adressant aux femmes en général (Dumas et autres, 1999) ou aux mères peu scolarisées issues de milieux défavorisés (Hartley et O'Connor, 1991 ; Michaels, 1993 ; Carroll, 1994 ; Sciacca et autres, 1995 ; Cyr et Chagnon, 1996), seraient susceptibles de favoriser le début et la poursuite de l'allaitement, mais des problèmes méthodologiques dans certaines études ne permettent pas d'arriver à une conclusion définitive à ce sujet.

Le soutien social a aussi une influence. On rapporte que les encouragements offerts par l'entourage des mères, et principalement le soutien du conjoint, influent sur la durée de l'allaitement (Matich et Sims, 1992 ; Giugliani et autres, 1994 ; Littman et autres, 1994 ; Gilbert et Lepage, 1996).

Le soutien offert aux mères qui éprouvent des problèmes d'allaitement doit être accentué. C'est ce que préconise l'*Étude provinciale sur l'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares du Québec* (Lepage et Moisan, 1998), qui rapporte que 44,5 % des 1 285 mères qui ont allaité ont eu au moins un problème durant l'allaitement.

Le présent document encourage l'allaitement jusqu'à l'âge de 1 an et au-delà, et souligne qu'il peut se poursuivre jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà, ce qui s'accorde aux recommandations officielles des organismes de santé, tout en reconnaissant que la majorité des Québécoises vont allaiter pendant une période beaucoup plus brève. La pratique de l'allaitement, après que l'enfant ait commencé à prendre des solides, a largement été laissée de côté par les femmes, et même la recherche se fait rare sur le sujet. Selon une étude de Reamer et Sugarman publiée en 1987, 74 % des femmes qui allaitent plus d'un an disent que la stigmatisation sociale et l'attitude négative de la société en général en ce qui concerne l'allaitement prolongé sont les principales difficultés qu'elles ont dû affronter.

La plupart de ces facteurs reflètent les normes culturelles et sociales auxquelles les mères, les pères et leurs familles sont exposés.

Les normes culturelles

Les représentations, imaginaires et réelles, de l'alimentation infantile nous en disent long sur le contexte culturel qui est le nôtre : le biberon, symbole de l'alimentation du nouveau-né, apparaît dans les livres d'enfants, sur les papiers peints et les jouets. L'image du bébé nourri au biberon est également véhiculée dans les publicités et les émissions de télévision, et sert à identifier les lieux où on peut changer la couche d'un enfant. Une expérience faite auprès de 75 élèves de niveau primaire par le Comité d'encouragement à l'allaitement maternel des Cantons de l'Est, en 1996, est assez éloquent à ce sujet : 70 des enfants participant à l'expérience ont dessiné un bébé alimenté au biberon quand on leur a donné comme consigne de dessiner un nouveau-né en train d'être alimenté.

Donner le biberon reste le geste auquel on pense le plus souvent pour intéresser les pères aux soins à apporter aux nouveau-nés, alors que ceux-ci ont un rôle beaucoup plus large à jouer. En outre, pour certaines femmes et pour plusieurs hommes, les seins appartiennent aux pères : concilier seins érotiques et seins nourriciers n'est pas toujours évident dans le couple.

L'allaitement est également influencé par des facteurs qui relèvent de l'environnement social. La présence de modèles pour les femmes qui allaitent, l'acceptation de l'allaitement en public et de l'allaitement de bambins, ainsi que l'abolition de la publicité des compagnies de substituts du lait maternel, sont autant d'éléments qui contribueraient à rendre le milieu plus favorable à l'allaitement maternel.

Les caractéristiques sociodémographiques peuvent transcender les cultures. Ainsi, les femmes ayant un même statut socioéconomique et vivant dans un environnement semblable, mais appartenant à des groupes culturels différents, ont souvent des croyances et des comportements similaires en matière de santé (Santé Canada, 1997).

Féminisme et allaitement

On aborde le sujet de l'allaitement sous les angles de la nutrition, de la santé ou même de l'anthropologie, mais rarement s'y intéresse-t-on comme une préoccupation féministe.

« Contrairement à ce qui s'est passé dans certains pays, bon nombre des dirigeantes des mouvements féministes norvégiens étaient aussi pour la promotion de l'allaitement, en vertu du fait que : Oui, les femmes veulent les mêmes possibilités de travail et de salaire, mais elles veulent aussi le droit de jouir de toutes les potentialités biologiques de leur corps, et entre autres le droit d'allaiter leurs enfants sans en être empêchées par les routines et règlements provenant de la communauté médicale. »

Gro Nylander, 1997, p. 24

Certains courants féministes voient l'allaitement maternel comme un obstacle à l'autonomie des femmes. On invoque l'argument que l'allaitement prolongé nuit à la socialisation de l'enfant en le rendant trop dépendant de la mère. Rien n'indique dans les faits que cette crainte soit justifiée. Au contraire, l'allaitement favoriserait une expérience enrichissante qui donne à la mère un sentiment de maîtrise sur sa vie et sur les soins de son enfant. Il peut augmenter le sentiment d'estime de soi et l'*empowerment*³ (Locklin et Naber, 1993). On a défini l'*empowerment* comme :

« [...] un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elle ou pour ses proches. Ce sentiment peut déboucher sur l'exercice d'un contrôle réel. Le processus d'empowerment est fréquemment initié par une forme ou une autre de réaction (crise, révolte, etc.) aux conditions de vie auxquelles la personne est soumise. Le développement du processus s'appuie sur la mise en pratique ou l'acquisition d'attitudes psychologiques (*i.e.* estime de soi, motivation à l'action, prise de conscience, etc.) et de conditions environnementales (*i.e.* qui facilitent le processus) particulières. »

Le Bossé et Lavallée, 1993, p. 17.

Une fois passée l'étape de l'apprentissage nécessaire à l'allaitement, l'automatisme du geste permet à la mère d'apprécier pleinement la complicité qui se développe entre elle et son enfant et le plaisir de satisfaire ses besoins en toute simplicité, en tout lieu et à tout moment. L'allaitement réussi dans un contexte familial augmenterait l'assistance du conjoint et sa participation aux travaux domestiques (Van Esterik, 1994).

D'ailleurs, si un discours populaire durant les années 60 et 70 prônait l'égalité à tout prix, sous tous ses aspects, et assimilait la grossesse et l'allaitement à des contraintes à l'épanouissement et à la réalisation, de nouvelles tendances du mouvement féministe recherchent au contraire des compromis qui prennent en considération la

3. De nombreuses discussions entourent la traduction de ce concept. Nous avons toutefois préféré conserver l'expression originale, largement utilisée.

condition féminine dans sa totalité. Ces nouvelles tendances nous rappellent en somme qu'il ne faut pas confondre égalité des sexes et identité des sexes :

« Un autre préjugé fait aussi des ravages : *"L'allaitement artificiel, c'est mieux car il met à égalité le père et la mère"*.

« À égalité... Cette phrase confond une fois de plus égalité des sexes et identité des sexes. Dans nos pays, plus personne ne conteste l'égalité salariale, légale, financière, scolaire, matrimoniale ou professionnelle. Mais il reste, hélas, beaucoup de confusions identitaires. »

Bayot, 1998, p. 20.

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement font partie intégrante de la spécificité féminine et ne peuvent être occultés. Dans l'intérêt de tous, nous voulons reconsidérer l'allaitement comme une suite physiologique à la fécondation, la grossesse et l'accouchement.

Plusieurs personnes sont préoccupées par la culpabilité que pourraient ressentir les femmes qui ont décidé de recourir à l'alimentation artificielle. Il importe d'assurer à toutes les femmes et à leur famille un environnement facilitant une décision éclairée, libre et consciente. C'est pourquoi il faut leur transmettre une information pertinente et complète sur l'allaitement maternel, avec ses avantages pour la santé de la mère et pour la santé et le développement de l'enfant, mais il ne s'agit surtout pas de blâmer ou de pénaliser celles qui décideraient d'agir autrement.

Travail et allaitement

La capacité de concilier travail et allaitement serait un facteur important dans la décision de la mère de poursuivre ou non l'allaitement (Van Esterik, 1996). Le retour au travail serait en effet la principale raison de sevrage exprimée par les mères qui ont allaité aussi longtemps qu'elles l'avaient souhaité (Beaudry et Aucoin-Larade, 1989). De plus, dans une étude examinant les principaux facteurs préalablement associés à la durée de l'allaitement dans la littérature, la compatibilité de l'emploi avec l'allaitement s'est révélée l'un des deux principaux facteurs permettant de prédire la durée de l'allaitement dans un groupe de femmes primipares (l'autre facteur étant les connaissances des mères sur l'allaitement), et ce, dans chaque milieu culturel et socioéconomique (Beaudry et Dufour, 1991).

Certaines études permettent de croire que des programmes particuliers de soutien à l'allaitement en milieu de travail contribuent à améliorer la durée de l'allaitement (Katcher et Lanese, 1985) et que les femmes qui travaillent et qui allaitent auraient des taux inférieurs d'absentéisme par rapport aux autres femmes (Cohen et autres, 1995). Étant donné la proportion importante de femmes en âge de procréer qui sont sur le marché de l'emploi au Québec (76 % en 1998, selon Statistique Canada) et les recommandations en vigueur (allaitement recommandé jusqu'à 1 an et au-delà), il importe de reconnaître la contribution des femmes pendant la période périnatale par des mesures économiques et sociales leur permettant de concilier travail et allaitement (ex. : congés de maternité prolongés, horaires souples et lieux appropriés pour exprimer le lait). On pourra ainsi concrétiser le droit à l'allaitement pour la mère et l'enfant.

« On reconnaît socialement que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des phénomènes physiologiques naturels et que seules les femmes ont les capacités biologiques nécessaires pour mener à terme une grossesse et nourrir leur enfant. Et nombreuses sont les études et disciplines qui considèrent que l'allaitement maternel est un moyen privilégié pour établir l'indispensable lien d'attachement entre la mère et l'enfant. Paradoxalement, la reconnaissance du temps et de l'énergie que les femmes doivent consacrer à la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et l'éducation de leurs enfants n'est pas aussi évidente. Parce que c'est bien de reconnaissance qu'il s'agit ; les femmes ne rejettent nullement leur fonction de mère, ce qu'elles refusent c'est une identité basée exclusivement sur leurs fonctions de mère et conjointe.

« Les femmes étant de plus en plus présentes sur le marché du travail, la difficulté de conjuguer responsabilités familiales et travail rémunéré devient non seulement le problème de chaque mère-travailleuse mais également celui de la société. »

Quénart et Bourgault, 1999, p. 2-3.

En effet, l'allaitement ne peut faire l'objet de discrimination selon la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. Le droit d'allaiter est un droit de la personne qui suppose, pour l'employeur ou l'institution, une obligation d'accommodement raisonnable. Une politique d'allaitement en milieu de travail peut être l'application de ce devoir d'accommodement. Elle devrait comprendre trois éléments : le temps (horaire flexible, pause), l'espace et la proximité (garderie en milieu de travail ou local confortable pour exprimer le lait, réfrigérateur pour entreposer le lait exprimé), le soutien.

Pauvreté et allaitement

« La relation entre la pauvreté et la maladie est bien démontrée, mais elle est encore plus tragique chez les jeunes enfants. En effet, chez les enfants des familles pauvres, on enregistre deux fois plus de morts dans la première année de vie, deux fois plus d'hospitalisations et 50 % plus de naissances prématurées. »

Le Médecin du Québec, décembre 1998, p. 112.

Selon des données de 1997, le Québec domine les neuf autres provinces en ce qui concerne la proportion des familles et des personnes seules à faible revenu (Mayer et Morin, 2000). Les enfants sont les personnes les plus susceptibles de souffrir de la pauvreté. Les taux de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'anémie ferriprive et de maladies respiratoires sont plus élevés chez les enfants de milieux défavorisés (Martin et Boyer, 1995). L'allaitement, tout en lui procurant la meilleure alimentation qui soit, protège l'enfant contre certains de ces problèmes ou en réduit l'intensité. C'est probablement dans cette population que les avantages de l'allaitement se feraient le plus sentir (Kramer, 1991).

Certains moyens concrets ont déjà été mis en œuvre pour appuyer l'allaitement maternel chez les mères prestataires de la sécurité du revenu. Un programme innovateur du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale permet à la mère qui allaite un bébé de moins de 1 an de recevoir une prestation spéciale d'allaitement de 55 \$ par mois. En 1995, seulement 18 % des prestataires ont demandé cette prestation (Martin et Boyer, 1995).

Comme on rapporte, dans une enquête réalisée au Québec en 1994, que 54 % des femmes primipares à faible revenu ont allaité leur nouveau-né comparativement à 66 % pour l'ensemble des femmes primipares ayant fait l'objet de l'enquête (Lepage et Moisan, 1998), la promotion de l'allaitement et le soutien devraient faire partie des programmes destinés à ces femmes. Par exemple, le programme « Naître égaux – Grandir en santé », un programme intégré d'intervention préventive en périnatalité conçu pour les femmes enceintes et les familles de milieu défavorisé avec de jeunes enfants (Martin et Boyer, 1995), s'inspire du principe d'*empowerment* défini précédemment. Or, allaiter son bébé peut être un moyen de renforcer l'estime de soi, mais aussi une façon d'utiliser ses ressources internes (dont le lait maternel) pour agir sur une situation (la santé de ses enfants).

Le rôle des professionnels de la santé et les pratiques de soins en périnatalité

À cause du grand nombre de visites que nécessite la grossesse et de l'accessibilité très inégale aux rencontres prénatales dans les établissements publics, le médecin et la sage-femme occupent une position privilégiée qui leur permet de sensibiliser et de soutenir les mères et les familles. Ils représentent un maillon important dans la continuité des services, particulièrement en période prénatale.

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994) recommande aux médecins de faire du counselling prénatal et postnatal en matière d'allaitement maternel et d'adopter des mesures périnatales qui favorisent l'allaitement. Il s'agit d'une recommandation de type A, soit la recommandation pour laquelle on dispose de données suffisantes, assez pour que le médecin s'intéresse expressément à cette mesure dans le cadre d'un examen médical périodique.

Cependant, les mères rapportent souvent que les conseils reçus des professionnels de la santé, ce qui inclut les médecins, ne sont pas uniformes, et peuvent même être contradictoires (Andersen et Geden, 1991 ; Valaitis et Shea, 1993 ; Courville, 1995 ; Freed et autres, 1995), bien que dans l'étude de Lepage et Moisan (1998), seulement 8 % des mères mentionnent des contradictions dans l'information transmise. De plus, elles mentionnent très peu les professionnels de la santé comme source de soutien (Séguin et autres, 1998), ou encore disent qu'on n'a pas ou peu discuté du sujet avec elles (Izatt, 1997 ; Séguin et autres, 1998).

Les professionnels de la santé affirment de leur côté avoir reçu peu d'enseignement portant spécialement sur l'allaitement au cours de leur formation. Ils se basent donc souvent sur leurs croyances et expériences personnelles pour conseiller les mères (Barnett et autres, 1995 ; Freed et autres, 1995). Or, les attitudes et les croyances de certains professionnels sont parfois en défaveur de l'allaitement maternel (Patton et autres, 1996 ; Barnett et autres, 1995) ou se traduisent par un faible intérêt à l'égard des difficultés qu'éprouvent les mères et par un manque d'empathie pour celles qui choisissent d'allaiter (Courville, 1995). Il importe donc que les professionnels possèdent les connaissances, les compétences et les techniques nécessaires pour aider les mères qui ont des difficultés pendant la période d'allaitement. Plusieurs outils d'information et de formation existent maintenant, et un bon nombre d'entre eux apparaissent sur Internet.

