

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une  
perspective familiale : lignes directrices nationales

— CHAPITRE 7 —

# L'allaitement



---

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	5
<b>Période prénatale</b> .....	9
Choix éclairés .....	9
Examen des seins .....	12
<b>Les premiers jours de la période postnatale</b> .....	14
Favoriser le succès de l'allaitement dès le début .....	14
Comment savoir si le bébé boit suffisamment .....	16
Quand obtenir de l'aide .....	17
Régime alimentaire de la mère qui allaite .....	19
Séjour abrégé à l'hôpital .....	21
Incidence sur l'allaitement .....	21
Critères suggérés pour le congé de l'hôpital et lignes directrices pour le suivi .....	22
Difficultés possibles .....	23
Ictère néonatal .....	23
Raisons médicales acceptables de donner un supplément .....	24
Situations spéciales .....	25
Médicaments et lait maternel .....	27
<b>Période postnatale tardive</b> .....	29
Raisons motivant l'arrêt précoce de l'allaitement .....	29
Suppléments en vitamines et en minéraux .....	30
Travail rémunéré à l'extérieur du foyer .....	30
Le sevrage .....	32
Services de soutien pour le suivi .....	33
Bibliographie .....	34
Annexe 1 — Les dix conditions pour le succès de l'allaitement .....	39
Annexe 2 — Résumé du code international de commercialisation des substituts du lait maternel .....	40

Annexe 3 — Directives aux hôpitaux pour la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) .....	41
Annexe 4 — Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés .....	46
Annexe 5 — Ressources sur la nutrition des nourrissons : guide d'évaluation .....	47
Annexe 6 — Directives pour la collecte de données sur l'allaitement .....	49
Annexe 7 — L'allaitement pendant les premières semaines .....	51
Annexe 8 — Extraction et conservation du lait maternel .....	53
Annexe 9 — Les dix conditions pour la création d'un milieu de travail ami des mères .....	57

## Introduction<sup>1</sup>

L'allaitement est un mode inégalable et normal d'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant. Il est préférable d'alimenter le nouveau-né au sein exclusivement durant les six premiers mois environ, puis de continuer l'allaitement en ajoutant graduellement des aliments complémentaires au moins jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. (Comité canadien pour l'allaitement, 1996; Assemblée mondiale de la santé, 1994; OMS/UNICEF, 1990, 1989, 1981).

Depuis 1978, la promotion de l'allaitement est devenue un des objectifs principaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'UNICEF et de Santé Canada. Des organismes nationaux et provinciaux du Canada ont appuyé les efforts déployés par l'OMS et l'UNICEF pour promouvoir l'allaitement au moyen de normes internationales qui ont été reproduites, notamment, dans les documents suivants : le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS/UNICEF, 1981); l'énoncé conjoint *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF, 1989); la *Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF, 1990); et l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (OMS/UNICEF, 1992). Les dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS/UNICEF et le Code de l'OMS (consulter les annexes 1 et 2) s'appuient sur des preuves scientifiques (Neilson et coll., 1998; Saadeh et Akre, 1996) et sont à l'origine de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés, mise en place dans plus de 12 800 hôpitaux dans le monde. En outre, un grand nombre d'organismes canadiens de la santé ont sanctionné les documents précités (Association des hôpitaux du Canada, 1994, Association des hôpitaux de l'Ontario, 1994). L'hôpital Brome-Mississiquoi-Perkins, de Cowansville (Québec), a été le premier au Canada à être désigné hôpital ami des bébés, en 1999 et, au moment d'aller sous presse, il était encore le seul hôpital canadien à porter ce titre. L'annexe 3 décrit les conditions qu'un hôpital doit remplir pour avoir droit à ce titre. Des organismes

---

1. Le chapitre est une adaptation autorisée du document *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et des intervenantes en soins de la santé*, publié en 1996 par l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI). Ces lignes directrices sont une source de renseignements détaillés pour les intervenants qui travaillent auprès des familles avant la conception, durant la période périnatale et la petite enfance. Le chapitre souligne les principaux enjeux de l'allaitement liés aux politiques administratives, aux pratiques et aux systèmes de soins. On recommande aux intervenants de la santé de lire tout le document.

nationaux et provinciaux, sous l'égide du Comité canadien pour l'allaitement (1996), souhaitent que la désignation d'hôpitaux soit prioritaire au Canada (Levitt, 1998; Chalmers, 1997; Levitt et coll., 1996).

De nombreux facteurs influencent les décisions des familles en matière d'alimentation et d'allaitement maternel. Les intervenants de la santé qui entretiennent d'étroits contacts avec les familles durant toute la période périnatale et qui exercent une influence sur les politiques et les pratiques des soins de santé sont en mesure d'apporter une importante contribution aux efforts de promotion de l'allaitement à l'échelle mondiale. Le rôle crucial que jouent les connaissances, les compétences et la formation des intervenants en matière d'allaitement maternel, souligné dans les énoncés de position précités, est bien illustré dans *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* (OMS/UNICEF, 1989). (Consulter l'annexe 1.)

La protection, le soutien et la promotion de l'allaitement s'inspirent des principes directeurs des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Plus précisément, il est essentiel :

- que les soins soient conformes aux constats de recherche;
- que les soins à la mère soient prodigués dans le contexte de sa famille — c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de séparation entre la mère, le bébé et la famille à moins d'absolue nécessité;
- que la mère et sa famille aient les connaissances nécessaires pour faire des choix éclairés. Une mère à qui l'on témoigne du respect et qui dispose des données lui permettant de faire des choix éclairés se sent capable d'assumer ses responsabilités. Les intervenants de la santé exercent une forte influence sur les mères et les familles;
- que la technologie soit utilisée à bon escient;
- que l'on reconnaisse l'importance du langage (c'est-à-dire la façon de s'exprimer).

Tous les intervenants de la santé auprès des femmes enceintes ou de celles qui viennent de donner naissance doivent connaître la documentation qui démontre les bienfaits de l'allaitement et les dangers inhérents aux substituts du lait maternel. On trouve une étude approfondie des bienfaits nutritionnels, psychologiques et immunitaires de l'allaitement dans les *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé* (ICSI, 1996). Pour en apprendre davantage sur la supériorité de l'allaitement, les intervenants ont intérêt à consulter deux documents étoffés de l'International Lactation Consultant Association

(ILCA): *Summary of the Hazards of Infant Formula*<sup>2</sup> (1992) et *Summary of Hazards of Infant Formula, Part 2* (1998).

La prévalence de l'allaitement reflète l'importance que la société lui accorde (Riordan et Auerbach, 1993). Il convient de souligner que le manque de valorisation des femmes, des enfants et de l'allaitement dans une société constitue, dès le départ, un obstacle fondamental à la réussite de l'allaitement du bébé. Il est essentiel de concevoir des politiques, aux plans tant institutionnel que communautaire, qui provoqueront des changements culturels visant à promouvoir l'allaitement maternel (OMS/UNICEF, 1990). Les intervenants de la santé doivent promouvoir activement l'élaboration de politiques favorables à l'allaitement; un bon point de départ, par exemple, est de sanctionner les énoncés du tableau 7.1 présenté à la page 8.

Les politiques institutionnelles et communautaires doivent tenir compte des points suivants :

- la formation des intervenants de la santé (ICSI, 1996, p. 10-13);
- l'évaluation du succès de l'allaitement au tout début par un intervenant compétent, particulièrement si la mère et le bébé ont reçu un congé précoce (moins de 48 heures après la naissance);
- les modalités d'un suivi de la part de l'hôpital;
- le soutien de la collectivité;
- la coordination et la collaboration entre les hôpitaux, les organismes communautaires et les groupes professionnels et non professionnels pendant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme;
- l'élaboration d'objectifs repères et d'un système pour vérifier s'ils ont été atteints, y compris des indicateurs, tels que la prévalence des nouveau-nés nourris exclusivement au sein au moment du congé des services périnataux, et la prévalence des bébés âgés de quatre à six mois nourris exclusivement au sein;
- la protection des droits en matière d'allaitement pour la femme au travail;
- la conception d'un plan d'action pour mériter le titre de « hôpitaux amis des bébés » et de « collectivités amies des bébés ».

---

2. Ce document explique les dangers des substituts du lait maternel, notamment : les manifestations d'allergies; la morbidité, comme les infections; les excès, carences et absences d'ingrédients essentiels dans les substituts du lait maternel; les polluants; les coûts; la mortalité et les risques de blessures. Il donne aussi des références pertinentes.

