



CHAPITRE 6

L'ALLAITEMENT MATERNEL



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

- Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Chapter 6 : Breastfeeding

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2019

Date de publication : août 2019

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

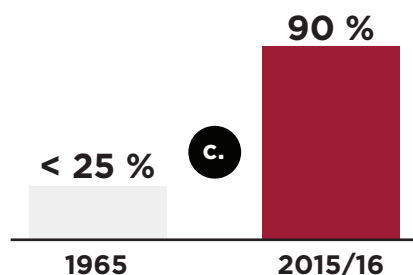
IMPRIMÉ Cat. : HP15-30/6-2019F **PDF** Cat. : HP15-30/6-2019F-PDF Pub. : 190273
ISBN : 978-0-660-32128-8 ISBN : 978-0-660-32127-1

CHAPITRE 6

L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'ALLAITEMENT AU CANADA

Au Canada,
le taux d'amorce
de l'allaitement
a AUGMENTÉ



Les principales raisons avancées par les mères pour justifier l'arrêt de l'allaitement avant six mois sont qu'elles :

- n'ont pas assez de lait
- ont de la difficulté avec la technique d'allaitement

57 %

En 2011-12, **PLUS DE LA MOITIÉ** des mères qui allaitaient ont continué d'allaiter **après six mois**.



Près de **25 %** des femmes **CESSENT** d'allaiter avant que leur bébé n'ait atteint **l'âge d'un mois**.



Les taux d'allaitement varient également à l'échelle du pays selon un gradient général d'ouest en est.

En 2011-12, les taux d'amorce de l'allaitement allaient de **96 %** en **Colombie-Britannique et au Yukon** à **57 %** à **Terre-Neuve-et-Labrador**.

AMIS DES BÉBÉS

21 hôpitaux, 8 centres de naissance et 117 centres communautaires sont désignés comme **AMIS DES BÉBÉS** au Canada.

Au niveau mondial, seuls **10 % des nourrissons** sont nés dans un hôpital désigné comme **AMI DES BÉBÉS**.

Un hôpital offrant des services de maternité ou un établissement de santé communautaire est désigné **AMI DES BÉBÉS** s'il satisfait aux critères pour remplir les **Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ET s'il respecte le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**.

Pour les références, voir le **chapitre 6 : L'allaitement maternel**, dans : Agence de la santé publique du Canada, Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2018.



PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, puis continuer jusqu'à ce que le bébé ait deux ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés.

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) ¹
CONDITION 1	a. Se conformer entièrement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé; b. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et la porter systématiquement à la connaissance du personnel soignant et des parents; c. Mettre sur pied des systèmes de gestion de données et de surveillance continue.	• Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les employés, professionnels de la santé et des bénévoles.
CONDITION 2	• S'assurer que le personnel soignant possède des connaissances, compétences et habiletés suffisantes pour soutenir l'allaitement.	• S'assurer que tous les employés, les professionnels de la santé et les bénévoles ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en oeuvre la politique d'alimentation de l'enfant.
CONDITION 3	• Discuter de l'importance de l'allaitement, et de sa gestion, avec les femmes enceintes et leur famille.	• Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.
CONDITION 4	• Favoriser un contact peau contre peau immédiat et ininterrompu, et assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance.	• Placer les bébés en contact peau contre peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.



PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) ⁱ
CONDITION 5	• Apporter un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein et continuent de le faire, et les aider à résoudre toutes difficultés qui se présentent.	• Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.
CONDITION 6	• Ne donner, aux nouveau-nés qui allaitent au sein, aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.	• Soutenir les mères à allaiter exclusivement pour les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.
CONDITION 7	• Permettre aux mères et à leur nourrisson de demeurer ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24.	• Faciliter la cohabitation sur 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés: mères et bébés restent ensemble.
CONDITION 8	• Aider les mères à reconnaître les signaux du nourrisson pour s'alimenter et à y répondre adéquatement.	• Encourager l'allaitement en réponse aux signaux du bébé. • Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.
CONDITION 9	• Conseiller les mères sur la façon d'utiliser les biberons, les tétines artificielles ou sucettes, ainsi que les risques qui y sont associés.	• Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.
CONDITION 10	• Coordonner les congés de l'hôpital de façon à ce que les parents et le nourrisson aient un accès opportun à un soutien et à des soins continus.	• Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaire et les groupes d'entraide en allaitement. • Appliquer des principes de soins de santé primaires et de santé des populations pour soutenir les mères sur le continuum de soins et implanter des stratégies qui influenceront positivement les taux d'allaitement.

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

REMERCIEMENTS

AUTEURE PRINCIPALE

Marina Green, Inf. aut., M. Sc. inf., IBCLC

Comité canadien pour l'allaitement
Vancouver (Colombie-Britannique)

AUTEURES COLLABORATRICES

Beverley Chalmers, D. Sc.(Med), Ph. D.

Consultante internationale en santé périnatale
Kingston (Ontario)

Louise Hanvey, Inf. aut., B. Sc. inf., MGSS

Analyste principale des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Michelle LeDrew, Inf. aut., B. Sc. inf., M. N., CHE

Membre du conseil d'administration
Comité canadien pour l'allaitement
Directrice
Programme de santé des femmes
et du nouveau-né
Centre de soins de santé IWK
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Lynn M. Menard, Inf. aut., B. Sc. inf., M. A.

Chef d'équipe
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Nancy E. Watters, Inf. aut., B. Sc. inf., M. Sc. inf.

Faculté de soins infirmiers
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

EXAMINATRICES

Dina Ryan Davidson, S.-F. aut., IBCLC

Sage-femme inscrite, consultante en lactation
Inlet Community Birth Program
Port Moody (Colombie-Britannique)

M. Shirley Gross, M. D., CCMF

Directrice
Edmonton Breastfeeding Clinic
Professeure adjointe en clinique
Faculté d'obstétrique-gynécologie
et de médecine familiale
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

**Cheyenne Joseph, Inf. aut., B. Sc. Kin.,
B. Sc. inf., M. S. P., ICSC(C)**

Instructeur infirmière principale
Soins infirmiers communautaires
Université du Nouveau-Brunswick
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Carley Nicholson, R. D., M. S. P.

Analyste des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Catherine M Pound, M. D.

Professeure agrégée
Université d'Ottawa
Pédiatre consultante
Centre hospitalier pour enfants
de l'est de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

Kate Robson, M. Ed.

Coordonnatrice UNSI auprès des parents
Centre Sunnybrook des sciences de la santé (HSC)
Directrice administrative
Fondation pour bébés prématurés canadiens
Représentante
Réseau consultatif canadien sur la famille
Toronto (Ontario)



TABLES DES MATIÈRES

1	POLITIQUE D'ALLAITEMENT FORMULÉE PAR ÉCRIT	4
2	CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR METTRE EN ŒUVRE LES POLITIQUES D'ALLAITEMENT	8
3	INFORMATION DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEUR FAMILLE À PROPOS DE L'ALLAITEMENT	10
4	CONTACT PEAU CONTRE PEAU IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE	15
5	AIDE AUX MÈRES AYANT DE LA DIFFICULTÉ À ALLAITER	18
6	SUPPLÉMENTATION UNIQUEMENT SUR INDICATION MÉDICALE	26
7	COHABITATION DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ	32
8	ALIMENTATION EN RÉPONSE AUX SIGNAUX DU BÉBÉ	33
9	SUCES D'AMUSEMENT ET TÉTINES ARTIFICIELLES	38
10	SOUTIEN À L'ALLAITEMENT DANS LA COLLECTIVITÉ	40
	CONCLUSION	43
	ANNEXE A — RESSOURCES ADDITIONNELLES	44
	ANNEXE B — AFFECTIONS CHEZ LA MÈRE SUSCEPTIBLES DE NUIRE À L'ALLAITEMENT	46
	ANNEXE C — PROBLÈMES D'ALLAITEMENT COURANTS	50
	RÉFÉRENCES	55

L'allaitement maternel est reconnu comme le mode inégalé pour assurer aux nourrissons et jeunes enfants un soutien optimal sur le plan nutritionnel, affectif et immunologique¹⁻³. Conformément à la recommandation de santé publique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Santé Canada recommande d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés, afin de satisfaire les besoins nutritionnels, d'assurer une protection immunologique et de favoriser la croissance et le développement chez les nourrissons et les jeunes enfants. L'allaitement est également lié à bon nombre des objectifs de développement durable des Nations Unies, notamment : élimination de la pauvreté et des inégalités, faim « zéro », bonne santé et bien-être, consommation et production responsables⁴.

Il n'y a aucun doute quant à l'importance de l'allaitement maternel pour les nourrissons, les jeunes enfants et les mères. Ses effets se ressentent non seulement pendant la période d'allaitement, mais également après. Les études récentes et les documents de principes tiennent compte de la relation dose-réponse observée quant aux effets de l'allaitement : plus l'allaitement est exclusif pendant les 6 premiers mois et plus il dure longtemps au-delà des 6 premiers mois, plus les bienfaits et la protection sont importants. Des bienfaits de taille pour le nourrisson sont les suivants⁵⁻⁹ :

- Le lait maternel est facile à digérer et offre la bonne quantité de nutriments, car il s'adapte aux besoins des nourrissons à mesure qu'ils grandissent.
- L'allaitement améliore le développement cognitif et peut protéger contre les infections gastro-intestinales, l'otite moyenne aiguë et les infections des voies respiratoires.
- L'allaitement peut protéger contre l'obésité plus tard au cours de la vie.
- L'allaitement est associé à une diminution du syndrome de mort subite du nourrisson.

Les facteurs suivants sont importants pour la mère ou la famille¹⁰⁻¹³ :

- L'allaitement est une mesure de santé préventive pour la mère allaitante, car il est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein et du cancer de l'ovaire.
- L'allaitement est associé à un retard du retour de l'ovulation et à une perte de poids plus importante après l'accouchement, ainsi qu'à une baisse du risque d'hypertension, de diabète, d'hyperlipidémie et de maladie cardiovasculaire.
- L'allaitement est économique pour les familles – il n'est pas nécessaire d'acheter des biberons ni des substituts du lait maternel.

Les facteurs suivants sont importants pour la société comme telle¹⁴⁻¹⁶ :

- L'allaitement permet de faire des économies, car la meilleure santé des mères et des enfants réduit la perte de productivité due aux maladies et les autres coûts liés aux soins de santé.
- L'allaitement a peu de répercussions sur l'environnement, car il n'y a pas de sous-produits ni de déchets associés à la fabrication et à l'achat des substituts du lait maternel.

> RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL : VOIR ANNEXE A

Les soins dans une perspective familiale respectent le choix éclairé des parents quant à la manière dont ils décident de nourrir leur nouveau-né. Le choix d'un mode d'alimentation est influencé par un certain nombre de facteurs, dont l'expérience personnelle, les connaissances, la culture, les pratiques de commercialisation ainsi que les attitudes du conjoint, de la famille et des amis. Les professionnels de la santé (PS) jouent un rôle important en aidant les familles à prendre des décisions éclairées, ainsi qu'en respectant et en soutenant leur décision.

L'allaitement au Canada

Au Canada, le taux d'amorce de l'allaitement a augmenté, passant de moins de 25 % en 1965 à 90 % en 2015-2016, ce qui représente une amélioration significative^{17,18}. Mais la durée de l'allaitement est inférieure à celle recommandée et, parmi les mères qui commencent à allaiter, près de 25 % cessent d'allaiter avant que leur bébé n'ait atteint l'âge d'un mois². Les principales raisons avancées par les mères pour justifier l'arrêt de l'allaitement avant 6 mois sont qu'elles n'ont « pas assez de lait » (44 %) ou qu'elles ont de la « difficulté avec la technique d'allaitement » (18 %)¹⁹.

Bien que le pourcentage des mères canadiennes qui pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ait augmenté depuis 2003, où il n'était que de 17 %, il reste faible, à 32 %^{18,19}. En 2011-2012, plus de la moitié (57 %) des mères qui allaitaient ont continué d'allaiter après 6 mois. Ce pourcentage chutait à 19 % après le premier anniversaire de l'enfant³.

Les taux d'allaitement varient également à l'échelle du pays selon un gradient général d'ouest en est. En 2011-2012, les taux d'amorce de l'allaitement allaient de 96 % en Colombie-Britannique et au Yukon à 57 % à Terre-Neuve-et-Labrador¹⁹. La plus forte augmentation du taux d'amorce de l'allaitement entre 2003 et 2011-2012 a été observée au Québec, où ce taux est passé de 76 à 89 %.



Il s'ensuit des bienfaits multiples : soins davantage axés sur la mère, amélioration de la qualité des soins, attitudes plus favorables du personnel à l'endroit de l'alimentation du bébé et recours moins fréquent aux préparations pour bébés et aux crèches.

Il existe peu de données sur le pourcentage des femmes canadiennes qui continuent d'allaiter jusqu'à ce que leur enfant ait 2 ans ou plus, conformément aux recommandations de l'OMS/UNICEF et de Santé Canada.

Protection, promotion et soutien de l'allaitement — L'Initiative hôpitaux amis des bébés

Les taux d'amorce et la durée de l'allaitement maternel augmentent lorsqu'on assure de manière active sa protection, sa promotion et son soutien. Il a été démontré en effet que les politiques et pratiques fondées sur des données probantes de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB), de l'OMS et de l'UNICEF améliorent les taux d'amorce de l'allaitement et d'allaitement exclusif ainsi que la durée de l'allaitement²⁰⁻³². L'IHAB s'appuie sur les politiques et pratiques décrites dans les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (Les dix conditions) et dans le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*^{33,34}. Le processus que doit franchir un établissement de santé pour être reconnu comme *Ami des bébés* l'incite à transformer ses pratiques et s'avère souvent un catalyseur propice à des changements liés à l'alimentation du nourrisson. Il s'ensuit des bienfaits multiples : soins davantage axés sur la mère, amélioration de la qualité des soins, attitudes plus favorables du personnel à l'endroit de l'alimentation du bébé et recours moins fréquent aux préparations pour bébés et aux crèches³³.

La ligne directrice de l'OMS, de 2017, *Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services*, contient des recommandations fondées sur des preuves en vue de favoriser la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements qui offrent des services d'assistance maternelle et des soins aux nouveau-nés³⁵. Ses auteurs ont examiné le bien-fondé des *Dix conditions* originales pour ensuite élaborer 15 recommandations axées sur un soutien immédiat, de façon à créer un environnement favorable à l'introduction et à la mise en place de l'allaitement maternel, aux bonnes pratiques d'alimentation, ainsi qu'à la prise en compte d'autres besoins du nourrisson.

La version 2018, par l'OMS/UNICEF, de la ligne directrice *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative* constitue la première mise à jour depuis 1989 des *Dix conditions* et complète la ligne directrice 2017 de l'OMS³⁶. Le sujet de chacune des *Dix conditions* demeure le même, sauf que la terminologie mise à jour se fonde sur les politiques internationales et les éléments probants les plus récents³⁶. De plus, le *Code* de l'OMS (sur les substituts du lait maternel) est intégré dans la Condition 1. Alors que les 2 premières conditions portent sur les procédures de gestion essentielles, les Conditions 3 à 10 décrivent les normes de pratique clinique.

Au Canada, l'Initiative des amis des bébés (IAB), une adaptation de l'IHAB, vise à assurer un continuum de soins entre l'hôpital et les services de santé communautaire et à prendre en compte les recommandations visant l'allaitement des nourrissons plus âgés et des jeunes enfants³⁷. Un hôpital offrant des services de maternité ou un établissement de santé communautaire est désigné *Ami des bébés* s'il satisfait aux critères pour remplir les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et s'il respecte le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) est l'autorité en ce qui

concerne l'IAB dans la plus grande partie du pays; il en supervise la mise en œuvre et l'évaluation. Pour leur part, les comités provinciaux/territoriaux collaborent avec le CCA et avec les hôpitaux et les établissements communautaires afin de mettre en œuvre l'IAB sur le plan local. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'autorité en ce qui concerne l'allaitement maternel et l'IAB; il applique donc ses propres standards et son processus d'évaluation dans ce territoire.

L'énoncé commun, *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* (recommandations NNTS), corédigé par Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), la Société canadienne de pédiatrie (SCP), les Diététistes du Canada et le CCA, recommande que les hôpitaux et les services de santé communautaires mettent en œuvre les politiques et pratiques de l'IAB². Agrément Canada a incorporé l'IAB, ainsi que le contenu des *Dix conditions* et le *Code* de l'OMS à même les normes *Services d'obstétrique* pour les hôpitaux³⁸.

Dans le document *Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les dix conditions et le Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires*, le CCA décrit la collecte de données sur l'allaitement nécessaire pour obtenir la désignation *Ami des bébés*³⁷. Pour ce qui est du Québec, voir le MSSS pour les exigences relatives aux données.

En dépit des recommandations et de l'approbation de nombreuses organisations de santé professionnelles, les hôpitaux et les établissements de santé communautaire affichent jusqu'à présent de mauvais résultats sur le plan de la mise en œuvre de l'IAB^{39,40}. Actuellement, 21 hôpitaux, 8 centres de naissance et 117 centres communautaires sont désignés comme *Amis des bébés* au Canada⁴¹. Au niveau mondial, seuls 10 % des nourrissons sont nés dans un hôpital désigné comme *Ami des bébés*. Aussi, l'OMS incite ses pays membres à accroître la mise en œuvre de l'IAB de façon à atteindre une couverture universelle et en assurer la pérennité.

De plus en plus de publications scientifiques se concentrent également sur l'optimisation des résultats de l'allaitement chez les nouveau-nés en unité néonatale de soins intensifs (UNSI). Des travaux sont en cours à l'échelle internationale pour adapter l'IHAB à ces milieux, sous le nom de *Néo-IHAB*^{42,43}.

L'idéologie sous-jacente à l'IAB s'appuie sur les principes fondamentaux des soins dans une perspective familiale. La mère et son bébé : il s'agit là d'une unité mutuellement interdépendante, et l'allaitement est le mode inégalé d'alimentation du nourrisson. Chaque couple mère-bébé et sa famille reçoivent du soutien pour trouver la meilleure approche possible dans leur contexte particulier. Le rôle des PS est notamment de seconder ce processus normal, d'éliminer les obstacles au succès et de fournir davantage de soutien en cas de difficultés.

Le contenu de ce chapitre est organisé selon l'ordre suivi dans les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (2018)³³. En en-tête de chacune des *Dix conditions* figure la description originale de l'OMS, tirée de l'IHAB, suivie du libellé du CCA pour le Canada³⁷.

Ce chapitre ne décrit pas les critères précis pour obtenir la désignation *Ami des bébés*. Se reporter à la version révisée du document *Initiative des Amis des Bébés : Indicateurs de résultats pour les dix conditions et le Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires* pour connaître les exigences et les évaluations relatives à cette désignation; et consulter le MSSS pour les critères en vigueur au Québec³⁷.



1 POLITIQUE D'ALLAITEMENT FORMULÉE PAR ÉCRIT

CONDITION 1

OMS/UNICEF	- Se conformer entièrement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé; - Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et la porter systématiquement à la connaissance du personnel soignant et des parents; - Mettre sur pied des systèmes de gestion de données et de surveillance continue.
CANADA	Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les employés, professionnels de la santé et des bénévoles.

Le Code

Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (Code de l'OMS publié en 1981 et réaffirmé en 2018), dont le Canada est signataire, a été élaboré en réponse à des pratiques de commercialisation inappropriées qui ont contribué au déclin de l'allaitement maternel, en particulier dans les pays en développement⁴⁴. Le Code de l'OMS a été rédigé afin de garantir que la décision des femmes d'allaiter ou non est influencée par les priorités en matière de santé, et non par des intérêts à but lucratif. Le Code interdit la promotion et la commercialisation de préparations pour nourrissons, de biberons, de tétines et d'aliments complémentaires pour les nourrissons de moins de 6 mois. Il a pour but de « [...] contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel et en assurant 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 commercialisation et distribution appropriées ».

Ce Code vise à protéger et à promouvoir l'allaitement maternel en assurant la commercialisation éthique des substituts du lait maternel par l'industrie et les États. Les interdictions suivantes devraient être appliquées³⁷ :

- Pas de publicité en direction du public pour les produits suivants : préparations pour nourrissons, biberons, tétines ou sucres.
- Pas d'échantillons gratuits de ces produits remis aux mères ou à leur famille.
- Pas de promotion de produits d'allaitement artificiel dans les établissements de soins de santé ni de distribution de produits à bon marché ou gratuits.
- Pas de représentants des fabricants pour donner des conseils aux mères.
- Pas de cadeaux ni d'échantillons de ces produits offerts aux PS.
- Pas de formulation ni d'image idéalisant l'allaitement artificiel, y compris des images de bébés sur les étiquettes de produits.



En outre :

- Les renseignements destinés aux PS doivent être factuels et fondés sur des données probantes.
- Tous les renseignements sur l'allaitement artificiel des nourrissons, y compris les étiquettes, doivent expliquer l'importance de l'allaitement maternel ainsi que les coûts et les risques associés à l'allaitement artificiel.
- Les produits inadéquats, comme le lait condensé sucré, ne doivent pas faire l'objet de promotions.
- Tous les substituts du lait maternel doivent être d'excellente qualité et conçus en fonction du climat et des conditions de conservation qui ont cours dans le pays d'utilisation.

Les gouvernements sont responsables de faire appliquer les restrictions de commercialisation par des moyens sociaux et législatifs. L'industrie des laits infantiles doit veiller à ce que ses pratiques de commercialisation et d'étiquetage soient conformes à la législation. Les PS devraient encourager et protéger l'allaitement maternel et éviter de se laisser influencer par les pratiques de commercialisation de l'industrie des préparations pour nourrissons ou de coopérer avec ces pratiques. Le système de soins de santé devrait encourager et protéger l'allaitement maternel en ne faisant aucune promotion pour les produits d'allaitement artificiel⁴⁵.