Les pratiques de soins en maternité ont également une grande influence sur l'expérience d'allaitement des mères. Par exemple, la cohabitation (Yamauchi et Yamanouchi, 1990 ; Pérez-Escamilla et autres, 1994) et le contact précoce avec le nouveau-né (Bernard-Bonnin et autres, 1989 ; Pérez-Escamilla et autres, 1994), l'absence de complément ou de supplément alimentaire (Nylander et autres, 1991 ; Hill et autres, 1997 ; Martin-Calama et autres, 1997) et l'allaitement à la demande (Pérez-Escamilla et autres, 1994) sont associés de façon positive à la durée de l'allaitement. Par contre, la distribution d'échantillons de préparation commerciale pour nourrissons (lait artificiel) ou de bons de réduction aurait un effet négatif sur la poursuite de l'allaitement (Pérez-Escamilla et autres, 1994 ; Wright et autres, 1996). À l'annexe I, intitulée « Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », certaines pratiques de soins sont commentées avec plus de détails.

Depuis plusieurs années, on observe un changement dans la prestation des soins destinés à la mère et à l'enfant. La cohabitation mère-enfant durant tout le séjour à l'hôpital, y compris la nuit, et l'affectation d'une même infirmière aux soins dont ils ont besoin, font partie des plus récentes recommandations de Santé Canada (Santé Canada, 2000).

« Les soins infirmiers mère-enfant (ou soins dyade mère-enfant) relèvent d'une stratégie de soins qui encouragent la famille à jouer le rôle de soignante principale du nouveau-né. [...] L'accent est donc mis sur la prestation de soins qui favorisent l'unité familiale tout en assurant la sécurité physique de la mère et du bébé. »

Phillips, 1996 et 1997, dans Santé Canada, 2000.

Les chambres uniques ou les chambres privées pour les soins postnatals offerts à la mère et à l'enfant sont donc privilégiées, mais le fait qu'on ne puisse occuper une chambre privée dans certains établissements ne devrait pas priver les familles des avantages liés à la cohabitation.

Quant au court séjour des mères à l'hôpital ou en maison de naissance, il semble qu'il puisse être compensé par le suivi accordé après le retour à la maison, dans la mesure où la mère a allaité au moins deux fois sans aide et a appris à reconnaître les signes que son bébé boit bien avant de recevoir son congé (Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996). C'est d'ailleurs ce que souligne le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec dans son rapport de décembre 1997 :

« La littérature analysée ne permet pas d'associer le congé précoce à des effets sur la durée de l'allaitement maternel ni sur la satisfaction des patientes. Quant à la qualité de l'allaitement, en lien direct avec les causes les plus fréquentes de réadmission du nouveau-né, **il est essentiel de mettre l'accent sur la formation pré et postnatale ainsi que sur le suivi postcongé afin de s'assurer que l'allaitement est adéquat.** »

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1997, p. 45.

Un allaitement au sein qui a bien commencé est un élément déterminant pour diminuer le risque de réadmission des nouveau-nés pour un ictère ou une déshydratation ; cette constatation vient encore démontrer la pertinence d'améliorer la formation du personnel qui devrait encourager les mères à exprimer leur lait et à le donner au bébé dès les premiers jours de vie si celui-ci ne tète pas activement.

Un appel téléphonique doit être fait auprès de toutes les mères, le lendemain de leur retour à la maison, pour :

« [...] permettre de vérifier les besoins et les inquiétudes de la mère, les besoins du bébé ainsi que procéder aux références nécessaires, notamment lorsqu'il y a des difficultés reliées à l'allaitement. Il doit de plus permettre de planifier la visite à domicile qui devrait se réaliser dans les 2 jours après cet appel dans les cas de congé précoce¹. **La visite à domicile ne devrait jamais se réaliser plus tard que la troisième journée suivant le départ de l'hôpital.** »

Ministère de la Santé et des Services sociaux,
1999, p.24.

1. Congés précoces : séjour de 48 heures ou moins suivant un accouchement vaginal, de 96 heures ou moins après une césarienne.

Les professionnels de la santé travaillant dans des milieux qui ont établi un protocole de visites systématiques à domicile pour toutes les femmes après l'accouchement notent que les réadmissions pour complications reliées à l'allaitement n'ont pas augmenté avec la diminution de la durée du séjour hospitalier, que le congé soit précoce ou non (Bélanger et Mercier, 1997).

Des interventions et des initiatives favorables à l'allaitement maternel

Même si de plus en plus d'interventions viennent favoriser l'allaitement maternel, très peu couvrent toute la période périnatale, et peu ont été évaluées. Quand elles l'ont été, la méthode utilisée n'était pas toujours assez rigoureuse pour permettre de tirer des conclusions probantes. Malgré cela, on possède quelques données sur des interventions particulières qui ont eu un effet positif sur le taux et la durée de l'allaitement maternel, tels des programmes de formation des professionnels ou des programmes éducatifs destinés aux mères (Wilmoth et Elder, 1995), ainsi que la modification de certaines pratiques hospitalières (Wilmoth et Elder, 1995 ; Pérez-Escamilla et autres, 1994) et l'amélioration du soutien postnatal à domicile (Serafino-Cross et Donovan, 1992 ; Cyr et Chagnon, 1996). Aux États-Unis, le programme « Best Start » comporte différentes interventions tout au long de la période périnatale, dont une formation de base pour tous les intervenants, de la formation destinée aux familles et un mécanisme de soutien au moment du retour à la maison. Une évaluation du programme permet de croire que dans le groupe ayant bénéficié du programme, le taux de femmes ayant commencé à allaiter est plus élevé (Hartley et O'Connor, 1991).

Dans la région de Brome-Missisquoi, un programme s'apparentant au Best Start, mais comportant en plus une importante révision des pratiques hospitalières, a été instauré par les infirmières de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins en collaboration avec les médecins des cabinets privés, les infirmières du CLSC La Pommeraiie et un groupe d'entraide (Jetté, 1997). Le programme comprend trois volets d'action : soins prénatals, soins donnés en milieu hospitalier et soins postnatals. Une évaluation formative du programme a permis de constater une évolution dans le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital, qui est passé de 47 % en 1994 à 80 % en 1997.

Toutefois, la réduction concomitante de la durée du séjour pourrait avoir influencé favorablement les taux d'allaitement, l'allaitement étant plus élevé au jour 1 qu'au jour 3 ou 4. Le rapport de l'évaluation de ce programme ne permet pas d'attribuer les résultats observés au programme lui-même, mais l'ampleur des résultats laisse croire qu'il a contribué de façon importante à l'augmentation des taux d'allaitement (Jetté, 1999).

Au Québec, plusieurs comités interdisciplinaires sur l'allaitement ont été mis en place et des hôpitaux, des maisons de naissance, des CLSC et des groupes d'entraide à l'allaitement ont entrepris des démarches pour améliorer la situation de l'allaitement dans leur région. Les maisons de naissance en général et quelques hôpitaux des grands centres ou de la périphérie atteignent déjà l'objectif de 80 % d'allaitement à la sortie de l'établissement, mais de nombreuses inégalités subsistent encore dans les taux d'allaitement des différentes régions, dans les pratiques de soins et dans le soutien offert aux mères.

Des initiatives mondiales de protection, de soutien et d'encouragement à l'allaitement maternel

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)

Au niveau mondial, l'OMS et l'UNICEF proposaient en 1991 l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB), qui vise à créer des milieux où l'allaitement est la norme, afin de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie en protégeant, en soutenant et en encourageant l'allaitement au sein (OMS/UNICEF, 1992). Le titre « ami des bébés » est attribué aux établissements qui passent avec succès une évaluation externe approuvée par un comité accrédité. Un mécanisme de réévaluation est également prévu afin de vérifier si les critères recommandés par l'Initiative sont maintenus. C'est en quelque sorte une assurance qualité pour les mères et leurs nouveau-nés. L'Initiative inclut des critères bien précis qui se fondent sur les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1989 (voir l'annexe I). Plus de 171 pays travaillent à la certification d'établissements amis des bébés. En novembre 2000, 15 030 établissements étaient reconnus amis des bébés à travers le monde dans 141 pays (OMS, 2000). En juillet 1999, l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville devenait le premier hôpital ami des bébés au Canada. Dans plusieurs pays, l'implantation de l'Initiative est associée à l'augmentation du taux d'allaitement et de la durée de l'allaitement, de même qu'à l'amélioration de la qualité des soins et de la santé des nouveau-nés. Ainsi, en Suède, l'IHAB a été mise en place en 1992, et tous les établissements où ont lieu des accouchements sont maintenant accrédités amis des bébés. Dans ce pays, les taux d'allaitement exclusif à 6 mois étaient de 50 % en 1992, niveau où ils demeuraient stables depuis 1980. Or, en 1995, l'allaitement exclusif à 6 mois atteignait 70 % (Hofvander, 1997).

Une récente étude randomisée (Kramer et autres, 2001), probablement la plus grande ayant jamais été faite dans le champ de la lactation humaine, a évalué les effets d'un modèle d'intervention basé sur l'IHAB dans des maternités. Ces maternités ont été comparées à des maternités témoins qui ont maintenu les pratiques et les politiques habituelles concernant l'alimentation des enfants. L'étude, réalisée au Bélarus, a rejoint un total de 17 046 dyades mère-enfant. Les maternités du groupe expérimental ont mis en place les *Dix conditions* de l'IHAB, en adaptant légèrement la dixième condition, parce qu'aucun groupe de soutien à l'allaitement n'existait au Bélarus quand le projet a commencé. Les résultats ont démontré une augmentation de la durée de l'allaitement pendant la première année de vie de l'enfant et une augmentation de l'allaitement exclusif à 3 et 6 mois, de même qu'une diminution du risque d'infection gastro-intestinale et de dermatite atopique pendant la première année de vie.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Face à l'ampleur de la promotion des substituts du lait maternel et du déclin de l'allaitement un peu partout dans le monde, l'Assemblée mondiale de la Santé soulignait, en 1974, la nécessité de prendre des mesures relatives à la publicité destinée aux aliments pour bébés, les mesures proposées consistant notamment en des codes de pratiques publicitaires et en une législation appropriée. En 1978, l'Assemblée recommandait la prohibition de la promotion abusive d'aliments pour bébés utilisés pour remplacer le lait maternel et, en 1980, elle recommandait l'élaboration d'un code. Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* fut adopté par 118 pays, dont le Canada, en 1981 (OMS, 1981).

Le but de ce code et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'y rapportent est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sécuritaire, saine et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein. Il assure une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une mise en marché appropriée (OMS, 1981) ; le tableau 3 en présente un résumé.

Tableau 3

Résumé du <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> 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, invitations à des congrès, etc.).

Pourtant des violations du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* sont rapportées régulièrement aux organismes qui s'occupent de la protection de l'allaitement, tel INFACT Canada, qui est la branche nord-américaine du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN). Par exemple, les parents sont sollicités pour devenir membres de clubs dont les promoteurs sont les compagnies de préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) et ils reçoivent des échantillons de lait avant même la naissance de leur enfant. Des employés de ces compagnies donnent de la formation sur l'alimentation des bébés aux futurs parents dans des lieux comme des hôtels ou des pharmacies. Ces mêmes compagnies, encore, ont commandité divers événements à la télévision. Ce ne sont là que quelques exemples qui démontrent que les compagnies ne respectent pas le Code malgré l'article 11.3, qui se lit comme suit :

« Indépendamment de toute autre mesure prise en vue de la mise en œuvre du présent Code, les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient se considérer comme tenus de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du présent Code, et de faire en sorte que leur conduite à tous les niveaux soit conforme à ces principes et à ce but. »

OMS, 1981, p. 23.

Par ailleurs, en 1993, quand le ministère de la Santé et des Services sociaux a modifié sa circulaire concernant l'approvisionnement en lait pour nourrissons dans les hôpitaux, il a instauré un système de rotation ou de disponibilité de produits que certaines compagnies n'ont pas apprécié. Dans la cause n° 500-05-007439-944, qui impliquait la compagnie Mead Johnson, le juge Pierre Tessier, de la Cour supérieure, n'a pas été dupe de l'intérêt financier des compagnies de préparations commerciales pour nourrissons et de leurs stratégies de commercialisation :

« Quelque 92 000 enfants sont nés au Québec en 1992-1993. Environ 2 % de la production totale du lait pour nourrissons est destinée à l'approvisionnement des centres hospitaliers, alors que 98 % dessert le commerce d'alimentation (marchés d'alimentation, pharmacies, etc.). Le marché global québécois de ce produit représente une valeur d'environ 45 millions de dollars à même un marché canadien de 135 millions de dollars. En raison de cette circulaire, Mead craint subir une baisse de 10 millions par année.

« Ces données mesurent l'intérêt de Mead Johnson dans ce litige. »

Mead Johnson Canada c. Robillard et al. (1995) C.S., 15 mars, Pierre Tessier, J.C.S. p. 6.

« Mead Johnson, rappelons-le, plaide que le système de rotation, comme alternative à celui de la disponibilité des produits, réduira sa part de naissances et, en conséquence, la part de « marché » qu'elle détient dans les hôpitaux, et, à cause du facteur de fidélité des mères au produit consommé en milieu hospitalier, en définitive sa part de marché au détail, et donc ses recettes de vente. »

Mead Johnson Canada c. Robillard et al. (1995) C.S., 15 mars, Pierre Tessier, J.C.S. p. 72.

« Le Tribunal ne peut s'empêcher de tracer un parallèle avec la commandite d'un événement culturel ou sportif par une entreprise commerciale, en vue d'en retirer un avantage ultérieur sur le marché commercial de la consommation. »

Mead Johnson Canada c. Robillard et al. (1995) C.S., 15 mars, Pierre Tessier, J.C.S. p. 73.

Soulignons qu'en 1999, le Ministère a de nouveau modifié sa circulaire d'approvisionnement pour permettre aux hôpitaux qui le désirent d'être reconnus amis des bébés et de respecter complètement le Code (voir l'annexe II).

Les objectifs, les principes et les stratégies

Parce qu'elle reconnaît que l'allaitement maternel permet d'assurer une meilleure nutrition et une meilleure santé à tous les enfants du monde, l'Assemblée mondiale de la Santé, dont le Canada fait partie, a adopté en 1981 le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans le but de protéger cette ressource essentielle mais combien fragile. L'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF publiaient en 1989 la déclaration conjointe *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité* dans le but de faire prendre conscience à la communauté internationale du rôle essentiel que jouent les services de maternité dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel. En 1990, entrait en vigueur la *Convention relative aux droits des enfants*, adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies, qui stipule que les États ont l'obligation légale de procurer aux familles les connaissances et le soutien nécessaires en matière d'allaitement maternel. Enfin, l'OMS et l'UNICEF lançaient en 1991 l'Initiative des hôpitaux amis des bébés, qui vise à fournir aux services de maternité des recommandations universelles pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. En 1997, le MSSS retenait, parmi les objectifs définis dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique* (PNSP), celui d'augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel au Québec. Ces objectifs ont été révisés en fonction des connaissances actuelles ayant trait à la situation de l'allaitement au Québec.

L'objectif général

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 aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an.

Les objectifs intermédiaires

1. Que d'ici 2003, soit instauré un système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte à la sortie des services de maternité, à 2, 4, 6 et 12 mois, pour la province et pour chaque région sociosanitaire.
2. Que d'ici 2003, le MSSS et ses établissements mettent en place les conditions nécessaires (temps, espace et soutien) pour favoriser l'allaitement maternel parmi leur personnel.
3. Que d'ici 2004, tous les services de maternité et tous les CLSC aient amorcé le processus afin d'être désignés « amis des bébés » (voir les annexes I, III et IV).
4. Que d'ici 2005, chaque région compte des groupes de soutien à l'allaitement en nombre suffisant, de façon à ce que chaque service de maternité et chaque CLSC puissent y diriger les mères.
5. Que d'ici 2007, au moins vingt services de maternité et quarante CLSC soient reconnus « amis des bébés » au Québec.
6. Que d'ici 2007, les taux d'allaitement exclusif soient de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement à la sortie des services de maternité, aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant.

Les principes

Favoriser l'allaitement maternel exige qu'on le protège, qu'on le soutienne et qu'on en fasse la promotion.

Plusieurs mères souhaitent déjà allaiter. Dans leur cas, il importe surtout de protéger ce comportement contre toute interférence externe ou contre ce qui pourrait le compromettre ; tout moyen qui sert à instaurer ou à

améliorer les mesures sociales telles que les congés de maternité, les garderies en milieu de travail, l'obligation pour l'employeur d'accommoder la femme qui allaite et le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* contribue à la **protection** de l'allaitement maternel.