**Tableau 7.1 Faits sur l'allaitement**

- Le lait maternel répond à tous les besoins de croissance du bébé pendant les six premiers mois de vie.
- L'allaitement, auquel s'ajoutent des aliments complémentaires en temps opportun, est la méthode privilégiée d'alimentation des bébés durant les deux premières années et même plus longtemps.
- Les mères bien renseignées sur l'allaitement et qui croient en ses bienfaits ont plus de chance de succès.
- Tous les intervenants de la santé qui sont en contact avec les futures familles ont la responsabilité de promouvoir l'allaitement comme le choix le plus sain tant pour l'enfant que pour la mère.
- Les attitudes et les comportements des intervenants en soins de la santé peuvent influencer sur la décision de la femme d'allaiter ou non et sur le succès de l'allaitement.
- Les intervenants de la santé peuvent influencer le succès de l'allaitement s'ils sont au courant des pratiques qui soutiennent l'allaitement, s'ils sont capables de déceler les problèmes possibles et s'ils font les interventions appropriées.
- Les connaissances des membres de la famille et du public en général sur l'allaitement, de même que leurs attitudes et leurs croyances à ce sujet, peuvent influencer sur le choix de la mère et sur son expérience subséquente de l'allaitement.
- Les programmes d'études de premier cycle et les programmes de perfectionnement à l'intention des intervenants en soins de la santé auprès des familles en âge d'avoir des enfants devraient inclure de l'information sur l'allaitement qui soit à jour et conforme aux normes nationales.
- Le lait maternel est altéré par différentes habitudes de vie telles que le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de drogues douces (appelées aussi substances psychoactives ou psychotropes).
- À l'hôpital, l'allaitement est facilité par la cohabitation, l'intégration des soins postnatals mère-enfant ou l'utilisation d'une chambre de naissance réservée à la mère et à sa famille pour la durée de son séjour; la prestation des soins par la même infirmière dans cette optique de soins permet d'optimiser le contact mère-enfant et d'uniformiser le soutien à l'allaitement.
- La distribution d'échantillons de préparations lactées et de brochures de fabricants de substituts représente une pratique de commercialisation déloyale qui nuit au succès de l'allaitement.
- Une césarienne, la prématurité, les naissances multiples ou les malformations congénitales ne sont pas nécessairement des contre-indications à l'allaitement.
- Le matériel éducatif sur l'allaitement doit refléter la réalité multiculturelle du Canada tant par son contenu que par la langue utilisée.

---

Adaptation des *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, ICSI, 1996, p. 14.

Pour établir leurs politiques, les institutions peuvent s'inspirer du document *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* et du Code de l'OMS, qui jettent les bases de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés. (Consulter les annexes 1 et 2.) Les politiques des services communautaires peuvent, quant à elles, s'appuyer sur *Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés*. (Consulter l'annexe 4.)

## Période prénatale

### Choix éclairés

La plupart des familles décident dès le début de la grossesse si la mère allaitera ou non. En fait, cette décision est souvent prise avant la première visite prénatale ou le premier cours prénatal. Une décision si précoce est un bon indicateur du succès de l'allaitement (Santé Canada, 1994). Un grand nombre de facteurs influencent le choix du mode d'alimentation, notamment l'expérience personnelle, les connaissances, la culture et l'attitude de l'entourage de la mère. Les parents choisissent le plus souvent l'allaitement de préférence aux préparations lactées pour nourrissons ou au lait de vache parce qu'ils croient que le lait maternel est meilleur pour la santé de leur enfant (Losch et coll., 1995). Il arrive cependant que certaines mères prennent leur décision (ou changent d'avis) *pendant* la grossesse ou au début de la période postnatale.

Pendant la grossesse, c'est aux intervenants de la santé de voir à ce que les familles aient l'occasion de prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant. Ils doivent leur expliquer que l'allaitement et les préparations lactées pour nourrissons ne constituent pas des choix équivalents. Ils doivent s'assurer que les femmes et les conjoints connaissent les avantages de l'allaitement et les risques liés à l'utilisation de préparations pour nourrissons. Certains intervenants évitent peut-être d'en discuter avec les femmes de peur de susciter des sentiments de « culpabilité » si elles choisissent de ne pas allaiter. Pourtant, la promotion de la santé devrait inclure systématiquement de l'information sur l'allaitement et sur d'autres sujets tels que les soins prénatals réguliers, l'alimentation de la mère, les sièges d'auto pour enfants et le tabagisme. Enfin, après avoir vérifié que les familles ont reçu une information exacte, les intervenants de la santé doivent respecter les choix de celles-ci.

Dans ses entretiens avec la mère et la famille durant la période prénatale, l'intervenant doit s'intéresser principalement à leurs besoins propres. Certaines mères et certaines familles peuvent avoir besoin d'une information détaillée sur l'allaitement, alors que d'autres n'ont besoin que d'être soutenues dans leur décision. D'autres, à cause d'antécédents de problèmes d'allaitement, peuvent avoir besoin qu'on s'attarde plus longtemps sur le sujet. (Dans de tels cas, il peut être utile pour tous de diriger la mère et la famille vers une spécialiste en allaitement, un membre de la Ligue La Leche, une consultante en lactation/conseillère en allaitement<sup>3</sup>, une clinique ou des services périnataux.) Il faut renseigner toutes les mères et les familles sur les ressources communautaires susceptibles de les aider avant et après la naissance. Ceci est particulièrement important, car ce sont surtout les mères nourrices pour qui tout va bien qui reçoivent généralement du soutien. Lorsque les professionnels de la santé ne se sentent pas outillés (ou compétents) pour donner des conseils sur l'allaitement, ils doivent diriger les mères et les familles vers un des professionnels ou services précités.

Les nombreux mythes qui entourent l'allaitement peuvent décourager une femme d'allaiter son bébé. Les intervenants de la santé doivent prendre le temps d'analyser ces mythes avec la mère. Voici quelques exemples d'information erronée :

**Mythe n° 1 :** *Bon nombre de femmes qui choisissent d'avoir recours à des préparations lactées pour nourrissons n'ont jamais envisagé l'allaitement comme premier choix.* Le rôle de l'intervenant de la santé est d'aborder la question de l'allaitement avec la mère.

**Mythe n° 2 :** *L'allaitement et les préparations lactées sont essentiellement de qualité équivalente.* Cela est faux; l'allaitement est un mode supérieur d'alimentation du nouveau-né.

**Mythe n° 3 :** *L'allaitement est compliqué et douloureux.* Il arrive très fréquemment que les mères et les bébés aient besoin d'une ou deux semaines avant de maîtriser les techniques de l'allaitement. Cependant, une fois bien établi, l'allaitement est beaucoup plus facile et moins fatigant que le biberon. L'allaitement ne devrait jamais être douloureux; si c'est le cas, quelque chose

---

3. Les conseillères en allaitement et les consultantes en lactation agréées offrent les mêmes services. Le terme conseillère en allaitement désigne ce champ de spécialisation dans le reste du chapitre.

ne va pas. Dans la plupart des cas, une légère correction de la position et de la prise du sein supprimera la douleur.

**Mythe n° 4 :** *Les pères ne peuvent pas s'occuper du bébé si la mère allaite.* Le père peut faire beaucoup de choses pour la mère et le bébé. Par exemple, il peut caresser le bébé, jouer avec lui, lui donner son bain, l'habiller et le changer de couche.

**Mythe n° 5 :** *L'allaitement complique la vie familiale.* L'allaitement ne veut pas dire que la « mère est prisonnière ». Ce n'est qu'une question d'attitude. Il est plus facile de se déplacer avec un bébé nourri au sein. En effet, la mère peut allaiter le bébé n'importe où. Non seulement il lui est possible d'allaiter « avec discrétion », mais « le repas » est toujours prêt.

**Mythe n° 6 :** *Les femmes ne peuvent pas allaiter si elles ont un emploi.* Les femmes peuvent à la fois être mères et travailleuses rémunérées en s'y prenant de diverses manières. (Consulter la section *Travail rémunéré à l'extérieur du foyer* à la page 30.) Il existe différentes stratégies pour permettre aux femmes de poursuivre l'allaitement tout en retournant sur le marché du travail six mois ou plus après la naissance du bébé. Si une femme prévoit une reprise du travail plus tôt ou se voit obligée de le faire, elle peut continuer d'allaiter en se servant d'un tire-lait ou en pratiquant l'allaitement mixte. En fait, c'est mieux d'allaiter durant trois semaines que de ne pas allaiter du tout, et six semaines valent mieux que trois.

**Mythe n° 7 :** *L'allaitement empêche la mère de garder sa ligne.* C'est faux. Ce sont la grossesse et l'âge qui altèrent les seins de la mère. L'allaitement favorise la perte de poids et l'involution utérine.

L'expérience personnelle de la femme et le soutien psychosocial qu'elle reçoit influent aussi sur sa décision d'allaiter. Par exemple, la femme qui est appuyée par son conjoint et sa famille est non seulement plus portée à choisir l'allaitement, mais aussi mieux conditionnée pour le réussir (Inch, 1989; Kearney, 1988). Par ailleurs, il est possible qu'une femme victime d'agressions sexuelles ou physiques refuse d'allaiter. Il est primordial d'associer une évaluation psychosociale et du counseling aux soins prénatals. (Consulter le chapitre 4.)