La publicité pour les laits infantiles a un effet négatif sur l'allaitement maternel, qui joue un rôle dans la normalisation d'une culture de l'alimentation mixte combinant l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel⁴⁶. Les pratiques

de commercialisation accrocheuses constituent des infractions directes au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Lorsqu'une relation est créée entre un fabricant de préparations pour nourrissons et un PS, le résultat est une fidélité et une dépendance à la marque⁴⁷.

L'Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens a observé que 68 % des hôpitaux avaient encore des contrats d'exclusivité avec des fabricants de lait infantile en 2007, même si ce pourcentage était en baisse par rapport à 82 % en 1993³⁹. Toutefois, 90 % des hôpitaux ont indiqué qu'ils ne donnaient pas d'échantillons de préparation commerciale pour nourrissons aux mères, une hausse comparativement à 58 % des hôpitaux en 1993⁴⁸. Dans l'Enquête sur l'expérience de la maternité, 64 % des femmes ont indiqué qu'on ne leur avait pas proposé ni donné d'échantillons gratuits. Les femmes qui étaient plus jeunes, qui accouchaient de leur premier enfant, qui avaient un niveau d'études inférieur ou qui vivaient avec un faible revenu étaient plus susceptibles de se voir offrir des échantillons gratuits^{49,50}.

La relation entre les médecins et l'industrie pharmaceutique influence la pratique professionnelle. C'est également le cas avec les fabricants de préparations pour nourrissons⁵¹. Des études internationales ont démontré que de 80 à 95 % des médecins voyaient régulièrement des représentants commerciaux de laboratoires pharmaceutiques, même s'il est avéré que les renseignements fournis par ceux-ci sont biaisés et influent sur les habitudes de prescription⁵². Un certain nombre d'associations médicales et d'autres groupes appellent à ce que des mesures particulières soient prises pour que les PS se *dégagent* de leur relation avec l'industrie pharmaceutique.

Il y a eu des cas avérés d'infractions au *Code* de l'OMS par l'industrie des préparations pour nourrissons au Canada⁴⁵. Dans les *Exigences en matière d'étiquetage des aliments pour bébés, des préparations pour nourrissons et du lait maternel*, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et Santé Canada demandent instamment à l'industrie des préparations pour nourrissons de respecter et d'appliquer les principes du *Code*⁵³. En outre, certains principes établis dans le *Code* correspondent également à l'article 5(1) de la *Loi sur les aliments et drogues*⁵³. Deux gouvernements provinciaux (la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse) ont conclu des ententes visant l'achat de préparations, qui encouragent les établissements de soins à faire l'achat de préparations et de produits d'allaitement artificiel plutôt que d'accepter des cadeaux gratuits et de matériel de marketing.

Se reporter au document *Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les dix conditions et le Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires*, du CCA, pour la liste de vérification liée au respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de l'OMS^{37,44}.

Politique de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est le mode inégalé d'alimentation des nourrissons pour leur croissance et leur développement sains – et les politiques portant sur l'alimentation des nourrissons doivent l'indiquer. Néanmoins, le soutien aux mères qui choisissent d'alimenter leur bébé avec des substituts du lait maternel (c.-à-d. préparation pour nourrissons) ou qui ne peuvent pas allaiter devrait être inclus dans ces politiques.



Il est important que tous les personnels connaissent l'importance de l'allaitement, de même que l'IAB et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Des modèles et des exemples de politiques d'alimentation du nourrisson sont disponibles auprès des établissements *Amis des bébés* ou en ligne pour faciliter l'élaboration des politiques. Pour qu'elle soit efficace et durable, la mise en œuvre des politiques nécessite « des approches soigneusement planifiées, en plusieurs volets et à plusieurs niveaux », impliquant idéalement de multiples intervenants, dont les familles⁴⁶. Des stratégies de gestion du changement sont disponibles dans le domaine de la science de la mise en œuvre, qui prend de plus en plus d'ampleur, pour cibler la culture organisationnelle et la pratique clinique.

Le processus d'élaboration de la politique d'alimentation du nourrisson devrait inclure un examen de toutes les politiques existantes par le prisme de l'IAB. Par exemple :

- les politiques devraient encourager et soutenir les familles pour leur permettre de rester ensemble lorsque la mère ou le nouveau-né doivent être hospitalisés de nouveau pour des soins;
- les politiques sur les soins aux nouveau-nés à la naissance devraient faire référence au contact peau contre peau;
- les politiques sur les interventions médicales douloureuses devraient notamment encourager les mères à apaiser leur nourrisson par l'allaitement ou le contact peau contre peau.

Voici des ressources qui peuvent aider à élaborer des politiques et lignes directrices de pratique sur l'allaitement maternel^{2,3,35-37,44,54-56} :

- *Implementation guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-friendly Hospital Initiative*;
- *Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services*;
- *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*;
- *Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les dix conditions et le Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires*;
- *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* et *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois*;
- *Breastfeeding Healthy Term Infants*;
- Protocoles cliniques de l'Academy of Breastfeeding Medicine; et
- *The Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Néo-IHAB)*.

Comme les familles interagissent avec des employés autres que leurs PS dans les hôpitaux et les établissements de santé communautaire, il est important que tous les personnels – gestionnaires, administrateurs, personnel auxiliaire, étudiants, personnel administratif, professionnels paramédicaux, bénévoles et non seulement les PS – connaissent l'importance de l'allaitement, de même que l'IAB et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Les familles doivent également savoir à quelle norme de soins elles peuvent s'attendre, et elles peuvent l'apprendre auprès de leurs PS ou par les médias sociaux, dans des brochures imprimées et lors des cours de préparation à l'accouchement.

Collecte de données et surveillance

La collecte de données sur l'allaitement maternel est une composante essentielle de la surveillance de la santé, et le suivi des tendances joue un rôle important dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Le manque de

collecte de données continue et de définitions standardisées à l'échelle des établissements et des provinces/territoires peut poser des défis à tous les niveaux⁴⁰. Une telle collecte inclura les éléments suivants :

- Taux d'amorce de l'allaitement maternel et pratique exclusive à la suite du congé de l'hôpital;
- Taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois;
- Taux d'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus.



2 CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR METTRE EN ŒUVRE LES POLITIQUES D'ALLAITEMENT

CONDITION 2

OMS/UNICEF	• S'assurer que le personnel soignant possède des connaissances, compétences et habiletés suffisantes pour soutenir l'allaitement.
CANADA	• S'assurer que tous les employés, les professionnels de la santé et les bénévoles ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'alimentation de l'enfant.

Études de premier cycle et de cycle supérieur

Comme on prend de plus en plus conscience de l'importance de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement, les études de premier cycle et la formation professionnelle continue des PS doivent aborder les dimensions biologique, sociale et affective de l'allaitement, ainsi que la multiplicité des facteurs qui influent sur cette relation dynamique. Toutefois, de nombreuses études décrivent le manque de renseignements formels sur l'allaitement dans les programmes de formation des PS⁵⁷⁻⁶⁰.

On sait que les PS ont une influence sur la relation avec l'allaitement. Les femmes qui perçoivent que leur PS encourage l'allaitement maternel sont plus susceptibles d'allaiter que celles qui ont l'impression qu'il est neutre ou favorable à l'allaitement artificiel^{61,62}. En fait, plus l'allaitement maternel est mentionné souvent pendant la grossesse, plus les femmes sont susceptibles d'allaiter⁶³.



Formation continue

Toutes les personnes qui travaillent dans un établissement de santé – administrateurs, gestionnaires, bénévoles, professionnels paramédicaux, personnel auxiliaire, étudiants, personnel administratif et tous les PS – doivent avoir connaissance des politiques de l'établissement, y compris l'IAB. Une formation particulière correspondant au rôle de chacun devrait être fournie. Par exemple, les phlébotomistes encourageront activement les mères à allaiter leur bébé ou à le tenir en contact peau contre peau pour le réconforter pendant les prélèvements sanguins.

Une formation professionnelle continue doit être mise au point pour répondre aux besoins des familles en matière d'allaitement et améliorer les soins aux mères et aux bébés. Une approche globale et interprofessionnelle de la formation professionnelle continue devrait être une responsabilité partagée par les PS et les établissements de santé.

Stratégies pédagogiques

L'OMS et l'UNICEF recommandent 18 à 20 heures de formation sur l'allaitement (dont 3 heures d'expérience clinique) pour les PS qui fournissent des soins d'allaitement directs (p. ex., consultantes en allaitement, infirmières spécialisées en soins périnataux, sages-femmes, obstétriciens et médecins de famille). Les PS responsables du soutien clinique aux mères allaitantes et aux nourrissons doivent posséder des connaissances,

compétences et attitudes particulières⁵⁹. La recherche semble indiquer que les mentorats cliniques, les modules d'apprentissage didactique et les options d'apprentissage sur Internet constituent également des possibilités de formation utiles⁶⁴. Les connaissances et les compétences particulières requises sont décrites dans *Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les dix conditions et le Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires*³⁷.

Au minimum, les PS ont besoin d'une orientation aux politiques et lignes directrices de pratique de l'établissement, y compris à l'IAB (c.-à-d. *Les dix conditions et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*).

Validation des compétences en continu

Le changement de pratique nécessite plus que de la formation⁶⁵. De nombreuses organisations professionnelles ont des lignes directrices sur l'allaitement – pourtant, la pratique professionnelle n'y est pas toujours conforme⁵⁹. Pour être efficace, la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et les établissements communautaires nécessite une combinaison de diverses stratégies pédagogiques et de soutien clinique.



Pour être efficace, la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et les établissements communautaires nécessite une combinaison de diverses stratégies pédagogiques et de soutien clinique.



3 INFORMATION DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEUR FAMILLE À PROPOS DE L'ALLAITEMENT

CONDITION 3

OMS/UNICEF	• Discuter de l'importance de l'allaitement, et de sa gestion, avec les femmes enceintes et leur famille.
CANADA	• Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.

La prise de décision éclairée est essentielle aux soins dans une perspective familiale. Les familles doivent obtenir les renseignements nécessaires pour prendre des décisions sur l'alimentation de leur nourrisson avant la naissance, auprès de leur PS ou pendant les cours de préparation à l'accouchement. La prise de décision éclairée implique d'avoir des occasions de discuter des objectifs et des préoccupations avec le PS, pour que les familles puissent élargir leurs connaissances sur :

- le processus de l'allaitement, y compris l'offre et la demande;
- l'importance de l'allaitement pour le bébé et la mère;
- les résultats de santé pour le bébé et la mère liés à la décision de ne pas allaiter;
- la difficulté à revenir sur la décision une fois que l'allaitement maternel a été arrêté;
- le comportement à attendre du nouveau-né, la fréquence des tétées (en particulier, la nuit) et l'évolution du nombre de tétées avec la croissance et l'âge;
- l'importance du contact peau contre peau;
- l'alimentation en réponse aux signaux du bébé, la position et la prise du sein;
- l'expression manuelle du lait maternel;
- les sources de soutien et d'information;
- les problèmes courants d'allaitement;
- l'allaitement durable (allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois, puis continuer jusqu'à ce que le bébé ait 2 ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés).

Nourrissons en soins spécialisés

Certaines situations exigent une expertise et des soins spécialisés. Les mères présentant un risque élevé d'accouchement prématuré ou de complications médicales à la naissance ont besoin de recevoir des renseignements adaptés à leur situation particulière. S'il est à prévoir qu'un bébé aura besoin de soins spécialisés, la famille a besoin de renseignements supplémentaires sur :

- l'importance des soins peau contre peau en unité néonatale de soins intensifs;
- l'établissement de la production de lait, le tirage ou l'expression manuelle du lait maternel, si le bébé ne peut pas téter efficacement;
- le rôle vital de la famille comme membre de l'équipe de soins du nourrisson.

Si une mère n'est pas certaine ou choisit de ne pas allaiter son nourrisson en soins spécialisés, il peut être bénéfique de lui fournir, avec tact, des renseignements sur la valeur du lait maternel pour son nourrisson malade ou prématuré. Par exemple, le lait maternel est efficace pour prévenir l'entérocolite nécrosante, réduire l'incidence des infections graves, réduire la colonisation par des organismes pathogènes, améliorer le neurodéveloppement et raccourcir la durée d'hospitalisation⁶⁶. À la lumière d'une telle information, certaines mères opteront pour exprimer le lait pour leur nourrisson prématuré même si elles ne prévoient pas allaiter.

Répondre aux besoins et aux préoccupations des femmes et de leur famille

Au Canada, la plupart des femmes choisissent d'allaiter leur nourrisson. Les femmes qui sont les moins susceptibles de le faire sont plus jeunes, ont un revenu moins élevé et un niveau d'études inférieur et vivent dans l'Est du Canada. D'autre part, peu de femmes continuent d'allaiter pendant 2 ans ou plus, restant en deçà des recommandations NNTS. Les stratégies efficaces pour améliorer les taux d'allaitement nécessitent de mettre l'accent sur l'ensemble du continuum de l'expérience mère-enfant, d'avant la grossesse aux premières années de parentalité^{67,68}.

La plupart des femmes décident comment nourrir leur bébé au début de leur grossesse, si ce n'est avant⁶⁹. Toutefois, les décisions relatives à l'amorce et à la durée de l'allaitement sont complexes et profondément ancrées dans le contexte culturel. Le manque de soutien positif par les pairs et de soutien clinique efficace, le manque de confiance dans leur capacité à allaiter, les perceptions des avis de la famille et des amis au sujet de l'allaitement, ou encore l'exposition aux publicités omniprésentes pour les préparations pour nourrissons, pour n'en citer que quelques-uns, font partie des facteurs psychosociaux qui influent sur la capacité des femmes à prendre une décision autonome et véritablement éclairée sur l'amorce de l'allaitement et à s'en tenir à cette décision.

Les PS ont une forte influence sur la décision des femmes d'allaiter ou non. Des études ont montré que les femmes qui perçoivent que leur médecin encourage l'allaitement maternel sont plus susceptibles d'allaiter que celles qui ont l'impression qu'il est neutre ou favorable à l'allaitement artificiel^{61,62}. Lorsque les PS adoptent une position neutre sur l'allaitement, les femmes sont plus susceptibles de les considérer comme non favorables à l'allaitement maternel^{61,62}. De l'autre côté, plus l'allaitement maternel est mentionné souvent pendant la période prénatale, plus les femmes sont susceptibles d'allaiter⁶³. Il est capital que tous les PS et tous les employés des établissements de soins de santé soient au courant de l'importance de l'allaitement maternel et communiquent des messages positifs à ce sujet.



Les stratégies efficaces pour améliorer les taux d'allaitement nécessitent de mettre l'accent sur l'ensemble du continuum de l'expérience mère-enfant, d'avant la grossesse aux premières années de parentalité.

Les pratiques actuelles d'alimentation sont influencées par une longue tradition d'alimentation au biberon en Amérique du Nord^{49,70-72}. Aussi faut-il lutter contre les croyances voulant que les tétées doivent être planifiées ou avoir lieu à heures fixes, ou encore que les bébés nourris au sein doivent apprendre à boire au biberon. À remettre en question également les croyances culturelles voulant que l'allaitement maternel ne soit approprié que pour les bébés en bas âge ou que la poursuite de l'allaitement soit anormale – elles peuvent en effet limiter la durée de l'allaitement maternel.

Certaines familles peuvent venir d'une culture ayant une longue tradition d'allaitement maternel. Les immigrants récents, ne voyant aucune femme allaiter en public, peuvent supposer que la norme au Canada est l'alimentation au biberon. D'autres, à l'inverse, peuvent venir de pays où l'allaitement maternel n'est pas la norme. Il faut faire particulièrement attention à éviter d'émettre des hypothèses sur les croyances des nouveaux immigrants à l'égard de l'allaitement en fonction de leur pays d'origine⁷³.

Les femmes doivent avoir la possibilité de discuter de leurs préoccupations et d'obtenir des réponses pour faciliter leur décision d'allaiter. Les stratégies d'auto-efficacité sont bénéfiques pour toutes les femmes, même si ces stratégies doivent être adaptées pour répondre à leurs besoins personnels^{68,74-76}. Les attitudes et croyances du conjoint, des parents et de la famille élargie influent sur les décisions des femmes d'allaiter ou non et sur la durée pendant laquelle elles choisissent d'allaiter au sein⁷⁷⁻⁷⁹.



Stratégies pour informer les femmes

Les PS doivent partir du principe que les femmes vont allaiter – surtout que plus de 90 % des femmes canadiennes en ont l'intention. Par exemple, lorsqu'ils posent des questions ouvertes avant de demander à une femme de prendre une décision sur l'allaitement, cela les aide à fournir des renseignements; il a été démontré que cette méthode augmentait la probabilité que les femmes commencent à allaiter⁸⁰.

Le recours à divers types de stratégies de sensibilisation au cours d'une période de temps a plus de chances d'influencer la décision d'une femme quant à l'amorce de l'allaitement et à sa durée^{32,81-83}. Des rapports insistent sur la valeur de l'interaction en face à face plutôt que de se contenter de donner des documents imprimés. De même, des séances informelles répétées basées sur les besoins sont plus efficaces que les séances d'éducation prénatale formelles génériques. Étant donné que le conjoint et les membres de la famille influent sur les décisions des femmes, il est important de trouver des stratégies pour inclure la famille dans l'éducation à l'allaitement⁷⁷.

Les données probantes semblent indiquer qu'il vaut mieux éviter, dans les formulaires d'hospitalisation, les questions systématiques sur le mode d'alimentation avec choix limité de réponses. Il est préférable, après avoir placé le nouveau-né en contact peau contre peau avec la mère, de demander à celle-ci comment elle envisage de nourrir son bébé⁸⁴. Les femmes qui choisissent de ne pas allaiter en informeront le personnel. Quoi qu'il en soit, les bébés qui ne seront pas nourris au sein ont besoin du même contact peau contre peau de soutien pendant les premières heures suivant la naissance.

Briser les idées reçues

Les mères et les familles sont souvent influencées dans leurs décisions à propos de l'allaitement par nombre d'idées reçues sur le sujet.

IDÉES REÇUES À PROPOS DE L'ALLAITEMENT

Idées reçues	Vérité
Les femmes qui ont des mamelons plats ou ombiliqués ne peuvent pas allaiter	La plupart des femmes peuvent allaiter. Aidez la mère en plaçant le nourrisson en contact peau contre peau avec elle à la naissance. Évaluez si le nourrisson mange bien. Si le nourrisson a du mal à prendre le sein, offrez une assistance compétente et encouragez l'expression manuelle et, au besoin, le tirage du lait jusqu'à ce que le nourrisson soit capable de se nourrir efficacement.
Les mères qui ont des mamelons plats ou ombiliqués doivent utiliser une tétérèlle (bout de sein artificiel)	- Une tétérèlle peut être utile si, malgré l'assistance d'un expert et bien que le bébé ait envie de téter, ce dernier ne réussit pas à prendre le sein et à se nourrir efficacement. Étant donné que les bouts de sein peuvent être associés à un mauvais transfert du lait, les familles doivent savoir vérifier que le nourrisson prend suffisamment de poids et avoir un plan pour le surveiller de près. Les mères peuvent avoir besoin de plus de soutien affectif pour qu'elles deviennent à l'aise avec la technique, car elles peuvent ressentir plus de stress du fait qu'elles sont obligées d'utiliser des instruments pour allaiter⁸⁵. - Il a été démontré qu'une tétérèlle peut avoir des effets bénéfiques pour l'allaitement des nourrissons prématurés⁸⁵.
L'allaitement est compliqué et douloureux	- Comme pour toutes les compétences, les mères et les nourrissons peuvent avoir besoin de temps pour apprendre l'allaitement. Les attentes réalistes, l'engagement et le soutien de la famille et des PS aident les mères pendant leur apprentissage. - La plupart des mères ont les mamelons douloureux pendant la première semaine. Les stratégies pour aider le nourrisson à prendre le sein et à mieux téter soulagent généralement les douleurs plus graves.
Il n'y a rien à faire pour le père auprès du bébé si la mère allaite	Il y a plein de choses à faire avec les bébés en dehors de l'alimentation. Il y a plus de chances que les mères réussissent à allaiter si leur conjoint les encourage et les soutient sur le plan pratique et affectif⁸⁶⁻⁸⁸.
Les mères qui allaitent « sont coincées à la maison »	Un bébé nourri au sein est très portable. Une fois que les mères sont à l'aise avec l'allaitement, les bébés peuvent aller n'importe où. Les mères qui allaitent doivent être les bienvenues partout – non seulement elles ont le droit d'allaiter, mais les mères et les bébés seront aussi en meilleure santé.
L'allaitement déforme la silhouette de la mère	La grossesse et le vieillissement causent les changements les plus importants pour la poitrine des femmes. L'allaitement est la transition normale après la grossesse.
Les familles ne peuvent pas savoir si leur nourrisson mange assez	Presque toutes les familles s'inquiètent de savoir si leur nourrisson mange bien. Apprenez aux familles à repérer les signaux des bébés et les signes de satiété, pour qu'elles puissent déterminer si leur nourrisson mange suffisamment. Encouragez les mères à regarder leur bébé plutôt que l'horloge. En cas de souci, aidez-les à trouver des solutions d'allaitement.
Les femmes doivent avoir un régime alimentaire parfait pour allaiter	Une alimentation saine aide les mères à répondre aux exigences de la maternité. Le lait maternel est le meilleur aliment pour le nourrisson, même si le régime alimentaire de la mère n'est pas parfait. L'allaitement aide la mère à perdre du poids et améliore sa santé plus tard au cours de sa vie.



Soutien aux familles qui n'allaitent pas

L'OMS utilise l'acronyme AFADS (pour Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûr dans leur situation) pour décrire le processus consistant à aider les familles qui n'allaitent pas à choisir des substituts du lait maternel. L'énoncé conjoint *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* fournit des conseils sur l'utilisation de substituts du lait maternel, notamment sur la préparation et l'entreposage sécuritaires².

Il est important de fournir aux familles de l'information sur l'alimentation en réponse aux signaux du bébé, sur les signes de satiété et sur l'importance du contact peau contre peau, ainsi que des renseignements sur le soutien par les professionnels et par les pairs, quel que soit le mode d'alimentation.