Le soutien à l'allaitement vise à fournir aux mères qui allaitent les aptitudes et les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de leur allaitement ; toute mesure qui vise à aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement contribue au **soutien** de l'allaitement maternel.

La promotion de l'allaitement ou l'encouragement à allaiter vise à prédisposer favorablement la population à l'allaitement ; toute mesure ayant pour but d'amener les femmes et leur famille à mieux connaître l'allaitement et ses avantages et visant à motiver les mères à allaiter contribue à la **promotion** de l'allaitement maternel.

La priorité devrait être accordée à la protection et au soutien à l'allaitement et, à un degré moindre, aux programmes de promotion. Le meilleur encouragement à l'allaitement vient des femmes qui ont allaité avec plaisir et avec succès et jouent ainsi un rôle de modèle pour les femmes qui les entourent. Comme le souligne Ted Greiner :

« En général, les programmes de protection de l'allaitement mettent la pression sur les gouvernements et l'industrie, les programmes de soutien mettent la pression sur le système de soins de santé, sur les réseaux de femmes et sur les employeurs tandis que les programmes de promotion résistent difficilement à la tentation de mettre la pression sur le dos des femmes elles-mêmes. »

Ted Greiner's Breastfeeding Website.

Les stratégies

Stratégie 1 – L'Initiative des amis des bébés (IAB)

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) offre une structure et des outils pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement au sein et constitue un point de départ pour améliorer sa situation au Québec. D'ailleurs, le respect des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*, à la base de cette stratégie, était déjà recommandé dans la *Politique de périnatalité du Québec* (MSSS, 1993), et l'implantation d'interventions de type IHAB a été recommandée par le Comité des directrices et directeurs généraux des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec dans le document intitulé *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*, publié en 1997.

Au Canada, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés a été modifiée pour devenir l'Initiative des amis des bébés (IAB), cela afin de bien marquer le désir d'influencer non seulement les services de maternité, mais aussi les autres milieux que la mère, le père et la famille fréquentent. En somme on reconnaît ainsi que l'allaitement et les soins de la mère et de l'enfant ne se limitent pas au seul contexte hospitalier. *Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté* (voir l'annexe III) ont justement été conçues dans cette perspective, par exemple parce que le soutien du personnel des CLSC est essentiel si on veut que les femmes choisissent d'allaiter et continuent de le faire une fois de retour chez elles.

Le lancement officiel de l'IHAB/IAB au Canada a eu lieu en novembre 1998 ; le premier hôpital reconnu ami des bébés au Québec l'a été en 1999, et plusieurs autres établissements se préparent à le devenir. Toutefois, un sondage réalisé en 1993 auprès de représentants d'hôpitaux canadiens laissait entendre que seulement 4,6 % des répondants (21 sur 454) avaient une politique conforme aux Dix conditions de l'OMS et de l'UNICEF, et que ce nombre tombait à 1,3 % (6 sur 453) lorsqu'on ajoutait l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (Levitt et autres, 1995).

En voulant instaurer un processus menant à la certification des établissements de santé amis des bébés au Québec, on ne s'attend pas à ce que toutes les mères allaitent leur bébé, mais bien à ce que toutes les femmes aient la possibilité de prendre une décision éclairée et de profiter d'un environnement favorable à

l'allaitement. Cela exige souvent des modifications dans les pratiques des services de maternité et des CLSC et une mise à jour de la formation des divers intervenants. L'Initiative offre aussi des avantages aux mères qui ont décidé de ne pas allaiter. Plusieurs des pratiques de soins recommandées sont favorables aux bébés nourris aux préparations commerciales comme aux bébés allaités, de même qu'aux mères : contact précoce peau à peau, proximité des parents et du nouveau-né, cohabitation, alimentation à la demande, enseignement personnalisé aux parents, orientation vers le CLSC à la sortie de l'hôpital. L'IAB constitue à la fois un guide de cheminement et un guide d'évaluation des progrès accomplis. Cette démarche s'inscrit dans un processus visant la qualité des soins offerts aux bénéficiaires. En effet, quand un établissement modifie ses pratiques actuelles dans l'esprit des conditions de l'IHAB/IAB, même sans obtenir la certification officielle, cela ne peut qu'avoir des effets positifs sur l'allaitement et sur les soins au Québec. Si, pour quelque raison que ce soit, certains établissements ne peuvent satisfaire à une condition, les efforts consentis au respect des autres conditions auront déjà grandement amélioré l'encouragement à l'allaitement, et le soutien apporté aux mères de même que la qualité des soins destinés aux mères et aux nouveau-nés.

Pour être reconnu ami des bébés, un hôpital ou une maison de naissance doit :

- 1) satisfaire aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* ;
- 2) respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* ;
- 3) avoir un taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie de la maternité ou un taux égal à la moyenne nationale si celle-ci est supérieure à 75 % ;
- 4) passer avec succès un processus d'évaluation et de reconnaissance.

Pour être reconnu ami des bébés, un CLSC doit :

- 1) satisfaire aux critères établis par *Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté* ;
- 2) respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* ;
- 3) passer avec succès un processus d'évaluation et de reconnaissance.

Au Canada, c'est le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) qui est responsable de l'accréditation des établissements, mais chaque province et chaque territoire devraient pouvoir compter, pour les évaluations locales, sur un comité dont les résultats seraient transmis au CCA.

Stratégie 2 – L'organisation du soutien à l'allaitement

Le soutien à l'allaitement, offert dans les centres hospitaliers et les maisons de naissance, devrait permettre à un grand nombre de femmes de commencer et de poursuivre l'allaitement. Toutefois, pour que les femmes atteignent leur objectif d'allaitement, le soutien offert par les CLSC, les groupes d'entraide à l'allaitement, les organismes communautaires en périnatalité et les milieux dans lesquels vivent les familles est essentiel. Il apporte un aide concrète et devrait être accessible rapidement après la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance.

Une récente revue systématique des essais cliniques randomisés portant sur le soutien postnatal offert aux mères qui allaitent démontre que celles qui bénéficient du soutien d'un professionnel ayant des compétences en matière d'allaitement sont plus nombreuses à allaiter leur bébé jusqu'à l'âge de 2 mois et que, parmi elles, un plus grand nombre le font de façon exclusive (Sikorski et Renfrew, 2000).

En plus du soutien postnatal offert en période périnatale, l'allaitement maternel peut être soutenu dans le cadre de divers programmes tels que la vaccination, le suivi particulier des enfants de milieu défavorisé et les programmes de stimulation précoce, ainsi que par les services d'Info-Santé et la documentation destinée à une grande diffusion, comme le livre *Mieux vivre avec son enfant* publié par l'Institut national de santé publique du Québec.

Dès la période prénatale ou postnatale, les femmes pourraient être orientées vers des groupes d'entraide ou des organismes communautaires. Des exemples de soutien non professionnel entre mères ont démontré que ces interventions pouvaient augmenter les taux d'allaitement et sa durée à des degrés divers (Shaw et Kaczorowski, 1999 ; Schafer et autres, 1998). L'accès aux groupes d'entraide à l'allaitement ou aux organismes communautaires en périnatalité devrait ainsi être assuré dans toutes les régions du Québec. La mise en place de mesures concrètes qui visent à aider les mères, les familles et les diverses personnes qui travaillent auprès d'elles devrait être accompagnée d'outils variés et adaptés aux particularités régionales, culturelles, linguistiques et organisationnelles du territoire québécois.

Par ailleurs, le milieu de travail peut aussi offrir, ou non, un soutien crucial à l'allaitement. Étant donné le grand nombre de Québécoises sur le marché du travail et la croyance encore fréquente, autant chez les employeurs que chez les femmes, voulant que travail et allaitement sont incompatibles, il importe de s'assurer que les conditions objectives dans les milieux de travail facilitent l'allaitement, mais aussi que les femmes se sentent soutenues concrètement lorsqu'elles souhaitent poursuivre l'allaitement après le retour au travail. Les avantages de mesures comme les pauses d'allaitement, les horaires flexibles, les garderies en milieu de travail, une salle confortable pour exprimer le lait et un réfrigérateur pour l'entreposer ont déjà été démontrés, tant pour les mères que pour les employeurs.

Stratégie 3 – Le suivi et l'évaluation

Il est souhaitable d'évaluer de façon continue la portée des actions mises en œuvre afin d'assurer une meilleure organisation du soutien et des actions à mener auprès de populations particulières (ex. : par groupe d'âge, région ou niveau de scolarité). Les enquêtes provinciales ou régionales représentent des coûts substantiels et des investissements considérables en ressources humaines et en temps, et ne peuvent être réalisées que ponctuellement. Il importe donc de trouver d'autres moyens pour assurer un suivi régulier des taux d'allaitement.

Le suivi des taux d'allaitement à la sortie des services de maternité pourrait être effectué grâce au Bulletin de naissance vivante (SP-1), qui est rempli pour chaque enfant né au Québec. Des informations sur les taux d'allaitement pourraient être colligées à 2, 4, 6 et 12 mois, ce qui permettrait de connaître la durée de l'allaitement. Ces âges ont été retenus parce qu'ils correspondent à des périodes de vaccination. Comme 50 % des enfants québécois sont vaccinés en CLSC et que le module (application) VACCINATION du progiciel Intégration CLSC permet de compiler des données, il serait possible d'évaluer de façon continue la portée des actions dans ce groupe. De plus, le suivi des taux d'allaitement à 2, 4 et 6 mois permettrait de savoir si les objectifs d'allaitement exclusif sont atteints. Ces données nous permettent aussi de nous comparer à d'autres pays où les mêmes périodes ont été retenues. À long terme, il importerait d'envisager la possibilité d'ajouter, sur le bordereau de vaccination rempli par les médecins, des données concernant l'alimentation des enfants, afin de rejoindre toute la population infantile québécoise.

Il serait également intéressant de réaliser des enquêtes provinciales, régionales ou locales afin d'évaluer la satisfaction des mères relativement aux services reçus, et de mieux connaître les attitudes et les croyances. Ces données sont particulièrement importantes lorsqu'on veut mettre en place des programmes destinés à modifier les comportements, comme c'est le cas en allaitement.

Enfin, la comptabilisation, au niveau provincial, du nombre d'hôpitaux, de maisons de naissance et de CLSC amis des bébés, permettra de savoir si la première stratégie proposée a été mise en œuvre. Par ailleurs, les divers milieux et établissements devront effectuer un suivi des objectifs qu'ils se seront fixés pour protéger, appuyer et favoriser l'allaitement maternel.

Stratégie 4 – Le pouvoir d'influence

Le MSSS, les établissements et les intervenants doivent utiliser leur pouvoir d'influence pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger (ex. : autres ministères, secteurs de l'éducation, de la justice, des services sociaux et de la main-d'œuvre, entreprises et syndicats).

Une responsabilité partagée

L'atteinte des objectifs précités exige la mise en œuvre de différentes actions à divers niveaux. L'instauration de réseaux regroupant les divers partenaires concernés favorisera l'échange des idées et la collaboration nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Les pages qui suivent présentent donc un énoncé des actions particulières visées dans chacun des milieux en cause et quelques suggestions quant aux moyens qui pourraient être utilisés pour les atteindre.

Tous les professionnels de la santé et les bénévoles des groupes d'entraide ou des organismes communautaires engagés auprès des femmes et des familles ont un rôle à jouer dans le démarrage et la réussite de l'allaitement au sein. Ils doivent en effet informer les femmes et les familles, les préparer à cette expérience, les soutenir, les encourager et offrir un suivi pour les cas particuliers. Ces actions incombent au médecin traitant (omnipraticien, gynécologue, pédiatre), à la monitrice des rencontres prénatales, à l'infirmière, à la sage-femme et à la diététiste nutritionniste, et elles prennent une importance particulière pendant la grossesse et en période postnatale. Tous ont aussi un rôle à jouer pour rendre les milieux où se retrouvent les jeunes parents plus favorables à l'allaitement, qu'il s'agisse des établissements du réseau, des milieux de travail ou d'autres endroits publics.

Les professionnels de la santé travaillant en cabinet privé et dans les établissements peuvent aussi participer concrètement à la révision des pratiques afin de favoriser l'allaitement.

Les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux prend une position ferme et sans équivoque en faveur de l'allaitement maternel et fait connaître sa position tant dans le réseau que dans la population. Une telle affirmation fournit une référence fondamentale aux intervenants qui œuvrent sur le terrain.

Les actions prioritaires

- Énoncer ses orientations sur l'allaitement, en conformité avec la Politique de périnatalité, et les faire connaître et appliquer à tous les niveaux. À cette fin, le Ministère devra :
 - nommer une personne responsable du dossier de l'allaitement au niveau provincial ;
 - intégrer l'allaitement dans tous les programmes gouvernementaux concernés par la santé infantile ;
 - assurer l'harmonisation et la mise à jour de l'information sur l'allaitement maternel et l'alimentation infantile dans les documents ou services provinciaux auxquels se réfèrent les parents et les professionnels en mandatant les organismes responsables (ex. : Info-Santé, *Mieux vivre avec son enfant*) ;
 - ajouter des données sur l'allaitement, dont les orientations ministérielles, sur son site Internet ;
 - assurer la préparation et la mise à jour d'un répertoire des outils en matière d'allaitement et assurer sa diffusion dans le système de santé.

- Mettre en œuvre une stratégie de publicité sociale sur l'allaitement maternel destinée à toute la population.
- Favoriser l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) en encourageant la mise sur pied d'un comité provincial dont le mandat serait notamment :
 - de faire connaître *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et *Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement en santé communautaire* aux établissements ;
 - de voir à la mise en place de l'IAB (fournir la documentation, la logistique et, éventuellement, le soutien d'une personne spécialisée en allaitement) ;
 - d'assumer, en collaboration, avec les organismes concernés (ex. : OMS, UNICEF, CCA, etc.), la responsabilité de la certification des établissements amis des bébés et de la recommandation faite au ministre pour la désignation.
- Encourager l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, ce qui suppose :
 - d'inscrire dans la politique relative aux publications ministérielles, tant écrites qu'audiovisuelles, l'obligation de respecter le Code en démontrant que l'allaitement est la façon appropriée de nourrir un bébé. On ne devrait avoir recours à des images représentant l'alimentation au biberon, des biberons, des tétines et des préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) qu'en cas de nécessité absolue ;
 - d'assurer le respect des politiques relatives aux publications gouvernementales et d'utiliser son pouvoir d'influence auprès des autres ministères afin que le Code soit respecté.
- Concevoir une activité et des outils de formation et soutenir les régies régionales dans l'implantation de la formation.
- S'assurer du maintien et de l'amélioration des mesures sociales (interministérielles et intersectorielles) qui favorisent l'allaitement.
- Encourager toutes les corporations professionnelles à s'assurer que les universités et cégeps offrent aux étudiants, qui sont les futurs professionnels de la santé, une formation théorique et pratique adéquate concernant l'allaitement maternel ;
- Diffuser auprès des administrateurs des établissements une information adaptée concernant les programmes de protection, d'encouragement et de soutien à l'allaitement (ex. : IAB).
- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi son personnel.
- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement aux niveaux provincial, régional et local quant à la prévalence des taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital et de la maison de naissance, à 2, 4, 6 et 12 mois, et quant au nombre d'établissements devenus amis des bébés, ce qui suppose :
 - d'inclure dans le système informatique provincial les données et l'information nécessaires au suivi de la situation de l'allaitement maternel, c'est-à-dire au moins celles concernant la prévalence de l'allaitement à la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance (ex. : le Bulletin de naissance vivante SP-1) ;
 - de prévoir à court terme la collecte des données nécessaires pour le suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte à la sortie de la maternité, à 2, 4, 6 et 12 mois, et ce, pour chacune des régions. Il faudra également prévoir, à moyen terme, la collecte

systématique de l'information au moment de la vaccination afin de connaître les taux d'allaitement exclusif et mixte à 2, 4, 6 et 12 mois, à l'aide du module VACCINATION du progiciel Intégration CLSC, du Guichet santé ou de tout autre moyen permettant de faire le tableau complet de la situation de l'allaitement au Québec ;

- de comptabiliser le nombre d'établissements (hôpitaux, maisons de naissance et CLSC) amis des bébés et ceux ayant entrepris les démarches pour le devenir.