Il est également important que tous les établissements de santé soient « amis de l'allaitement » et qu'ils le démontrent au moyen d'affiches et de brochures d'information. Ce ne sont là que quelques-uns des moyens concrets pour appuyer et valoriser l'allaitement et la mère qui allaite. De plus, la documentation descriptive approuvée par les gouvernements et les groupes d'intérêt est souvent offerte gratuitement<sup>4</sup>. Bien entendu, les établissements de santé ne doivent pas faire la promotion des substituts du lait maternel. Ils ne doivent pas non plus accepter les affiches, les brochures et les autres articles de fabricants de préparations lactées pour nourrissons. Ces pratiques de commercialisation vont complètement à l'encontre des politiques du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de l'OMS et de *l'Initiative des hôpitaux amis des bébés* et, dans plusieurs cas, minent la confiance dans l'allaitement. On a démontré que la distribution de ces affiches et brochures contribue à diminuer la durée de l'allaitement (Frank et Wirtz, 1987). (Le guide présenté à l'annexe 5 permet d'évaluer si les ressources documentaires encouragent l'allaitement.)

### Examen des seins

Les seins et les mamelons de la majorité des femmes sont bien adaptés à l'allaitement. Il faut noter que même si l'on a des inquiétudes à propos des seins et des mamelons durant la période prénatale (habituellement lorsque la mère a des mamelons plats ou invaginés), il peut très bien n'y avoir aucun problème lorsque le bébé commence à téter.

L'examen des seins doit faire partie intégrante des soins prénatals. Certaines situations peuvent exiger une aide supplémentaire. Par exemple, lorsqu'une femme a des mamelons profondément invaginés, elle risque d'éprouver beaucoup de difficultés au moment de donner le sein. Qu'il soit utile ou non d'intervenir avant la naissance, si l'intervenant a des doutes ou des inquiétudes, il doit diriger la femme vers des intervenants d'expérience en problèmes d'allaitement, tels que des conseillères en allaitement (ou consultantes en lactation) ou une clinique d'allaitement. En plus d'éviter certains problèmes, une telle démarche témoigne de l'importance que l'intervenant accorde à l'allaitement. Les cas suivants devraient faire l'objet d'une orientation vers un spécialiste :

- mamelons invaginés;
- seins dont la forme est inhabituelle ou de taille très inégale;

4. Par exemple, la *Trousse promotionnelle de l'allaitement maternel* et les documents *10 précieux conseils pour allaiter avec succès* et *10 bonnes raisons pour allaiter*, publiés par Santé Canada. (Consulter les documents d'accompagnement.)

- réduction mammaire. La réduction mammaire entraîne souvent une diminution de la capacité de production de lait, à un point tel que la plupart des femmes ayant subi cette intervention sont incapables de nourrir leur bébé exclusivement au sein. Elles peuvent cependant allaiter et donner un supplément au bébé (de préférence avec un dispositif d'aide à l'allaitement). Par contre, d'autres réussissent à allaiter exclusivement au sein (ICSI, 1996);
- augmentation mammaire. Les femmes qui ont eu une augmentation mammaire n'éprouvent habituellement pas plus de difficultés à allaiter que celles qui n'en ont pas eu. Toutefois, elles peuvent éprouver des inquiétudes et devront être rassurées quant aux effets des implants mammaires au silicone sur leur bébé. Même si on a la preuve qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour le bébé, l'intervenant devrait conseiller à la mère d'aller consulter un spécialiste s'il ne réussit pas à la rassurer. D'autre part, toute chirurgie mammaire exigeant une incision aréolaire (pour une transplantation ou une transposition du mamelon) nuira à l'allaitement. L'augmentation mammaire pratiquée de cette façon risque également d'entraîner certaines difficultés;
- conditions médicales pour lesquelles l'allaitement peut être contre-indiqué. Les bienfaits de l'allaitement sont généralement supérieurs aux risques courus. Dans une situation de risques possibles, la mère doit elle-même prendre la décision d'allaiter ou non. L'allaitement peut être contre-indiqué dans certains cas : par exemple, lorsqu'une femme a un cancer du sein ou suit des traitements de chimiothérapie, et lorsqu'elle passe des examens de diagnostic ou suit un traitement à l'aide de composés radioactifs. En outre, on conseille aux mères séropositives de choisir un autre mode d'alimentation pour leur bébé (SCP et coll., 1998; ICSI, 1996). L'allaitement est aussi contre-indiqué lorsqu'une femme a contracté le virus de l'herpès (mais uniquement dans le cas où elle a des lésions aux seins) et lorsqu'une mère décide de continuer à consommer certaines substances psychoactives. Le nourrisson d'une mère qui contracte la varicelle risque fort d'être infecté à son tour, quel que soit son mode d'alimentation. La varicelle du nouveau-né revêt habituellement un caractère bénin. Par contre, si la mère contracte cette maladie cinq jours avant ou deux jours après la naissance, le bébé risque de contracter une infection grave, et on doit lui administrer le plus tôt possible (dans les trois jours) des gammaglobulines spécifiques à la varicelle-zoster. On doit isoler la mère et l'enfant

ensemble. La mère peut allaiter lorsqu'elle n'est plus contagieuse (les lésions sont séchées) ou après l'administration de gammaglobulines au nourrisson. (Pour des renseignements plus détaillés, voir ICSI, 1996, p. 20.)

## Les premiers jours de la période postnatale

### Favoriser le succès de l'allaitement dès le début

Des tétées précoces, fréquentes, efficaces et sans restriction, et le non-recours à d'autres modes d'alimentation jouent un rôle important dans l'établissement d'une lactation normale. La mère nourrice devrait pouvoir compter sur l'intervention régulière d'une intervenante compétente, qui adopte une approche positive, pour l'aider à allaiter son bébé. Il s'agit d'une période d'apprentissage tant pour la mère que pour le bébé (le bébé apprend tout autant que la mère). On recommande d'adopter les mesures suivantes :

- **Commencer tôt.** Il faut donner à la mère l'occasion d'allaiter dans la première demi-heure qui suit la naissance, lorsque le bébé est le plus éveillé. Il est important alors de créer une atmosphère calme et intime. Le bébé peut prendre un certain temps à saisir le sein; il se peut qu'il le lèche ou s'y blottisse seulement. Par contre, il peut aussi prendre le sein et bien téter. Au besoin, on peut aider la mère à trouver la position qui lui convient. Les facteurs susceptibles de nuire à un allaitement précoce comprennent l'absorption de calmants par la mère au cours du travail, l'aspiration nasopharyngée et gastrique du bébé, et l'interruption du contact mère-enfant au cours de la première heure après la naissance. L'allaitement d'un bébé prématuré ou malade doit commencer aussitôt que son état le permet; il faut d'abord le blottir contre le sein de la mère. (Consulter la section ultérieure, page 25, sur les *Situations spéciales*.)
- **Encourager des tétées fréquentes sans restriction, sur demande.** Un bébé tète mieux « sur demande », c'est-à-dire quand il a faim, avant d'en être rendu au stade des pleurs; il doit le faire aussi souvent et aussi longtemps qu'il en manifeste le désir<sup>5</sup>. Il faut habituellement allaiter le nouveau-né toutes les deux ou trois heures pendant le jour et la nuit (huit

5. Les expressions « allaitement sur demande » ou « allaitement au besoin » sont fréquemment utilisées par les intervenants de la santé. Elles signifient qu'on nourrit le bébé quand il a faim, quand il présente des signes de faim. Il faut donc être attentif au bébé et non à l'horloge.

à douze fois ou plus par période de 24 heures). Les signes précoces de faim du bébé avant qu'il ne pleure sont les suivants : il a des mouvements rapides des yeux; il se réveille, s'étire, bouge, porte la main à la bouche; il a une activité orale, par exemple il suce, lèche et tourne la tête en direction d'un stimulus et ouvre la bouche pour prendre le sein. La durée d'une tétée varie selon l'âge du bébé et le genre d'allaitement. Une tétée complète peut durer de 20 à 30 minutes environ. Il faut toutefois rassurer les parents, car la mère et le nourrisson auront peut-être besoin d'un certain temps pour s'ajuster.