Les PS fourniront des soins de soutien sans jugement aux familles qui choisissent de ne pas allaiter, que ce soit pour des raisons médicales, personnelles ou sociales. Les familles peuvent se sentir coupables ou honteuses de ne pas allaiter et peuvent avoir besoin d'un soutien personnalisé pour faire face à ces émotions, ainsi que de renseignements pour optimiser le bien-être nutritionnel de leur nourrisson.

Arrêt de la lactation

Si les femmes n'allaitent pas, la lactogénèse se produit quand même. Les recherches sur l'arrêt de la lactation se concentrent principalement sur les mesures pharmacologiques. Il est important que les PS fournissent aux femmes des renseignements sur les mesures de confort pour les seins douloureux, y compris les analgésiques, les compresses froides, les soutiens-gorge de maintien et l'expression manuelle limitée⁸⁹. Il n'est pas recommandé de se bander la poitrine ou de limiter les boissons.

S'il est nécessaire d'arrêter la lactation en cas de décès ou d'adoption de l'enfant, les mesures de confort et l'augmentation graduelle de l'intervalle entre l'expression ou le tirage du lait permettront aux seins de reprendre progressivement leur taille normale. Les mères dont le bébé décède ou est confié à l'adoption peuvent également vouloir tirer leur lait et le donner dans le cadre de leur processus de deuil ou de séparation⁹⁰. Envisagez de fournir aux mères des renseignements sur la marche à suivre pour devenir donneuse de lait.



Il est important de fournir aux familles de l'information sur l'alimentation en réponse aux signaux du bébé, sur les signes de satiété et sur l'importance du contact peau contre peau, ainsi que des renseignements sur le soutien par les professionnels et par les pairs, quel que soit le mode d'alimentation.



4 CONTACT PEAU CONTRE PEAU IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE

CONDITION 4

OMS/UNICEF	Favoriser un contact peau contre peau immédiat et ininterrompu, et assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance.
CANADA	Placer les bébés en contact peau contre peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.

Les recherches menées au cours des 40 dernières années ont clairement montré l'importance de prendre soin des mères et des bébés comme d'une unité biologique inséparable, en particulier pendant les heures suivant immédiatement l'accouchement, et d'encourager un contact peau contre peau ininterrompu pendant ce temps. Savoir traduire ces recherches dans la pratique, cela exige de franchir une nouvelle étape par rapport à l'habitude courante, en Amérique du Nord et dans le nord d'Europe, consistant à séparer les mères et les bébés à la naissance⁹¹⁻⁹³. Le contact peau contre peau consiste à placer le bébé nu (qui peut porter une couche) de façon à ce que sa poitrine et son abdomen soient contre la poitrine nue de la mère, dans une position permettant au bébé d'ouvrir pleinement ses poumons. Les bras du nourrisson doivent être de chaque côté du corps, et non coincés en

dessous; et la bouche et le nez découverts et facilement visibles⁹⁴. La mère et le bébé doivent être enveloppés ensemble dans une couverture chaude jusqu'à ce que la température soit devenue stable ou si la température du nouveau-né devient instable.

Le contact peau contre peau a des effets bénéfiques pour le nourrisson^{25,95-102} :

- amélioration de la thermorégulation;
- augmentation de la stabilité cardiorespiratoire;
- augmentation de l'ajustement métabolique postnatal;
- diminution du stress du nourrisson;
- diminution des pleurs;
- diminution des infections nosocomiales.

En Amérique du Nord, les médias, en particulier la télévision, montrent encore des images de pratiques hospitalières non étayées par des données probantes¹⁰³. Par exemple, on voit souvent des bébés séchés, nettoyés et pesés avant d'être donnés à la mère pour la formation du lien affectif. Par conséquent, il arrive parfois que les familles ne soient pas au courant que les soins optimaux au nouveau-né comprennent le contact peau contre peau immédiat et un contact ininterrompu avec la mère jusqu'à la fin de la première tétée. Les messages des organismes de santé publique et des cours de préparation à l'accouchement peuvent aider à modifier les connaissances et les attentes des familles.

Les données probantes actuelles démontrent que les pratiques canadiennes, même si elles évoluent, doivent encore s'améliorer. L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité a déterminé que, bien que 71,9 % des mères aient déclaré avoir tenu leur bébé dans leurs bras immédiatement après avoir accouché ou dans les 5 minutes après la naissance, seulement 31,1 % ont eu un contact peau contre peau. Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient encore moins susceptibles (18,1 %) de signaler un contact peau contre peau avec leur bébé immédiatement après la naissance. Seulement 29,0 % des femmes ayant accouché par césarienne ont déclaré avoir tenu leur bébé dans leurs bras immédiatement après la naissance (par rapport à 85,7 % des femmes ayant accouché par voie vaginale), et 7,5 % seulement ont dit avoir tenu leur bébé en peau contre peau⁴⁹.

L'importance de la première heure après la naissance

En général, les nourrissons se montrent prêts à prendre le sein et à téter au cours de la première heure suivant la naissance¹⁰⁴. Il convient d'aider les familles à garder leur bébé en contact peau contre peau ininterrompu immédiatement après la naissance au moins jusqu'après la première tétée. Le conjoint peut également fournir un contact peau contre peau si la mère ne peut pas le faire¹⁰⁵. Si la mère et le nouveau-né sont séparés pour des raisons médicales, le bébé devrait être réuni avec sa mère le plus rapidement possible.



Les nouveau-nés devraient être séchés et examinés tout en étant en contact peau contre peau avec la mère^{94,106}. Vérifiez discrètement que les membres de la famille savent placer le nourrisson dans une position sûre pendant le contact peau contre peau et l'allaitement ou pour le tenir dans leurs bras, et encouragez la participation du conjoint. Assurez-vous de la sécurité du nourrisson si la mère a reçu des médicaments opiacés contre la douleur ou est épuisée.

Les bébés qui viennent de subir un accouchement stressant ou dont la mère a reçu des médicaments pendant le travail peuvent mettre plus longtemps à terminer la première tétée¹⁰⁷. Dans ce cas, les taux d'amorce de l'allaitement risquent d'être inférieurs et l'allaitement risque d'être abandonné plus tôt¹⁰⁸. Il faut accorder une attention particulière à ces mères et à ces nourrissons.

Les mères qui ont accouché par césarienne sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à allaiter, et leurs bébés sont plus susceptibles de recevoir des suppléments à l'hôpital^{49,109,110}. Le fait que le contact peau contre peau et la première tétée soient retardés à cause de la séparation après la césarienne peut être à l'origine de ces difficultés²⁵. Le contact peau contre peau juste après l'accouchement et l'allaitement lorsque le bébé montre des signes de faim en salle d'opération et en salle de réveil peuvent diminuer la nécessité d'une supplémentation précoce¹¹¹. Le contact peau contre peau sous supervision adéquate devrait être la norme pour tous les accouchements, y compris par césarienne.



Il convient d'aider les familles à garder leur bébé en contact peau contre peau ininterrompu immédiatement après la naissance au moins jusqu'après la première tétée.

Effets du contact peau contre peau sur l'allaitement

Lorsqu'ils sont placés en contact peau contre peau ininterrompu avec leur mère, les nouveau-nés ont tendance à présenter des comportements – mouvements de recherche du sein, réflexe des points cardinaux, léchage, succion et tétée – qui peuvent être déclenchés par l'odeur maternelle^{112,113}. Le contact peau contre peau augmente également la probabilité de succès de la première tétée et améliore l'allaitement au début de la période postpartum ainsi que les taux d'allaitement exclusif¹¹⁴⁻¹¹⁷. Bramson *et al.*, (2010) ont observé une relation dose-réponse entre le contact peau contre peau précoce et l'allaitement exclusif à l'hôpital¹¹⁸.

Se reporter au point de pratique *La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille*, et *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards*, de la SCP, pour en savoir davantage sur les bienfaits des soins peau contre peau pour le nourrisson prématuré¹¹⁹.

Réaction hormonale chez la mère

L'expulsion du placenta déclenche les réactions hormonales maternelles nécessaires à la lactation. Le contact peau contre peau et la succion du nouveau-né renforcent cette réaction hormonale en libérant une poussée d'ocytocine. L'ocytocine facilite la contractilité utérine. Lorsque le nourrisson arrête de téter, il peut commencer à faire avec ses mains des mouvements de massage sur le sein de la mère. Ces mouvements

provoquent également la libération de poussées d'ocytocine¹²⁰. Le contact peau contre peau et la tétée juste après l'accouchement peuvent accroître la sensibilité de la mère envers son nourrisson et la réciprocité du lien affectif, même jusqu'à l'âge d'un an^{25,121}.

Fournir des renseignements

Les PS doivent éliminer les obstacles institutionnels (pratiques habituelles, attitudes, valeurs et limites environnementales) et informer les mères et les familles que les soins peau contre peau sont essentiels pour la stabilité de leur nourrisson, quelle que soit la façon dont les familles choisissent de les nourrir. Les bébés qui ne seront pas nourris au sein ont besoin du même contact peau contre peau de soutien pendant les premières heures suivant la naissance.

Interventions médicales douloureuses

L'allaitement reconforte les nourrissons lorsqu'ils doivent subir des interventions douloureuses comme le test néonatal du buvard, les prélèvements sanguins et les vaccins. De nombreuses études appuient l'utilisation du contact peau contre peau et de l'allaitement pour aider les nourrissons à supporter les interventions douloureuses^{97,122-126}. Ces deux procédés avant une intervention médicale douloureuse aident les nourrissons à supporter la douleur. Idéalement, le contact peau contre peau devrait durer au moins 15 minutes avant l'intervention. Rassurez les parents en leur expliquant que, même si leur enfant réagit, pleure ou est agité, sa perception de la douleur est amoindrie.





5 AIDE AUX MÈRES AYANT DE LA DIFFICULTÉ À ALLAITER

CONDITION 5

OMS/UNICEF	• Apporter un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein et continuent de le faire, et les aider à résoudre toutes difficultés qui se présentent.
CANADA	• Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.

La Condition 5 se compose de 2 éléments : fournir du soutien et de l'aide à l'allaitement lorsque les mères et les bébés sont ensemble, et fournir ce soutien lorsqu'ils sont séparés pour cause d'instabilité du nouveau-né ou de maladie de la mère ou de l'enfant.

Créer le contexte pour un allaitement réussi

Les mères et les bébés trouvent toutes sortes d'approches qui fonctionnent bien pour l'allaitement maternel. Beaucoup de bébés placés en peau contre peau trouvent le sein et têtent bien, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'assistance. L'intervention au bon moment du personnel compétent peut aider. Idéalement, l'apprentissage de l'allaitement et des soins au nouveau-né se fait dans une perspective familiale, en même temps que bon nombre des autres conditions de l'IAB :

- intimité entre la mère et le bébé;
- poursuite du contact peau contre peau;

- tétées précoces, fréquentes, sans restriction;
- réponse aux premiers signaux de faim du bébé;
- participation et présence de la famille pour aider les mères.

Principales compétences requises des mères

En plus des changements affectifs et physiques qu'elles traversent après l'accouchement, les mères doivent apprendre des compétences que leur PS peut les aider à acquérir :

1. Soutien aux capacités d'alimentation du nourrisson : comprendre les signaux du bébé et y répondre

Les nouveau-nés se nourrissent mieux lorsqu'ils sont calmes et éveillés. Si les bébés sont en contact peau contre peau, ils peuvent commencer à démontrer des signes de faim. S'ils ne sont pas dans cette position, ils devraient être proches de leur mère pour qu'elle puisse se rendre compte des premiers signes de faim au lieu d'attendre

les pleurs, qui sont un signal très tardif. Les nourrissons qui pleurent doivent généralement être calmés avant qu'ils essaient de téter⁵⁴. De même, souvent, les nourrissons qui sont réveillés d'un sommeil profond ne téteront pas.

2. Position de la mère et du bébé

Les mères et les bébés trouvent toutes sortes de positions qui sont confortables et efficaces, et les mères devraient être encouragées à expérimenter pour trouver celles qu'elles préfèrent. Il est important d'aider les mères à utiliser les principes de la mécanique du corps afin de s'installer confortablement pour allaiter. Utiliser des oreillers pour le soutien peut s'avérer utile.

3. Prise du sein par le nourrisson

À la naissance, beaucoup de bébés prennent le sein sans assistance alors que la mère est en position allongée, à cause du réflexe des points cardinaux du nourrisson, qui peut favoriser l'allaitement¹²⁷. Certaines mères trouvent également cette position efficace après l'accouchement si leur bébé a du mal à prendre le sein. D'autres mères préfèrent être assises et utiliser la position classique de la madone (ou du berceau), la position de la madone inversée (ou du berceau inversé) ou la position du ballon de football. Avec de la pratique, les mères se rendent souvent compte qu'en étant allongées sur le côté, elles peuvent se reposer tout en allaitant. Au début, elles peuvent apprécier de l'assistance pour aider leur bébé à prendre le sein dans cette position.

La littérature scientifique décrit diverses techniques de prise du sein, et les mères devraient être encouragées à trouver celles qui leur conviennent¹²⁸. Les principes généraux sont les suivants :

- Si la mère utilise une main pour soutenir son sein par en dessous, ses doigts doivent être éloignés de l'aréole pour ne pas empêcher le nourrisson de prendre le sein.
- Le bébé ne doit porter qu'une couche ou des vêtements légers, il ne doit pas être enveloppé dans une couverture.
- Le nourrisson doit être collé le plus possible à la mère, la surface ventrale contre la mère (« poitrine contre poitrine et ventre contre ventre ») et la tête et les épaules soutenues de façon à ce que le nez du bébé soit au niveau du mamelon de la mère⁵⁴.
- La tête du nourrisson doit être légèrement en extension avec le menton touchant le sein¹²⁹.
- Encouragez la mère à attendre que le bébé ouvre grand la bouche, autant que pour bâiller.
- Évitez d'appuyer sur la tête du bébé ou de le forcer à prendre le sein.
- La mère doit orienter le mamelon légèrement vers la voûte du palais (palais mou) de la bouche du bébé¹²⁸.
- Le nez du nourrisson peut être proche du sein, car cela ne l'empêche généralement pas de respirer. Certaines mères ayant de gros seins mous peuvent trouver utile de rapprocher les fesses du bébé de leur corps, ce qui fait basculer la tête du bébé en arrière et permet de s'assurer que la voie respiratoire est dégagée.





4. Alimentation efficace

Les PS peuvent aider les mères à apprendre à reconnaître si leur bébé se nourrit bien. Lorsque le bébé est bien placé sur le sein, ses joues semblent pleines et sa bouche est grande ouverte. Il tète alors avec de brèves pauses entre les phases de succion active et ne lâche pas facilement le sein. À la fin de la tétée, le mamelon n'est pas déformé lorsque le bébé s'en détache. Bien que la plupart des mères ressentent des douleurs aux mamelons pendant la première semaine, l'allaitement ne devrait pas être douloureux¹³⁰. Lorsqu'ils tètent correctement, les nourrissons présentent des signes de transfert du lait : bruits de déglutition, satiété après les tétées, évacuation appropriée (selles et urine) et perte de poids adéquate au cours des premières 72 heures suivie d'une prise de poids.

5. Expression manuelle du lait maternel

Quant à savoir si une méthode plutôt qu'une autre est préférable pour exprimer le lait maternel (expression manuelle, tire-lait manuel ou électrique), on ne dispose que de données limitées; cela dit, les femmes ont intérêt à apprendre à exprimer leur lait manuellement, car cette méthode est à la portée et réduit le risque de contamination microbienne, comparativement à une pompe dont le nettoyage n'est pas toujours facile³⁶. Il est important que toutes les mères apprennent à exprimer manuellement leur colostrum ou leur lait^{34,131,132}. L'expression manuelle aide à :

- inciter un bébé endormi à téter;

- recueillir le colostrum pour les nourrissons qui ont besoin de plus de lait (nourrissons peu prématurés ou nourrissons n'arrivant pas à se nourrir correctement);
- stimuler les seins;
- exprimer le colostrum lorsque les mamelons sont sensibles ou douloureux;
- soulager les seins pleins ou engorgés;
- collecter le lait pour l'utiliser ultérieurement.

Encourager les mères à exprimer manuellement leur lait tôt et souvent leur permet de s'entraîner et de devenir plus à l'aise avec leurs seins.

ASTUCES POUR PRATIQUER L'EXPRESSION MANUELLE¹³⁴

Ce que toutes femmes qui décident d'allaiter ont intérêt à savoir :

- S'attendre à devoir s'y exercer; de plus, le volume extrait ne sera peut-être pas élevé au début;
- Se laver les mains et se mettre à l'aise;
- Avoir à portée de main un récipient (tasse, bol ou bocal) propre pour recueillir le lait;
- Masser délicatement le sein. Le réflexe d'éjection peut être stimulé en touchant/massant doucement le mamelon;
- Former un « C » avec le pouce à l'extrémité supérieure de l'aréole et les autres doigts à l'extrémité inférieure;
- Enfoncer le pouce et les autres doigts dans le sein et les rapprocher en les refermant (comme s'il s'agissait d'une pince);
- Presser et relâcher, en répétant le mouvement sur le sein;
- Effectuer les ajustements nécessaires de façon à trouver la technique idéale;
- Recueillir le lait dans le récipient;
- Déplacer les doigts en un cercle autour de l'aréole afin d'exprimer le lait à partir de différents points du sein;
- Passer d'un sein à l'autre toutes les quelques minutes.

Apprendre aux mères qu'elles peuvent exprimer leur lait à la main permet de contrer l'idée de plus en plus répandue que toutes les femmes qui allaitent ont besoin d'un tire-lait. Une étude a observé que, parmi les mères qui avaient de la difficulté à allaiter au début, celles qui exprimaient leur lait à la main étaient plus susceptibles d'allaiter à 3 mois que celles qui utilisaient un tire-lait¹³³.

Peu de recherches ont été effectuées sur les meilleures techniques d'expression manuelle, et les mères sont encouragées à en essayer plusieurs pour découvrir celle qui leur convient¹³⁵. Voir la ligne directrice *Breastfeeding Healthy Term Infants*, de Perinatal Services BC, pour des conseils sur l'expression manuelle⁵⁴.

Principales compétences requises des professionnels de la santé

Les compétences fondamentales requises des PS sont de savoir évaluer l'allaitement, de connaître les principales compétences que doivent posséder les mères (décrites ci-dessus) et de savoir les leur transmettre. L'enseignement et le counseling efficaces aident les mères à avoir une confiance accrue dans leur capacité à comprendre les signaux de leur bébé, à le nourrir et à reconnaître les signes indiquant qu'il mange bien.

1. Évaluation de l'alimentation

Les évaluations de l'alimentation nécessitent de connaître les changements normaux que les mères et les nourrissons traversent et la relation d'allaitement, ainsi que la manière dont chacun de ces paramètres évolue dans le temps. La ligne directrice *Breastfeeding Healthy Term Infants*, de Perinatal Services BC, comprend des recommandations sur l'évaluation de l'allaitement et les critères de congé⁵⁴.

Étant donné que la durée du séjour à l'hôpital pour les mères et les nourrissons varie de quelques heures seulement à 72 heures ou plus, il est essentiel d'assurer un suivi adéquat après le congé, incluant notamment une évaluation de l'allaitement effectuée par un PS compétent. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande que les mères et les nourrissons soient tous examinés par un PS dans les 48 heures suivant leur sortie de l'hôpital ou du centre de naissance¹³⁶. La SCP pour sa part formule des recommandations sur la surveillance des nouveau-nés en ce qui a trait à l'allaitement et à la jaunisse dans ses *Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés*¹³⁷.

Il existe plusieurs outils pour évaluer l'allaitement maternel; il faudrait toutefois mettre au point des outils à la fois valides, fiables et cliniquement pertinents¹³⁸. Si un outil d'évaluation de l'allaitement est utilisé, les PS auront recours à des paramètres d'évaluation supplémentaires, de façon à assurer une alimentation et un transfert du lait efficaces : schéma d'élimination, poids du nourrisson et croissance¹³⁸. Quant aux tests de pesée, ils ne devraient pas faire partie d'une évaluation systématique, encore qu'ils puissent être utiles dans certains milieux cliniques. Une évaluation complète de l'alimentation devrait inclure les 3 éléments qui composent la relation d'allaitement : la mère, le bébé et l'alimentation.

La mère : Les modifications de la poitrine qui commencent pendant la grossesse continuent à mesure que la production de lait augmente (lactogénèse de stade II). L'engorgement des seins survient généralement dans les 72 heures suivant l'accouchement, mais peut être retardé chez les femmes primipares ou chez celles ayant accouché par césarienne. Si elle se produit plus de 96 heures après l'accouchement, la lactogénèse est considérée comme retardée¹³⁹. Pendant l'évaluation de la mère, on examine ses antécédents pertinents pour ce qui est de l'allaitement (p. ex., problèmes hormonaux),

les changements des seins survenus pendant la grossesse et l'apparence des seins et des mamelons (notamment l'engorgement des seins, les variations ou les anomalies des mamelons qui peuvent rendre la prise du sein difficile, les lésions des mamelons), les expériences d'allaitement antérieures, les antécédents de chirurgie des seins, l'hémorragie postpartum et la séparation de la mère et du bébé.

Les problèmes de santé qui peuvent avoir des répercussions sur l'allaitement maternel sont décrits à l'**Annexe B**.

AUGMENTATION DE LA PRODUCTION DE LAIT

Médicaments visant à accroître la production de lait

- L'utilité des médicaments qui favorisent la sécrétion de lait maternel (galactagogues) n'est pas claire. L'Academy of Breastfeeding Medicine recommande de n'envisager les galactagogues médicaux qu'après avoir éliminé les autres obstacles modifiables et avoir fourni aux mères suffisamment de soutien et de stratégies pour stimuler la production de lait¹⁴⁰.