Les responsabilités des régies régionales et des directions de la santé publique

Les actions prioritaires

- Mettre en œuvre les orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel et faire en sorte qu'elles soient adoptées par le conseil d'administration de l'établissement et connues des partenaires concernés, ce qui implique :
 - de désigner un porteur de dossier dont le rôle sera d'amorcer et de soutenir le fonctionnement d'un comité régional intersectoriel pour l'allaitement maternel chargé de définir les stratégies de mobilisation et d'intervention pour la région ou, s'il y a lieu, de travailler avec un comité de périnatalité déjà existant et d'y inclure un volet concernant l'allaitement maternel ;
 - d'établir le profil (régional ou par territoire de CLSC) des ressources et services existants en matière de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement maternel afin de pouvoir concevoir un plan de développement des ressources et d'organisation des services adapté aux besoins.
- Assurer le leadership dans la mise en place du programme IAB dans les établissements de santé et en soutenir les stratégies d'implantation et de développement dans sa région, ce qui suppose :
 - de soutenir les directions des établissements ;
 - d'attribuer le financement nécessaire à la formation des ressources humaines et à l'achat des préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) pour les maternités qui deviennent amies des bébés ;
 - de soutenir, de coordonner et d'évaluer les mécanismes de liaison et de concertation entre les établissements et les organismes en vue de la réalisation du programme ;
 - d'assurer la disponibilité d'une ressource spécialisée (ex. : consultante certifiée en lactation [IBCLC] ou infirmière clinicienne spécialisée) pouvant répondre aux besoins des centres hospitaliers, des maisons de naissance, des CLSC, des groupes d'entraide et des organismes communautaires en ce qui a trait à la formation et au soutien offerts aux intervenants ainsi qu'au développement d'outils.
- S'assurer que l'allaitement maternel soit intégré dans tous les programmes régionaux concernés par la santé infantile.
- Mettre en place un mécanisme afin d'assurer le respect de la Circulaire 1999-007 concernant l'approvisionnement en préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels), jusqu'à ce que des mesures soient prises pour respecter l'ensemble du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- S'assurer du respect du Code dans les établissements de santé (CH et CLSC).

- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel des régions régionales et des directions de santé publique.
- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement dans sa région, ce qui suppose :
 - de colliger les données concernant la pratique de l'allaitement maternel (taux, durée) dans sa région ainsi que l'évolution de l'implantation du programme IAB/IHAB ;
 - d'assurer la diffusion des résultats aux partenaires concernés de façon régulière.

Les responsabilités des hôpitaux

Les actions prioritaires

- Mettre en œuvre les orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel et faire en sorte qu'elles soient adoptées par le conseil d'administration de l'hôpital et connues des partenaires concernés.
- Avoir une politique écrite (guide de pratique de soins) concernant l'allaitement maternel et faire en sorte qu'elle soit adoptée par le conseil d'administration de l'hôpital, mise en œuvre par les intervenants et connue des personnes qui fréquentent l'établissement.
- Désigner un porteur de dossier « allaitement maternel » dans l'établissement qui fera connaître la politique et facilitera l'implantation de l'IHAB, les liens avec tous les partenaires du réseau et le suivi des interventions en faveur de l'allaitement.
- Concevoir une stratégie d'implantation pour devenir un hôpital ami des bébés, ce qui implique :
 - d'avoir un plan de formation théorique et pratique pour tout le personnel travaillant en périnatalité et en pédiatrie, s'il y a lieu, ce qui inclut les médecins ;
 - de voir à la formation de personnel spécialisé en lactation (ex. : consultantes certifiées en lactation [IBCLC] ou infirmières cliniciennes spécialisées en allaitement) pour conseiller le personnel et les mères qui présentent des difficultés particulières en matière d'allaitement ;
 - d'assurer la mise en place de pratiques de soins qui soutiennent l'allaitement (ex. : cohabitation, allaitement à la demande) dans l'unité de périnatalité, en pédiatrie et dans les unités de médecine familiale, en collaboration avec les gynécologues obstétriciens, les médecins accoucheurs, les pédiatres et les infirmières ;
 - de s'assurer, avant que la mère obtienne son congé de l'hôpital, qu'elle ait allaité au moins deux fois sans aide, qu'elle ait appris à reconnaître les signes indiquant que son bébé boit bien et que la famille sache où et quand consulter en cas de besoin ;
 - d'établir un protocole d'entente avec les CLSC afin de pouvoir orienter (par télécopieur ou téléphone) toute mère qui allaite. Ce protocole devrait en outre prévoir un appel téléphonique fait par le CLSC dans les premiers jours suivant la sortie de l'hôpital, et une visite systématique à domicile par le CLSC au plus tard la troisième journée suivant la sortie de l'hôpital, d'abord dans les cas de congé précoce, mais éventuellement pour toutes les mères ;
 - de faire connaître les groupes d'entraide et les organismes communautaires qui offrent du soutien à l'allaitement et d'encourager les mères à s'adresser à ces groupes et organismes.
- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel de l'hôpital.
- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement à l'hôpital, ce qui exige de colliger les données sur le mode d'alimentation du nouveau-né au moment où il quitte l'hôpital sur le Bulletin de naissance vivante (SP-1) ou sur tout autre outil retenu pour recueillir l'information.

Les responsabilités des CLSC ayant des maisons de naissance

Les actions prioritaires

- Mettre en œuvre les orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel et faire en sorte qu'elles soient adoptées par le conseil d'administration du CLSC dont relève la maison de naissance et connues des partenaires concernés.
- Avoir une politique écrite (guide de pratique de soins) concernant l'allaitement maternel et faire en sorte qu'elle soit adoptée par le conseil d'administration du CLSC dont relève la maison de naissance, qu'elle soit mise en œuvre par les intervenants et connue des personnes qui fréquentent l'établissement.
- Désigner un porteur de dossier « allaitement maternel » dans la maison de naissance qui fera connaître la politique d'allaitement et facilitera l'implantation de l'IAB, les liens avec tous les partenaires du réseau et le suivi des interventions en faveur de l'allaitement.
- Concevoir une stratégie d'implantation pour devenir une maison de naissance amie des bébés, ce qui suppose :
 - d'avoir un plan de formation théorique et pratique pour tout le personnel travaillant en périnatalité ;
 - de voir à la formation de personnel spécialisé en lactation (ex. : consultantes certifiées en lactation [IBCLC] ou sages-femmes) pour conseiller le personnel et les mères qui présentent des difficultés particulières en matière d'allaitement ;
 - d'assurer ou de maintenir la mise en place de pratiques de soins qui soutiennent l'allaitement (ex. : cohabitation, allaitement à la demande) dans la maison de naissance ;
 - de s'assurer, si le congé est donné dans les premières heures suivant la naissance, que la mère ait allaité au moins une fois avec succès ou sache comment exprimer son lait et le donner au bébé, qu'elle ait appris à reconnaître les signes indiquant que son bébé boit bien et que la famille sache où et quand consulter en cas de besoin ;
 - de prévoir une visite systématique à domicile dans les 24 heures suivant la naissance, ainsi que deux autres visites dans les jours suivants ;
 - d'établir un protocole d'entente avec les CLSC afin de pouvoir référer (par télécopieur ou téléphone) toute mère qui allaite ;
 - de faire connaître les organismes communautaires qui offrent du soutien à l'allaitement et d'encourager les mères à s'adresser à ces organismes.
- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel de la maison de naissance.

- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement à la maison de naissance. À cette fin, la maison de naissance colligera les données sur le mode d'alimentation du nouveau-né au moment où il quitte l'établissement sur le Bulletin de naissance vivante (SP-1) ou sur tout autre outil retenu pour recueillir l'information.

Les responsabilités des CLSC

Les actions prioritaires

- Mettre en œuvre les orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel et faire en sorte qu'elles soient adoptées par le conseil d'administration du CLSC et connues des partenaires concernés.
- Avoir une politique écrite (guide de pratique de soins) concernant l'allaitement maternel et faire en sorte qu'elle soit adoptée par le conseil d'administration du CLSC, mise en œuvre par les intervenants et connue des personnes qui fréquentent l'établissement.
- Désigner un porteur de dossier « allaitement maternel » dans le CLSC qui fera connaître la politique et facilitera l'implantation de l'IAB, les liens avec tous les partenaires du réseau et le suivi des interventions en faveur de l'allaitement.
- Concevoir une stratégie d'implantation pour devenir un CLSC ami des bébés, ce qui implique :
 - d'avoir un plan de formation théorique et pratique s'adressant à tout le personnel travaillant en périnatalité ;
 - d'informer les femmes enceintes et leur famille des avantages de l'allaitement et de ses réalités pour leur permettre de prendre une décision éclairée concernant l'alimentation de leur enfant ;
 - d'informer les femmes enceintes et leur famille des pratiques qui favorisent l'allaitement à l'hôpital ou à la maison de naissance (ex. : cohabitation) et au moment du retour à la maison (ex. : allaitement à la demande) ;
 - d'orienter, en période prénatale et postnatale, toutes les femmes et leur famille vers les groupes d'entraide à l'allaitement ou les organismes communautaires susceptibles de les aider, et de participer à la création de tels groupes s'il n'en existe pas sur le territoire ;
 - d'assurer la visite d'une infirmière du CLSC au plus tard la troisième journée suivant la sortie de l'hôpital pour vérifier l'état de la mère et du bébé et le déroulement de l'allaitement en cas de congé précoce ; éventuellement, une telle visite devra être faite à toutes les mères.
- Soutenir la poursuite de l'allaitement en visitant de nouveau les femmes qui ont besoin d'un suivi plus étroit à cause de problèmes d'allaitement et en les dirigeant au besoin vers des personnes compétentes (consultantes certifiées en allaitement [IBCLC], cliniques d'allaitement, médecins, infirmières et diététistes nutritionnistes ayant des compétences en allaitement).
- Dresser la liste des cliniques d'allaitement et des groupes d'entraide à l'allaitement sur le territoire, et la distribuer à tous les intervenants en périnatalité.
- Intégrer la promotion et le suivi de l'allaitement pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant dans les programmes de soutien intensif pour les populations défavorisées, les mères adolescentes ou chefs de famille monoparentale (ex. : « Naître égaux-Grandir en santé », OLO).

- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel du CLSC.
- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement sur son territoire. À cette fin, le CLSC colligera au moment de la vaccination l'information nécessaire pour connaître les taux d'allaitement exclusif et mixte à 2, 4, 6 et 12 mois à l'aide du module VACCINATION du progiciel Intégration CLSC, du Guichet santé ou de tout autre moyen, lorsque ces moyens sont applicables.

Les responsabilités des professionnels de la santé en cabinet privé et dans les établissements

Les actions prioritaires

- Renseigner les femmes enceintes et leur conjoint sur les différences entre le lait humain et les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels), les avantages et les réalités de l'allaitement maternel, les pratiques qui favorisent le début de l'allaitement et les diriger au besoin vers des ressources communautaires de soutien à l'allaitement en période prénatale.
- Contribuer concrètement à modifier les pratiques de soins qui entourent l'accouchement et la naissance pour faciliter le rapprochement mère-enfant et l'allaitement (ex. : appliquer *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement*).
- Soutenir et aider les mères qui ont des difficultés à allaiter, les diriger vers des groupes d'entraide et, au besoin, vers des personnes compétentes susceptibles de les aider à résoudre leurs problèmes (ex. : consultantes certifiées en allaitement [IBCLC], cliniques d'allaitement, médecins, infirmières et diététistes nutritionnistes ayant des compétences en allaitement).
- Mettre à jour leur formation en ce qui concerne l'allaitement et sa pratique.
- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel des cabinets privés et des établissements.

Les responsabilités des groupes d'entraide et des organismes communautaires

Les actions prioritaires

- Avoir une politique écrite (guide de pratique) concernant l'allaitement maternel et faire en sorte qu'elle soit adoptée par le conseil d'administration, qu'elle soit connue des membres du groupe d'entraide ou de l'organisme communautaire comme des utilisateurs des services, et qu'elle soit mise en œuvre par les membres du groupe ou de l'organisme.
- Collaborer à la stratégie d'implantation de l'IAB sur le territoire, ce qui demande aux groupes et organismes :
 - d'informer les femmes et leur famille des avantages de l'allaitement et des pratiques de soins qui favorisent l'allaitement à l'hôpital, à la maison de naissance et dans les premières semaines suivant le retour à la maison (ex. : cohabitation, allaitement à la demande) ;
 - d'avoir un plan de formation théorique et pratique s'adressant à tous les membres du groupe ou de l'organisme travaillant en périnatalité (bénévoles, marraines, monitrices).

- En période prénatale et postnatale, aider les mères qui choisissent l'allaitement, les diriger vers les ressources appropriées et, au besoin, collaborer avec des personnes compétentes pour résoudre leurs problèmes (ex. : consultantes certifiées en allaitement [IBCLC], cliniques d'allaitement, médecins, infirmières, diététistes nutritionnistes ayant des compétences en l'allaitement).
- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- Mettre en place les conditions (temps, espace et soutien) nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel des groupes et organismes.

Conclusion

Le Québec a fait d'énormes progrès concernant la mortalité et la morbidité périnatales et infantiles. On pourrait encore améliorer la santé et le développement des enfants et des familles en augmentant les taux et la durée de l'allaitement maternel.

L'OMS et l'UNICEF, deux organismes reconnus mondialement, ont proposé l'Initiative des hôpitaux amis des bébés qui s'est étendue, au Québec, à des établissements comme les CLSC. Cette stratégie internationale, adoptée par plusieurs pays, est associée à une amélioration de la situation de l'allaitement et de la qualité des soins qui entourent la naissance. Pourquoi pas chez nous ?

Pour que l'allaitement redevienne la norme culturelle, une action concertée de toutes les personnes qui travaillent dans le domaine doit être menée et toute la communauté doit être mise à contribution. Là où l'allaitement est largement pratiqué, il s'inscrit dans la culture populaire : les femmes ont le désir d'allaiter, les parents connaissent les réalités et les bienfaits de l'allaitement et ils sont soutenus totalement par les professionnels de la santé, les groupes d'entraide à l'allaitement, les organismes communautaires en périnatalité et le milieu environnant.

Toutes les actions proposées dans le présent document, y compris la certification des établissements amis des bébés, sont autant de moyens pour améliorer la santé et le développement de nos enfants et atteindre l'objectif d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement au Québec d'ici 2007. Sachons relever le défi toutes et tous ensemble.

Annexe I — Outil pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés

Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF

L'OMS et l'UNICEF ont adopté une déclaration conjointe intitulée *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*, qui veut « faire comprendre le rôle déterminant que les services de santé peuvent jouer pour encourager l'allaitement au sein et indique ce qu'il faut faire pour apporter aux mères les informations et le soutien nécessaires. Elle s'adresse aux responsables et chefs de service ainsi qu'aux médecins praticiens, aux sages-femmes et au personnel infirmier, après adaptation aux conditions locales » (OMS et UNICEF, 1989).

« Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » est la traduction officielle qu'ont choisie l'UNICEF et l'OMS pour *The Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Il est à noter que le terme anglais *step* aurait pu être traduit par *étape*. Toutefois, par souci d'uniformité avec la littérature scientifique internationale, le présent document utilise le titre officiel de la déclaration.

En apparence simples et évidentes, les Dix conditions nécessitent parfois des changements importants, entre autres dans les pratiques hospitalières. Et qui dit changement dit résistance ! C'est pourquoi l'implantation de ces conditions doit se faire de façon graduelle et être accompagnée de formation et de soutien pour les intervenants. Comme aucune des conditions ne constitue un préalable à la suivante, elles peuvent être appliquées dans n'importe quel ordre. L'expérience des établissements qui sont devenus amis des bébés montre qu'il peut être encourageant de commencer par les conditions qui sont les plus faciles à satisfaire. L'approche interdisciplinaire est aussi privilégiée puisque tous les acteurs doivent être engagés dans le processus de changement (Chalmers, 1997).