- **Réveiller le bébé somnolent, au besoin.** Plusieurs bébés n'établissent pas de routine d'allaitement efficace durant les 36 à 48 heures suivant la naissance. S'ils sont somnolents, il faut les réveiller doucement et leur présenter le sein — au moins toutes les trois heures durant la journée et une ou deux fois durant la nuit. Une aide supplémentaire est souvent nécessaire dans ces situations, en particulier quand il s'agit de mères qui allaitent pour la première fois, non seulement pour que la mère et le nourrisson développent leurs compétences en matière de positions et de prise du sein, mais aussi pour que le nourrisson tète souvent et suffisamment pour provoquer une montée laiteuse et établir une production de lait suffisante.
- **Permettre un contact mère-enfant maximal.** On devrait favoriser la cohabitation mère-enfant durant tout le séjour à l'hôpital, y compris la nuit. Il faut privilégier les chambres de naissance (qui servent au travail et à la naissance et, parfois, où cohabitent la mère et l'enfant après la naissance) ou des chambres privées pour les soins postnatals mère-enfant. Il est important aussi d'affecter les mêmes infirmières aux soins de la mère et du bébé, ce qui aura pour résultat d'optimiser le contact mère-enfant et la continuité du soutien à l'allaitement. (Consulter le chapitre 6.) La mère devrait pouvoir garder son bébé dans son lit, surtout s'il ne veut pas téter ou s'il est agité (McKenna et Mosko, 1994). Les hôpitaux peuvent être préoccupés par la sécurité du nourrisson. Le personnel doit donc s'assurer que les côtés du lit sont levés.
- **Aider à trouver une position adéquate et à prendre le sein.** L'adoption d'une bonne position pour la mère et le nourrisson et une prise adéquate du sein sont essentielles pour assurer le confort de la mère, une production adéquate du lait, la croissance du nourrisson et la prévention tant de

douleurs aux mamelons que de l'engorgement et de l'infection des seins (mastite). Avant de trouver ce qui leur convient le mieux, les mères ont besoin d'aide pour essayer différentes positions : position traditionnelle (face à face ou à la Madone), position couchée et position latérale. La position face à face est habituellement la plus facile à apprendre. En somme, l'allaitement doit être confortable. Il se peut que la mère soit un peu incommodée au début, quand le bébé prend le sein, mais cela ne devrait pas persister. (Consulter ICSI, 1996, p. 71 à 75.) La mère et le nourrisson doivent être en mesure de compter sur des intervenants de la santé compétents, capables d'évaluer les positions de la mère et du nourrisson, la prise du sein et la tétée du bébé, et ce, pour toute la durée de la période postnatale immédiate. Une approche normalisée d'évaluation devrait être utilisée pour s'assurer que les parents reçoivent des conseils uniformes.

- **Assurer l'allaitement exclusif.** Les bébés nourris au sein ne devraient boire que du lait maternel, sans autres aliments ou liquides, sauf si des conditions médicales l'exigent. (Consulter la section des *Situations spéciales* à la page 25.) Les suppléments nuisent à la production de lait. De plus, on ne doit pas offrir systématiquement des sucres et des tétines aux bébés.

### Comment savoir si le bébé boit suffisamment

Une des principales raisons qui incitent une mère à cesser l'allaitement est la peur que son bébé ne boive pas suffisamment de lait. On doit la rassurer en lui rappelant que non seulement l'allaitement est la meilleure façon de nourrir son bébé, et aussi la plus naturelle, mais qu'elle est capable de produire assez de lait. Pour cela, il faut que le bébé prenne bien le sein dès la première semaine, sinon il risque de se déshydrater ou de ne pas bien progresser. Tous les parents doivent être en mesure de discerner quand l'allaitement va bien et quand ils doivent demander de l'aide.

Différents critères peuvent servir à évaluer la réussite de l'allaitement : l'efficacité et la fréquence des tétées, l'apparence et la fréquence des selles et de l'urine du nourrisson, et sa croissance. Les parents peuvent estimer que leur bébé boit suffisamment de lait et que l'allaitement évolue bien lorsque les signes suivants sont présents :

- Le bébé prend le sein régulièrement (environ huit à douze fois par jour) et de façon efficace. Un allaitement est efficace si le bébé semble affamé au début de la tétée, la mère peut l'entendre déglutir avec régularité, le bébé se calme et devient de plus en plus repu vers la fin de la tétée. En

outre, les seins de la mère sont pleins avant la tétée et plus souples après. Entre le troisième et le cinquième jour, une fois que le bébé boit davantage de lait, on peut montrer aux parents comment procurer un temps d'arrêt durant la tétée, sans que le bébé laisse le mamelon.

- Le bébé fait plusieurs selles molles ou liquides par jour. Le méconium devrait avoir été complètement éliminé après le troisième ou le quatrième jour. Les selles du bébé peuvent être jaunes ou verdâtres, mais jamais sèches ni dures. Elles peuvent devenir moins fréquentes après le premier mois.
- L'urine du bébé est pâle et sans odeur. Au cours des trois premiers jours, il est normal que le bébé mouille une ou deux couches de coton par jour, sur lesquelles on peut parfois voir des taches rouge brique. Du quatrième au sixième jour, à mesure que la production de lait augmente, le bébé mouille normalement six couches de coton et plus par jour. (Comme il est difficile de dire si les couches jetables sont mouillées, on peut conseiller aux parents de placer un papier mouchoir à l'intérieur de la couche. Les parents peuvent aussi utiliser des couches de coton pour pouvoir mieux évaluer, s'ils ne sont pas sûrs que le bébé urine assez souvent.)
- Le bébé est éveillé, et sa croissance est normale.

L'annexe 6 présente des lignes directrices pour évaluer l'alimentation du bébé.

#### **QUAND OBTENIR DE L'AIDE**

Tous les parents devraient être en mesure de reconnaître les signes suivants afin d'obtenir de l'aide immédiatement :

- Le bébé a moins de deux selles molles par jour au cours du premier mois.
- L'urine du bébé est foncée ou le nombre de couches mouillées est inférieur à deux par jour pendant les trois premières journées ou inférieur à six par jour entre la quatrième et la sixième journée.
- Le bébé est somnolent et difficile à réveiller à l'heure de la tétée.
- Le bébé s'alimente moins de huit fois en l'espace de 24 heures.
- Les mamelons de la mère sont douloureux, et la douleur persiste après la troisième ou la quatrième journée.
- Les seins de la mère présentent une région douloureuse et rouge, elle fait de la fièvre, elle est prise de frissons et a des symptômes de grippe.

Il peut arriver qu'un bébé nourri au sein ou une mère en santé présente certains des signes précités. Si c'est le cas, il faut procéder à une évaluation exhaustive de la situation, surtout au cours des premiers jours et des premières semaines, pour déterminer si le bébé se nourrit efficacement.

Les hôpitaux et autres établissements doivent préparer une liste claire et simple de ces signes, sous forme de documents ou d'affiches, que les parents peuvent placer bien en vue sur le mur ou sur la porte du réfrigérateur.

La perte initiale et le gain subséquent de poids constituent un des indices d'évaluation de l'allaitement (Meek, 1998; Townsend et Merenstein, 1998; Cooper et coll., 1995; Lawrence, 1995). On ne doit cependant pas se limiter à ce seul indice : il faut évaluer la capacité du bébé de bien se nourrir au sein et examiner ses selles, ses urines et son comportement. Comme les pese-bébés peuvent varier sensiblement, il est difficile d'évaluer de façon précise les fluctuations de poids d'un nourrisson au cours des premiers jours. On devrait toujours peser le bébé sans ses vêtements et sans sa couche. On retrouve les données suivantes dans la documentation à ce sujet. Il est normal qu'un nouveau-né perde du poids pendant les dix premiers jours suivant sa naissance, perte qui peut représenter jusqu'à 10 p. 100 de son poids à la naissance. Toutefois, si le bébé perd 7 p. 100 de son poids durant la première semaine, il faut évaluer la situation avec attention pour déterminer l'efficacité de l'allaitement. Le bébé reprendra son poids initial durant la deuxième et la troisième semaines, puis prendra de 15 à 30 gm (0,5 à 1 oz) par jour au cours des premiers mois. On recommande qu'un intervenant compétent évalue le bébé et vérifie son poids lorsqu'il est âgé d'une semaine, ou même plus tôt, selon la durée du séjour à l'hôpital. (Consulter le chapitre 6.)

Bien des bébés connaissent plusieurs poussées de croissance et demandent alors le sein plus souvent (c.-à-d. de 10 à 12 fois par jour), ce qui fait augmenter la production de lait de la mère. Certaines mères auront peut-être besoin d'être rassurées quant à leur capacité de produire assez de lait pour satisfaire leur bébé durant ces poussées de croissance. Une façon de le faire est de leur expliquer que lorsque le bébé vide complètement le sein, il favorise la production du lait.

Les parents doivent recevoir de la documentation pour expliquer les signes de succès de l'allaitement et les conditions où il faut d'obtenir de l'aide. (L'annexe 7 donne un exemple de ce genre de document.) Les parents doivent aussi recevoir une liste des sources d'aide communautaire en matière d'allaitement, tels que le centre de santé communautaire et le CLSC, la ligne

téléphonique parents-secours, les cliniques de soutien à l'allaitement, les cliniques externes de l'hôpital ou cliniques de consultation sans rendez-vous, le numéro de la Ligue La Leche, les noms de conseillères privées en allaitement, de médecins et de sages-femmes. Certaines unités de soins mère-enfant offrent des consultations téléphoniques sur l'allaitement 24 heures par jour ou des consultations sur place.

### **Régime alimentaire de la mère qui allaite**

On recommande aux mères qui allaitent d'adopter un régime alimentaire équilibré qui comprend une bonne variété d'aliments sains et de manger jusqu'à satiété. *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement* de Santé Canada (1997) a été conçu pour aider les mères à choisir une grande variété d'aliments sains.