Aliments traditionnellement utilisés comme galactagogues

- Dans la plupart des cultures, divers aliments ou produits à base d'herbes médicinales sont utilisés chez les mères qui allaitent, dont beaucoup ont pour but d'augmenter la production de lait. Les familles qui utilisent de tels aliments traditionnels pour augmenter la production de lait doivent être respectées dans leur décision, car ceux-ci peuvent contribuer à détendre la mère et à la rassurer.
- Toutefois, bien que les herbes médicinales soient utilisées depuis longtemps, il n'existe pas de données probantes sur l'innocuité et l'efficacité des galactagogues à base d'herbes médicinales¹²⁸. Les préparations à base d'herbes médicinales n'étant pas normalisées ni réglementées et leur efficacité n'étant pas prouvée, elles doivent être utilisées avec prudence.

URINE ET SELLES DES NOURRISSONS LES JOURS 1 À 28 APRÈS LA NAISSANCE⁵⁴

Âge du nourrisson en jours	Miction	Selles
1	1 évacuation ou plus de liquide transparent de couleur jaune pâle	1 évacuation ou plus de méconium
2 à 3	2 à 3 évacuations de liquide transparent de couleur jaune pâle	1 évacuation ou plus de méconium ou de selles de transition de couleur marron verdâtre
3 à 5	3 à 5 évacuations de liquide transparent de couleur jaune pâle	3 à 4 selles de transition évoluant vers des selles molles de couleur jaune
5 à 7	4 à 6 évacuations de liquide transparent de couleur jaune pâle	3 à 6 selles de couleur jaune ou dorée, généralement molles
7 à 28	Évacuation fréquente de liquide transparent de couleur jaune pâle	5 à plus de 10 selles de couleur jaune

La recherche sur les tendances d'élimination pendant les premiers jours n'est pas cohérente¹³⁸. Les selles plutôt que la miction peuvent constituer une indication plus fiable d'un apport suffisant en lait¹⁴¹.

Les premiers jours, la quantité d'urine peut être faible et celle-ci peut être concentrée, avec des cristaux d'acide urique qui forment des taches rouge brique dans la couche. Au troisième jour, lorsque la sécrétion de lait augmente, plus d'urine est produite (les couches sont plus lourdes) et l'urine devient plus pâle, sans cristaux d'acide urique. S'il y a 3 selles ou moins le quatrième jour après la naissance et que la lactogénèse est retardée, une évaluation et un suivi plus poussés sont nécessaires¹⁴².

Le bébé : Antécédents pertinents en ce qui concerne l'allaitement (traumatisme à la naissance, séparation de la mère), santé globale, âge gestationnel, apparence physique (tonus, couleur), antécédents d'hydratation et d'élimination, anatomie buccale, comportement (bien éveillé au moment de la tétée, présente des signaux de faim au moins 8 fois par période de 24 heures) et évolution du poids (perte et gain).

L'alimentation : fréquence (en général, les nouveau-nés tètent au moins 8 fois par période de 24 heures après les 24 premières heures); efficacité (tétée active : succion rapide qui ralentit et devient plus profonde; nourrisson fermement attaché et ne pouvant pas être retiré facilement du sein; mamelon de la mère qui se retourne, mais qui n'est pas déformé ni abîmé lorsque le nourrisson le lâche); signes de transfert du lait (bruits de déglutition, satiété après les tétées, urine et selles appropriées, perte et gain de poids); et mère à l'aise, qui ne ressent qu'une douleur passagère au mamelon, voire aucune.

2. Perte de poids du nourrisson et gain de poids attendu

Au cours des deux premières semaines, les nourrissons subissent normalement une perte de poids, mais le reprennent pourvu que leur alimentation se fasse bien². L'apport en lait dans les premières 24 heures varie selon le nouveau-né, de 15 cc +/- 11 cc¹⁴³. La capacité stomacale du nouveau-né s'accroît graduellement durant les 3 premiers jours de vie¹⁴⁴. Les paramètres exacts de perte et de gain de poids demeurent peu clairs, mais, en général, un nourrisson exclusivement allaité au sein peut perdre de 6 à 8 % de son poids de naissance dans les 3 jours suivant l'accouchement¹³⁷. Une perte de plus de 7 à 10 % du poids dans les 4 premiers jours du postpartum indique le besoin d'une évaluation attentive et d'une intervention possible⁵⁴. À compter du quatrième jour, on devrait observer un gain d'environ 20 à 35 g par jour durant les 2 premiers mois de vie^{13,145}. La SCP recommande qu'un nourrisson qui perd plus de 10 % de son poids de naissance soit soigneusement examiné par un PS ayant de l'expérience dans le soutien aux mères allaitantes¹³⁷.

La SCP, le Collège des médecins de famille, Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada et les Diététistes du Canada recommandent d'utiliser les graphiques de croissance de l'OMS pour surveiller la croissance des nourrissons et des enfants¹⁴⁶.

3. Interventions pour favoriser l'allaitement et surmonter les difficultés

Le temps, le soutien et la patience permettent de résoudre la plupart des soucis d'allaitement. Les problèmes courants au cours des premiers jours suivant l'accouchement sont l'incapacité du nourrisson à prendre le sein ou à bien se nourrir, les mamelons douloureux, l'engorgement et la quantité insuffisante de lait (ou, plus probablement, l'impression erronée que la quantité de lait est insuffisante).

Lorsque les familles vivent des problèmes d'alimentation, les plans pour y remédier doivent être simples, faciles à comprendre et gérables pour la famille. Il y a 3 principes directeurs :

- les seins ont besoin d'être stimulés, puis vidés de leur lait;
- le nourrisson a besoin de se nourrir (transfert du lait);
- le temps et le soutien permettent à la plupart des bébés de se nourrir correctement au sein.

Ces principes s'appliquent, quel que soit l'âge de l'enfant. Des interventions particulières peuvent être nécessaires (p. ex., des antibiotiques en cas de mastite chez la mère, une frénotomie en cas d'ankyloglossie chez le bébé, ou une brève interruption de l'allaitement en cas de lésions graves aux mamelons), mais le fondement qui sous-tend les interventions doit inclure ces 3 principes directeurs.

La liste des problèmes courants liés à l'allaitement figure à l'**Annexe C**.

Bébés prématurés, peu prématurés ou malades

NOURRISSONS PRÉMATURÉS

Les travaux internationaux sur l'initiative Néo-IHAB recommandent que tous les bébés en unité néonatale de soins intensifs cohabitent avec leur mère, reçoivent des soins peau contre peau sans restriction et d'autres soins prodigués par le parent et, à terme, deviennent pleinement allaités au sein. L'amorce et la progression de l'allaitement devraient dépendre de la stabilité de l'état du nourrisson plutôt que de la durée de gestation ou du poids^{43,56,147}.



Les PS doivent évaluer en continu le couple mère-enfant pour s'assurer que les mères bénéficient du soutien et de l'assistance nécessaires pour allaiter efficacement leur nourrisson ou lui fournir suffisamment de lait.

Dans le cas des nourrissons prématurés, les meilleurs résultats – lait suffisant pour le nourrisson et allaitement à terme – sont appuyés par les soins peau contre peau, l'expression manuelle précoce et le tirage du lait. Les PS devraient soutenir et aider les mères tout au long de ce processus. Commencer à tirer le lait le plus tôt possible, idéalement dans la première heure suivant la naissance, est associé à une augmentation de la production de lait^{132,148-150}. La promotion du colostrum précoce peut accroître le succès et la durée de l'alimentation au lait maternel chez les nourrissons en UNSI¹⁵¹. Les mères ont besoin de produire un bon volume de lait même avant même que leur nourrisson prématuré ne requière de pleins volumes alimentaires. Comme directive générale, les mères qui sont capables d'avoir une production de lait suffisante pour un bébé né à terme dans les 2 semaines sont plus susceptibles de produire assez de lait lorsque le bébé prématuré en aura besoin. Celles qui peuvent extraire au moins 500 ml par période de 24 heures durant les 2 premières semaines du postpartum sont plus susceptibles d'avoir assez de lait pour leur nourrisson¹⁵². Il se peut que des mères produisent assez de lait pour leur nouveau-né prématuré, sans se rendre compte que leur volume total en 24 heures est en deçà de 500 ml.

Il est important d'assurer un soutien continu aux mères alors qu'elles poursuivent l'expression de leur lait pour leur nouveau-né prématuré. Se reporter au point de pratique *La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille* de la SCP pour en savoir davantage sur les bienfaits des soins peau contre peau entre le nourrisson prématuré et le parent¹¹⁹.

NOURRISSONS PEU PRÉMATURÉS

Le nourrisson peu prématuré (de 34⁺⁰ à 37⁻⁶ semaines) est de plus en plus souvent considéré comme ayant une maturité suffisante pour cohabiter avec la mère et être pris en charge dans les unités de soins postpartum normales. Toutefois, les nouveau-nés peu prématurés peuvent présenter à la fois des caractéristiques des bébés nés à terme et des bébés prématurés^{131,153}. Ils présentent un risque plus élevé de réadmission pour cause de jaunisse, de perte de poids excessive ou de mauvaise alimentation. Un suivi attentif, le contact peau contre peau, l'expression manuelle précoce et l'alimentation à la cuillère du colostrum sont autant d'ingrédients de soins essentiels^{131,133,148}. La ligne directrice *Breastfeeding Healthy Term Infants*, de Perinatal Services BC, et le document de principes *Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré*, de la SCP, fournissent des directives sur l'allaitement des nourrissons peu prématurés^{54,154}.

NOURRISSONS EN ÉTABLISSEMENTS PÉDIATRIQUES

Il peut être difficile de mettre en place et de maintenir l'allaitement maternel lorsque les nourrissons ou les enfants sont malades. La maladie influe souvent sur les comportements d'alimentation. Il est important d'encourager l'allaitement maternel chaque fois que le nourrisson ou l'enfant en est capable et de tirer efficacement le lait si l'enfant n'est pas en mesure de prendre le sein. Les PS doivent évaluer en continu le couple mère-enfant pour s'assurer que les mères bénéficient du soutien et de l'assistance nécessaires pour allaiter efficacement leur nourrisson ou lui fournir suffisamment de lait.

Allaitement maternel lorsque la mère est hospitalisée

L'hospitalisation postpartum – pour une durée plus ou moins longue – pour des raisons autres que l'accouchement peut être potentiellement difficile pour la mère, le nouveau-né et la famille. Si la mère a l'intention d'allaiter, l'hôpital doit l'encourager dans ses efforts et l'aider à maintenir sa production par l'expression manuelle, ou le tirage du lait si l'allaitement maternel est interrompu. Les politiques des

hôpitaux favoriseront l'allaitement en limitant le plus possible la séparation, en encourageant le contact peau contre peau, en aidant la mère à tirer son lait et en venant en aide aux familles en ces temps de crise¹⁵⁵. Le soutien d'un expert en lactation peut être nécessaire pour aider au choix de médicaments compatibles avec l'allaitement, dans la mesure du possible, ainsi que pour conseiller sur les procédures appropriées de collecte et d'entreposage du lait maternel servant à nourrir le bébé.



6 SUPPLÉMENTATION UNIQUEMENT SUR INDICATION MÉDICALE

CONDITION 6

OMS/UNICEF

- Ne donner, aux nouveau-nés qui allaitent au sein, aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

CANADA

- Soutenir les mères à allaiter exclusivement pour les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.

L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* prône d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés^{2,3}. L'allaitement exclusif signifie qu'un bébé n'est nourri qu'au lait maternel. Aucun autre aliment solide ou liquide (pas même de l'eau) n'est donné au nourrisson, mais les bébés exclusivement

allaités au sein peuvent tout de même recevoir des suppléments vitaminiques et minéraux, des médicaments et des solutions réhydratantes par voie orale si cela s'avère nécessaire¹⁵⁶. Il est essentiel d'encourager les familles à allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois de vie du nourrisson, sauf si une nécessité médicale justifie de lui donner d'autres aliments en complément ou à la place du lait maternel.

Supplémentation

La supplémentation des nouveau-nés est une pratique fréquente dans les hôpitaux canadiens. En 2009-2010, 32 % des bébés nourris au sein avaient reçu des liquides autres que le lait maternel (eau, solution glucosée ou préparation pour nourrissons) avant leur sortie de l'hôpital³⁹. De même, environ les deux tiers seulement des nouveau-nés en Ontario et en Colombie-Britannique avaient été exclusivement allaités au moment du congé^{157,158}.

La supplémentation peut interférer avec l'établissement et le maintien de la production de lait maternel et contribuer à l'engorgement^{22,138}. Comme la supplémentation peut nuire au succès de l'allaitement, il est important que les PS aident les familles à prendre des décisions éclairées avant d'administrer ou de recommander des suppléments.

Occasionnellement, la supplémentation peut s'avérer nécessaire à cause de l'état pathologique du nourrisson. Les nourrissons peuvent également avoir besoin de suppléments si, malgré une aide à l'allaitement efficace, la production de lait de la mère est insuffisante pour assurer la croissance du nourrisson. Une fois que la supplémentation a commencé, même pour des indications médicales de courte durée comme l'hypoglycémie, on a tendance à poursuivre cette pratique et les bébés continuent souvent de recevoir des suppléments une fois que la situation est résolue¹⁵⁹. Si une supplémentation est indiquée, administrez de petites quantités, physiologiquement appropriées, de substituts du lait maternel et expliquez aux familles comment arrêter le supplément une fois qu'il n'est plus nécessaire¹⁶⁰. Il est important d'aider les familles qui donnent des suppléments à leur nourrisson en leur fournissant des stratégies pour préserver et améliorer la relation d'allaitement.

Choix des suppléments

Dans les cas où, pour des raisons personnelles, sociales ou médicales, les nourrissons ne sont pas exclusivement allaités au sein, la famille recevra des renseignements sur les substituts du lait maternel et de l'aide pour le choix de ces produits, ainsi que pour leur entreposage et leur préparation sécuritaires³. Selon l'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*, « chez les nourrissons qui ne peuvent pas ou ne devraient pas recevoir le lait de leur mère, le lait humain pasteurisé provenant de donneuses soigneusement sélectionnées et les préparations commerciales pour nourrissons représentent des solutions acceptables »². L'accès au lait maternel pasteurisé à partir de banques de lait est limité au Canada et n'est généralement disponible que pour les nourrissons malades ou prématurés. Des banques de lait existent dans 4 provinces : la Colombie-Britannique (BC Women's Provincial Milk Bank), l'Alberta (NorthernStar Mothers Milk Bank), l'Ontario (Rogers Hixon Ontario Human Milk Bank) et le Québec (la Banque publique de lait maternel – Héma-Québec). Voir le document de principes *Les banques de lait humain*, de la SCP, et la *Human Milk Banking Association of North America (HMBANA)*⁶⁶.



De plus en plus souvent, les familles cherchent des dons de lait d'autres mères, une pratique appelée « échange de lait »¹⁶¹. Bien que, de tout temps, les femmes aient partagé leur lait (nourrices au sein), l'échange de lait maternel se faisait habituellement entre membres d'une même famille ou entre amies proches¹⁶². L'utilisation d'Internet comme vecteur permettant l'échange de lait entre des inconnues est une pratique relativement récente. Ce type d'échange de lait est préoccupant pour plusieurs raisons^{163,164}:

- des infections peuvent se transmettre par le lait;
- Les méthodes de traitement à la chaleur à domicile ne garantissent pas l'innocuité du lait;
- Un lait d'origine non humaine a été vendu comme lait maternel;
- la qualité et la sécurité de la collecte et de l'entreposage du lait peuvent varier, ce qui donne lieu à une contamination;
- les mères ne sont pas soumises à un dépistage aussi rigoureux que dans les banques de lait qui se conforment aux lignes directrices de la HMBANA.

L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* ne recommande pas la distribution ou l'utilisation de lait humain non traité et n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage².

Contre-indications à l'allaitement

Certaines maladies rares nécessitent de remplacer le lait humain par un substitut artificiel adapté, par exemple^{15,34,165,166}:

Chez les nourrissons

- Troubles métaboliques, comme la galactosémie;

Chez les mères

- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou infection par le virus T-lymphotrope humain (HTLV) de type I ou II dans les pays, comme le Canada, où l'allaitement artificiel est AFADS (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûr);
- Tuberculose active non traitée;
- Médicaments pris ou interventions médicales subies par la mère qui sont incompatibles avec l'allaitement (radio-isotopes, chimiothérapie, etc.).

Interruptions temporaires

La plupart des cas de maladies chez la mère sont compatibles avec l'allaitement. Se reporter au point de pratique *Les maladies infectieuses, la thérapie antimicrobienne ou la vaccination de la mère : très peu de contre-indications à l'allaitement* pour obtenir des recommandations relatives à l'allaitement et aux maladies infectieuses chez la mère¹⁶⁷. L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* fournit également des directives sur les infections chez la mère et sur la prise de médicaments et de produits de santé naturels pendant l'allaitement². Si une maladie ou une blessure grave empêche la mère de s'occuper de son nourrisson, les familles qui souhaitent tirer le lait maternel pourront avoir besoin d'aide de leur PS.



Il est important de rassurer les familles et de leur expliquer le rythme normal de tétée et l'effet de ce comportement habituel du nouveau-né sur l'établissement de la production de lait maternel.

Consommation d'alcool et de drogues, et tabagisme

Il est important que les familles en connaissent les effets sur l'allaitement avant de consommer de l'alcool, du tabac ou des drogues.

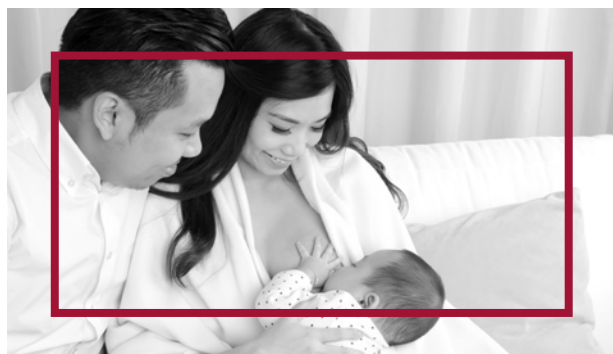
- Alcool – Conseiller aux mères qui allaitent de limiter leur consommation d'alcool, car le système nerveux central du nouveau-né est en plein développement et le nouveau-né n'a pas la maturité nécessaire pour métaboliser l'alcool. De plus, une consommation d'alcool fréquente ou importante peut nuire au jugement et au fonctionnement de la mère.
- Tabagisme – Même les femmes qui fument devraient se voir encouragées à allaiter. Aidez les mères qui allaitent à arrêter de fumer ou à fumer moins². Le tabagisme peut réduire la production de lait et avoir un effet négatif sur le rythme de sommeil du nourrisson^{168,169}. Le lait maternel lui-même perd une bonne partie de ses effets bénéfiques pour la santé à cause de changements dans sa composition¹⁷⁰. La fumée secondaire augmente également le risque de syndrome de mort subite du nourrisson. Encouragez les parents à ne pas fumer à l'intérieur de la maison et à se laver les mains avant de toucher le nourrisson.
- Consommation de drogues – Il convient d'aider les femmes qui consomment des drogues illicites à s'en abstenir pendant l'allaitement. Informez les femmes de l'importance de l'allaitement maternel et des risques associés à la consommation de drogues. Expliquez-leur que les drogues passent dans le lait maternel et qu'à long terme elles peuvent nuire au développement cognitif de leur nourrisson.

Voir l'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* pour les directives sur le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues².

Obstacles à l'allaitement exclusif

Parmi les raisons les plus courantes pour lesquelles les enfants nourris au sein reçoivent des suppléments figurent l'inquiétude que le nourrisson ne prenne pas assez de lait et le manque d'auto-efficacité des mères pendant l'allaitement¹⁷¹⁻¹⁷³. Au cours des premiers jours suivant la naissance, les familles peuvent percevoir les signaux fréquents de faim du bébé, en particulier pendant la nuit, comme une indication que le lait maternel est insuffisant, et non comme le comportement habituel d'un nouveau-né qui a besoin de téter fréquemment pour son apport calorique et son confort¹⁵⁹. Il est important de rassurer les familles et de leur expliquer le rythme normal de tétée et l'effet de ce comportement habituel du nouveau-né sur l'établissement de la production de lait maternel.

Il est courant que les nourrissons tètent fréquemment (tétées rapprochées) le soir, au moment où beaucoup de mères ont l'impression que leurs seins sont plus mous et qu'elles ont moins de lait. De plus, la fréquence de tétée des nourrissons augmente toutes les quelques semaines, chaque fois qu'ils font une poussée de croissance. L'augmentation de la fréquence de tétée dure généralement de 24 à 48 heures et, pendant ce temps, la production de lait augmente. Après la poussée de croissance, il se peut que le nourrisson se mette à téter moins souvent. Les parents peuvent interpréter l'augmentation des signaux de faim comme un manque de lait maternel. Informer les familles à l'avance peut les aider à reconnaître cette augmentation de la fréquence de tétée comme un comportement normal du nourrisson.



Certains hôpitaux contribuent à la courte durée de l'allaitement exclusif en ne respectant pas les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* : ils ne favorisent pas le contact peau contre peau ni la cohabitation mère-bébé, donnent des suppléments aux nourrissons sans indication médicale, ne suivent pas une stratégie d'alimentation en réponse aux signaux du bébé, utilisent des sucres d'amusement et donnent aux mères des échantillons gratuits de préparations pour nourrissons¹⁷⁴.

Créer une culture de l'allaitement

Les familles doivent se sentir à l'aise d'allaiter leur enfant *n'importe quand* et *n'importe où*. Toutefois, de nombreuses familles sont gênées ou ressentent le besoin de couvrir l'enfant – une pratique souvent rejetée par les bébés plus âgés. La pression subie pour allaiter discrètement ou en privé contribue à un arrêt précoce de l'allaitement¹⁷⁸. Si les mères ont besoin d'intimité, il est important que les PS et les organismes leur offrent un environnement confortable.