Il peut être utile d'embaucher une personne-ressource de l'extérieur (comme une consultante certifiée en allaitement ou un autre professionnel spécialisé) qui évaluera les objectifs à atteindre et les progrès accomplis, en plus de soutenir et de motiver les différents acteurs dans leur cheminement.

Alors que certaines des conditions s'appliquent plus particulièrement au milieu hospitalier et aux maisons de naissance (conditions 4 et 7), toutes les autres devraient être respectées dans chaque établissement offrant des soins périnataux. C'est pourquoi l'Initiative des hôpitaux amis des bébés ne devrait pas être limitée aux maternités mais être implantée en collaboration avec tous les acteurs du domaine de la périnatalité, ce qui inclut les services communautaires et régionaux.

L'Initiative et les Dix conditions sont destinées aux unités de soins qui traitent les mères et les nouveau-nés en santé. Toutefois, le soutien à l'allaitement devrait aussi être offert aux mères qui ont des problèmes de santé ou à celles dont les enfants séjournent dans des unités de néonatalogie.

Les études portant sur l'efficacité des interventions proposées dans *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* ont été revues dans un document publié par l'OMS sous le titre *Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement* (Vallenas et Savage, 1999). Celui-ci fournit de l'information intéressante sur l'efficacité des dix conditions, mais la revue qu'il contient n'est cependant pas limitée aux essais randomisés. Or, l'efficacité d'une intervention destinée à améliorer la pratique et la poursuite de l'allaitement maternel doit, pour être prouvée, faire l'objet d'une étude utilisant une méthode expérimentale rigoureuse (comme l'essai randomisé). Enfin, puisque les femmes qui participent aux études et aux programmes d'intervention sont généralement plus motivées à allaiter, et à allaiter plus longtemps que les femmes qui n'y participent pas, les études non expérimentales sont biaisées et s'orientent généralement vers des résultats positifs.

La revue systématique et la méta-analyse des essais randomisés publiés dans le *Cochrane Library* montre que les interventions suivantes sont efficaces : offrir de l'aide pour que la mère sache bien mettre le bébé au sein et pour les autres aspects techniques de l'allaitement, favoriser l'allaitement à la demande et offrir du soutien postnatal. Le fait de favoriser l'initiation rapide à l'allaitement après la naissance serait moins efficace (Renfrew et Lang, 1999).

La récente étude de Kramer (2001) a démontré que le modèle d'intervention proposé par l'IHAB, même dans un pays où les taux d'allaitement sont élevés, a permis d'augmenter les taux d'allaitement à 3, 6, 9 et 12 mois, de même que son exclusivité à 3 et 6 mois.

Condition 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.

Cette condition vise à faire connaître au personnel, aux administrateurs, aux mères, aux pères, aux familles et à la population en général, la valeur accordée par l'établissement à l'allaitement maternel. L'adoption d'une politique assure que le personnel administratif et les cadres supérieurs connaissent et endossent les pratiques qui facilitent l'allaitement au sein et fournissent de la formation continue en ce domaine. Quelques études démontrent à quel point une politique d'allaitement claire et structurée peut changer les pratiques et augmenter les taux d'allaitement (Relucio-Clavano, 1981 ; Valdes et autres, 1995). Par ailleurs, une étude réalisée par Wright et ses collaborateurs (1996) dans un hôpital des États-Unis rapporte que le manque de suivi et de respect de la politique d'allaitement dans cet hôpital a pu limiter la portée des autres interventions. Dans un hôpital qui était accrédité ami des bébés depuis trois ans, Eregie (1997) a constaté que certains membres du personnel donnaient encore de l'eau aux nouveau-nés et recommandaient aux parents de donner des suppléments, sans indication médicale. Il est donc important, lorsqu'on adopte une politique d'allaitement, de mettre en place des mécanismes d'évaluation et de suivi qui en assurent l'application et qu'elle soit affichée dans l'établissement partout où des soins sont donnés aux enfants.

Condition 2 : Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

Si on veut protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement au sein, il faut être convaincu et outillé. Connaître les nombreux avantages que procure l'allaitement, savoir aider les femmes à allaiter et comprendre en quoi certaines pratiques nuisent à un allaitement réussi nécessitent une formation de base et continue. Le manque de connaissances théoriques et pratiques des professionnels de la santé en matière d'allaitement maternel est connu depuis plusieurs années (Lawrence, 1982 ; Freed et autres, 1995). Pour concrétiser la politique d'allaitement (condition 1), l'Initiative exige que tout le personnel en rapport avec les mères reçoive une formation adéquate d'au moins dix-huit heures, dont un minimum de trois heures en supervision clinique. Aucune étude n'a été réalisée sur la durée de formation nécessaire mais, selon Armstrong (1990), c'est après le deuxième ou troisième jour de formation que l'acquisition de nouvelles idées et le passage au changement seraient plus faciles. Des programmes de formation peuvent aider à améliorer les connaissances et aussi les attitudes et compétences des professionnels de la santé (Bradley et Meme, 1992 ; Valdés et autres, 1995). Plusieurs études ont également démontré l'effet positif d'un soutien professionnel adéquat sur l'expérience d'allaitement des mères (Serafino-Cross et Donovan, 1992 ; Freeman et Lowe, 1993). Cependant, aucune de ces études n'était basée sur un modèle expérimental (essai randomisé).

Condition 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

Bien que plusieurs femmes aient pris la décision d'allaiter bien avant la naissance de l'enfant (Lepage et Moisan, 1998), les professionnels sont bien placés pour faire la promotion de l'allaitement, en transmettant une information juste et objective qui permet aux mères de prendre une décision éclairée. Plus les femmes sont préparées aux difficultés d'allaitement possibles et informées des solutions qui leur permettent d'y faire face, plus l'expérience de l'allaitement a des chances d'être satisfaisante (Beaudry et Dufour, 1991 ; O'Campo et autres, 1992). Des études d'observation permettent de croire que l'éducation prénatale portant sur l'allaitement maternel, particulièrement en groupe et chez les femmes primipares, a un effet positif sur le taux et la durée de l'allaitement (Long et autres, 1995 ; Pugin et autres, 1996), car elle contribue à augmenter la confiance en soi des mères et à favoriser l'acquisition d'aptitudes qui facilitent l'allaitement.

Condition 4 : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

Les connaissances et les pratiques ont évolué depuis le lancement de l'IHAB. Dès la naissance, l'enfant a la capacité de téter. Si on le laisse sur le ventre de sa mère et que celle-ci n'a reçu aucune médication durant le travail, le nouveau-né à terme est capable de se rendre spontanément au sein et de commencer à téter (Righard et Alade, 1990). Mais l'expérience a démontré que la tétée spontanée peut se manifester sur une période allant de 45 minutes à 2 heures suivant la naissance. La condition 4 doit donc être interprétée comme une incitation à privilégier le contact précoce mère-enfant, de préférence peau à peau, immédiatement après la naissance. Le contact précoce permet d'observer le nouveau-né qui pourra téter dès qu'il montrera des signes de faim. Forcer le nouveau-né au sein avant qu'il ne montre ces signes inhibe le réflexe de foussemment et entrave le bon positionnement de la langue du bébé quand il prend le sein (Widström et autres, 1993). On a également observé que les nouveau-nés qui bénéficient du contact peau à peau dans les quatre-vingt-dix minutes suivant la naissance pleurent beaucoup moins (Christensson et autres, 1995) et que la médication reçue pendant le travail interfère avec le début de l'allaitement (Righard et Alade, 1990 ; Nissen et autres 1995). Si la médication ne peut être évitée, on conseille de laisser ces bébés plus longtemps sur le ventre de leur mère, ce qui améliorera le contact précoce et donnera au nouveau-né le temps de développer son réflexe de foussemment (Nissen et autres, 1995). Aider les mères à commencer d'allaiter dans la demi-heure suivant la naissance implique simplement que le nouveau-né ne soit pas séparé de sa mère et qu'on le place dans des conditions qui favorisent la première tétée.

Condition 5 : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

À l'intérieur d'un court séjour, cette condition est particulièrement importante. Même si l'allaitement est un geste naturel, il n'en demeure pas moins un geste qu'il faut apprendre et maîtriser si on veut éviter différents problèmes comme les gerçures et l'engorgement (Righard et Alade, 1992). L'enseignement des positions, de la prise du sein, de l'interprétation du comportement du nouveau-né devrait donc faire partie des soins de routine dans les unités de maternité. D'ailleurs, plusieurs essais randomisés ont montré l'effet positif de ce type de soutien sur le taux d'allaitement à long terme, principalement pour les femmes primipares (Righard et Alade, 1992 ; Pérez-Escamilla et autres, 1992).

Les mères devraient avoir été capables d'allaiter sans aide pour au moins deux tétées avant de quitter l'hôpital (Société canadienne de pédiatrie et autres, 1996). On devrait également toujours enseigner à la mère à exprimer son lait manuellement et à l'aide d'un tire-lait. Cela est particulièrement important dans le cas où le nouveau-né est séparé de sa mère, que ce soit parce qu'il est prématuré (Lucas et autres, 1992 ; Meier et Brown, 1996) ou parce que la mère ne peut allaiter (à cause d'une maladie ou d'une hospitalisation, par exemple). Plus la femme entreprend rapidement la stimulation de ses seins, plus vite le processus de production de lait se déclenche, si bien que le lait maternel peut être donné au nouveau-né de la façon la plus appropriée à la situation (Hopkinson et autres, 1988).

Les mères qui savent exprimer leur lait peuvent s'absenter ou retourner au travail tout en faisant bénéficier leur enfant de lait maternel.

Condition 6 : Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf indication médicale.

L'allaitement exclusif, sans ajout d'eau, d'eau glucosée ou de préparation commerciale pour nourrissons (lait artificiel), permet de commencer l'allaitement d'un bébé en santé et à terme dans les meilleures conditions possible. Il doit donc être privilégié, d'autant qu'il suffit à satisfaire tous les besoins de nutrition et de succion du bébé ; la succion stimule la production lactée et donne confiance à la mère en sa capacité d'allaiter.

L'utilisation de suppléments sans indication médicale a souvent été associée à l'arrêt précoce de l'allaitement (Hill et autres, 1997) ; cependant, aucune étude n'a établi clairement si le supplément est la cause de l'interférence avec l'allaitement ou plutôt un signe de difficultés liées au manque de confiance de la mère, au comportement du bébé ou au manque de soutien de la part des intervenants. Dans un essai contrôlé réalisé

par Gray-Donald et ses collaborateurs en 1985, il s'est avéré que les suppléments de préparation commerciale pour nourrissons (lait artificiel) n'avaient aucun effet sur la durée de l'allaitement, mais les sujets des deux groupes de comparaison avaient reçu de l'eau glucosée en supplément. Les résultats de cette étude illustrent bien la complexité du lien entre le don de suppléments et l'expérience d'allaitement.

La plupart des bébés allaités n'ont besoin de rien d'autre que de lait maternel avant l'âge de 6 mois, période à laquelle on recommande d'ajouter des aliments solides au régime du bébé. Même dans les endroits très chauds et secs, les nouveau-nés allaités reçoivent tous les liquides nécessaires par le lait maternel (Sachdev et autres, 1991).

Une liste des raisons médicales acceptables de donner aux nourrissons des suppléments (une alimentation complémentaire) a été insérée en annexe aux Règles mondiales de l'IHAB (OMS et UNICEF, 1992). À moins d'une indication médicale justifiée, on devrait donc éviter le recours aux suppléments et aider plutôt les mères à prévenir et à corriger leurs difficultés d'allaitement.

Condition 7 : Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

Encourager la cohabitation de la mère et de l'enfant jour et nuit implique de nombreux avantages dans les soins destinés aux familles. Les bébés qui cohabitent avec leur mère sont plus calmes et gagnent plus de poids parce qu'ils sont allaités plus fréquemment (Elander et Lindberg, 1986 ; Pérez-Escamilla et autres, 1992). La cohabitation facilite l'apprentissage de l'allaitement et des soins à donner au nouveau-né, ce qui renforce le sentiment de compétence des mères, mais aussi des pères lorsque ceux-ci sont présents. Elle permet aux parents d'observer leur bébé, d'apprendre à reconnaître les signes du bébé pour manifester sa faim et de répondre rapidement à ses besoins. Parce que la cohabitation favorise le contact parents-enfant nécessaire au processus d'attachement, celle-ci est importante pour tous les nouveau-nés, peu importe comment ces derniers sont alimentés.

Condition 8 : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

L'allaitement à la demande n'est possible que si le bébé cohabite avec la mère jour et nuit, et l'horaire de l'allaitement devrait être dirigé par le nouveau-né lui-même. Les mères doivent apprendre à reconnaître les signes exprimant la faim du nouveau-né ou le fait qu'il a bu à satiété. Elles doivent également s'attendre à allaiter de dix à douze fois par jour. La crainte d'avoir des mamelons douloureux avec l'allaitement à la demande est injustifiée, puisque les douleurs aux mamelons sont plutôt dues à une mauvaise prise du sein (Woolridge, 1986). Les bébés allaités à la demande sont plus satisfaits et gagnent plus de poids (Yamauchi et Yamanouchi, 1990) ; les mères ont moins de risque de souffrir d'engorgement et ont une meilleure production de lait (Pérez-Escamilla et autres, 1994). L'allaitement à la demande est également associé à une durée plus longue d'allaitement (Martines et autres, 1989 ; Illingworth et Stone, 1952).

Condition 9 : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

Parce que téter une tétine artificielle diffère de la tétée au sein, l'usage de ce type de tétine peut occasionner des difficultés d'allaitement chez certains nouveau-nés. L'utilisation de la tétine peut interférer dans l'apprentissage de la tétée, indépendamment du supplément donné, et certains nourrissons développent une préférence pour le biberon. Neifert et ses collaborateurs (1995) ont proposé une liste de facteurs où le risque de confusion sein-tétine est plus grand. Ces facteurs peuvent dépendre de la mère ou du bébé mais, de façon générale, concernent une situation où le bébé, ne recevant pas assez de lait maternel (parce qu'il n'arrive pas à bien prendre le sein ou parce que la production de lait est insuffisante), préférera le biberon si on lui en donne la possibilité. Les auteurs encouragent donc l'utilisation de méthodes différentes (comme la tasse) pour alimenter ces bébés.

Selon certaines études, la tétine d'amusement, parce qu'elle diminue les tétées au sein, peut être associée à une production moindre de lait chez la mère et à la réduction de la durée de l'allaitement (Victora et autres, 1993). Cependant, une étude récente (Victora et autres, 1997) montre que si l'utilisation de la tétine entraîne une durée plus courte de l'allaitement, cet effet est observé principalement chez les mères mal à l'aise avec l'allaitement, alors qu'elle ne semble pas avoir influencer la durée de l'allaitement chez les mères ayant une

grande confiance en elles. Aucune étude portant sur l'utilisation de la tétine et la durée de l'allaitement n'est basée sur un modèle expérimental (essai randomisé).

Les bébés à qui on offre la tétine d'amusement risquent également de souffrir davantage de malocclusion dentaire (Palmer, 1998). Ils ont aussi un risque plus élevé de contact avec des matériaux cancérogènes, puisque de tels matériaux sont utilisés dans la fabrication des tétines (Westin, 1990).

Bien que les études ne soient pas probantes quant au lien de causalité possible entre l'utilisation des tétines artificielles (tétines d'amusement et biberons) et la durée de l'allaitement, il est préférable de ne pas utiliser ces tétines, au moins pendant la période entourant le début de l'allaitement. La tasse est la méthode recommandée pour nourrir le bébé qui ne peut être allaité au sein pendant une certaine période mais qui le sera éventuellement (Lang et autres, 1994 ; Armstrong, 1998). L'usage de la tétine d'amusement et de la tétine du biberon peut être autant un signe que la cause des problèmes d'allaitement et, dans les deux cas, il est important de fournir aux professionnels concernés une formation relative aux techniques d'allaitement et à la relation d'aide avec les mères.

Condition 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.