Voici quelques conseils pratiques :

- Encourager la mère à manger ou à boire chaque jour trois ou quatre portions de produits laitiers ou de toute autre bonne source de calcium.
- Encourager la mère à boire suffisamment pour étancher sa soif. Bien des mères qui allaitent ont besoin d'une plus grande quantité de liquides que d'habitude.
- Examiner avec la mère nourrice son régime alimentaire habituel et les mets qu'elle consomme habituellement pour déterminer leur apport en fibres, en liquides, en produits laitiers et autres sources de calcium, et en vitamines et sels minéraux. Dans certaines cultures, les aliments ne sont pas classés en quatre groupes; le concept d'une alimentation équilibrée fondée sur le regroupement des aliments en quatre catégories distinctes peut sembler étrange et ne correspondre à rien au plan culturel.
- S'assurer que la mère végétarienne a une alimentation équilibrée. Son régime doit inclure du lait et des produits laitiers et des substituts de viande, tels que les œufs, les légumineuses, les lentilles, les noix et le tofu. Si la mère boit moins de deux tasses de lait par jour, elle doit avoir recours à d'autres sources de calcium, de vitamine D et de vitamine B<sub>12</sub>. Le lait de soya non enrichi, même s'il contient des protéines et du calcium, est une faible source de calcium et de vitamine D. De plus, si le régime ne comprend aucun produit animal, la femme qui allaite devra avoir recours à d'autres sources de calcium, de riboflavine, de vitamine B<sub>12</sub>, de vitamine D, de zinc et de fer.

Parce qu'elles sont mal conseillées en matière de nutrition, bon nombre de femmes refusent d'allaiter ou cessent l'allaitement. Voici quelques-uns des mythes transmis et leur réfutation :

**Mythe n° 1 :** *La mère qui allaite doit manger certains aliments ou se priver de certains autres.* La mère qui allaite doit adopter un régime alimentaire équilibré. Cependant, elle n'est pas tenue de manger des aliments spéciaux ni de se priver de certains autres. De plus, il n'est pas nécessaire que la mère nourrice boive du lait pour pouvoir en produire.

**Mythe n° 2 :** *La mère qui allaite doit manger davantage pour produire assez de lait.* Même la mère qui suit un régime très pauvre en calories produit suffisamment de lait, à moins que l'apport calorique n'ait été dangereusement pauvre pour une période prolongée. En règle générale, le bébé reçoit ce dont il a besoin. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter de la qualité ni de la quantité de lait, même si la mère s'est mal nourrie pendant quelques jours. On avait l'habitude de dire que toute mère qui allaite doit consommer 500 calories de plus par jour; on sait maintenant que ce n'est pas le cas pour toutes les mères. Certaines femmes mangent davantage quand elles allaitent, d'autres non; certaines, même, mangent moins. Aucune de ces pratiques ne semble affecter la santé de la mère ou du bébé, ni la quantité de lait. L'essentiel, c'est que le régime alimentaire de la mère soit équilibré et qu'elle mange assez pour se rassasier.

**Mythe n° 3 :** *La mère qui allaite doit boire beaucoup.* La mère qui allaite doit boire quand elle a soif. Alors que certaines mères ont constamment soif, d'autres ne boivent pas plus que d'habitude. En réalité, c'est le corps de la mère qui détermine quand celle-ci doit boire davantage, en lui faisant ressentir la soif. Une trop grande absorption de liquides peut diminuer la production du lait.

**Mythe n° 4 :** *L'allaitement est contre-indiqué pour les mères qui fument ou qui consomment de l'alcool.* Tout en reconnaissant l'importance d'appuyer tous les efforts de la mère qui essaie soit d'arrêter

de fumer soit de fumer moins, il faut reconnaître que l'allaitement demeure le choix par excellence, même si la mère continue de fumer. D'autre part, s'il est vrai qu'une consommation d'alcool élevée peut nuire à la production de lait et à l'enfant allaité, il semble toutefois qu'une « légère » consommation lors d'activités sociales ne nuit pas à l'allaitement (ICSI, 1996).

## Séjour abrégé à l'hôpital

### INCIDENCE SUR L'ALLAITEMENT

La tendance à abrégé le séjour postnatal de la mère à l'hôpital influence grandement le succès de l'allaitement et le suivi. Il est essentiel que le milieu hospitalier fasse preuve de souplesse pour déterminer le moment propice du congé de l'hôpital en tenant compte des besoins individuels de la mère et du nourrisson, et de l'accessibilité de services communautaires de suivi. Certaines femmes sont prêtes à retourner à la maison avec leur bébé plusieurs heures après la naissance et choisissent de le faire, tandis que d'autres ne satisfont aux critères de congé qu'après plusieurs jours et même plus. Quel que soit le moment du retour à la maison, la mère et le nourrisson doivent faire l'objet d'une évaluation pour déterminer leurs besoins en matière de suivi.

La montée laiteuse et l'établissement de la lactation au cours des trois à cinq premiers jours sont essentiels au bien-être du nouveau-né. Il est recommandé de prévoir une rencontre entre la mère et des professionnels compétents tôt après la naissance. La mère et le nourrisson devront alors être évalués et recevoir le soutien approprié. Le but est de promouvoir une routine d'allaitement efficace et de prévenir des problèmes du nourrisson tels que la déshydratation, l'hypoglycémie, l'ictère physiologique prononcé, la léthargie et le manque de réactivité et de progrès de l'enfant. Il faut aussi surveiller chez la mère les signes d'une faible estime de soi, de sentiments de culpabilité et d'échec personnel, et même de dépression post-natale, et prodiguer le soutien nécessaire.

Il faut compter jusqu'à quarante-huit heures pour que l'allaitement d'un nouveau-né en santé soit bien établi, c'est-à-dire pour que le bébé manifeste régulièrement sa faim, prenne correctement le sein et tète efficacement avec un minimum d'aide. Si l'allaitement est efficace, la montée laiteuse apparaît dans les deux ou trois jours. Un soutien professionnel

continu et adéquat les premiers jours après la naissance (une période critique) contribue à l'établissement et au maintien de la lactation, et au succès à long terme de l'allaitement.

#### **CRITÈRES SUGGÉRÉS POUR LE CONGÉ DE L'HÔPITAL ET LIGNES DIRECTRICES POUR LE SUIVI**

On a proposé un grand nombre de critères relatifs au congé (SCP, 1996; SOGC, 1996). Les critères qui suivent sont liés à l'allaitement :

- Le bébé se nourrit au sein de manière efficace — c'est-à-dire que deux tétées consécutives ont été réussies de façon autonome par la mère et le bébé, ce dernier ayant réussi à prendre correctement chaque sein et à téter efficacement.
- Les parents (ou un des parents) sont en mesure de reconnaître les signes précoces d'un allaitement inefficace et de déshydratation — ils savent quand aller chercher de l'aide et quelles ressources communautaires sont accessibles (consulter l'annexe 7).
- Des plans de suivi réalistes ont été établis en tenant compte de divers facteurs d'accessibilité, tels que le transport, la distance, la gamme des soins offerts aux nourrissons, la capacité linguistique de communiquer avec les intervenants, le téléphone, etc. (voir ci-dessous).
- Le nouveau-né a perdu moins de 7 p. 100 de son poids initial au moment du congé, s'il a lieu pendant la première semaine.
- Des critères ont été établis pour juger si l'état de santé de la mère est satisfaisant pour lui donner son congé.

Un suivi doit être fait par un intervenant de la santé (infirmière, médecin, sage-femme) qui a le savoir-faire, les compétences et de l'expérience en évaluation de l'allaitement et en counseling. Les critères suivants s'appliquent si le congé survient *moins de 48 heures après la naissance* :

- Tous les critères de congé (y compris les critères précités) doivent être respectés.
- Une communication téléphonique avec la mère ou la famille, ou une visite à domicile, doit avoir lieu dans les 24 heures suivant le congé.
- Un intervenant de la santé compétent doit effectuer un examen physique de la mère et du bébé dans les 48 heures suivant le congé.
- Un médecin compétent doit faire un examen physique du nouveau-né entre le septième et le dixième jour après sa naissance.

Bien des femmes sont épuisées ou sont domiciliées à une grande distance de leurs intervenants, des hôpitaux ou des cliniques. Par conséquent, les lignes directrices pour le suivi dans les 48 heures suivant le congé de l'hôpital doivent préciser que le suivi sera fait au domicile de la famille, si cela est nécessaire.

Voici les critères qui s'appliquent si le congé survient *48 heures ou plus après la naissance* :

- Les critères précités doivent être respectés ou toutes les complications doivent avoir été stabilisées. On aura aussi répondu à toutes les préoccupations, commencé à donner les soins appropriés et pris les mesures nécessaires pour assurer un suivi.
- Un médecin compétent doit examiner le nouveau-né entre le septième et le dixième jour après sa naissance (ou plus tôt, si des problèmes ont été décelés).
- On conseille fortement un suivi par téléphone ou une visite à domicile dans les 48 heures après le congé.