STRATÉGIES POUR FAVORISER L'ALLAITEMENT EXCLUSIF^{2,175-177}

PENDANT LA GROSSESSE

- Explorez les attitudes, valeurs et croyances des parents à l'égard de l'allaitement.
- Donnez des renseignements clairs sur les recommandations d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois, puis de continuer l'allaitement jusqu'à ce que le bébé ait 2 ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés.
- Discutez des préoccupations et corrigez les renseignements erronés pour appuyer la prise de décisions pleinement éclairées sur l'alimentation du nourrisson.

NAISSANCE

- Assurez-vous que les familles comprennent les raisons du contact peau contre peau.
- Fournissez un climat tranquille, en laissant le bébé sur la poitrine de sa mère sans le déranger jusqu'à ce qu'il ait fini sa première tétée ou pendant au moins la première heure suivant la naissance.

PREMIERS JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- Informez les parents sur le comportement normal du nouveau-né.
- Rassurez les mères et les familles en leur fournissant des renseignements précis adaptés à leur situation.
- Aidez les mères à allaiter efficacement.
- Montrez-leur comment exprimer manuellement leur lait.
- Encouragez un membre de la famille à rester pendant la nuit pour aider à s'occuper du nourrisson et offrir du soutien, y compris un contact peau contre peau.
- Suggérez des techniques d'apaisement autres que le recours à une suce d'amusement.
- Encouragez les mères à participer à des groupes d'entraide entre mères (soutien par les pairs).

PREMIÈRES SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- Soutenez les mères et les familles si elles éprouvent des difficultés à allaiter.
- Fournissez des conseils à l'avance sur les comportements normaux, comme les signaux de faim fréquents pendant les poussées de croissance et les réveils la nuit.
- Encouragez les familles à se concentrer sur les comportements qui indiquent que le bébé a faim, se nourrit bien ou est rassasié plutôt que sur le nombre et l'heure des tétées.
- Discutez de stratégies pour faire participer le conjoint et la famille aux soins du nourrisson autrement que par l'alimentation.

EN CAS DE SUPPLÉMENTATION

- Lorsque des suppléments sont nécessaires pour une raison médicale, aidez les familles à donner au bébé des quantités physiologiquement normales et à y mettre fin une fois l'indication médicale résolue.
- Consignez l'utilisation des suppléments (type, volume et mode d'administration) et engagez la famille dans les discussions à ce sujet pour l'aider à prendre des décisions éclairées.
- Assurez-vous que les parents comprennent bien comment nourrir leur bébé et qu'ils reçoivent des renseignements imprimés.



7 COHABITATION DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

CONDITION 7

OMS/UNICEF

- Permettre aux mères et à leur nourrisson de demeurer ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24.

CANADA

- Faciliter la cohabitation sur 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés: mères et bébés restent ensemble.

Le contact continu entre la mère et son nourrisson améliore la stabilité du nouveau-né, l'allaitement, la formation des liens affectifs et l'attachement. Au Canada, 24 % des femmes ont indiqué que leur bébé avait passé entre 1 et 5 heures en dehors de leur chambre au cours des 24 heures suivant la naissance. De plus, 11,2 % ont signalé que leur bébé n'avait pas été dans leur chambre pendant 6 heures ou plus⁴⁹. Les femmes ayant accouché par césarienne sont moins susceptibles de cohabiter avec leur nouveau-né (46,5 %) que celles qui ont accouché par voie vaginale (70,9 %)⁴⁹. Les établissements mettront au point des politiques et un environnement propices à la cohabitation, notamment en ayant un lit portatif pour qu'un membre de la famille puisse rester la nuit et aider à s'occuper de la mère et du nouveau-né⁷⁹.

Comme la durée du séjour à l'hôpital varie généralement de plusieurs heures à quelques jours, profitez au mieux des occasions d'éduquer les familles en vous occupant des mères et des bébés ensemble et en faisant participer la famille. Laisser les mères et les nouveau-nés ensemble pour tous les examens systématiques (signes vitaux, analyses sanguines, évaluations), cela optimise l'occasion de fournir des renseignements sur les soins et l'alimentation du nouveau-né.

Sommeil sécuritaire

Les tétées nocturnes contribuent grandement à la consommation totale de lait et les nourrissons continuent de téter la nuit pendant plusieurs mois^{175,179}. De plus, l'allaitement maternel est associé à une diminution du risque de syndrome de mort subite du nourrisson, et l'allaitement exclusif augmente encore l'effet protecteur. Toutefois, l'allaitement maternel confère une protection dans tous les cas, quelle qu'en soit la durée, par rapport à l'allaitement artificiel¹⁸⁰.

La nécessité d'allaiter pendant la nuit peut être perçue comme contradictoire avec les recommandations de ne pas dormir dans le même lit que le bébé afin de réduire l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson¹⁷⁵. Il est important de rassurer les mères qu'elles peuvent réussir à allaiter la nuit sans que le bébé dorme dans leur propre lit. Les PS aideront les familles à trouver des stratégies leur permettant de répondre aux besoins nocturnes de leur nourrisson tout en dormant suffisamment. La proximité du nourrisson facilite l'allaitement

maternel pendant la nuit, et il est recommandé que les bébés dorment dans la chambre de leurs parents pendant les 6 premiers mois¹⁸¹.

Bien que l'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada, de l'ASPC, n'aborde pas l'emmaillotage, la ligne directrice *Working with Families to Promote Safe Sleep for Infants 0-12 Months of Age*, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, insiste sur les préoccupations associées à l'emmaillotage^{181,182}.



8 ALIMENTATION EN RÉPONSE AUX SIGNAUX DU BÉBÉ

CONDITION 8

OMS/UNICEF	Aider les mères à reconnaître les signaux du nourrisson pour s'alimenter et à y répondre adéquatement.
CANADA	- Encourager l'allaitement en réponse aux signaux du bébé. - Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.

Alimentation en réponse aux signaux du bébé

Au Canada, la moitié (49,8 %) des mères ont déclaré nourrir leur bébé *en réponse à ses signaux* pendant la première semaine suivant la naissance⁴⁹. L'allaitement maternel fréquent et sans restriction est associé au succès de l'allaitement¹⁸³. L'alimentation en réponse aux

signaux du bébé favorise le système d'offre et de demande qui est à la base de l'établissement de la production et du débit de lait. Il faut éviter d'établir des horaires, de restreindre ou de retarder les tétées¹⁷⁹. L'allaitement selon les signaux émis par le nourrisson ou à la demande du nourrisson permet à la mère de reconnaître les signes de l'appétit, de la faim et de la satiété chez le nourrisson et d'y répondre adéquatement².

Les PS doivent aider les nouveaux parents à repérer les signaux du bébé et à y répondre – agitation, mouvements de recherche du sein ou succion de la main – et à repérer les signes que leur nourrisson reçoit suffisamment de lait maternel². Les signaux de faim peuvent être subtils, et les bébés qui sont étroitement enveloppés ou emmaillottés sont moins susceptibles de les montrer¹²¹. L'alimentation en réponse aux signaux du bébé reconnaît que l'allaitement est une relation sensible et réciproque entre la mère et son enfant. Les tétées peuvent être longues ou courtes; les bébés allaités ne peuvent pas être trop nourris ou *gâtés* par « trop d'allaitements »³⁷.

Les bébés qui sont nourris lorsqu'ils ont faim et qui tètent efficacement reçoivent les nutriments nécessaires à une croissance satisfaisante. L'allaitement maternel à la demande du nourrisson encourage l'autocontrôle chez le nourrisson¹⁸⁴.

Pour encourager les mères à allaiter en réponse aux signaux du nourrisson, il est important d'éviter de fixer des limites au nombre de tétées que devraient effectuer les nourrissons par période de 24 heures. Au début de la période postpartum, lorsque les familles cherchent à obtenir des conseils, une formulation telle qu'« offrez le sein au moins 8 fois par période de 24 heures » est plus appropriée que des limites telles qu'« allaitez toutes les 3 heures » ou « 8 à 12 fois par jour », car la fréquence des tétées varie énormément d'un nourrisson à l'autre¹⁷⁹.

« L'alimentation en réponse aux signaux du bébé reconnaît que l'allaitement est une relation sensible et réciproque entre la mère et son enfant.

Ajout d'aliments solides

L'allaitement exclusif fournit les nutriments dont la plupart des nourrissons en santé ont besoin jusqu'à l'âge de 6 mois. Le nourrisson peut être prêt à recevoir des aliments complémentaires quelques semaines avant l'âge de 6 mois ou juste après. L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* recommande que les PS et les familles tiennent compte des signes de maturité du nourrisson avant d'introduire des aliments complémentaires². Voici les principaux signes physiologiques et comportementaux démontrant qu'un nourrisson est prêt à recevoir des aliments complémentaires^{2,185} :

- Un meilleur contrôle de la tête;
- La capacité de s'asseoir et de se pencher vers l'avant;
- La capacité d'indiquer au dispensateur de soins qu'il a assez mangé (p. ex., en détournant la tête);
- Des tentatives d'attraper des aliments et de les mettre dans sa bouche.

Les premiers aliments complémentaires à introduire sont des aliments riches en fer, comme les viandes, les substituts de viande (p. ex., œufs, tofu et légumes) et les céréales enrichies en fer pour nourrissons³. Pour obtenir davantage de conseils sur l'introduction des aliments complémentaires, voir l'énoncé précité et *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois*³.

Les principes de l'alimentation en réponse aux signaux du nourrisson s'appliquent lorsque d'autres aliments sont ajoutés au régime et ne se limitent pas à un seul stade du développement du nourrisson ou de l'enfant. L'alimentation sensible aux besoins de l'enfant signifie que le parent ou le dispensateur de soins réagit rapidement aux signes d'appétit et de satiété de l'enfant, en se souciant de ses émotions et en respectant son développement¹⁸⁶.

Encourager à continuer d'allaiter le nourrisson plus âgé et le jeune enfant

L'allaitement maternel constitue également une source de nutrition importante pour le nourrisson plus âgé et le jeune enfant. De 6 mois à un an, l'allaitement maternel peut combler 50 % ou plus des besoins énergétiques du nourrisson, et les autres aliments fournissent le reste de l'énergie nécessaire^{187,188}. Un tiers des besoins énergétiques d'un tout-petit de 12 à 24 mois peut provenir du lait maternel^{188,189}. De plus, l'acte même de l'allaitement maternel est réconfortant pour l'enfant.

Beaucoup de mères continuent d'allaiter, car elles pensent que cela renforce leur relation avec leur enfant¹⁹⁰. L'allaitement maternel au-delà de la petite enfance, jusqu'à un âge assez avancé chez les tout-petits, est courant dans de nombreuses cultures.

En 2011-2012, le taux d'allaitement après le premier anniversaire de l'enfant était de 19 %³. Bien que les raisons justifiant le sevrage plus tôt dépendent de divers facteurs, le manque de connaissance sur la valeur de l'allaitement prolongé et le manque de soutien aux mères qui allaitent des nourrissons plus âgés et des tout-petits sont des facteurs contributifs. Les mères qui continuent d'allaiter leur tout-petit peuvent se heurter à des attitudes négatives et à des critiques et, de ce fait, être réticentes à dire qu'elles allaitent encore, une pratique appelée *l'allaitement en cachette*^{2,128,191,192}.



La sensibilisation accrue du public à l'importance de l'allaitement au-delà de la petite enfance, notamment par des représentations visuelles de tout-petits en train de téter, facilite la poursuite de l'allaitement. L'allaitement à plus long terme doit, en effet, être déstigmatisé et normalisé, avec une éducation ciblant le public et les PS, au lieu de se concentrer sur les mères elles-mêmes¹⁹¹.

Si une mère qui allaite tombe enceinte, encouragez-la à continuer d'allaiter et rassurez-la sur le fait que l'allaitement n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse, sauf si la mère ne prend pas assez de poids, s'il y a des saignements vaginaux inexpliqués ou s'il y a un risque d'accouchement prématuré. L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois* contient des stratégies pour encourager la poursuite de l'allaitement³.

Sevrage

Les pratiques de sevrage sont en grande partie déterminées par la culture. Dans beaucoup de pays, l'allaitement maternel continue jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus^{128,193}. Une analyse anthropologique qui a permis d'étudier à quel moment les humains devraient être sevrés d'un point de vue uniquement physiologique, et non culturel, a indiqué que l'âge physiologique du sevrage serait compris entre 2, 5 et 7 ans¹⁹³.

Dans certaines familles, le sevrage est une progression naturelle : ces familles passent de l'allaitement exclusif à l'ajout d'autres aliments et liquides au régime tout en poursuivant l'allaitement, jusqu'à ce que l'enfant ne soit plus nourri au sein. Dans d'autres familles, le sevrage consiste à remplacer volontairement l'allaitement maternel par d'autres liquides (souvent des substituts du lait humain) et des aliments solides. Cette stratégie de sevrage peut être appliquée très rapidement (p. ex., si la mère a besoin de prendre un médicament ou de suivre un traitement de longue durée avec lequel l'allaitement est contre-indiqué).

ou sur une période plus longue. Idéalement, le processus est effectué le plus lentement possible pour permettre au corps de la mère et au nourrisson de s'ajuster. Les mères peuvent être surprises par les sentiments de tristesse et de perte qu'elles ressentent à la fin de la relation d'allaitement et par le changement hormonal qui se produit¹⁹⁴. Le sevrage peut également être involontaire, notamment si le nourrisson refuse de téter. Le refus de se nourrir au sein peut se produire pour diverses raisons; en général, il est temporaire et peut être résolu¹⁹⁵. Informer les familles à l'avance que les nourrissons peuvent faire des *grèves de la tétée* et leur expliquer comment y remédier, cela peut aider les familles à poursuivre l'allaitement durablement.

Il est important que les PS donnent aux familles les renseignements nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur le sevrage. Voir le document de principes *Le sevrage de l'allaitement*, de la SCP¹⁹⁵.

“ Les données probantes montrent que les femmes peuvent réussir à travailler ou à aller à l'école tout en allaitant leur enfant, même si le soutien du lieu de travail ou d'étude est essentiel.

Travail et allaitement

Les femmes ont toujours réussi à combiner habilement leur rôle parental, l'allaitement et leur travail. L'allaitement et le travail ne sont devenus problématiques que lorsque les lieux de travail ont séparé les mères et les jeunes enfants. Les familles qui ont des enfants bénéficient du soutien communautaire, quel que soit l'endroit où les mères travaillent, à la maison ou à l'extérieur.

Les femmes canadiennes ont le droit d'allaiter leurs enfants. Pour les enfants, l'allaitement constitue la plus haute norme de santé possible; il constitue un droit humain fondamental. Pour les femmes, la possibilité d'allaiter en public et de bénéficier d'adaptations de l'employeur ou de l'établissement scolaire pour leur permettre de continuer d'allaiter lorsqu'elles retournent au travail ou à l'école constitue un droit fondamental¹⁹⁶. Les aménagements sur le lieu de travail doivent prendre en compte les besoins des mères qui allaitent¹⁹⁷. Les lieux de travail qui n'y sont pas favorables pourraient enfreindre la *Charte canadienne des droits et libertés* et la législation ou les politiques provinciales sur les droits fondamentaux.

Les données probantes montrent que les femmes peuvent réussir à travailler ou à aller à l'école tout en allaitant leur enfant, même si le soutien du lieu de travail ou d'étude est essentiel¹⁹⁸⁻²⁰⁰. Les PS doivent également fournir des conseils et de l'aide aux mères allaitantes qui reprennent le travail ou leurs études afin de faciliter cette transition.

L'ALLAITEMENT, UN DROIT FONDAMENTAL^{197,201-204}

Les femmes canadiennes ont le droit d'allaiter leurs enfants partout où elles ont le droit d'être, y compris sur leur lieu de travail. Plusieurs énoncés internationaux et nationaux affirment ce droit :

- **Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant** : Selon l'article 24, relatif à la santé et aux services de santé, les enfants ont droit à des soins de santé de bonne qualité – aux meilleurs soins de santé possible –, à de l'eau potable, à des aliments nutritifs, à un environnement propre et sûr et à l'information qui peut les aider à rester en santé.
- **Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** : Les gouvernements devraient promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application conformément aux normes du travail internationales. Les cibles opérationnelles de la Stratégie ont été réaffirmées par la **Déclaration Innocenti de 2005**.
- **Charte canadienne des droits et libertés** : La *Charte* inclut les droits à l'égalité des femmes. En outre, la **Loi canadienne sur les droits de la personne** interdit la discrimination fondée sur la grossesse. Une telle discrimination est considérée comme étant fondée sur le sexe, car seules les femmes peuvent être enceintes. (Par extension, seules les femmes peuvent allaiter.)
- La **Politique sur la grossesse et les droits de la personne en milieu de travail de la CCDP** stipule que « dans le monde du travail, les femmes sont des employées de valeur qui ont droit à l'égalité, à la dignité, au respect et à des mesures d'adaptation lorsqu'elles tentent d'avoir un enfant, lorsqu'elles sont enceintes et lorsqu'elles reviennent d'un congé lié à la grossesse ».
- La **Politique sur la grossesse et les droits de la personne en milieu de travail** mentionne des pratiques exemplaires, notamment autoriser un horaire variable d'arrivée au travail en raison de l'horaire d'allaitement flexible, permettre aux femmes d'allaiter leur bébé pendant les visites au travail, leur accorder des pauses plus longues ou supplémentaires et un local privé pour allaiter ou tirer leur lait. À leur retour au travail, afin de favoriser l'allaitement maternel, « des mesures d'adaptation doivent être appliquées pour les employées qui allaitent ou qui extraient leur lait, notamment offrir un endroit propre à allaiter ou à extraire et stocker du lait, fournir des pauses plus longues ou supplémentaires pour l'allaitement ou l'extraction du lait, permettre la prolongation du congé de maternité et permettre une organisation différente du travail ».



9 SUCES D'AMUSEMENT ET TÉTINES ARTIFICIELLES

CONDITION 9

OMS/UNICEF

- Conseiller les mères sur la façon d'utiliser les biberons, les tétines artificielles ou sucettes, ainsi que les risques qui y sont associés.

CANADA

- Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.

Tétines artificielles

L'apparition de la lactogenèse de stade II, c'est-à-dire une production abondante de lait, dépend de l'expression fréquente et efficace du lait des seins¹⁹². L'alimentation de toute autre manière que l'allaitement maternel (avec le lait d'une donneuse ou une préparation pour nourrissons) peut interférer avec le processus d'établissement de la production de lait fondé sur un système d'offre et de demande. La supplémentation, sauf sur indication médicale, n'est pas recommandée pour les nourrissons allaités. Pour les petites quantités de suppléments administrés pour indications médicales consignées au début de la période postpartum, utiliser une cuillère ou une petite tasse^{54,205,206}. L'utilisation de tels contenants au lieu de biberons lorsque des suppléments sont administrés à l'hôpital est associée à une augmentation de la durée de l'allaitement^{160,207,208}. Bien que les recherches sur les autres dispositifs d'alimentation soient rares, les suppléments peuvent être administrés à l'aide d'une

seringue, d'un compte-gouttes ou d'une sonde d'alimentation à la poitrine²⁰⁶. L'alimentation au moyen d'une tasse est également utilisée pour les nourrissons prématurés pendant la transition de l'alimentation par sonde à l'allaitement exclusif¹⁴⁷.

Les études sur les effets des tétines artificielles (téterelles) sur la durée de l'allaitement ne sont pas concluantes. La possibilité qu'un nourrisson s'habitue à un type particulier de tétine et préfère un débit rapide de lait nécessite des recherches plus poussées, tout comme le risque de confusion avec le mamelon^{192,209}. Bien que l'utilisation occasionnelle d'un biberon après l'amorce de l'allaitement ne soit pas forcément problématique, l'utilisation régulière de biberons, surtout si le lait n'est pas fréquemment tiré, peut compromettre la production de lait. Certaines familles peuvent s'inquiéter de devoir *apprendre* à leur nourrisson allaité à boire au biberon juste au cas où une situation empêcherait la mère d'allaiter. Rassurez la famille en lui expliquant que ce n'est pas nécessaire.

L'énoncé *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois* prône l'utilisation d'une tasse ouverte lorsqu'on introduit des liquides autres que le lait maternel à 6 mois et lors du passage du biberon à la tasse. Les PS sont invités à consulter l'énoncé en question pour obtenir d'autres conseils³.

Suces d'amusement

L'utilisation de suces d'amusement, également appelées sucettes ou tétines, varie en fonction de la culture et demeure controversée au Canada. De nombreuses autorités suggèrent de les utiliser avec prudence, en particulier au début de la période postpartum avant que l'allaitement maternel soit établi^{15,78,128,205}. Leur utilisation régulière peut retarder l'allaitement ou en diminuer la fréquence, et donc nuire à la production de lait maternel. Certaines études associent également l'utilisation d'une suce d'amusement à une diminution de la durée de l'allaitement ou à des difficultés pour allaiter pendant les 3 premiers mois^{20,208}. Les suces entraînent également d'autres préoccupations, notamment :

- problèmes dentaires et orthodontiques;
- infections;
- accidents et blessures.

L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada indique que les suces d'amusement ont un effet protecteur contre le syndrome de mort subite du nourrisson¹⁸¹. Ce document recommande de retarder l'introduction d'une suce jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi. Il recommande également que les nourrissons qui ont une suce l'aient systématiquement chaque fois qu'ils dorment.

Les suces d'amusement peuvent aussi être utiles pour les nourrissons prématurés pendant les alimentations par sonde ou les interventions douloureuses, si l'allaitement maternel n'est pas possible^{210,211}. Toutefois, le recours le moins souvent possible à une suce est associé à des effets positifs, à savoir l'atteinte plus rapide de l'allaitement exclusif chez les nourrissons prématurés et l'allaitement exclusif au moment du congé pour les autres nouveau-nés^{149,150}.

Voir la ligne directrice *Les recommandations sur l'usage des sucettes* de la SCP pour des recommandations plus approfondies sur les suces d'amusement²¹².