Le soutien postnatal constitue un élément primordial dans l'Initiative des amis des bébés et il est encore plus nécessaire si la mère a eu un congé précoce de l'hôpital. Après la sortie de l'hôpital, il est essentiel que les familles soient soutenues, surtout si on veut augmenter la durée de l'allaitement (Kyenkyia-Isabirye et Magalhães, 1990). Les raisons de l'arrêt de l'allaitement dans les semaines et les mois suivant la naissance sont principalement liées à des difficultés d'allaitement et au sentiment de ne pas avoir suffisamment de lait. Puisque la plupart des femmes peuvent produire la quantité de lait nécessaire aux besoins du bébé, les mères doivent donc bénéficier de soutien durant le premier mois, où elles sont plus vulnérables (Woolridge, 1996). D'ailleurs, rapportent plusieurs études, les différents types de programmes de soutien à l'allaitement ont des effets positifs sur la durée de l'allaitement (Barros et autres, 1995 ; Long et autres, 1995 ; Alvarado et autres, 1996).

En conclusion, chacune des dix conditions en soi peut avoir un effet sur l'allaitement, mais la combinaison de plusieurs conditions a un effet plus grand. Quelques études ont rapporté une hausse du taux d'allaitement lorsque deux conditions et plus sont combinées (Pérez-Escamilla et autres, 1992 ; Pugin et autres, 1996). Les données actuelles permettent de croire que lorsque les interventions font partie d'un programme bien établi, l'effet de la combinaison des conditions peut être encore plus marqué (Nylander et autres, 1991 ; Burkhalter et Marin, 1991 ; Lutter et autres, 1997 ; Kramer et autres, 2001).

Annexe II — Circulaire sur l’approvisionnement en lait pour nourrissons



Expéditeur

Le sous-ministre adjoint au Budget, à l'Administration et aux Immobilisations

Date

1999-01-25

Destinataire

Les présidentes et présidents des conseils d'administration et les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux, des régies régionales et des organismes régionaux d'approvisionnement en commun

Sujet

Approvisionnement en préparations pour nourrissons (incluant le lait artificiel)

**CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 7 SEPTEMBRE 1993 (1993-080)
MÊME CODIFICATION**

OBJET

Les modifications apportées à la circulaire émise le 7 septembre 1993 sont le reflet des orientations du Ministère visant à favoriser l'allaitement maternel ainsi que le respect de la volonté des établissements désirant être reconnus « Amis des bébés » en application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

MODALITÉS

1. Suite à une décision de la Commission permanente des achats, prise le 22 juin 1993, eu égard aux orientations à suivre en matière d'approvisionnement en préparations pour nourrissons pour combler leurs besoins lors de leur séjour dans les établissements de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux a été autorisé à mettre en place un système d'approvisionnement en ce domaine.

Les modalités prescrites par le MSSS sont dictées par la gratuité, la transparence et l'équité.

Service ressource

Service conseil aux activités de support du réseau

Téléphone

(418) 643-7197

Numéro de dossier

1999-007

Document(s) annexé(s)

Volume

02

Chapitre

02

Sujet

43

Document

06

Deux systèmes d'approvisionnement ont été retenus : un basé sur le principe de la rotation entre les fournisseurs reconnus sur une période de deux ans par fournisseur, l'autre, comme solution alternative, basé sur le principe de la disponibilité des produits de tous les fournisseurs reconnus, advenant qu'un établissement le juge approprié pour des raisons de gestion.

FOURNISSEURS RECONNUS

2. À la date d'émission de la présente circulaire, les fournisseurs reconnus pour les préparations pour nourrissons sont les compagnies Laboratoires Ross, Mead Johnson et Wyeth-Ayerst.

Tout nouveau fournisseur désirant être intégré au mode d'approvisionnement en préparations pour nourrissons devra se qualifier selon les critères établis avant que l'autorisation lui soit accordée. Toute intégration d'un nouveau fournisseur ne pourra se faire qu'à la fin du cycle du système d'approvisionnement en place.

SYSTÈMES D'APPROVISION- NEMENT

3. La rotation

a) Description

La rotation est le processus par lequel les fournisseurs deviennent, à tour de rôle, fournisseur exclusif d'un établissement ou d'un groupe d'établissements pour une période de deux ans.

La règle générale d'application est que chaque fournisseur se voit attribuer un nombre égal de naissances dans une région. Par conséquent, les groupes d'établissements doivent être formés de façon telle que chaque fournisseur conserve en tout temps une part équitable du marché hospitalier dans une région.

b) Modalités d'application du système de rotation

Le système de rotation est le système priorisé par le Ministère. Cependant, advenant qu'un ou des établissement(s) choisisse(nt) la disponibilité, le nombre de leurs naissances est attribué en parts égales aux partenaires économiques reconnus.

À partir de la date d'implantation d'un système régional d'approvisionnement en préparations pour nourrissons, chacun des fournisseurs reconnus est devenu le fournisseur exclusif des établissements qui lui ont été attribués pour les deux années subséquentes.

Afin de respecter la règle générale d'application attribuée à chaque fournisseur à la fin d'une période de deux ans, le nombre de naissances attribué à chaque fournisseur est réévalué avant d'effectuer la rotation.

Si au cours d'une période de rotation de deux ans, un établissement abandonne la disponibilité, ses naissances sont attribuées au fournisseur ayant le moins de naissances dans cette région, et, à la rotation suivante, les naissances sont réparties de nouveau de la façon la plus équitable possible.

Si au cours d'une période de deux ans un fournisseur se retire de l'approvisionnement en préparations pour nourrissons, ses naissances sont attribuées de la façon la plus équitable possible aux autres fournisseurs.

Advenant le cas où il y a impossibilité d'assurer un partage équitable du marché dans une région, faute d'un nombre suffisant de naissances ou d'établissements, une région pourra se joindre à une autre région pour assurer ce partage ou appliquer la rotation sur une base annuelle.

4. La disponibilité

a) Description

Le système de disponibilité des préparations pour nourrissons des fournisseurs reconnus est un système en vertu duquel un établissement doit conserver des quantités égales des préparations de chacun des fournisseurs reconnus et laisser la mère en consultation avec son médecin ou le personnel de soins, choisir la marque de préparation qu'elle désire voir consommer par son nourrisson. Ce système implique la présence de la gamme complète des préparations pour nourrissons de tous les fournisseurs reconnus dans l'établissement.

b) Modalités d'application du système de disponibilité

L'établissement devra :

- s'assurer qu'aucun choix spécifique ne soit fait, laissant primer la liberté individuelle de la mère;
- tenir en inventaire une quantité égale des préparations des fournisseurs reconnus;
- s'assurer que son personnel et les médecins n'agissent de façon à influencer directement ou indirectement le choix de la mère dans le but de favoriser un fournisseur plutôt qu'un autre.

RÈGLES GÉNÉRALES DU SYSTÈME D'APPROVISION- NEMENT

5. Le choix du système

Le choix du système revient au conseil d'administration de l'établissement par l'adoption d'une résolution.

Lorsqu'un système est établi, il est irréversible pour une période de six ans, s'il s'agit de la rotation, et pour une période d'une année, s'il s'agit de la disponibilité.

Le directeur général doit informer formellement la régie régionale du choix du système pour son établissement en explicitant les raisons de ce choix s'il s'agit de la disponibilité.

6. Responsabilité de la régie régionale

Chaque régie régionale est responsable de la mise en place du système d'approvisionnement régional en préparations pour nourrissons. Elle doit s'assurer du respect du partage du marché établi entre les fournisseurs reconnus par l'utilisation du système de rotation ou de disponibilité. Conséquemment, après avoir choisi un des deux systèmes, un établissement doit attendre l'avis de sa régie avant d'amorcer sa mise en place. Une régie régionale peut confier la gestion courante de cette circulaire à l'organisme d'approvisionnement en commun de sa région, mais demeure entièrement responsable de son observance.

7. Règles spécifiques et d'éthique pour le mode d'approvisionnement en préparations pour nourrissons

- a) En aucun cas, la fourniture en préparations pour nourrissons ne doit être associée à celle d'autres produits provenant de la même entreprise ou d'entreprises affiliées, tels suppléments nutritifs, médicaments ou autres.
- b) Aucune redevance directe ou indirecte ne doit être acceptée par l'établissement, sa fondation, ses professionnels ou autre personnel, sauf celles prévues dans cette directive.
- c) L'établissement s'assure que chaque compagnie rend disponible gratuitement sa gamme complète de préparations pour consommation à l'intérieur de ses murs et offre gratuitement ses préparations spécialisées pour la durée du système établi qu'il soit le fournisseur exclusif ou non. En cas de refus d'un ou plusieurs fournisseur(s), ce ou ces dernier(s) est (sont) exclu(s) du système.
- d) L'établissement s'assure que les fournisseurs n'entrent, en aucun temps, directement en contact avec les mères et/ou ne leur remettent un cadeau ou des échantillons.
- e) Lorsque les compagnies, comme citoyens corporatifs, ou tout autre organisme ayant un lien avec elles, contribuent aux programmes de recherche et de formation des établissements ainsi qu'aux programmes de financement, toutes les contributions doivent être rendues publiques par les autorités médicales et administratives de l'établissement.

De plus, ces dernières doivent informer formellement leur régie régionale de telles contributions, de leur nature ainsi que des fins auxquelles elles serviront.

- f) La non-observance des règles spécifiques a), b), c), d) et e) par les représentants de fournisseurs ou par le fournisseur lui-même l'exclut automatiquement du système d'approvisionnement en préparations pour nourrissons dans un établissement.

EXCEPTION

8. Établissement désirant être reconnu « Ami des bébés »

Au moment jugé opportun, après entente avec sa régie régionale, l'établissement désirant favoriser et protéger l'allaitement maternel et être reconnu « Ami des bébés » pourra, tout en demeurant dans le système d'approvisionnement régional, négocier avec son fournisseur le prix à payer pour les préparations pour nourrissons qu'il utilisera.

SUIVI

Le Ministère s'attend à ce que tous les établissements qui utilisent les préparations pour nourrissons se conforment aux règles de gestion précitées. Chaque régie régionale informera le Ministère de toute dérogation dans sa région.

Le sous-ministre adjoint au Budget,
à l'Administration et aux Immobilisations,

ORIGINAL SIGNÉ PAR

François TURENNE

Annexe III — Outil pour l'Initiative des amis des bébés dans la communauté

Un plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans le domaine de la santé communautaire

L'Initiative des Hôpitaux amis des bébés (IHAB) de l'OMS et l'UNICEF a été mise en place afin de créer les conditions de soutien nécessaires pour les femmes qui allaitent leur bébé. Même si l'Initiative vise principalement l'environnement hospitalier, le soutien de la communauté est également nécessaire si on veut que les femmes choisissent d'allaiter et continuent de le faire une fois de retour chez elles. La présente annexe fait état du prolongement de l'Initiative des amis des bébés sur le plan communautaire.

Le plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement en sept étapes dans le domaine de la santé communautaire a été préparé par le Comité britannique pour l'Initiative des amis des bébés (The United Kingdom Baby-Friendly Initiative Committee) en raison de l'enthousiasme qu'ont manifesté les professionnels de la santé et les groupes d'entraide à l'allaitement face au prolongement possible de l'IAB dans la communauté. *Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement* qui représentent les meilleures pratiques de soins possibles pour les hôpitaux et les maternités sont le fondement des *Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans le domaine de la santé communautaire*. Les Sept étapes ont été conçues à la suite de nombreuses consultations auprès de professionnels de la santé, d'intervenants, de groupes d'entraide à l'allaitement, d'organisations professionnelles et d'organismes intéressés. On a demandé aux participants de proposer les meilleurs standards de pratique possible et de définir les critères nécessaires pour les mettre en place et les évaluer. Par conséquent, les Sept étapes sont le reflet des meilleures pratiques de soins possibles et du meilleur soutien qui puisse être offert aux mères et à leur bébé en milieu communautaire. Elles visent principalement les professionnels de la santé, mais peuvent également servir de cadre théorique pour la définition des services offerts par les groupes communautaires.

Les Sept étapes mettent en évidence les standards à atteindre pour obtenir une qualité de pratique comparable à celle des hôpitaux amis des bébés. Un processus d'évaluation et de reconnaissance sera instauré par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA), en coopération avec les comités provinciaux et territoriaux pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (Comité P/T). Les différents groupes communautaires pourront alors demander d'être reconnus comme « amis des bébés ».

Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement en santé communautaire.

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 la politique adoptée.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer et à poursuivre l'allaitement.
5. Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'ajout d'aliments solides au régime du bébé au moment opportun.
6. Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités.

7. Encourager la collaboration entre le personnel soignant, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale.

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant

La politique devrait :

- expliquer chacune des Sept étapes ;
- référer aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS et de l'UNICEF pour les hôpitaux et les maternités, ou du moins les refléter ;
- être mise en œuvre après consultation des divers intervenants (y compris celle des groupes d'entraide à l'allaitement) de protocoles de soutien à l'allaitement dans les situations particulières (ex. : blessures au mamelon, engorgement, mastite, médicaments pris par la mère, séparation de la mère et de l'enfant, naissance multiple, hospitalisation, prématurité, jaunisse, diarrhée, retard de croissance) ;
- adhérer au *Code de commercialisation des substituts du lait maternel* ;
- interdire :
 - l'enseignement prénatal de groupe sur la préparation des substituts du lait maternel,
 - la promotion des substituts du lait maternel, des biberons, des tétines artificielles en général (note : cela ne doit pas être vu comme une façon de restreindre l'accès à une information à jour, de qualité et libre d'intérêt commercial quant à l'utilisation de ces produits),
 - la distribution de substituts du lait maternel dans les services de santé communautaire ;
- spécifier quelles sont les procédures d'orientation pour les mères aux prises avec des difficultés d'allaitement vers les organismes appropriés ;
- s'assurer que tout le personnel comprend et suit les procédures d'orientation des mères vers les organismes appropriés ;
- faire une liste des ressources disponibles jour et nuit pour aider les femmes qui allaitent ;
- soutenir les principes visant une information et une communication cohérentes entre les organismes de santé et leur personnel ;
- appuyer le principe qui reconnaît que les femmes ont la capacité d'allaiter avec succès ; la reconnaissance à cette capacité est le fondement d'un choix éclairé ;
- être écrite dans un langage simple et être affichée dans tous les secteurs de l'établissement qui donnent des services aux femmes et aux enfants.

Le service de santé communautaire devrait vérifier annuellement l'adhésion à cette politique. Il devrait aussi s'assurer que tout nouveau membre du personnel reçoit l'information nécessaire à propos de cette politique. Les taux d'allaitement (exclusifs et partiels) devraient être comptabilisés selon les mêmes groupes d'âges que ceux utilisés pour les statistiques nationales.

Chaque service devrait désigner une personne responsable pour comptabiliser les taux d'allaitement, mettre en place des façons de favoriser l'allaitement, évaluer les politiques et les protocoles, vulgariser les résultats des recherches pertinentes et donner de la formation continue au personnel.

Les politiques d'allaitement dans les services de santé communautaire seront instaurées après consultation avec tous les groupes engagés dans les soins offerts aux familles. Il est essentiel que les hôpitaux, les maternités et les services de santé communautaire maintiennent entre eux des liens étroits lorsque des politiques de soins conjointes sont élaborées.

2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique adoptée

Les personnes qui s'occupent des femmes enceintes, des mères qui allaitent et des bébés devraient recevoir une formation particulière et approfondie qui leur donne les compétences nécessaires à la mise en œuvre et au respect de la politique. L'IAB exige que tout le personnel donnant du soutien direct aux mères reçoive une formation adéquate d'au moins dix-huit heures, dont trois heures en supervision clinique. Le niveau de formation variera en fonction du rôle du professionnel ou de l'employé.

Tout nouveau membre du personnel sera informé au sujet de la politique au moment de son embauche. La formation, dont la nature variera en fonction du rôle du nouvel employé, devra avoir lieu au cours des six mois suivant l'embauche.