Le suivi est très important pour la mère et le bébé lorsque le congé de l'hôpital survient moins de 48 heures après la naissance. Il peut en effet être difficile d'évaluer dans les 48 heures qui suivent la naissance l'efficacité de l'allaitement et d'autres éléments qui s'y rattachent.

### **Difficultés possibles**

Les intervenants de la santé doivent savoir comment prévenir, évaluer et traiter les problèmes potentiels reliés à l'allaitement, notamment :

- engorgement des seins;
- mamelons douloureux;
- obstruction des canaux galactophores;
- mastite;
- candidose buccale/muguet;
- écoulement;
- réflexe exagéré d'éjection de lait (ICSI, 1996)

### **Ictère néonatal**

Il est rarement opportun d'interrompre l'allaitement à cause de l'ictère néonatal. Deux conditions distinctes sont associées à l'ictère et à l'allaitement : l'ictère causé par l'allaitement inefficace et l'ictère associé aux constituants du lait maternel.

*L'ictère causé par l'allaitement inefficace* fait référence à une exacerbation de l'ictère physiologique attribuable à des tétées peu fréquentes ou inefficaces, ce qui provoque un retard de l'évacuation du méconium et se traduit par un faible apport en calories. Pour prévenir l'ictère, il faut assurer des tétées précoces, fréquentes et sans restriction quant à leur nombre, une bonne prise du sein, un contact optimal entre la mère et le nourrisson, une administration minimale de médicaments à la mère durant le travail et des conseils aux parents pour prévenir les problèmes. Quant au traitement, il comprend une augmentation de l'efficacité et de la fréquence des tétées, qui doivent être d'au moins 8 en 24 heures, pour augmenter l'apport calorique du nourrisson et stimuler la production de lait. Un supplément inopportun, surtout donné au moyen d'une tétine, peut nuire à l'établissement de l'allaitement. Pour réveiller un bébé somnolent, on peut le placer en contact direct avec sa mère (peau sur peau), l'inciter à téter en extrayant du lait du sein pour le faire couler dans sa bouche et faire une stimulation tactile de la paume des mains, de la tête et des pieds du bébé durant la tétée.

*L'ictère associé aux constituants du lait maternel* est un état pathologique rare qui affecte de 2 à 4 p. 100 des nouveau-nés nourris au sein. Il se manifeste vers la fin de la première semaine, atteint son sommet entre le dixième et le quinzième jour, et peut durer trois semaines ou plus. À cause du caractère bénin de ce genre d'ictère chez les nourrissons en santé, il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement au sein. Cependant, il est essentiel d'écartier la présence d'autres troubles médicaux, tel l'hypothyroïdisme, pour que l'ictère associé aux constituants du lait maternel ne soit pas confondu avec des troubles qui pourraient exiger des soins médicaux.

### **Raisons médicales acceptables de donner un supplément**

Les suppléments sont rarement indiqués pour les nourrissons. Selon *l'Initiative des hôpitaux amis des bébés et Manuel du programme* de l'UNICEF (1992), il peut être indiqué de donner des liquides ou des aliments en plus, ou au lieu, du lait maternel dans les cas suivants :

- le nourrisson atteint d'hypoglycémie documentée et dont *l'état ne s'améliore pas avec un plus grand nombre de tétées efficaces*;
- le nourrisson dont la mère est gravement malade (p. ex., psychose, éclampsie, état de choc);
- le nourrisson atteint de troubles du métabolisme présents à la naissance;

- le nourrisson déshydraté dont *l'état ne s'améliore pas après un allaitement efficace*;
- le nourrisson dont la mère prend des médicaments contre-indiqués durant l'allaitement (p. ex., des médicaments cytotoxiques, des médicaments/traitements radioactifs).

Les nourrissons qui sont trop petits ou trop malades pour s'hydrater par voie orale peuvent avoir besoin, au départ, d'une thérapie de réhydratation intraveineuse totale ou partielle. Le maintien des fonctions gastro-intestinales par l'introduction précoce d'une alimentation entérale minimale a des effets bénéfiques.

Lorsque l'allaitement est temporairement retardé ou interrompu, et qu'il y a une *indication thérapeutique* de donner un supplément, on recommande d'utiliser du lait maternel fraîchement extrait, si cela est possible. On peut éviter d'avoir recours à l'alimentation au biberon, lequel risque de nuire à la capacité du nourrisson de bien téter le sein, en utilisant certaines méthodes de remplacement, telles l'utilisation d'un dispositif d'aide à l'allaitement, l'alimentation au verre, l'alimentation au doigt, l'utilisation d'une cuiller ou d'un compte-gouttes. Il faut aussi aider la mère à établir la lactation en exprimant son lait au moyen d'un tire-lait.

### Situations spéciales

Il est très important que le bébé prématuré ou malade puisse tirer profit des bienfaits nutritionnels, immunitaires et psychosociaux de l'allaitement. C'est pourquoi l'allaitement est préférable et possible dans des situations spéciales, telles que les naissances prématurées, les naissances multiples et les anomalies congénitales. Pour ces bébés, qui risquent davantage de contracter des maladies que les bébés nés à terme, le lait maternel peut prévenir des complications. Il a été démontré que le lait maternel est le moyen le plus efficace de prévenir l'entérocolite nécrosante des prématurés (ICSI, 1996). Toutefois, une aide spéciale peut être requise pour l'allaitement dans de tels cas, et il faut en tenir compte au moment de répartir la charge de travail des infirmières.

Les unités de soins intensifs néonataux peuvent surmonter les obstacles à l'allaitement d'un bébé prématuré en adoptant les mesures suivantes :

- séparer le moins possible la mère et l'enfant;
- prévoir des installations privées pour l'allaitement et l'extraction du lait maternel;

- donner à la mère et à sa famille de l'information précise sur l'allaitement, au moment opportun;
- s'assurer que l'intervenante a les connaissances et les compétences nécessaires pour aider la mère à extraire son lait et à le donner à son bébé;
- montrer à la mère comment extraire et conserver son lait (consulter l'annexe 8);
- donner à la mère les noms et numéros de téléphone des services communautaires de soutien à l'allaitement, d'autres mères de bébés prématurés ou de la Ligue La Leche;
- donner à la mère l'information nécessaire pour obtenir les fournitures et un tire-lait.

Souvent, les mères n'ont pas les moyens financiers de se procurer un tire-lait. Les hôpitaux et les organismes communautaires doivent collaborer pour permettre à toutes les femmes d'avoir un accès équitable à des tire-lait.

Il a été démontré que l'allaitement est moins exigeant physiologiquement pour le bébé prématuré que l'alimentation au biberon (Meier, 1988). Les bébés prématurés peuvent commencer à se nourrir au sein dès que leur état reste stable pour de courtes périodes hors de l'incubateur et qu'ils parviennent à coordonner succion et déglutition — souvent vers la 32<sup>e</sup> semaine de gestation. On peut toutefois mettre le bébé en contact avec le sein avant cette période pour qu'il le lèche et s'y blottisse. La mère prépare aussi son bébé à l'allaitement en le plaçant nu sur sa peau (*méthode kangourou*). L'allaitement du bébé prématuré se fait en plusieurs étapes : prendre la décision d'allaiter, établir la production de lait, alimenter le bébé par gavage de lait maternel extrait, commencer l'allaitement à l'hôpital (en se fiant aux signes précoces et plus tardifs de faim du bébé prématuré) et prévoir un suivi après le congé de l'hôpital (Meier et Mangurten, 1993).

Des mères de jumeaux, de triplets et même de quadruplés réussissent à allaiter leurs bébés soit exclusivement au sein soit en ajoutant un supplément, c'est-à-dire un biberon de lait que la mère a extrait. Durant les premiers mois, il faut consacrer beaucoup de temps et d'énergie à nourrir ces bébés, peu importe la méthode d'alimentation choisie. Si la mère souhaite allaiter exclusivement au sein, il est important qu'elle donne souvent le sein pour s'assurer de produire suffisamment de lait (ICSI, 1996).

Dans la plupart des cas, une mère réussit à allaiter son bébé même s'il a une incapacité ou un problème particulier, pourvu qu'elle reçoive un

soutien adéquat. C'est pourquoi les intervenants de la santé doivent renseigner les mères et les familles sur les organismes et les groupes de soutien de leur collectivité.