10 SOUTIEN À L'ALLAITEMENT DANS LA COLLECTIVITÉ

CONDITION 10

OMS/UNICEF

- Coordonner les congés de l'hôpital de façon à ce que les parents et le nourrisson aient un accès opportun à un soutien et à des soins continus.

CANADA

- Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaires et les groupes d'entraide en allaitement.
- Appliquer des principes de soins de santé primaires et de santé des populations pour soutenir les mères sur le continuum de soins et implanter des stratégies qui influenceront positivement les taux d'allaitement.

Il est essentiel d'établir des partenariats entre les hôpitaux et les services communautaires afin d'assurer une transition sans interruption des soins pendant la grossesse, l'accouchement, la naissance et la période postpartum, compte tenu de la courte durée des séjours à l'hôpital et de l'importance d'établir l'allaitement et la lactation au cours de la première ou des 2 premières semaines suivant la naissance. La collaboration entre les organismes de santé publique et entre les PS (p. ex., sages-femmes, omnipraticiens et pédiatres) permet de veiller à ce que les familles reçoivent, en temps utile, du soutien du service le plus approprié, ce qui est vital pour le bien-être du bébé et de la mère.

L'IAB fournit un modèle de soins à l'échelle de la collectivité. Les détails sur la façon dont la continuité et la transition sans interruption sont assurées varient, mais certains éléments essentiels accroissent son efficacité^{37,67,68,82} :

- soutien et interventions tout au long de la grossesse et pendant la période postpartum;
- soutien direct à l'allaitement par des professionnels compétents, sous forme de visites en personne à domicile ou en clinique et d'une assistance téléphonique disponible 24 heures sur 24;
- évaluation de l'allaitement avant le congé, au cours de laquelle des plans d'alimentation appropriés sont fournis;

- évaluation de l'efficacité de l'allaitement dans la collectivité, avec les plans d'alimentation en place ou adaptés, au besoin;
- liens solides et communication efficace entre les hôpitaux et les établissements de santé communautaire;
- présence dans la collectivité d'un comité interprofessionnel et interagence pour l'allaitement, composé de représentants des hôpitaux, des services communautaires, des organismes de santé publique et des groupes d'entraide, pour encourager l'allaitement maternel et fournir des renseignements uniformes et des services coordonnés de soutien par les professionnels et par les pairs;
- approches à plusieurs facettes incluant le soutien en personne par les professionnels et les pairs;
- orientation vers des groupes d'entraide entre mères (soutien par les pairs);
- renseignements écrits pour les parents décrivant les signes d'un allaitement réussi et expliquant où trouver de l'aide;
- campagnes de sensibilisation pour atteindre les femmes et les familles qui n'ont pas régulièrement recours aux services hospitaliers et communautaires;
- séances planifiées de soutien pour que les familles sachent ce qui est disponible.



La collaboration entre les organismes de santé publique et entre les PS (p. ex., sages-femmes, omnipraticiens et pédiatres) permet de veiller à ce que les familles reçoivent, en temps utile, du soutien du service le plus approprié, ce qui est vital pour le bien-être du bébé et de la mère.

Sources d'information et de soutien

INTERNET

Les ministères des gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes de santé régionaux et locaux et les groupes professionnels sont d'importantes sources d'information pour les femmes qui allaitent, accessibles par Internet et les médias sociaux. Mais, comme il existe énormément de sources de renseignements erronés, il est utile que les organismes et les PS orientent les familles vers des sources crédibles, voire leur expliquent comment reconnaître ces sources lorsqu'elles cherchent des renseignements sur l'allaitement.

LIGNE D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE

Certaines provinces ou collectivités ont mis en place des lignes téléphoniques de soutien spécialisé sur la lactation et l'allaitement maternel. Par exemple, la ligne de soutien à l'allaitement de Télésanté Ontario permet d'obtenir des conseils sur l'allaitement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Dans certaines provinces, les organismes de santé publique ou communautaire offrent des lignes d'assistance téléphonique aux femmes qui allaitent.

SOUTIEN PAR LES PAIRS

Les groupes d'entraide entre mères allaitantes ont fait leur apparition dans les années 1950, tels que La Leche League et Nursing Mothers of Australia (qui s'appelle aujourd'hui Australian Breastfeeding Association). Ces organisations communautaires ont développé un réseau populaire de soutien aux mères allaitantes. Également, le modèle d'entraide entre mères existe aujourd'hui dans diverses organisations dans le domaine de la santé. La recherche démontre que le soutien par les pairs a un effet positif sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, probablement parce qu'il normalise l'expérience de l'allaitement, puisque les femmes se rendent compte qu'elles ne sont pas seules dans leurs succès et leurs difficultés. Les participantes étaient satisfaites de cette forme de soutien et trouvaient bénéfique le sentiment de communauté et d'appartenance^{69,82}. Les programmes de soutien par les pairs peuvent également aider à mettre les femmes en lien avec des ressources communautaires importantes, ce qui peut être particulièrement important pour celles qui n'ont pas facilement accès aux services ordinaires²¹³.

Les hôpitaux et les organismes de santé communautaire devraient soutenir activement les groupes d'entraide existants et en faciliter de nouveaux. Le Centre de ressources Meilleur départ a élaboré une ressource utile pour aider les collectivités à créer et à maintenir des programmes de soutien à l'allaitement par les pairs²¹⁴.



Populations vulnérables

Certains groupes de femmes ont des taux d'allaitement plus faibles. Il s'agit notamment des femmes qui sont plus jeunes, qui ont un faible niveau d'études, qui ont un faible revenu, qui ont peu ou pas de soutien de leur conjoint, de leur famille ou de leurs amis, qui se heurtent à des obstacles culturels ou sociaux et qui ont du mal à accéder aux soins de santé et aux autres types de soutien. La situation géographique fait également une différence : les femmes des provinces de l'Atlantique étaient moins susceptibles d'allaiter que celles vivant ailleurs au Canada⁴⁹. Il est crucial que les populations vulnérables reçoivent davantage de soutien adapté à leurs besoins^{215,216}.

Mettre l'accent sur le soutien, l'éducation, l'intervention et les soins constitue la meilleure stratégie pour atteindre les femmes qui risquent de ne pas allaiter ou de cesser rapidement d'allaiter²¹⁵. Un exemple est le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), une intervention de santé publique (administrée conjointement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux) qui a pour but d'améliorer les résultats de santé pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés aux prises avec des conditions de risque. Le PCNP a permis d'augmenter la probabilité que les femmes allaitent et qu'elles allaitent plus longtemps. Le taux global d'amorce de l'allaitement chez les participantes au PCNP (89 %) était le même que dans l'ensemble de la population canadienne (88 %), ce qui est un résultat non négligeable au vu des risques auxquels se heurtent les femmes participant au programme. Les participantes fortement exposées aux interventions du PCNP avaient 4 fois plus de chances d'allaiter plus longtemps que celles qui y étaient moins exposées^{217,218}.

CONCLUSION

Les soins dans une perspective familiale créent le contexte pour le succès de l'allaitement. Cela implique de favoriser le contact peau contre peau immédiatement après l'accouchement et en continu, la cohabitation entre la mère et le bébé, la participation de la famille et la prise de décision éclairée sur l'alimentation du nourrisson. Quel que soit le mode d'alimentation choisi, les familles doivent recevoir du soutien et de l'éducation et être traitées avec respect et dignité.

L'allaitement maternel est reconnu comme le mode d'alimentation inégalé des nourrissons et des jeunes enfants, sans équivalent pour ce qui est de favoriser la croissance et le développement normaux et de protéger contre les maladies aiguës et chroniques. Santé Canada, l'ASPC, la SCP, les Diététistes du Canada et le CCA recommande d'allaiter exclusivement les bébés pendant les 6 premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés, afin de satisfaire les besoins nutritionnels, d'assurer une protection immunologique et de favoriser la croissance et le développement chez les nourrissons et les jeunes enfants. Une telle politique concorde avec la recommandation mondiale de santé publique de l'OMS.

Au Canada, le taux d'amorce de l'allaitement a considérablement progressé, même si le taux d'allaitement exclusif et la durée de l'allaitement restent en deçà des recommandations de l'OMS. Les taux d'allaitement varient également à l'échelle du pays, diminuant selon un gradient général d'ouest en est. L'amorce et la durée de l'allaitement maternel augmentent lorsqu'on assure de manière active sa protection, sa promotion et son soutien. Les politiques et pratiques fondées sur des données probantes de l'IHAB, et de l'OMS/UNICEF, ont fait leurs preuves pour améliorer les résultats de l'allaitement sur le plan de l'exclusivité et de la durée. Le Canada s'affaire sans cesse à améliorer le taux d'allaitement au sein dans l'ensemble du pays par des recherches, des politiques, des interventions pédagogiques, des collaborations et des partenariats.

ANNEXE A — RESSOURCES ADDITIONNELLES

LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT MATERNEL

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Breastfeeding_BPG_2018.pdf

Perinatal Services BC

www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards

Prévention et contrôle des infections Canada

<https://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/Human%20Milk%20Position%20Statement%20-%202015May%20-%20FINAL.pdf>

Société canadienne de pédiatrie

www.cps.ca/fr/documents/authors-auteurs/comite-etude-du-foetus-et-nouveau-ne

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

www.jogc.com/directives-cliniques

BANQUES DE LAIT MATERNEL

BC Women's Provincial Milk Bank

www.bcwomens.ca/our-services/labour-birth-post-birth-care/milk-bank

Banque publique de lait maternel

www.hema-quebec.qc.ca/lait-maternel/donneuses-lait/banque-publique-lait-maternel.fr.html;jsessionid=3579D24B2951B1D0765B8309723DFB3F

Human Milk Banking Association of North America — Lignes directrices et pratiques exemplaires

www.hmbana.org/publications

NorthernStar Mothers Milk Bank

<http://northernstarmilkbank.ca>

Santé Canada — Innocuité du lait maternel de donneuses au Canada

www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/innocuite-lait-maternel-donneuses-canada.html

The Rogers Hixon Ontario Human Milk Bank

www.Milkbankontario.ca

GUIDES POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale — Guide pratique en allaitement pour les médecins

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1971954>

Baby-Friendly Newfoundland & Labrador—Physician’s Toolkit Breastfeeding: Quick Reference Guide

http://jrc.libguides.com/ld.php?content_id=20925313

Best Start—Breastfeeding Guidelines for Consultants—Desk Reference

www.meilleurdepart.org/resources/allaitement/pdf/brstfding_B03_F.pdf

Santé Canada — La nutrition du nourrisson né à terme et en santé

www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson.html

Santé publique Toronto — Breastfeeding Protocols for Health Care Providers

www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf

L’EXPRESSION MANUELLE

Healthy Families BC

www.healthyfamiliesbc.ca/home/articles/video-hand-expressing-breastmilk

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES ET DE SOUTIEN

Agence de la santé publique du Canada — Protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement maternel : un guide pratique pour les programmes communautaires

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/publications/protoger-promouvoir-soutenir-allaitement-maternel.html

Centre de ressources Meilleur départ — Mise en place et maintien de programmes de soutien mutuel à l’allaitement

www.beststart.org/resources/breastfeeding/B10_Peer_Support_Programs_FR_final.pdf

ANNEXE B — AFFECTIONS CHEZ LA MÈRE SUSCEPTIBLES DE NUIRE À L'ALLAITEMENT

Angoisse et dépression postpartum

L'allaitement maternel peut réduire le risque de dépression postpartum¹²⁸. La libération d'ocytocine et de prolactine pendant l'allaitement peut apporter un sentiment de calme et encourager une humeur positive. L'allaitement peut également réduire le niveau de stress de la mère²¹⁹⁻²²².

On en sait peu sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments antipsychotiques et antidépresseurs pendant l'allaitement^{175,223}. Les PS doivent prendre en considération chaque médicament individuellement ainsi que ses effets sur l'allaitement maternel et sur la santé du nourrisson, afin de peser le risque d'exposition par rapport aux effets bénéfiques du traitement et à l'importance de l'allaitement.

Maladies chroniques

Avec l'augmentation de l'âge de procréation moyen, de plus en plus de femmes enceintes ou allaitant leur nourrisson sont atteintes de maladies chroniques. Beaucoup de ces maladies sont exacerbées par le manque de sommeil. Par conséquent, les femmes ont non seulement besoin de soutien pour l'allaitement, mais également d'une aide pratique pour s'occuper du nourrisson et de leur famille afin qu'elles puissent se reposer suffisamment.

ASTHME

Environ 9 % des filles ou des femmes canadiennes âgées de 12 ans et plus souffrent d'asthme²²⁴. Cette affection peut s'améliorer, empirer ou rester stable pendant la grossesse. Les femmes atteintes d'asthme ou ayant des antécédents familiaux d'asthme devraient être encouragées à allaiter, car l'allaitement maternel a des effets protecteurs à long terme contre l'asthme chez l'enfant allaité²²⁵.

DIABÈTE

Comme les études montrent que les femmes diabétiques sont moins susceptibles de commencer à allaiter, celles-ci devraient recevoir plus tôt des renseignements sur l'importance de cette pratique ainsi que les encouragements nécessaires^{226,227}. Les données probantes indiquent que la lactation améliore le métabolisme du glucose au début de la période postpartum²²⁸. Étant donné que l'apparition de la lactogénèse de stade II peut être retardée chez les femmes atteintes de diabète gestationnel, celles-ci ont souvent besoin du soutien d'une consultante ou d'un spécialiste en allaitement^{229,230}. Chez les femmes atteintes de diabète de type 1, la lactogénèse de stade II est généralement retardée d'environ un jour²³¹⁻²³⁵. C'est pourquoi il est important que le nourrisson tète tôt et fréquemment et que les mères reçoivent du soutien rapidement.

Comme pour toutes les femmes et tous les bébés, l'allaitement devrait débuter le plus tôt possible après la naissance, car le colostrum aide à stabiliser la glycémie du nouveau-né. Parfois, les bébés nés de mères atteintes de diabète de type 1 doivent recevoir des soins en unité néonatale de soins intensifs. Dans ce cas, il convient d'encourager les familles à rester avec le nourrisson et les mères à exprimer leur lait à la main ou au tire-lait¹²⁸. De plus en plus, les femmes diabétiques expriment leur colostrum durant les dernières semaines de leur grossesse pour pouvoir l'utiliser advenant que le taux de sucre sanguin du nourrisson soit bas dès la naissance²³⁶.

Les problèmes physiques et affectifs pour les femmes atteintes de diabète de type 2 sont semblables à ceux des femmes souffrant de diabète de type 1, sauf que la maîtrise de leur glycémie n'est pas forcément aussi instable au début de la période postpartum¹²⁸.

Les femmes diabétiques peuvent être plus sensibles à la mastite. Elles devraient en connaître les signes pour savoir les repérer, en particulier si leur glycémie n'est pas bien maîtrisée ou si une infection fait augmenter leur taux de glycémie^{237,238}.

MALADIE THYROÏDIENNE

Un dysfonctionnement de la thyroïde après l'accouchement est assez courant et peut se manifester par une hypothyroïdie, une hyperthyroïdie ou une thyroïdite du postpartum. La plupart des femmes présentant de tels troubles peuvent continuer d'allaiter pendant le traitement¹²⁸.

Si les femmes atteintes d'hypothyroïdie suivent un traitement de substitution, elles doivent être réexaminées après l'accouchement pour voir s'il est nécessaire d'ajuster leur traitement. En général, la dose du traitement de substitution de l'hormone thyroïdienne est réduite pour revenir au niveau où elle était avant la grossesse²³⁹.

Si une femme présente une hypothyroïdie non diagnostiquée après l'accouchement, sa production de lait peut être réduite, mais, si elle reçoit un traitement de substitution acceptable, sa production de lait est susceptible d'augmenter fortement et ses symptômes seront soulagés¹²⁸.

L'hyperthyroïdie n'influe pas sur la capacité à allaiter. Cette affection est habituellement traitée par des médicaments antithyroïdiens²⁴⁰.

La thyroïdite du postpartum est la forme la plus courante de dysfonctionnement thyroïdien postpartum, qui touche environ 7 % des femmes au cours de la première année suivant l'accouchement. Les symptômes, qui peuvent ne pas être diagnostiqués, sont la fatigue, la dépression et l'angoisse.

ÉPILEPSIE (TROUBLES CONVULSIFS)

Dans la plupart des cas, les troubles convulsifs sont tellement bien contrôlés par les médicaments que les crises sont rares; toutes les femmes atteintes d'épilepsie devraient donc être encouragées à allaiter leur bébé¹²⁸. S'il arrivait que la mère éprouve de telles crises, l'allaitement n'est pas contre-indiqué : le risque de faire mal au nourrisson pendant l'allaitement n'est pas plus probable que pendant la tétée au biberon.

OBÉSITÉ

L'obésité maternelle est associée à des taux inférieurs d'amorce de l'allaitement et d'allaitement exclusif et à une durée d'allaitement plus courte. Les recherches portent à croire que ces taux inférieurs d'allaitement maternel chez les femmes obèses sont dus à une lactogénèse de stade II retardée, à un dysfonctionnement thyroïdien et à des facteurs psychologiques²⁴¹. Par conséquent, il peut être bénéfique d'offrir aux mères obèses davantage de soutien et de conseils pour leur expliquer comment savoir si leur nourrisson obtient assez de lait, de leur faire des démonstrations des différentes positions d'allaitement, de leur fournir de l'aide pour soutenir les gros seins afin de voir comment le bébé prend le sein et de leur montrer la technique d'assouplissement par pression en sens inverse autour de l'aréole pour permettre une prise du sein plus profonde. Il a été démontré que l'aide d'une consultante en allaitement avait une influence positive sur les résultats d'allaitement chez les femmes obèses²⁴¹.

Maladies auto-immunes

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

Les taux de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ont augmenté avec le temps et les taux les plus élevés d'incidence et de prévalence sont enregistrés dans les pays occidentaux, c'est-à-dire l'Europe du Nord, le Canada et l'Australie²⁴².

Bien que des études plus anciennes sur d'autres maladies auto-immunes aient constaté que l'allaitement pouvait être associé à un risque accru de rechute postpartum, des études plus récentes ont conclu que le risque de rechute de la maladie de Crohn diminuait ou restait inchangé chez les mères qui allaitaient par rapport à celles qui n'allaitaient pas²⁴³⁻²⁴⁵.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ

Le lupus érythémateux disséminé est une maladie auto-immune multisystémique qui touche principalement les femmes en âge de procréer, ce qui signifie que les experts en allaitement se doivent de bien connaître cette maladie²⁴⁶. La plupart des femmes qui en sont atteintes peuvent allaiter. Comme pour toutes les maladies, le traitement est établi en fonction des besoins de chaque femme. L'innocuité des médicaments administrés pendant l'allaitement doit être prise en considération et pesée par rapport à l'importance de l'allaitement.

SCLÉROSE EN PLAQUES

Dans la plupart des cas, les traitements modifiant l'évolution de la maladie qui sont utilisés pour traiter la sclérose en plaques (SP) sont arrêtés avant la conception ou au moment du diagnostic de grossesse¹²⁸. Les femmes devront prendre des décisions éclairées pour ce qui est des médicaments à consommer durant le postpartum et des choix d'alimentation du nourrisson. Les données probantes concernant l'effet de l'allaitement sur les exacerbations postpartum de la SP sont controversées, mais une étude récente a observé que les mères qui allaitaient exclusivement leur bébé pendant les 2 premiers

mois après l'accouchement présentaient une amélioration de leur bien-être et un sursis de leur maladie pendant 6 mois²⁴⁷.

Même s'il est nécessaire de mener plus de recherches sur l'effet de l'allaitement sur le risque de rechute, une femme atteinte de SP doit recevoir des renseignements fondés sur des données probantes pour qu'elle puisse choisir ce qui lui convient et que ce soutien soit adapté à ces besoins¹²⁸.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Il est courant, chez les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR), d'observer une rémission de leurs symptômes pendant la grossesse, puis une rechute après l'accouchement¹²⁸. Ce problème est plus récurrent chez les mères qui allaitent, fort probablement en raison de leur hyperprolactinémie (il a été démontré que la prolactine agit comme un immunostimulateur)^{248,249}. Il n'existe que des études limitées et, pour la plupart, anciennes sur les expériences d'allaitement des femmes atteintes de PR. Ces femmes qui allaitent peuvent se sentir très fatiguées et, même si elles ont besoin de repos, doivent également poursuivre les exercices sur l'amplitude de mouvements²⁵⁰. Les experts en allaitement peuvent aider ces femmes à satisfaire leurs besoins individuels et à consulter leur équipe soignante pour s'assurer qu'elles obtiennent des soins personnalisés.

Femmes présentant une incapacité physique

Chez les femmes présentant une incapacité physique, le soutien à l'allaitement doit se fonder sur leurs buts individuels et leurs capacités. Une approche normalisée des soins à la mère et au nouveau-né ainsi que des évaluations appropriées sont essentielles pour les familles. Grâce à leurs expériences, ces femmes font davantage preuve de créativité pour résoudre leurs problèmes¹²⁸. L'allaitement maternel stimule la confiance et l'estime de soi pour toutes les femmes, en confirmant la capacité de leur corps à nourrir leur bébé.

Bon nombre de femmes atteintes de blessures à la colonne vertébrale allaitent sans difficulté. Toutefois, plus la blessure est élevée et ample, plus des problèmes risquent de survenir. La capacité de fonctionnement normal des seins deviendra apparente au fil du temps en début de postpartum. Aussi est-il important pour la famille et autres aides de soutenir la mère dans ses besoins physiques particuliers et ceux du nourrisson. Les PS peuvent aider les mères à définir leur propre succès en matière d'allaitement compte tenu de leur mobilité et de leur intégrité sensorielle.

Les femmes présentant une incapacité physique trouvent souvent que l'allaitement maternel est plus pratique que l'alimentation au biberon. Toutefois, l'allaitement maternel chez les femmes présentant une incapacité physique risque d'être mal vu. Une sensibilisation des PS peut ici s'avérer nécessaire, et les familles et les mères peuvent avoir besoin de soutien pour surmonter les difficultés éventuelles et allaiter efficacement. L'entraide d'autres femmes présentant une incapacité physique peut souvent être utile pour la mère qui allaite.