L'enseignement devrait :

- couvrir l'ensemble des Sept étapes ;
- être multidisciplinaire ;
- être approprié à la description de tâches ;
- être continu.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique

Les femmes, leur conjoint et leur famille recevront de l'information sur tous les sujets suivants :

- les bénéfices de l'allaitement pour la santé de la mère et celle du bébé ;
- l'importance de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de la vie ;
- la valeur du contact peau à peau entre la mère et le bébé ;
- l'importance de la cohabitation et de l'allaitement à la demande du bébé ;
- les signes indiquant une bonne position et une bonne prise du sein ;
- le développement et le maintien d'une bonne production lactée.

Les principes d'une bonne pratique de l'allaitement seront expliqués à la femme enceinte, de façon à ce qu'elle puisse prendre une part active aux décisions concernant l'alimentation de son enfant et les difficultés d'allaitement potentielles. Toute la formation et le matériel utilisé devraient refléter les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS et de l'UNICEF.

4. Aider les mères à commencer et à poursuivre l'allaitement

Cette étape englobe les conditions 4, 5, 7, 8 et 9 des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS et de l'UNICEF. On doit s'assurer que le personnel travaillant en santé communautaire a des pratiques conformes à ces conditions.

Il est prouvé que l'allaitement est favorisé par :

- le contact peau à peau précoce entre la mère et son bébé ;
- la cohabitation ;
- l'allaitement selon les besoins du bébé ;
- la non-utilisation de tétines artificielles ou d'amusement ;
- la non-utilisation de suppléments (sauf sur indication médicale) ;
- la bonne position du bébé et la prise correcte du sein.

La connaissance de certains principes, comme la bonne position du bébé et l'expression manuelle, renforce la capacité des femmes à s'occuper elles-mêmes de leur allaitement. Le personnel doit voir à ce que les mères acquièrent cette capacité. L'orientation vers les groupes d'entraide à l'allaitement est une composante importante du soutien aux mères qui allaitent et doit être reconnue comme telle.

5. Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'ajout d'aliments solides au régime du bébé au moment opportun

Cette étape reflète la sixième condition pour le succès de l'allaitement de l'OMS et de l'UNICEF et a trait à l'ajout d'aliments solides au régime du bébé.

Les femmes recevront l'information et le soutien appropriés qui leur permettront d'allaiter exclusivement leur bébé pour les six premiers mois et de poursuivre l'allaitement après l'ajout de solides à son alimentation et ce, pour environ deux ans, comme l'a énoncé l'Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA 54.2, 2001).

Le matériel didactique doit être libre de toute affiliation commerciale et ne doit promouvoir ni les substituts du lait maternel, ni les aliments solides non recommandés pour l'âge du bébé, ni les tétines d'amusement, ni les biberons.

6. Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités

Tous les membres du personnel soignant reconnaissent et soutiennent que l'allaitement est la norme. Les femmes devraient pouvoir allaiter leur bébé dans des endroits publics, quels qu'ils soient, et elles devraient être soutenues face aux critiques des personnes présentes. Un endroit intime et confortable doit être offert aux femmes qui le désirent.

7. Encourager la coopération entre le personnel soignant, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale

Le personnel soignant doit encourager la constitution de réseaux de soutien pour les femmes qui allaitent. Les femmes seront informées des ressources, professionnelles et bénévoles, auxquelles elles peuvent avoir recours, et de la façon de les joindre. On s'assurera que les femmes ayant des difficultés peuvent compter sur du soutien jour et nuit.

Les professionnels de la santé et les bénévoles des groupes d'entraide devraient participer à l'élaboration de politiques et de protocoles régionaux, de manière à ce que tous soient conscients de la nature complémentaire du soutien en allaitement.

Les professionnels de la santé devront collaborer avec les groupes communautaires à la création d'une culture de l'allaitement. Cela implique de créer des liens avec les groupes et organisations engagés auprès des familles et avec les médias pour les sensibiliser à l'importance de l'allaitement.

Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA), case postale 65114, Toronto (Ontario) M4K 3Z2

Télécopieur : (416) 465-8265 courriel : bfc@istar.ca

Site Internet: <http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/>

Le présent texte peut être copié intégralement, mais ne peut être adapté sans permission et ne peut être utilisé à des fins commerciales.

Annexe IV — Lettre d'intention pour être ami des bébés

Au Québec, comme c'est le cas aux États-Unis et au Royaume-Uni, être en processus de désignation signifie qu'un établissement a franchi certaines étapes essentielles pour être reconnu ami des bébés et a transmis au Comité provincial pour l'allaitement une lettre d'intention. L'établissement pourra ensuite, s'il satisfait aux critères, être reconnu ami des bébés.

L'établissement dit « en processus de désignation » doit franchir les étapes suivantes :

- a) répondre au questionnaire d'auto-évaluation proposé par l'IHAB/IAB (ce questionnaire peut être obtenu au comité provincial pour l'allaitement) ;
- b) adopter un plan d'action définissant les activités et l'échéancier qui répondront aux conditions ou aux étapes de reconnaissance (ce plan doit être adopté par la régie interne). Le choix de l'ordre dans lequel les conditions seront appliquées et les étapes franchies appartient à l'organisation ;
- c) recueillir de l'information, dans les hôpitaux et les maisons de naissance, sur les taux d'allaitement exclusif et partiel à la naissance et à la sortie du service de maternité.

De l'information plus précise concernant les lettres d'intention et le processus de désignation « ami des bébés » sera disponible plus tard.

Bibliographie

AGRICULTURE ET AGROALIMENTAIRE CANADA (1998). *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire. Une réponse au sommet mondial de l'alimentation*, Ottawa, Agriculture et agroalimentaire Canada, 56 p.

ALDERMAN, B.W., et autres (1986). « Reproductive history and postmenopausal risk of hip and forearm fracture », *American Journal of Epidemiology*, n° 124, p. 262-267.

ALTEMUS, M., et autres (1995). « Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women », *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol.80, n° 10, p. 2954-2959.

ALVARADO, R., et autres (1996). « Evaluation of a breastfeeding-support program with health promoter's participation », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 17, n° 1, p. 49-53.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997). « Breastfeeding and the use of human milk », *Pediatrics*, vol. 100, n° 6, p. 1035-1039.

ANDERSON, E., et E. GEDEN (1991). « Nurses' knowledge of breastfeeding », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 20, p. 58-64.

ANDERSON J.W., B.M. JOHNSTONE et D.T. REMLEY (1999). « Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, p. 525-535.

ARMSTRONG, H.C. (1990). « Breastfeeding promotion : training of mid-level and outreach health workers », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 31, n° 1, p 91-103.

ARMSTRONG, H.C. (1998). « Techniques of feeding infants : the case for cup feeding », *Research in Action*, vol. 8, p 1-6.

ASHRAF, R.N., et autres (1993). « Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate », *Acta paediatrica*, vol. 82, n° 12, p 1007-1011.

ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ (1994). *Énoncé de politique sur l'allaitement maternel*, Association canadienne des soins de santé, Ottawa, 6 p.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA (2001). *Exposé de position de l'APhC : L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson*, Association des pharmaciens du Canada, Ottawa, 5 p.

BALL, T.M., et A.L. WRIGHT (1999). « Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life », *Pediatrics*, vol. 103, p. 870-876.

BARNETT, E., M. SIENKIEWICK et S. ROHOLT (1995). « Beliefs about breastfeeding. A state wide survey of health professionals », *Birth*, vol. 22, n° 1, p. 15-20.

BARKER, D.J., et autres (1989). « Weight in infancy and death from ischaemic heart disease », *Lancet*, vol. 2, n° 8663, p.577-580.

BARROS, F.C., et autres (1995). « The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth : a birth cohort study », *Acta Paediatrica*, vol. 84, p. 1221-1226.

BAYOT, I. (1998). « Papa ne prend pas le sein ? Tant mieux ! », *Le ligueur*, vol. 35, p. 20.

BEAUDRY, M., et L. AUCOIN-LARADE (1989). « Who breast-feeds in New Brunswick : when and why », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, p. 166-172.

BEAUDRY, M., et R. DUFOUR (1991). « Facteurs de réussite de l'allaitement maternel au Nouveau-Brunswick : informations et conditions de travail compatibles », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 82, p. 325-330.

BEAUDRY, M., R. DUFOUR et S. MARCOUX (1995). « Relation between infant feeding and infections during the first six months of life », *The Journal of Pediatrics*, vol. 126, n° 2, p.191-197.

BÉLANGER, L., et N. MERCIER (1997). *La continuité des services CH-CLSC dans le cadre du congé précoce*, Présentation au 5^e colloque en périnatalité de l'hôpital Sainte-Justine et de l'Éducation médicale continue de l'Université de Montréal.

BERGMAN, V., et autres (1993). « A survey of Swedish mothers' view on breastfeeding and experiences of social and professional support », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 7, p. 47-52.

BERNARD-BONNIN, A.C., et autres (1989). « Hospital practices and breastfeeding duration : a meta-analysis of controlled trial », *Birth*, vol. 16, n° 2, p. 64-66.

BRADLEY, J.E., et J. MEME (1992). « Breastfeeding promotion in Kenya : changes in health worker knowledge, attitudes and practices », *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 38, p. 228-234.

BRINTON L.A., et autres (1995). « Breastfeeding and breast cancer risk », *Cancer Causes and Control*, vol. 6, n° 3, p. 199-208.

BROMBERG BAR-YAM, N., et L. DARBY (1997). « Fathers and breastfeeding : a review of the literature », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 1, p. 45-50.

BURKHALTER, B.R., et P.S. MARIN (1991). « A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile », *International Journal of Gynecology and obstetrics*, vol. 34, p. 353-359.

CAROLL, T. (1994). « Substantially increasing breastfeeding : an accomplishment of the Alabama WIC program », *Journal of Human Lactation*, vol. 10, n° 2, p. 129-130.

CHALMERS, B. (1997). « The Baby Friendly Initiative in Canada : some observations », *Journal SOGC*, vol. 19, p. 978-982.

CHILVERS, C.E.D. (1993). « Breastfeeding and risk of breast cancer in young women », *British Medical Journal*, vol. 307, p. 17-20.

CHRISTENSSON, K., et autres (1995). « Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact », *Acta Paediatrica*, vol. 84, p. 468-473.

CHUA, S., et autres (1994). « Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 101, p. 804-805.

COHEN, R.J., et autres (2000). « Exclusively breastfed, low birthweight term infants do not need supplemental water », *Acta paediatrica*, vol. 89, p. 550-552.

COHEN, R., M.B. MARTEK et R.G. MARTEK (1995). « Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations », *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, p. 148-153.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (1996). *Résolution 96-01-04 concernant les laits maternisés*.

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT (1996). *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement*, Comité canadien pour l'allaitement, 4 p.

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT (1998). *Plan d'action au lancement de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés /Initiative des amis des bébés (IHAB/IAB) au Canada*, 1998-2000, 16 p.

COMITÉ DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*, Proposition du Conseil des directeurs de santé publique adoptée en 1997, Québec.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (1997). *Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum*, Montréal, Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, vol. XV, 116 p.

COURVILLE, F. (1995). *Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel : un élément clé du soutien en soins infirmiers*, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 182 p.

COUTSODIS, A., et autres (1999). « Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa : a prospective cohort study », *Lancet*, vol. 354, p. 471-476.

CUMMINGS, R.G., et R.J. KLINEBERG (1993). « Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women », *International Journal of Epidemiology*, vol. 22, p. 684-691.

CUNNINGHAM, A.S., D.B. JELLIFFE et E.F.P. JELLIFFE (1991). « Breast-feeding and health in the 1980s : a global epidemiologic review », *The Journal of Pediatrics*, vol. 118, n° 5, p. 659-666.

CYR R., et D. CHAGNON (1996). *Expérimentation d'un programme de support à l'allaitement maternel en milieu défavorisé*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 40 p.

DAVIS, M.K., D.A. SAVITZ et B.I. GRAUBARD (1988). « Infant feeding and childhood cancer », *Lancet*, vol. 2, n° 8607, p. 365-368.

DAVIS, M.K. (1998). « Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer », *International Journal of Cancer*, vol. 11, p. 29-33.

DUBOIS, L., et autres (2000). « L'alimentation », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5, 52 p.

DUFFY, L.C., et autres (1997). « Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media », *Pediatrics*, vol. 100, n° 4, 7 p.

DUMAS, L., M. LEPAGE et L. CÔTÉ (1999). *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans l'Outaouais suite à une action de concertation régionale*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 116 p.

DUNCAN, B., et autres (1993). « Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics*, vol. 91, n° 5, p. 867-872.

DZAKPASU, S., et autres (2000). « The Matthew effect : infant mortality in Canada and internationally », *Pediatrics*, vol. 106, n° 1, 5 p.

ELANDER, G., et T. LINDBERG (1986). « Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding », *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 73, p. 237-240.

ENGER, S.M., et autres (1997). « Breastfeeding history pregnancy experience and risk of breast cancer », *British Journal of Cancer*, vol. 76, n° 1, p. 118-123.

EREGIE, C. (1997). « Impact of the baby friendly hospital initiative : an observation from an African population », *International Child Health*, vol. VIII, n° 4, p. 7-9.

FARQUHARSON, J., et autres (1992). « Infant cerebral cortex phospholipid fatty-acid composition and diet », *Lancet*, vol. 340, p. 810-813.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (1998). « La santé des enfants les plus pauvres », *Le Médecin du Québec*, Section Antipasto, vol. 33, n° 12, p.112.

FREED, G.L., et autres (1995). « National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training and experience », *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, n° 6, p. 472-476.

FREEMAN, C.K., et N.K. LOWE (1993). « Breastfeeding care in Ohio hospitals : a gap between research and practice », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 22, n° 5, p. 447-453.

GERSTEIN, H.C. (1994). « Cow's-milk exposure and type-I diabetes mellitus : a critical overview of the clinical literature », *Diabetes Care*, vol. 17, p. 13-19.

Gilbert D., et M.C. LEPAGE (1996). « Allaitement maternel et facteurs associés chez des mères jeunes et plus âgées », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, p. 95-96.

GIUGLIANI, E.R.J., et autres (1994). « Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed ? A study about fathers' knowledge of breastfeeding », *Acta Paediatrica*, vol. 83, p. 1127-1131.

GRAY-DONALD, K., et autres (1985). « Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding : a controlled clinical trial », *Pediatrics*, vol. 75, n° 3, p. 514-518.

GREINER, T. Site internet : <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3156/commun1.htm>

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1136 p.

HAMBRAEUS, L. (1977). « Proprietary milk versus human milk in infant feeding », *Pediatric Clinic of North America*, vol. 24, n° 1, p. 17-36.

HARTLEY, B., et M. O'CONNOR (1991). « Evaluation of the 'Best Start' breastfeeding education program », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 150, p. 868-871.

HARTMANN, P.E. (1987). « Lactation and reproduction in Western Australian Women », *Journal of Reproduction Medecine*, vol. 32, p. 543-547.

HATLØY, A., et A. OSHAUG (1997). « Human milk : an invisible food ressource », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 4, p. 299-305.

HILL, P.D., et autres (1997). « Does early supplementation affect long-term breastfeeding ? », *Clinical Pediatrics*, vol. 36, n° 6, p. 345-350.

HOFVANDER, Y. *International Child Health Unit*, Communication personnelle, Uppsala, Suède, juin 1997.

HOPKINSON, J.M., R.J. SCHANLER et C. GARZA (1988). « Milk production by mothers of premature infants », *Pediatrics*, vol. 81, n° 6, p. 815-820.

HORWOOD, L.J., et D.M. FERGUSON (1998). « Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes », *Pediatrics*, vol. 101, n° 1, 9 p.

HOWIE, P.W., et autres (1990). « Protective effect of breast feeding against infection », *British Medical Journal*, vol. 300, p. 11-16.

ILLINGWORTH, R.S., et D.G.H. STONE (1952). « Self-demand feeding in a maternity unit », *Lancet*, vol. I, n° 6710, p. 683-687.

IZATT, S.D. (1997). « Breastfeeding counseling by health care providers », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 2, p. 109-113.

JETTÉ, S. (1997). « Promotion et soutien de l'allaitement maternel : Des infirmières de la Montérégie passent à l'action », *L'Infirmière du Québec*, vol. 4, n° 4, p. 19-26.