### **Médicaments et lait maternel**

Compte tenu des bienfaits de l'allaitement, il est rarement approprié de cesser l'allaitement parce que la mère prend des médicaments. Les données sur le transfert de médicaments spécifiques dans le lait maternel et leurs répercussions possibles sur l'enfant ne cessent de s'accumuler. Il est donc difficile de tenir des listes à jour des médicaments et de leurs effets sur l'allaitement. Voici cependant certains points à retenir :

- En moyenne, moins de 1 p. 100 de la dose de la plupart des médicaments administrés à la mère passe dans le lait maternel.
- Très peu de médicaments sont contre-indiqués pour les mères qui allaitent.
- Pour le nombre limité de médicaments contre-indiqués ou à utiliser avec « prudence », il faut tenir compte des avertissements suivants : il existe habituellement des succédanés sûrs; les médicaments à utiliser « avec prudence » peuvent être administrés si on assure une surveillance parallèle du nourrisson; les médicaments qui offrent le plus de sécurité sont des médicaments pour enfants dont on prend la plus petite dose possible; on peut choisir des médicaments avec une courte demi-vie; il faut éviter les médicaments à libération prolongée; il faut évaluer chaque médicament individuellement pour s'assurer que sa période de plus forte concentration dans le lait maternel ne coïncide pas avec l'horaire des tétées (ICSI, 1996).

Il s'agit donc de déterminer si les immenses bienfaits de l'allaitement, tant pour le bébé que pour la mère, sont supérieurs aux risques d'exposer le nourrisson au médicament.

La déclaration de l'American Academy of Pediatrics sur le transfert des médicaments et autres produits chimiques dans le lait humain — *The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk* (1994) — est l'autorité la plus souvent invoquée en la matière. D'autres ouvrages de référence sont aussi recommandés, notamment le texte de Thomas Hale, *Medication and Mothers' Milk* (1999). Le document *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé* (ICSI,

1996) donne une liste détaillée des médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement et des médicaments à utiliser avec précaution. Les centres d'information sur les médicaments sont aussi d'excellentes sources d'information sur le transfert des médicaments dans le lait maternel. Soulignons, par exemple, les sources suivantes :

**Centre IMAGE — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse**

Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin, Hôpital Sainte-Justine  
Téléphone : (514) 345-2333 (réservé aux professionnels de la santé)  
Télécopieur : (514) 345-4972 (réservé aux professionnels de la santé)  
Site Internet pour le grand public:  
<http://brise.ere.umontreal.ca/~lecomptl/hsj/PHARM/image.htm>

**Motherisk Program**

The Hospital for Sick Children (Toronto)  
Téléphone : 1 (877) 327-4636  
Télécopieur : (416) 813-7562  
Adresse Internet : <http://www.motherisk.org>

**The Breastfeeding Collaborative Program**

The Hospital for Sick Children (416) 813-5757

**The Lactation Fax Hotline**

Thomas Hale  
Télécopieur : (806) 356-9480  
On peut aussi obtenir, par télécopieur, de l'information à jour provenant de ce dernier service; des frais d'inscription sont cependant exigés.

La section spéciale sur les médicaments et le lait maternel du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* publié en 1998 par l'Association des pharmaciens du Canada comprend de l'information générale qui peut être utile. Cependant, les monographies individuelles des médicaments sont habituellement une source d'information inadéquate en ce qui a trait à l'action des médicaments pendant la lactation parce qu'elles sont incomplètes et souvent trop restrictives.

## Période postnatale tardive

### Raisons motivant l'arrêt précoce de l'allaitement

Les femmes cessent d'allaiter tôt surtout parce qu'elles croient ne pas produire suffisamment de lait. De plus, celles qui cessent au cours des six premières semaines basent souvent leur décision sur des douleurs aux mamelons, l'engorgement des seins, des problèmes de technique et la fatigue. Plus tard, soit de quatre à six mois après la naissance, le retour au travail à l'extérieur du domicile peut motiver l'arrêt de l'allaitement.

Tous les parents doivent comprendre le principe de « l'offre et de la demande », c'est-à-dire que la production de lait de la mère s'ajuste pour satisfaire les besoins du bébé qui tète fréquemment. Durant cette période, la mère doit plus que jamais se reposer et bien se nourrir, tout en se concentrant sur l'alimentation de son bébé. (Consulter les *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes de soins de la santé*, ICSI, 1996. On y présente des conseils sur la collecte d'information sur l'alimentation du bébé et des réponses aux inquiétudes des parents relatives à la production insuffisante de lait maternel.)

Les parents doivent comprendre également la nature de la poussée de croissance. Le bébé nourri au sein devrait être évalué entre le septième et le dixième jour après la naissance ou même avant, selon la situation et le moment du congé de l'hôpital.

Plusieurs facteurs peuvent nuire à la production de lait, dont les plus fréquents sont les suivants :

- la séparation de la mère et du bébé;
- des tétées trop espacées;
- la durée limitée des tétées;
- des tétées inefficaces à cause d'une mauvaise position et d'une prise du sein inadéquate;
- la somnolence du bébé;
- un supplément à l'allaitement sans indication thérapeutique;
- l'utilisation d'une suce ou d'une tétine pour retarder la tétée;
- l'engorgement des seins et des douleurs aux mamelons;
- l'utilisation de téterelles;
- la fatigue de la mère.

## Suppléments en vitamines et en minéraux

La Société canadienne de pédiatrie recommande de donner une dose quotidienne de vitamine D (10 mcg ou 400 UI) aux nourrissons allaités jusqu'au sevrage. Cette recommandation fait cependant l'objet d'une controverse : même si on reconnaît que certains bébés risquent d'avoir une carence en vitamine D, on s'interroge sur la nécessité d'en administrer à *tous* les bébés. D'autre part, un supplément de fluor n'est pas recommandé pour les nourrissons de moins de six mois. On recommande cependant que les bébés âgés de six mois à deux ans, qui vivent dans une région où l'eau contient moins de 0,3 ppm ( $\mu\text{g/L}$ ) de fluor, reçoivent un supplément quotidien de 0,25 mg de fluor. Toutefois, il n'est pas recommandé de donner des suppléments de fluor dans les régions où l'eau potable contient 0,3 ppm ( $\mu\text{g/L}$ ) ou plus de fluor (SCP et coll., 1998). Autrement dit, il faut éviter une consommation excessive de fluor. Les nourrissons nés à terme et nourris au sein n'ont pas besoin de suppléments de fer avant l'âge de six mois. Après cela, le fer dans les aliments solides est habituellement suffisant pour un bébé né à terme et en santé.

## Travail rémunéré à l'extérieur du foyer

Depuis des temps immémoriaux, les femmes ont bien réussi à combiner grossesse, allaitement et travail. En revanche, lorsque les mères ont dû se séparer de leurs jeunes enfants pour aller travailler à l'extérieur du foyer, l'allaitement et le travail ont commencé à poser des problèmes. Compte tenu du nombre croissant de femmes qui ont un emploi à l'extérieur du foyer, la société canadienne doit relever de nombreux défis concernant l'allaitement et la grossesse. Que les mères travaillent au foyer ou à l'extérieur, le soutien communautaire aidera les familles qui ont de jeunes enfants. Les enfants eux-mêmes tirent profit de soins constants et chaleureux, surtout pendant les trois premières années. L'allaitement est la façon optimale d'assurer la meilleure alimentation, la meilleure santé et un attachement affectif solide (Jones et Green, 1996, p. 19). Les politiques familiales doivent s'inspirer de ces principes.

Il faut d'abord aider les familles pour que la mère ait un véritable choix entre rester à la maison ou travailler à l'extérieur, sans que le retour au travail ne lui soit dicté par des impératifs économiques. Lorsque les femmes choisissent de travailler à l'extérieur de la maison, il y va du meilleur intérêt des

enfants canadiens de voir la société offrir différentes options aux mères. Par exemple, elles peuvent se prévaloir d'un congé de maternité prolongé pour rester auprès de leurs jeunes enfants; elles peuvent prévoir un plan de carrière « séquentiel »; le milieu de travail peut aussi devenir plus souple de façon à satisfaire les besoins des mères, des pères et des enfants (Jones et Green, 1996, p. 19).

Par conséquent, toutes les collectivités doivent :

- donner aux familles un véritable choix entre rester à la maison ou travailler à l'extérieur, au moyen de politiques de congé maternel et parental, et d'incitatifs fiscaux;
- sensibiliser la population aux droits des femmes à travailler et à allaiter;
- faciliter et protéger les pratiques culturelles et traditionnelles qui encouragent la mère à allaiter, qu'elle travaille au foyer ou à l'extérieur;
- faire participer les dirigeants communautaires et d'autres groupes à l'élaboration de moyens de soutien social pour aider les femmes à coordonner allaitement et travail;
- renseigner les employeurs et d'autres personnes clés sur l'importance de l'allaitement et sur la nécessité de créer un milieu de travail qui lui soit favorable;
- sensibiliser davantage la société aux lois nationales qui protègent le droit d'allaiter de toutes les femmes;
- reconnaître le mérite des milieux de travail « amis des mères et des bébés » (Jones et Green, 1996, p. 21).

L'annexe 9 présente dix conditions nécessaires pour créer un milieu de travail ami des mères, c'est-à-dire adapté à leurs besoins (traduction et adaptation de *Ten Steps to Creating a Mother-Friendly Workplace*, Jones et Green, 1996).