ANNEXE C — PROBLÈMES D'ALLAITEMENT COURANTS

Mamelons douloureux

Il y a un large consensus clinique sur l'importance d'une position et d'une technique de prise du sein efficaces pour prévenir et guérir les douleurs aux mamelons^{251,252}. Malgré la pléthore de traitements et de dispositifs pharmacologiques et autres contre les douleurs ou les lésions aux mamelons, il n'existe que peu de preuves de leur efficacité. N'appliquer aucun traitement ou tirer le lait peut être tout aussi bénéfique, voire plus, que d'appliquer un onguent²⁵¹. D'ailleurs, il est avéré que plusieurs traitements des mamelons, comme les pansements occlusifs et les compresses hydrogel, sont potentiellement dangereux et sont à éviter.

Appliquer du lait maternel exprimé sur le mamelon douloureux avant et après chaque tétée peut contribuer à prévenir les douleurs ou à en accélérer la guérison²⁵². Compte tenu de la disponibilité du lait maternel chez les femmes qui allaitent, du coût nul, des composants biologiques et de la recommandation largement répandue en faveur de l'allaitement maternel par les organismes internationaux tels que l'OMS et l'UNICEF, cette technique pourrait être le traitement optimal.

Il est important d'examiner la bouche du nourrisson. Si le frein lingual est attaché à la partie antérieure de la langue, la mobilité de la langue peut être restreinte, causant des lésions aux mamelons. Il n'existe pas de définition normalisée ni de technique d'examen pour diagnostiquer la *langue attachée* (ankyloglossie)²⁵³. La SCP, dans l'énoncé *L'ankyloglossie et l'allaitement*, recommande une frénotomie uniquement si une ankyloglossie marquée est associée à de graves difficultés d'allaitement²⁵³.

La candidose mammaire, une infection à levures du mamelon, peut également causer des douleurs. Elle est causée par *Candida albicans*, un organisme symbiotique normalement présent dans la flore intestinale chez 80 % de la population, qui peut devenir invasif dans les bonnes conditions. Les facteurs de risques de candidose mammaire comprennent la prise d'antibiotiques, les antécédents d'infections vaginales à levures et le muguet buccal ou l'érythème fessier à *Monilia* chez l'enfant^{254,255}.

Le symptôme le plus courant de candidose est une sensation de brûlure ou de douleur profonde ou fulgurante dans le sein touché qui est disproportionnée par rapport aux observations physiques. La douleur peut irradier le long du dermatome T4 en faisant le tour du tronc jusqu'à la base de l'omoplate. Les observations physiques sont un érythème accompagné d'une lichénification, ou desquamation, du centre de l'aréole. L'érythème est délimité par une bordure active bien marquée et, généralement, ne s'élargit pas au-delà de la zone où le bébé prend le sein. Une infection bactérienne secondaire peut se développer. Le diagnostic est clinique, car *C. albicans* est difficile à mettre en culture dans le lait maternel, étant donné que la lactoferrine présente dans le lait inhibe sa croissance²⁵⁶. Avant d'administrer un traitement par des agents antifongiques, il faut étudier soigneusement les autres causes possibles de douleurs aux mamelons, notamment les spasmes vasculaires ou la maladie de Raynaud, et les traumatismes localisés des mamelons afin de les écarter²⁵⁷.

Selon sa gravité, la candidose mammaire peut guérir sans traitement. Les traitements possibles sont un onguent, une crème ou un gel antifongique sur les mamelons ou dans la bouche du nourrisson ou, dans les cas résistants, des médicaments antifongiques par voie orale chez la mère. Des analgésiques peuvent être administrés si les symptômes sont graves²⁵⁸. Étant donné que *C. albicans* est couramment présent sur la peau et dans l'intestin, il n'est pas nécessaire de jeter le lait qui a été tiré avant le traitement²⁵⁹.

Engorgement

Le fait que les seins soient pleins autour du troisième jour après l'accouchement est un signe rassurant de lactation normale. Les deux tiers des femmes environ ressentent au moins des signes modérés d'engorgement ou de gonflement et de distension des seins, habituellement entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement¹⁹². Allaiter (ou tirer son lait) fréquemment et efficacement et se masser les seins peut réduire les symptômes graves.

En cas d'engorgement, le sein est gonflé, douloureux, brillant et œdémateux avec des zones rouges diffuses. Le mamelon peut être effacé, le lait ne pas couler facilement et le nourrisson avoir du mal à prendre le sein. Les facteurs contributifs comprennent l'amorce retardée de l'allaitement, les tétées pas assez fréquentes ou à durée limitée, la supplémentation, la prise du sein inefficace par le nourrisson, les antécédents de chirurgie des seins ou toute situation entraînant une stase de lait⁵⁴.

La prévention et le traitement de l'engorgement sont importants, car un engorgement non soulagé peut diminuer la production de lait et causer une involution du tissu mammaire. Le moyen le plus efficace de prévenir et de traiter l'engorgement est l'allaitement efficace.

Obstruction des canaux lactifères

Les canaux lactifères bouchés se manifestent habituellement par une zone sensible d'engorgement local ou une grosseur palpable. L'obstruction est souvent associée à des tétées manquées, à la pression de vêtements trop serrés ou à une production de lait trop abondante⁵⁴.

Pour traiter ce genre de malaise, effectuer des compresses chaudes avant d'allaiter, masser les seins avant et durant l'allaitement, allaiter fréquemment en débutant avec le sein en cause, assurer des tétées régulières et éviter les brassières et vêtements serrés⁵⁴.

Mastite

La mastite se caractérise par une sensibilité, une rougeur et une chaleur localisées et par des symptômes systémiques de fièvre, de malaise et, occasionnellement, de nausées et de vomissements¹⁹². Elle apparaît généralement au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement, mais peut se produire à tout moment pendant la lactation. Techniquement, la mastite est une inflammation du sein, qui peut comporter ou non une infection. Il n'est pas rare que le problème commence par un engorgement, puis évolue en une mastite non infectieuse, suivie d'une mastite infectieuse¹⁹².

La mastite peut également être un précurseur de la formation d'un abcès. Dans ce cas, les symptômes cliniques de la mastite s'améliorent, mais une grosseur douloureuse se développe. Une fois que la grosseur est fluctuante, au bout d'une semaine en général, le traitement se fait par aspiration à l'aiguille, idéalement échoguidée. Chez les patientes qui ne répondent pas à l'aspiration, une intervention chirurgicale peut s'avérer nécessaire²⁶⁰.

COMPARAISON DE L'ENGORGEMENT, DE L'OBSTRUCTION DES CANAUX LACTIFÈRES ET DE LA MASTITE^{54,128,192,257}

		Engorgement	Obstruction des canaux lactifères	Mastite
Apparition		Progressive – habituellement 3 à 5 jours après l'accouchement ou en cas d'arrêt soudain de l'allaitement ou du tirage du lait.	Progressive – habituellement en quelques heures.	Soudaine – après 8 à 10 jours.
Siège		Bilatéral	Unilatéral	Généralement unilatéral, peut être bilatéral en cas d'infection streptococcique
Symptômes	Gonflement et chaleur	Chaleur et sensation d'engorgement généralisées, seins gonflés, douloureux, brillants et œdémateux avec des zones rouges diffuses. Le mamelon peut être effacé, le lait ne pas couler facilement et le nourrisson avoir du mal à prendre le sein.	Peut varier en taille, avec peu de chaleur, voire aucune. Grosseur palpable et mobile avec des bords bien marqués. Peut être recouverte par un érythème.	Rougeur, chaleur et enflure localisées. Peut toucher une partie du sein ou le sein entier. Présence d'un érythème et de douleur. Peut s'accompagner d'une induration ou d'une grosseur inflammatoire.
	Douleur	Généralisée	Légère, localisée	Intense, mais localisée
	Température corporelle	< 38,4 °C	< 38,4 °C	Associée à une fièvre > 38,4 °C
	Symptômes systémiques	Se sent bien	Se sent bien	Symptômes de la grippe
Cause		Tétées peu fréquentes ou inefficaces, supplémentation inutile, ou toute affection causant une stase de lait.	Cause particulière inconnue, mais pouvant être due à un drainage inadéquat des seins (peut-être à cause de tétées manquées, de vêtements trop serrés ou d'une production de lait trop abondante).	Mamelons abîmés et douloureux ou drainage inadéquat des seins.

COMPARAISON DE L'ENGORGEMENT, DE L'OBSTRUCTION DES CANAUX LACTIFÈRES ET DE LA MASTITE^{54,128,192,257}

	Engorgement	Obstruction des canaux lactifères	Mastite
Traitement	Continuer d'allaiter. Prendre une douche chaude, appliquer des compresses chaudes ou faire tremper ses seins avant d'allaiter, cela peut faciliter le réflexe d'éjection du lait. Masser doucement le sein et exprimer manuellement le lait ou le colostrum pour assouplir l'aréole et faciliter la prise du sein avant d'allaiter. Appliquer des compresses froides entre les tétées réduit l'œdème et peut procurer du confort. Allaiter fréquemment, en commençant par le sein engorgé, peut soulager l'engorgement. Des médicaments anti-inflammatoires compatibles avec l'allaitement maternel peuvent être nécessaires.	Continuer d'allaiter. Adopter différentes positions pour allaiter, par exemple en plaçant le menton ou le nez du nourrisson près de la zone bouchée, allaiter fréquemment et efficacement et tirer manuellement le lait, au besoin. Masser la zone du canal lactifère bouché après les tétées. Exclure la présence d'une ampoule de lait à la surface du mamelon. Dans les cas extrêmes, l'ampoule peut être drainée.	Continuer d'allaiter. Si l'allaitement est trop douloureux, exprimer le lait à la main ou au tire-lait. Commencer d'allaiter du côté touché. Si ce côté est trop douloureux, commencer du côté non touché jusqu'à la montée de lait, puis changer de côté. Un traitement antibiotique peut être nécessaire. Une récurrence au même endroit justifie une évaluation plus poussée pour écarter la possibilité d'une grosseur sous-jacente ou d'une autre anomalie.

Ictère

Il est important de comprendre l'interaction entre l'ictère (aussi appelé jaunisse) et l'allaitement maternel. Les nouveau-nés qui présentent un ictère peuvent mal se nourrir et, à l'inverse, les nouveau-nés qui se nourrissent mal risquent d'être atteints d'un ictère (« ictère de jeûne » du nouveau-né)¹²⁸. Tous les nourrissons présentant un ictère doivent être soigneusement examinés par un PS expérimenté afin d'en déterminer la cause et de voir si un traitement est requis.

Dans les cas où une photothérapie est requise, la plupart des bébés peuvent être traités au chevet de la mère – les mères et les bébés devraient rester ensemble autant que possible afin de veiller à ce que l'allaitement ne soit

pas compromis, car la SCP recommande de poursuivre l'allaitement pendant la photothérapie (énoncé de la SCP sur la jaunisse)^{3,137}. Si le nourrisson ne tète pas efficacement au sein, il est important d'aider la mère à tirer son lait pour le bébé. De même, si les bébés sont hospitalisés de nouveau, des dispositions doivent être prises pour que les mères puissent rester avec leur bébé afin d'encourager la poursuite de l'allaitement.

Les Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés de la SCP et l'énoncé La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois fournissent des recommandations sur l'examen et le suivi des nourrissons.

RÉFÉRENCES :

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2003 [consulté le 1 mai 2018]. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42680/9242562211.pdf?sequence=1>
2. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2012 [consulté le 2 mai 2018]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html.
3. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2014 [consulté le 2 mai 2018]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois/6-24-mois.html.
4. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
5. Kramer M, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt R, Matush L, *et al.* Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578-84.
6. Quigley M, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew M, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr*. 2012;160(1):25-32.
7. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007(153):1-186.
8. Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity-a systematic review. *Int J Obes*. 2004;28(10):1247-56.
9. Hauck F, Thompson J, Tanabe K, Moon R, Vennemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-110.
10. Newcomb P, Storer B, Longnecker M, Mittendorf R, Greenberg E, Clapp R, *et al.* Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*. 1994;330(2):81-7.
11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187-95.
12. Rosenblatt K, Thomas D, The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. *Int J Epidemiol*. 1993;22(2):192-7.
13. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr*. 1993;58(2):162-6.
14. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999;103(4):870-6.
15. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
16. U.S. Department of Health and Human Services. The importance of breastfeeding. In: The Surgeon General's call to action to support breastfeeding [Internet]. Rockville (MD): Office of the Surgeon General; 2011 [consulté le 14 mai 2018]. p. 1-5. Accès : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52682/pdf/Bookshelf_NBK52682.pdf.
17. Maclean H, Millar WJ. Breastfeeding practices [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2005 [consulté le 14 mai 2018]. 54p. Cat. No.: 82-003. Accès : <http://publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003-XIE/0020482-003-XIE.pdf>.
18. Statistique Canada. CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2018 [consulté le 17 mai 2018]. Tableau 105-0509 Caractéristiques de la santé des Canadiens, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires et régions sociosanitaires. Accès : www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1050509&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=
19. Gionet L. Coup d'oeil sur la santé : tendances de l'allaitement au Canada (82-624-X) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2013 [consulté le 14 mai 2018]. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm.
20. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, *et al.* Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413-20.
21. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005;116(5):e702-8.
22. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122(Suppl 2):S43-9.
23. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2008;149(8):565-82.
24. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health*. 2009;99(5):929-35.
25. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Le contact corporel précoce pour les mères et leurs nouveau-nés en bonne santé. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(11):CD003519.
26. Cattaneo A, Buzzetti R. Quality improvement report: effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *Br Med J*. 2001;323(7325):1358-62.

27. Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E, Nantini B, D'Agostino G, Dotta A. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr.* 2007;96(11):1626-31.
28. Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr.* 2005;94(8):1012-6.
29. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C, Millennium Cohort Study Health Group. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int J Epidemiol.* 2006;35(5):1178-86.
30. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr.* 2012;8(2):141-61.
31. Broadfoot M, Britten J, Tappin D, MacKenzie JM. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005;90(2):114-6.
32. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, *et al.* Les interventions visant à encourager les femmes à commencer à allaiter. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(11):CD001688.
33. Organisation mondiale de la santé. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018 [consulté le 6 juillet 2018]. Accès : www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/.
34. Organisation mondiale de la santé, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2009 [consulté le 16 mai 2018]. Accès : www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/.
35. Organisation mondiale de la santé. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2017 [consulté le 9 juillet 2018]. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>.
36. Organisation mondiale de la santé, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018 [consulté le 9 juillet 2018]. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
37. Comité canadien pour l'allaitement. Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les 10 conditions et le code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2017 [consulté le 16 mai 2018]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/Indicators%202017%20%20French%20version%20final.pdf>.
38. Agrément Canada. Normes relatives aux hôpitaux : les services d'obstétrique. Ottawa (ON) : AC; 2014.
39. Agence de la santé publique du Canada. Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens. Ottawa (ON) : ASPC; 2012.
40. Comité canadien pour l'allaitement. Rapport de situation sur l'Initiative Amis des bébés (IAB) au Canada [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2014 [consulté le 15 mai 2018]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/Final%202014%20Status%20Report%20FR.pdf>.
41. Comité canadien pour l'allaitement. Baby-friendly facilities in Canada [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2014 [consulté le 11 juillet 2018]. Accès : [http://breastfeedingcanada.ca/documents/Designated%20Facilities%20in%20Canada%20\(april%202018%20\).pdf](http://breastfeedingcanada.ca/documents/Designated%20Facilities%20in%20Canada%20(april%202018%20).pdf).
42. Nyqvist KH, Häggkvist A, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, *et al.* Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive Care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact.* 2012;28(3):289-96.
43. Chalmers B. Family-centred perinatal care: improving pregnancy, birth and postpartum care. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2017.
44. Organisation mondiale de la santé. International code of marketing of breast-milk substitutes [Internet]. Genève (CH) : OMS; 1981 [consulté le 18 mai 2018]. Accès : www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr/.
45. INFAC Canada. Breastfeeding protection and the International Code [Internet]. Toronto (ON) : INFAC Canada; sans date [consulté le 4 juin 2018]. Accès : [www.infactcanada.ca/Breastfeeding%20Protection%20and%20the%20International%20Code%20\(print%20format\).pdf](http://www.infactcanada.ca/Breastfeeding%20Protection%20and%20the%20International%20Code%20(print%20format).pdf).
46. Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact.* 2012;28(3):317-34.
47. Le centre de ressources meilleur départ, Baby-Friendly Initiative Ontario. The Baby-Friendly Initiative: evidence-informed key messages and resources [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2013 [consulté le 4 juin 2018]. Accès : www.beststart.org/resources/breastfeeding/Baby_Friendly_Resource_linked_final.pdf.
48. Levitt C, Hanvey L, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Bartholomew S. Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals: comparing 1993 with 2007. *Birth.* 2011;38(3):228-37.
49. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (ON) : ASPC; 2009.
50. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *Birth.* 2009;36(2):122-32.
51. Wright CM, Waterston AJR. Relationships between paediatricians and infant formula milk companies. *Arch Dis Child.* 2006;91(5):383-5.
52. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: entanglement. *BMJ.* 2003;326(7400):1189-92.

53. Agence canadienne d'inspection des aliments. Exigences en matière d'étiquetage des aliments pour bébés, des préparations pour nourrissons et du lait maternel [Internet]. Ottawa (ON) : ACIA; 2018 [consulté le 4 juin 2018]. Accès : www.inspection.gc.ca/aliments/etiquetage/l-etiquetage-des-aliments-pour-l-industrie/aliments-pour-bebes-des-preparations-pour-nourriss/fra/1393069958870/1393070130128.
54. Perinatal Services BC. Health promotion guideline: breastfeeding the healthy term infant [Internet]. Vancouver (CB) : Perinatal Services BC; 2012 [consulté le 22 mai 2018]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf.
55. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical protocols [Internet]. New Rochelle (NY) : Academy of Breastfeeding Medicine; 2017 [consulté le 22 mai 2018]. Accès : www.bfmed.org/protocols.
56. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A, Kylberg E, Frandsen AL, *et al*. Neo-BFHI: the Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria [Internet]. Raleigh (CN) : International Lactation Consultants Association; 2015 [consulté le 22 mai 2018]. Accès : www.ilca.org/learning/resources/neo-bfhi.
57. McFadden A, Renfrew M, Wallace L, Dykes F, Abbott S, Burt S, *et al*. Does breastfeeding really matter? A national multidisciplinary breastfeeding knowledge and skills assessment. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2007;17(1):85-7.
58. Pound CM, Williams K, Grenon R, Aglipay M, Plint AC. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of canadian physicians. *J Hum Lact*. 2014;30(3):298-309.
59. Chalmers B. Breastfeeding unfriendly in Canada? *CMAJ*. 2013;185(5):375-6.
60. Payne J, Radcliffe B, Blank E, Churchill E, Hassan N, Cox E, *et al*. Breastfeeding: The neglected guideline for future dietitian-nutritionists? *Nutr Diet*. 2007;64(2):93-8.
61. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth*. 2003;30(2):94-100.
62. Brodribb W, Jackson C, Fallon A, Hegney D. Breastfeeding and the responsibilities of GPs: a qualitative study of general practice registrars. *Aust Fam Physician*. 2007;36(4):283-5.
63. Bryant CA, Coreil J, D'Angelo SL, Bailey DF, Lazarov M. A strategy for promoting breastfeeding among economically disadvantaged women and adolescents. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*. 1992;3(4):723-30.
64. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, *et al*. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics*. 2010;126(2):289-97.
65. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
66. Kim J, Unger S. Les banques de lait humain (réaffirmé 2018). *Paediatr Child Health*. 2010;15(9):599-602.
67. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008) [Internet]. Luxembourg (LU) : European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2008 [consulté le 24 mai 2018]. Accès : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf.
68. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008;17(9):1132-43.
69. Dennis C. Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12-32.
70. Apple RD. "To be used only under the direction of a physician": commercial infant feeding and medical practice, 1870-1940. *Bull Hist Med*. 1980;54(3):402-17.
71. Apple RD. The medicalization of infant feeding in the United States and New Zealand: two countries, one experience. *J Hum Lact*. 1994;10(1):31-7.
72. Apple RD. Constructing mothers: scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries. *Soc Hist Med*. 1995;8(2):161-78.
73. Schmied V, Olley H, Burns E, Duff M, Dennis C, Dahlen HG. Contradictions and conflict: a meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):163.
74. Blyth R, Creedy DK, Dennis C, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002;29(4):278-84.
75. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999;15(3):195-201.
76. Entwistle F, Kendall S, Mead M. The promotion of breastfeeding among low-income women: midwives' knowledge and attitudes following a WHO/UNICEF breastfeeding management course. *Evidence Based Midwifery*. 2007;5(1):29-34.
77. Ekstrom A, Widstrom A, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*. 2003;30(4):261-6.
78. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646-55.
79. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):259-68.
80. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(8):868-71.
81. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*. 2000;4(25):1-171.
82. McFadden A, Gavine A, Renfrew M, Wade A, Buchanan P, Taylor J, *et al*. Prise en charge des mères allaitantes en bonne santé avec des bébés nés à terme et en bonne santé. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(2):CD001141.

83. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149(8):565-82.
84. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2015 [consulté le 25 mai 2018]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/qs37.
85. Chow S, Chow R, Popovic M, Lam H, Merrick J, Ventegodt S, *et al*. The use of nipple shields: a review. *Front Public Health*. 2015;3:236.
86. Gamble D, Morse JM. Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993;22(4):358-65.
87. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2013;8:4.
88. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):510-26.
89. Moore DB, Catlin A. Lactation suppression: forgotten aspect of care for the mother of a dying child. *Pediatr Nurs*. 2003;29(5):383-4.
90. European Milk Bank Association, Human Milk Banking Association of North America. Milk sharing [Internet]. Milano(IT) : EMBA; 2015 [consulté le 25 mai 2018]. Accès : <http://europeanmilkbanking.com/joint-emba-and-hmbana-statement-on-milk-sharing-has-been-released/>.
91. Klaus M, Kennell J. Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development. *J Nurse Midwifery*. 1977;22(2):16-7.
92. Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I: First observations at 36 hours. *Acta Paediatr Scand*. 1977;66(2):137-43.
93. Château P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum III: Follow-up at one year. *Scand J Soc Med*. 1984;12(2):91-103.
94. Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, Travan L, Inglese S, Brovedani P, *et al*. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *J Hum Lact*. 2015;31(1):47-52.
95. Bystrova K, Widstrom A, Matthiesen A, Ransjo-Arvidson A, Welles-Nystrom B, Wassberg C, *et al*. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*. 2003;92(3):320-6.
96. Bystrova K, Matthiesen A, Vorontsov I, Widstrom A, Ransjo-Arvidson A, Uvnäs-Moberg K, *et al*. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth*. 2007;34(4):291-300.
97. Marin Gabriel M, Martín IL, Escobar AL, Villalba EF, Blanco IR, Pol PT. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr*. 2010;99(11):1630-4.
98. Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev*. 2011;87(3):151-7.
99. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, *et al*. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*. 1992;81(6-7):488-93.
100. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Uvnäs-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*. 1995;84(5):468-73.
101. Michelsson K, Christensson K, Rothgänger H, Winberg J. Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis. *Acta Paediatr*. 1996;85(4):471-5.
102. Hanson, LA. Immunobiology of human milk: how breastfeeding protects babies. 1^e éd. Amarillo (TX): Pharmasoft Publishing; 2004.
103. Morris T, McInerney K. Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth*. 2010;37(2):134-40.
104. Widstrom A, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnäs-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatr Scand*. 1987;76(4):566-72.
105. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007;34(2):105-14.
106. Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2014;14(1):28-33.
107. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990;336(8723):1105-7.
108. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M, Marinelli KA, Noble L, Brent N, *et al*. ABM clinical protocol #5: peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med*. 2013;8(6):469-73.
109. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, *et al*. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010;37(4):275-9.
110. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, *et al*. Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*. 2010;37(1):44-9.
111. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin: after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011;36(5):318-24.
112. Widström A, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E, *et al*. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr*. 2011;100(1):79-85.
113. Porter R. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr*. 2004;93(12):1560-2.

114. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011;21(10):601-5.
115. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):116-25.
116. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, Gupta N, Deorari AK, Paul VK. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: a randomized controlled trial. *Neonatology*. 2012;102(2):114-9.
117. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91(12):1301-6.
118. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, *et al*. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*. 2010;26(2):130-7.
119. Jefferies AL. La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille. *Paediatr Child Health*. 2012;17(3):144-6.
120. Matthiesen A, Ransjo-Arvidson A, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*. 2001;28(1):13-9.
121. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Mukhamedrakhimov R, *et al*. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009;36(2):97-109.
122. Osinaike BB, Oyediji AO, Adeoye OT, Dairo MD, Aderinto DA. Effect of breastfeeding during venepuncture in neonates. *Ann Trop Paediatr*. 2007;27(3):201-5.
123. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ*. 2003;326(7379):13-5.
124. Abdel Razek A, AZ El-Dein N. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(2):99-104.
125. Codipietro L, Ceccarelli M, Ponzone A. Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;122(3):e716-21.
126. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002;109(4):590-3.
127. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2007;84(7):441-9.
128. Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 5^e éd. Burlington (MA) : Jones & Bartlett Learning; 2016.
129. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, Dykes F. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:20.
130. Ziemer M, Pigeon J. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993;22(3):247-56.
131. Morton J, Hall JY, Pessl M. Five steps to improve bedside breastfeeding care. *Nurs Womens Health*. 2013;17(6):478-88.
132. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Les méthodes d'expression du lait chez les femmes qui allaitent. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(9):CD006170.
133. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97(1):F18-23.
134. HealthyFamilies BC. Getting started on expressing breastmilk [Internet]. Vancouver (CB): HealthyFamilies BC; 2013 [consulté le 11 juillet 2018]. Accès : www.healthyfamiliesbc.ca/home/articles/get-started-expressing-breastmilk.
135. Organisation mondiale de la santé, UNICEF. Le conseil en allaitement: cours de formation. Manuel des participants [Internet]. Genève (CH) : OMS; 1993 [consulté le 29 mai 2018]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63487/WHO_CDR_93.5_fre.pdf;jsessionid=4B-958BACB9E84E57740632E2176D100D?sequence=3.
136. Cargill Y, Martel M, MacKinnon CJ, Arsenault M, Bartellas E, Daniels S, *et al*. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement. Déclaration de principe de la SOGC n° 190. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(4):360-3.
137. Barrington K, Sankaran K. Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés. *Paediatr Child Health*. 2007;12(Suppl B):13B-24B.
138. Hill PD, Johnson TS. Assessment of breastfeeding and infant growth. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(6):571-8.
139. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):35-52.
140. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (first revision January 2011). *Breastfeed Med*. 2011;6(1):41-9.
141. Shrago LC, Reifsnider E, Insel K. The neonatal bowel output study: indicators of adequate breast milk intake in neonates. *Pediatr Nurs*. 2006;32(3):195-201. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):35-52.
142. Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ, Dewey KG. Newborn wet and soiled diaper counts and timing of onset of lactation as indicators of breastfeeding inadequacy. *J Hum Lact*. 2008;24(1):27-33.
143. Santoro W, Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *J Pediatr*. 2010;156(1):29-32.
144. Zangen S, Di Lorenzo C, Zangen T, Mertz H, Schwankovsky L, Hyman PE. Rapid maturation of gastric relaxation in newborn infants. *Pediatr Res*. 2001;50(5):629-32.
145. Le centre de ressources meilleur départ. Breastfeeding your baby: guidelines for nursing mothers [Internet]. Toronto (ON): Meilleur depart; 2009 [consulté le 26 juillet 2018]. Accès : www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_Summary_EN_fnl.pdf.

146. Marchand V. Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : l'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé. Un document de principes conjoint des Diététistes du Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires. *Paediatr Child Health*. 2010;15(2):77-9.
147. Nyqvist K, Anderson G, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, *et al*. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first European conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Acta Paediatr*. 2010;99(6):820-6.
148. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T, Mueller M. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. *J Perinatol*. 2012;32(3):205-9.
149. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, *et al*. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS One*. 2014;9(9):e108208.
150. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, *et al*. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*. 2014;9(2):e89077.
151. Gephart SM, Weller M. Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. *Adv Neonatal Care*. 2014;14(1):44-51.
152. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact*. 2005;21(1):22-30.
153. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*. 2004;114(2):372-6.
154. Whyte RK. Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré. *Paediatr Child Health*. 2010;15(10):661-6.
155. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health*. 2013;17(3):188-96.
156. Organisation mondiale de la santé. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2008 [consulté le 30 mai 2018]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44144/9789242596663_fre.pdf;jsessionid=FFBC4A3E07F206E7E772890CA635C37?sequence=1.
157. Toronto Public Health. Breastfeeding in Toronto: promoting supportive environments [Internet]. Toronto (ON) : TPH; 2010 [consulté le 30 mai 2018]. Accès : www.toronto.ca/legdocs/mmis/2010/hl/bgrd/backgroundfile-28423.pdf.
158. Perinatal Services BC. Perinatal data registry. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2015.
159. Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. *Midwifery*. 2004;20(2):194-204.
160. Flaherman VJ, Aby J, Burgos AE, Lee KA, Cabana MD, Newman TB. Effect of early limited formula on duration and exclusivity of breastfeeding in at-risk infants: an RCT. *Pediatrics*. 2013;131(6):1059-65.
161. Perinatal Services BC. Informal (peer-to-peer) milk sharing: the use of unpasteurized donor human milk [Internet]. Vancouver (CB) : Perinatal Services BC; 2016 [consulté le 30 mai 2018]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/InformalMilkSharing_PracticeResource.pdf.
162. Stuart-Macadam P. The culture and biology of breastfeeding: an historical review of Western Europe. Dans : *Breastfeeding: bicultural perspectives*. 1^e éd. New York (NY): Routledge; 1995. p. 100-26.
163. Keim SA, Kulkarni MM, McNamara K, Geraghty SR, Billock RM, Ronau R, *et al*. Cow's milk contamination of human milk purchased via the internet. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1157-62.
164. Keim SA, Hogan JS, Mcnamara KA, Gudimetla V, Dillon CE, Kwiek JJ, *et al*. Microbial contamination of human milk purchased via the internet. *Pediatrics*. 2013;132(5):e1227-35.
165. Organisation mondiale de la santé, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2009 [consulté le 26 juillet 2018]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1.
166. Organisation mondiale de la santé. Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2010 [consulté le 30 mai 2018]. Accès : www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/.
167. MacDonald NE. Maternal infectious diseases, antimicrobial therapy or immunizations: very few contraindications to breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 2016;11(8):489-91.
168. Fríguls B, Joya X, García-Algar O, Pallás CR, Vall O, Pichini S. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breastfeeding when taking drugs. *Anal Bioanal Chem*. 2010;397(3):1157-79.
169. Mennella JA, Yourshaw LM, Morgan LK. Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. *Pediatrics*. 2007;120(3):497-502.
170. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016;151:321-38.
171. Damota K, Bañuelos J, Goldbronn J, Vera-Beccera LE, Heinig MJ. Maternal request for in-hospital supplementation of healthy breastfed infants among low-income women. *J Hum Lact*. 2012;28(4):476-82.
172. Chan S, Nelson E, Leung S, Li C. Breastfeeding failure in a longitudinal post-partum maternal nutrition study in Hong Kong. *J Paediatr Child Health*. 2000;36(5):466-71.
173. Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health*. 2008;31(5):428-41.
174. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *Birth*. 2009;36(2):122-32.

175. Galbally M, Lewis AJ, McEgan K, Scalzo K, Islam FA. Breastfeeding and infant sleep patterns: an Australian population study. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(2):E147-52.
176. Sadeh A, Sivan Y. Clinical practice: sleep problems during infancy. *Eur J Pediatr*. 2009;168(10):1159-64.
177. Dykes F. Breastfeeding in hospital: mothers, midwives and the production line. New York (NY): Routledge; 2008.
178. Mahon-Daly P, Andrews GJ. Liminality and breastfeeding: women negotiating space and two bodies. *Health Place*. 2002;8(2):61-76.
179. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics*. 2006;117(3):e387-95.
180. Moon RY, AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162940.
181. Agence de la santé publique du Canada. Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : prévenir les décès subits des nourrissons au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2011 [consulté le 31 mai 2018] Accès : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf.
182. L'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Working with families to promote safe sleep for infants 0-12 months of age [Internet]. Toronto (ON) : RNAO; 2014 [consulté le 31 mai 2018]. Accès : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/safe-sleep-practices-infants>.
183. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, *et al*. Guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3^e éd. Oxford (RU): Oxford University Press; 2000.
184. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 2010;125(6):e1386-93.
185. Grenier D, Leduc D. Well-beings: a guide to health in child care. 3^e éd. Ottawa (ON): Société canadienne de pédiatrie; 2008.
186. Disantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *Int J Obes*. 2011;35(4):480-92.
187. Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries [Internet]. Copenhagen (DK) : OSM; 2000 [consulté le 31 mai 2018]. Accès : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf?ua=1.
188. Organisation mondiale de la santé. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2009 [consulté le 31 mai 2018]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf;jsessionid=D9C83BD65A66A89DE454BC8B248EF616?sequence=1.
189. Pan American Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. Washington (DC) : PAHO/OSM; 2003 [consulté le 31 mai 2018]. Accès : www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compleeding_breastfed.pdf.
190. Wrigley EA, Hutchinson SA. Long-term breastfeeding: the secret bond. *J Nurse Midwifery*. 1990;35(1):35-41.
191. Dowling S, Brown A. An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: What are the issues and why does it matter? *Breastfeed Med*. 2013;8(1):45-52.
192. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical professional. 8^e éd. New York (NY): Elsevier; 2015.
193. Dettwyler, KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler K, editors. Breastfeeding: biocultural perspectives. New York (NY): Aldine de Gruyter; 1995. p. 39-73.
194. Uvnäs Moberg, K. The oxytocin factor: tapping the hormone of calm, love and healing. Londres (RU): Pinter & Martin; 2011.
195. Grueger B. Le sevrage de l'allaitement. *Paediatr Child Health*. 2013;18(4):211.
196. Comité canadien pour l'allaitement. Breastfeeding statement of the Breastfeeding Committee for Canada [Internet]. Ottawa (ON) : BCC; 2002 [consulté le 31 mai 2018]. Accès : www.breastfeedingcanada.ca/documents/webdoc5.pdf.
197. Commission canadienne des droits de la personne. Grossesse et droits de la personne en milieu de travail – politique et pratiques exemplaires [Internet]. Ottawa (ON) : CHRC; sans date [consulté le 1 juin 2018]. Accès : www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/content/politique-et-pratiques-exemplaires-page-2.
198. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(1):9-20.
199. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Catherine Law and the Millennium Cohort Study Child Health Group. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*. 2007;10(9):891-6.
200. Heymann J, Kramer MS. Public policy and breast-feeding: a straightforward and significant solution. *Can J Public Health*. 2009;100(5):381-3.
201. UNICEF. Factsheet: a summary of the rights under the Convention on the Rights of the Child [Internet]. New York (NY): UNICEF; 2014 [consulté le 11 juillet 2018]. Accès : www.unicef.org/crc/files/Rights_overview.pdf.
202. UNICEF Innocenti Research Centre. Declaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. Florence (IT) : UNICEF; 2007 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_fr_v.pdf.
203. Government du Canada. Charte canadienne des droits et libertés [Internet]. Ottawa (ON): Government du Canada; 1982 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-15.html>.

204. Gouvernement du Canada. Loi canadienne sur les droits de la personne [Internet]. Ottawa (ON): Gouvernement du Canada; 1985 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/h-6/page-1.html>.
205. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #7: model breastfeeding policy (revision 2010). *Breastfeed Med.* 2010;5(4):173-7.
206. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate (revised 2009). *Breastfeed Med.* 2009;4(3):175-82.
207. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr.* 2014;164(6):1339-45.
208. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, *et al.* Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics.* 2003;111(3):511-8.
209. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr.* 1995;126(6):S125-9.
210. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs.* 2012;27(6):690-9.
211. Foster J, Psaila K, Patterson T. Sucction non nutritive pour accroître la stabilité physiologique et la nutrition chez les nouveau-nés prématurés. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(4):CD01071.
212. Ponti M. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health.* 2003;8(8):523-8.
213. Le centre de ressources meilleur départ. Donner naissance dans un nouveau pays : Un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada et leurs familles [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2014 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : www.beststart.org/resources/rep_health/Revisions_2014/French/Giving%20Birth_French_Complete_2014.pdf.
214. Le centre de ressources meilleur départ. Breastfeeding peer support programs: an effective strategy to reach and support populations with lower rates of breastfeeding [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ ; 2014 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : www.beststart.org/resources/breastfeeding/B18-E_Breastfeeding_factsheet_4_rev.pdf.
215. Le centre de ressources meilleur départ. Populations with lower rates of breastfeeding: a summary of findings [Internet]. Toronto (ON): Meilleur départ; 2015 [consulté le 1 juin 2018]. Accès : www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_Summary_EN_fnl.pdf.
216. Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Matern Child Nutr.* 2011;7(1):48-60.
217. Agence de la santé publique du Canada. Célébrer et consolider les réussites : programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Rapport de synthèse présentant les faits saillants de l'Évaluation sommative du PCNP 2004-2009 [Internet]. Ottawa (ON) : PHAC; 2011 [consulté le 4 juin 2018]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP10-18-2011-fra.pdf.
218. Agence de la santé publique du Canada. Évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme canadien de nutrition prénatale et des activités connexes 2010-2011 à 2014-2015 [Internet]. Ottawa (ON) : PHAC; 2016 [consulté le 25 juillet 2018]. Accès : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/evaluation/2010-2011-2014-2015-evaluation-community-action-program-children-canada-prenatal-nutrition-program-associated-activities/pub-fra.pdf.
219. Donaldson-Myles F. Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression? *Br J Midwifery.* 2012;20(2):88-93.
220. Groer MW, Davis MW, Hemphill J. Postpartum stress: current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(4):411-7.
221. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology.* 1998;23(8):819-35.
222. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *Int Breastfeed J.* 2007;2(1):6.
223. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, Romm J, Peterson K, Thakurta S, *et al.* Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2014;124(3):526-34.
224. Statistique Canada. Asthme, selon le groupe d'âge [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2018 [consulté le 17 juillet 2018]. Accès : www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009608&pickMembers%5B0%5D=1.1&pickMembers%5B1%5D=3.3&request_locale=fr.
225. Dogaru CM, Nyffenegger D, Pescatore AM, Spycher BD, Kuehni CE. Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2014;179(10):1153-67.
226. Finkelstein SA, Keely E, Feig DS, Tu X, Yasseen AS, Walker M. Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. *Diabetic Med.* 2013;30(9):1094-104.
227. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr.* 2005;24(5):320-6.
228. Gunderson EP. Impact of breastfeeding on maternal metabolism: implications for women with gestational diabetes. *Curr Diab Rep.* 2014;14(2):1-9.
229. Matias SL, Dewey KG, Quesenberry Jr CP, Gunderson EP. Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(1):115-21.
230. Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Pearson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(3):574-84.

231. Arthur PG, Kent JC, Hartmann PE. Metabolites of lactose synthesis in milk from diabetic and nondiabetic women during lactogenesis II. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1994;19(1):100-8.
232. Bitman J, Hamosh M, Hamosh P, Lutes V, Neville MC, Seacat J, *et al.* Milk composition and volume during the onset of lactation in a diabetic mother. *Am J Clin Nutr.* 1989;50(6):1364-9.
233. Hartmann P, Cregan M. Lactogenesis and the effects of insulin-dependent diabetes mellitus and prematurity. *J Nutr.* 2001;131(11):3016S-20S.
234. Miyake A, Tahara M, Koike K, Tanizawa O. Decrease in neonatal suckled milk volume in diabetic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1989;33(1):49-53.
235. Murtaugh M, Ferris A, Capacchione C, Reece E. Energy intake and glycemia in lactating women with type 1 diabetes. *J Am Diet Assoc.* 1998;98(6):642-8.
236. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, Prof, McEgan KM, MMid, *et al.* Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;389(10085):2204-13.
237. Ferris AM, Dalidowicz CK, Ingardia CM, Reece EA, Fumia FD, Jensen RG, *et al.* Lactation outcome in insulin-dependent diabetic women. *J Am Diet Assoc.* 1988;88(3):317-22.
238. Gagne MP, Leff EW, Jefferis SC. The breast-feeding experience of women with type I diabetes. *Health Care Women Int.* 1992;13(3):249-60.
239. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, *et al.* Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(8):2543-65.
240. Carney LA, Quinlan JD, West JM. Thyroid disease in pregnancy. *Am Fam Physician.* 2014;89(4):273-8.
241. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, Moramarco MW, Davila YR. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: A review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J.* 2015;10(1):21.
242. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, *et al.* Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* 2012;142(1):46-54.e42.
243. Julsgaard M, Norgaard M, Hvas CL, Grosen A, Hasseriis S, Christensen LA. Self-reported adherence to medical treatment, breastfeeding behaviour, and disease activity during the postpartum period in women with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol.* 2014;49(8):958-66.
244. Mañosa M, Navarro-Llavat M, Marín L, Zabana Y, Cabré E, Domènech E. Fecundity, pregnancy outcomes, and breast-feeding in patients with inflammatory bowel disease: A large cohort survey. *Scand J Gastroenterol.* 2013;48(4):427-32.
245. Moffatt DC, Ilnyckij A, Bernstein CN. A population-based study of breastfeeding in inflammatory bowel disease: initiation, duration, and effect on disease in the postpartum period. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(10):2517-23.
246. Tsokos GC. Mechanisms of disease: systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2011;365(22):2110-21.
247. Hellwig K, Rockhoff M, Herbstritt S, Borisow N, Haghikia A, Elias-Hamp B, *et al.* Exclusive breastfeeding and the effect on postpartum multiple sclerosis relapses. *JAMA Neurol.* 2015;72(10):1132-8.
248. Brennan P, Silman A. Breast-feeding and the onset of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37(6):808-13.
249. Hampl JS, Papa DJ. Breastfeeding-related onset, flare, and relapse of rheumatoid arthritis. *Nutr Rev.* 2001;59(8):264-8.
250. Carty EA, Conine TA, Wood-Johnson F. Rheumatoid arthritis & pregnancy: helping women to meet their needs. *Midwives Chron.* 1986;99(1186):254-7.
251. Dennis C, Jackson K, Watson J. Interventions pour le traitement des mamelons douloureux chez la femme allaitante. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(12):CD007366.
252. Vieira F, Bachion MM, Mota DDCF, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh.* 2013;45(2):116-25.
253. Rowan-Legg A, Cummings C, Gander S, Grimes RB, Grueger B, Pancer LB, *et al.* L'ankyloglossie et l'allaitement. *Paediatr Child Health.* 2015;20(4):214-8.
254. Moorhead AM, Amir LH, O'Brien PW, Wong S. A prospective study of fluconazole treatment for breast and nipple thrush. *Breastfeed Rev.* 2011;19(3):25-9.
255. Francis-Morill J, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact.* 2004;20(3):288-95.
256. Wiener S. Diagnosis and management of candida of the nipple and breast. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(2):125-8.
257. Amir LH. ABM clinical protocol #4: mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med.* 2014;9(5):239-43.
258. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM, Brodribb W, Noble L, *et al.* ABM clinical protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2016;11(2):46-53.
259. Hoppe J. Treatment of oropharyngeal candidiasis in immunocompetent infants: a randomized multicenter study of miconazole gel vs. nystatin suspension. *Pediatr Infect Dis. J* 1997;16(3):288-93.
260. Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice. *Indian J Surg.* 2013;75(6):430-5.