JETTÉ, S. (1999). *Évaluation formative d'un programme de promotion et soutien à l'allaitement maternel*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 147 p.

KATCHER, A., et M. LANESE (1985). « Breast-feeding by employed mothers : a reasonable accommodation in the work place », *Pediatrics*, vol. 75, n° 4, p. 644-647.

KENNEDY, K., et C. VISNESS (1992). « Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea », *Lancet*, vol. 339, p. 227-230.

KENNEL, J.H., et M.H. KLAUS (1998). « Bonding : recent observations that alter perinatal care », *Pediatrics*, vol. 19, p. 4-12.

KOLETZKO, S., et autres (1989). « Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood », *British Medical Journal*, vol. 298, p. 1617-1618.

KRAMER, M.S. (1991). « Poverty, WIC, and promotion of breast-feeding », *Pediatrics*, vol. 87, n° 3, p. 399-400.

KRAMER, M.S., et autres (2001). « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 4, p. 413-420.

KYENKYA-ISABIRYE, M., et R. MAGALHEAS (1990). « The mothers' support role in the health care system », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 31, n° 1, p. 85-90.

LABBOK, M.H., et autres (1994). « Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : Une option initiale de planification familiale en postpartum - ses implications en matière de politique et de programmes », *Advances in Contraception*, vol. 10, p. 93-109. (Reproduit avec la permission du Kluwer Academic Publishers, Lancaster, United Kingdom).

LABBOK, M.H. (1999). « Health sequelae of breastfeeding for the mother », *Clinics in Perinatology*, vol. 26, n° 2, p. 491-503.

LANG, S., C.J. LAWRENCE et R.L. ORME (1994). « Cup feeding : an alternative method of infant feeding », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 71, p. 365-369.

LANTING, C.I., et autres (1994). « Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies », *Lancet*, vol. 344, p. 1319-1322.

LAWRENCE, R.A. (1982). « Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals », *Pediatrics*, vol. 70, n° 6, p. 912-920.

LE BOSSÉ, Y., et M. LAVALLÉE (1993). « Empowerment et psychologie communautaire », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n° 18, p. 7-20.

LEPAGE, M.C., et J. MOISAN (1998). *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Québec, Direction de la santé publique de Québec. 171 p.

LEVITT, C., et autres (1995). *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile, 276 p.

LITTMAN, H., S. VANDERBRUG MEDENDORP et J. GOLDFARB (1994). « The decision to breastfeed : The importance of fathers' approval », *Clinical Pediatrics*, Avril, p.214-219.

LOCKLIN, M., et S. NABER (1993). « Does breastfeeding empower women ? », *Birth*, vol. 20, p. 30-35.

LONG, D.G., et autres (1995). « Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population », *Journal of Human Lactation*, vol. 11, n° 4, p. 279-284.

LOSCH, M., et autres (1995).« Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding », *The Journal of Pediatrics*, vol. 126, n° 4, p. 507-514.

LUCAS, A., et T.J. COLE (1990). « Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis », *The Lancet*, vol. 336, p. 1519-1523.

LUCAS, A., et autres (1992). « Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm », *The Lancet*, vol. 339, p. 261-264.

LUCAS, A., et autres (1997). « Breastfeeding and catch-up growth in infants born small for gestational age », *Acta Paediatrica*, vol. 86, n° 6, p. 564-569.

LUTTER, C.K., et autres (1997). « The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low income women in Brazil », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 4, p. 659-663.

MARTIN, C., et G. BOYER (1995). *Naître Égaux, Grandir en Santé*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et ministère de la Santé et des Services Sociaux, 213 p.

MARTIN-CALAMA, J., et autres (1997). « The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 3, p. 209-213.

MARTINES, J.C., A. ASWORTH et B. KIRKWOOD (1989). « Breastfeeding among the urban in southern Brazil : reasons for termination in the first 6 months », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 67, n° 2 p. 151-161.

MATICH, J.R., et L. SIMS (1992). « A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed », *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 8, p. 919-927.

MAYER, E.J., et autres (1988) « Reduced risk of IDDM among breastfed children », *Diabetes*, vol. 37, p. 1625-1632.

MAYER, F., et C. MORIN (2000). *Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 119 p.

MEIER, P., et L. BROWN (1996). « State of the science. Breastfeeding for mothers and low birth weight infants ». *Nursing Clinics of America*, vol. 31, n° 2, p. 351-362.

MELTON, L.J., S.C. BRYANT et H.W. WAHNER (1993). « Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life », *Osteoporosis International*, vol. 3, p. 76-83.

MENNELLA, J.A. (1995). « Mother's milk : a medium for early flavor experiences », *Journal of Human Lactation*, vol. 11, n° 1, p. 39-45.

MICHAELS, M. (1993). « Breastfeeding Promotion in the Utah WIC Program », *Journal of Human Lactation*, vol. 9, n° 3, p. 206-207.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Politique de périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 p.

MITCHELL, E.A., R. SCRAGG et A.W. STEWART (1992). « Four modifiable and other risk factors for cot death : The New Zealand Study », *Journal of Pediatrics and Child Health*, vol. 28, n° 1, p. 53-58.

MONTGOMERY, D.L., et P.L. SPLETT (1997). « Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WIC », *Journal of the American Dietetics Association*, vol. 97, p. 379-385.

NATIONS UNIES (1989). *Convention internationale des droits de l'enfant*, New York, Nations Unies.

NEIFERT, M., R. LAWRENCE et J. SEACAT (1995). « Nipple confusion : Toward a formal definition », *The Journal of Pediatrics*, vol. 126, p. 125-129.

NEWCOMB, P.A., et autres (1994). « Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 330, p. 81-87.

NISSSEN, E., et autres (1995). « Effects of maternal pethidine on infants developing breastfeeding behavior », *Acta Paediatrica*, vol. 84, p. 140-145.

NYLANDER, G., et autres (1991). « Unsupplemented breastfeeding in maternity ward. Positive long term effects », *Acta Obstetrica Gynecologica*, vol. 70, p. 205-209.

NYLANDER, G. (1997). « Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi », *Les dossiers de l'allaitement*, p. 23-28.

O'CAMPO, P., et autres (1992). « Prenatal factors associated with breastfeeding duration : recommandations for prenatal interventions », *Birth*, vol. 19, n° 4, p. 195-201.

O'LEARY QUINN, A., D. KOEPESELL et S. HALLER (1997). « Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 26, n° 3, p. 289-294.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1981). *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1991). *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et UNICEF (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Genève, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et UNICEF (1990). *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, Florence, Italie, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et UNICEF (1992). *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés. Deuxième partie : exécution au niveau des hôpitaux. Directives de l'UNICEF*, Genève, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), COMITÉ SUR LES MÉTHODES DE RÉGULATION DES NAISSANCES ET SUR LA FERTILITÉ (1998). « The World Health organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea II. Factors associated with the length of amenorrhea », *Fertility and Sterility*, vol. 70, n° 3, p. 461-471.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), COMITÉ SUR LES MÉTHODES DE RÉGULATION DES NAISSANCES ET SUR LA FERTILITÉ (1999). « The World Health organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea III. Pregnancy during breast-feeding », *Fertility and Sterility*, vol. 72, n° 3, p. 431-440.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2000). *Rapport du Directeur général sur la « Nutrition du nourrisson et du jeune enfant »*, Cinquante-troisième assemblée mondiale de la santé, Organisation mondiale de la Santé, A53/7, 3 mars 2000, p. 3.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001). *Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding-Conclusions and Recommendations*, Genève, 28 au 30 Mars 2001, (A54/INF.DOC./4).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1999). *Prise de position – Allaitement maternel*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 6 p.

PALMER, B. (1998). « The Influence of Breastfeeding on the Development of the Oral Cavity: A Commentary », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2, p. 93-98.

PARADISE, J.L., B.A. ELSTER et L. TAN (1994). « Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media », *Pediatrics*, vol. 94, p. 853-860.

PATTON, C., et autres (1996). « Nurse's attitudes and behaviors that promote breastfeeding », *Journal of Human Lactation*, vol. 12 n° 2, p. 111-115.

PÉREZ-ESCAMILLA, R., et autres (1992). « Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women », *Early Human Development*, vol. 31, p. 25-40.

PÉREZ-ESCAMILLA, R., et autres (1994). « Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success : an analytical overview », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 1, p. 89-97.

PUGIN, E., et autres (1996). « Does prenatal breastfeeding skill group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program ? », *Journal of Human Lactation*, vol. 12, n° 1, p. 15-19.

QUARLES, A., et autres (1994). « Mother's intention, age, education and the duration and management of breastfeeding », *Maternal Child Nursing Journal*, vol. 22, n° 3, p. 102-108.

QUÉNIART, A., et C. BOURGAULT (1999). *Maternité et travail : une analyse exploratoire de la condition socio-économique des femmes primipares et période périnatale*, Montréal, Regroupement Naissance Renaissance. 73 p.

RADFORD, A. (1992). « The ecological impact of bottle feeding », *Breastfeeding Review*, vol. 2, n° 5, p. 204-208.

REAMER, S.B., et M. SUGARMAN (1987). « Breastfeeding beyond 6 months : mother's perceptions of positive and negative consequences », *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 33, p. 93-97.

RELUCIO CLAVANO, N. (1981). « The results of a change in hospital practices : A paediatrician's campaign for breastfeeding in the Philippines », *Assignment Children*, vol. 55 et 56, p. 139-165.

RENFREW, M.J., et S. LANG (1999). « Early vs delayed initiation of breastfeeding », *The Cochrane library*, Oxford .

RENFREW, M.J., et S. LANG (1999). « Interventions for improving breastfeeding techniques », *The Cochrane library*, Oxford.

RENFREW, M.J., et S. LANG (1999). « Feeding schedules in hospitals for newborn infants », *The Cochrane library*, Oxford.

RIGHARD, L., et M.O. ALADE (1990). « Effect of delivery room routines on success of first breastfeed », *The Lancet*, vol. 336, p. 1105-1107.

RIGHARD, L., et M.O. ALADE (1992). « Sucking technique and its effect on success of breastfeeding », *Birth*, vol. 19, n° 4, p. 185-189.

ROSENBLATT, K.A., et D.B. THOMAS (1993). « Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer », *International Journal of Epidemiology*, vol. 22, n° 2, p. 192-197.

SAARINEN, U.M. (1982). « Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media », *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 71, p. 567-571.

SAARINEN, U.M., et M.A. SIIMES (1979). « Iron absorption from breast milk, cow's milk, and iron-supplemented formula : an opportunistic use of changes in the total body iron determined by hemoglobin, ferritin, and body weight in 132 infants », *Pediatric Research*, vol. 13, p. 143-147.

SACHDE, H.P.S., et autres (1991). « Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics », *The Lancet*, vol. 337, p. 929-933.

SANGIOVANNI, J.P., et autres (2000). « Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long-chain polyunsaturated fatty acids as they relate to visual resolution acuity in healthy infants », *Pediatrics*, vol. 105, n° 6, p. 1292-1298.

SANTÉ CANADA (1997). *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 39 p.

SANTÉ CANADA (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, pag. variée.

SANTÉ CANADA (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 152 p.

SANTÉ CANADA, STATISTIQUE CANADA et LE CENTRE CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, Santé Canada, Statistique Canada et Centre canadien d'information sur la santé, 375 p.

SCARIATI, P.D, L.M. GRUMMER-STRAWN et S. BECK FEIN (1997). « A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States », *Pediatrics*, vol. 99, n° 6, <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e5> .

SCHAFER, E., et autres (1998). « Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women », *Birth*, vol. 25, n° 2, p. 101-106.

SCIACCA, J., et autres (1995). « Influences on breast-feeding by lower-income women : An incentive-based, partner-supported educational program », *Journal of the American Dietetics Association*, vol. 95, n° 3, p. 323-328.

SÉGUIN, L., et autres (1998). *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez les femmes défavorisées*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur Santé Publique, 106 p.

SERAFINO-CROSS, P., et P.R. DONOVAN (1992). « Effectiveness of professional breastfeeding home-support », *Society for Nutrition Education*, vol. 24, n° 3, p. 117-122.

SHAW, E., et J. KACZOROWSKI (1999). « The effect of a peer counseling program on breastfeeding initiation and longevity in a low-income rural population », *Journal of Human Lactation*, vol. 15, n° 1, p. 19-25.

SIKORSKI, J., et M.J. Renfrew (2000). « Support for breastfeeding mothers », *The Cochrane Library*, Oxford.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE ET SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE ET COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE (1996). « La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme », *Paediatrica Child Health*, vol. 1, n° 2, p. 165-169.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 55 p.

VALAITIS, R., et E. SHEA (1993). « An evaluation of breastfeeding promotion literature : does it really promote breastfeeding ? », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 84, n° 1, p. 24-27.

VALDÉS, V., et autres (1995). « The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding », *Journal of Human Lactation*, vol. 11, n° 3, p. 185-190.

VALLENAS, C., et F. SAVAGE (1999). *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*, Genève, Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Organisation mondiale de la Santé, 122 p.

VAN ESTERIK, P. (1994) « Breastfeeding and Feminism », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 47, p. 541-554.

VAN ESTERIK, P. (1996). « Breastfeeding and Work : the situation of midwives and other women health care providers », dans Suzan F. Murray (sous la dir. de), *Baby Friendly, Mother Friendly*, éditions Mosby, p. 77-88.

VESTERGAARD, M., et autres (1999). « Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy », *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 88, p. 1327-1332.

VICTORA, C.G., et autres (1993). « Use of pacifiers and breastfeeding duration », *Lancet*, vol. 341, p. 404-406.

VICTORA, C.G., et autres (1997). « Pacifiers use and short breastfeeding duration : cause, consequence, or coincidence ? », *Pediatrics*, vol. 99, n° 3, p. 445-453.

WALKER, M. (1993). « A fresh look at the risks of artificial infant feeding », *Journal of Human Lactation*, Vol. 9, n° 2, p. 97-107.

WANG, Ya Sun, et Shi Yi WU (1996). « The effect of exclusive breastfeeding on development and incidence of infection in infants », *Journal of Human Lactation*, vol. 12, n° 1, p. 27-30.

WATSON-DRISCOLL, J. (1992). « Breastfeeding success and failure ; implications for nurses », *NAACOG'S Clinical Issues*, vol. 3, n° 4, p. 565-569.

WESTIN, J. (1990). « Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children », *Archives of Environmental Health*, vol. 45, n° 6, p. 359-363.

WIDSTRÖM, A.M., et J. THINGSTRÖM-PAULSSON (1993). « The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle », *Acta paediatrica*, vol. 82, p. 281-283.

WILMOTH, T., et J. ELDER (1995). « An assesment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries », *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 4, p. 579-594.

WILSON, A.C., et autres (1998). « Relation of infant diet to childhood health : seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study », *British Medical Journal*, vol. 316, p. 21-25.

WOOLRIDGE, M.W. (1986). « Aetiology of sore nipples », *Midwifery*, vol. 2, n° 4, p. 172-176.

WOOLRIDGE, M.W. (1996). « Problems of establishing lactation », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 17, n° 4, p. 316-323.

WRIGHT, A., S. RICE et S. WELLS (1996). « Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 86, n° 2, p. 171-175.

WRIGHT, L.W., et autres (1998). « Increasing breastfeeding rates to reduce infancy illness at the community level », *Pediatrics*, vol. 101, p. 837-844.

YAMAUCHI, Y., et I. YAMANOUCHI (1990). « The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables », *Acta Paediatrica*, vol. 79, p. 1017-1022.



L'allaitement maternel est largement reconnu comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les enfants. Toutes les mères québécoises doivent avoir la possibilité d'allaiter et de prendre une décision éclairée à ce sujet après avoir reçu une information complète. Il importe également que les familles reçoivent le soutien et l'encouragement appropriés dans un milieu qui favorise l'allaitement au sein. Le présent document propose quatre stratégies pour guider les actions du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que celles du réseau de la santé et services sociaux et des organismes communautaires en matière d'allaitement maternel. Les différentes actions qui y sont proposées devraient permettre d'améliorer la santé et le développement des enfants et d'atteindre l'objectif d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement au Québec.