Les mères dont l'allaitement est bien établi sont plus susceptibles que les autres de continuer d'allaiter après leur retour sur le marché du travail ou à l'école. Si une mère peut repousser le moment de se séparer régulièrement de son bébé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de quatre mois ou si elle peut reprendre son travail à temps partiel plutôt qu'à temps plein, il lui sera plus facile de maintenir à la fois sa production de lait et l'intérêt de son bébé envers l'allaitement. Plusieurs femmes qui retournent sur le marché du travail à temps plein avant que leur bébé ait quatre mois parviennent à continuer l'allaitement. Par ailleurs, l'incidence du recours prématuré aux aliments solides et au sevrage est beaucoup plus élevée pour ces femmes que

pour celles qui retournent sur le marché du travail à une date ultérieure (Jones et Green, 1996, p. 19; Auerbach, 1987).

Les mères qui continuent d'allaiter après le retour au travail peuvent prendre différentes mesures pour y parvenir. Les stratégies utilisées pour coordonner l'allaitement et le travail varient selon les croyances de la mère, ses buts et le soutien qui lui est donné. Par exemple, certaines femmes choisissent d'allaiter leur bébé pendant leurs pauses; d'autres extraient leur lait durant la journée de travail pour maintenir leur production de lait et le conservent pour les tétées subséquentes. (L'annexe 8 offre des conseils aux mères sur l'extraction et la conservation du lait maternel.) D'autres mères optent pour le sevrage partiel du bébé en lui faisant boire des préparations lactées du commerce pendant leur absence. Il n'est pas rare de voir le nourrisson réorganiser sa routine de façon à prendre le sein plus souvent lorsque sa mère est présente et à dormir plus longtemps pendant son absence. Les familles doivent comprendre que l'allaitement a plus de chances de se poursuivre si elles font tout leur possible pour limiter la séparation de la mère et du bébé, qu'elles aident la mère à extraire son lait de façon régulière et qu'elles lui offrent le soutien nécessaire pour qu'elle puisse satisfaire les besoins de son bébé (Jones et Green, 1996, p. 20).

### **Le sevrage**

Pendant les six premiers mois environ, le lait maternel satisfait tous les besoins de croissance du bébé. L'idéal, c'est que le bébé et la mère continuent l'allaitement durant la première année ou plus. En effet, tous les deux en retirent des avantages nutritionnels, immunitaires, affectifs et autres aussi longtemps que dure l'allaitement.

Le sevrage consiste à habituer le bébé à ne plus prendre le sein et à accepter que le lait maternel soit remplacé par d'autres aliments. Idéalement, il devrait se produire quand la mère et le bébé sont prêts tous les deux. Comme la mère et le bébé peuvent fort bien ne pas être prêts en même temps, le sevrage est parfois enclenché surtout par le bébé, parfois enclenché surtout par la mère. De toute façon, quel que soit le moment du sevrage, la mère sera moins incommodée et ce sera plus facile pour le bébé si le sevrage se fait de façon progressive. (Consulter ICSI, 1996, pour des conseils sur le sevrage.)

### **Services de soutien pour le suivi**

Des services de soutien pour le suivi peuvent être particulièrement utiles pour les familles qui allaitent. Parmi ces services, on retrouve les suivants :

- des visites à domicile par des infirmières de la santé publique;
- des services téléphoniques de renseignements et d'écoute pour les parents;
- des cliniques d'allaitement et de suivi postnatal pour bébés bien portants;
- des centres de consultation sans rendez-vous pour l'allaitement ou pour bébés bien portants;
- la Ligue La Leche et des groupes d'entraide par les pairs;
- des cours sur l'allaitement et sur les soins à donner aux bébés;
- les conseils de médecins qui encouragent l'allaitement et sont bien informés à ce sujet;
- les conseils de conseillères en allaitement agréées;
- des appels de suivi faits par des cliniques externes des hôpitaux, des infirmières des services communautaires/des CLSC et des médecins. (Consulter le chapitre 6.)

Chaque collectivité devrait dresser une liste de tous ses services de soutien à l'allaitement. Des comités ou des réseaux structurés ont réussi à mettre de l'avant des projets cohérents de promotion, de coordination et de soutien de l'allaitement, et ce, à l'échelle régionale, provinciale et nationale.

## Bibliographie

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

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « Hospital stay for healthy term newborns », *Pediatrics*, vol. 96, n° 4 (1995), p. 788-790.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « The transfer of drugs and other chemicals into human milk », *Pediatrics*, vol. 93, n°1 (1994), p. 137-150.

ANNAS, G. « Women and children first », *Legal Issues in Medicine*, vol. 333, n° 24 (1995), p. 1647-1651.

ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*, Quarante-septième Assemblée mondiale de la santé, WHA 47.5, article 19 de l'ordre du jour, 9 mai 1994.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, Ottawa, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, Canadian Pharmacists Association.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO. *Breastfeeding: Protecting, Promoting, Supporting*, Toronto, Ontario Hospital Association, 1994.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA. *Énoncé de politique sur l'allaitement maternel*, Ottawa, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement on Breastfeeding*, Canadian Hospital Association.

AUERBACH, K. « Beyond the issue of accuracy: evaluating patient education materials for breastfeeding mothers », *Journal of Human Lactation*, vol. 4, n° 3 (1988), p.105-110.

AUERBACH, K. « Maternal employment and breastfeeding », *Lactation Consultant Series*, New York, Avery Publishing, 1987.

BC COUNCIL ON HEALTH PROMOTION. « Physician alert », *BC Medical Journal*, vol. 37, n° 9 (1995), p. 614.

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

BRAVEMAN, P, S. EGERTER, M. PEARL, K. MARCHI et C. MILLER. « Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature », *Pediatrics*, vol. 96, n° 4 (1995), p. 716-726.

BRIGGS, G., R. FREEMAN et S. YAFFE. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*, 4<sup>e</sup> éd., Baltimore, Williams and Wilkins, 1993.

CHALMERS, B. « Implementing the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative », *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Journal/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 20 (1998), p. 271-279.

CHALMERS, B. « The baby-friendly hospital initiative in Canada: some observations », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 19 (1997), p. 978-982.

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement*, Ottawa, chez l'auteur, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Statement of the Breastfeeding Committee for Canada*.

COMITÉ POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *L'allaitement maternel*, Collection PARENTS — Santé et Développement, les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1999.

COOPER, W.O., H.D. ATHERTON, M. KAHANA et U.R. KOTAGAL. «Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area», *Pediatrics*, vol. 96, n° 5 (1995), p. 957-960.

CUNNINGHAM, A., D. JELLIFFE et E. JELLIFFE. «Breastfeeding and health in the 1990's: a global epidemiologic review», *Journal of Pediatrics*, vol. 118, n° 5 (1991), p. 659-666.

ENKIN, M., M. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2<sup>e</sup> éd, Oxford, Oxford University Press, 1995.

ENTRAIDE NATURO-LAIT. *L'allaitement aujourd'hui*, 3<sup>e</sup> édition, Québec, 1995, p. 9, 38.

FERNANDEZ, H., M. CASSON et É. PAPIERNICK. *Obstétrique essentielle*, Éditions Pradel, 1996, p. 221.

FRANK, D., et S. WIRTZ. «Commercial discharge packs and breastfeeding counselling — effects on infant feeding practices in a randomized trial», *Pediatrics*, vol. 80, n° 6 (1987), p. 845-854.

FREED, G.L., S.J. CLARK, J. SORENSON, J.A. LOHR, R. CEFALO et P. CURTIS. «National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experiences», *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, n°6 (1995), p. 472-476.

GÉVRY, Hélène. *À fleur de peau* (informations sur l'allaitement maternel), Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1994.

GREEN, M., et F. JONES. «WHO code? Who cares? Do nurses promote breastfeeding?», *The Canadian Nurse/L'Infirmière canadienne*, vol. 87, n° 1 (1991) p. 26-28.

HALE, T. *Medication and Mothers' Milk*, 5<sup>e</sup> éd., Amarillo (TX.), Pharmasoft Medical Publishing, 1999.

INCH, S. «Antenatal preparation for breastfeeding», dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE, éd., *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 335-344.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*, Canadian Institute of Child Health.

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (ILCA). *Summary of the Hazards of Infant Formula, Part 2*, Chicago, chez l'auteur, 1998.

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (ILCA). *Summary of the Hazards of Infant Formula*, Chicago, chez l'auteur, 1992.

JONES, F., et M. GREEN. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed Through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, The BC Baby-Friendly Initiative, 1996.

KEARNEY, M.H. «Identifying psychosocial obstacles to breast-feeding success», *Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, vol. 17 (1988), p. 98-105.

LAWRENCE, R. «Early discharge alert», *Pediatrics*, vol. 96, n° 5 (1995), p. 966-967.

LAWRENCE, R. *Breastfeeding — A Guide for the Medical Profession*, 4<sup>e</sup> éd., St. Louis (MO), Mosby, 1994.

LEGAULT, M. «Étude comparative de deux méthodes de sortie du prématuré : méthode kangourou versus méthode traditionnelle». *Revue canadienne de recherche en Sciences infirmières*, vol 25, no 4, 1991, p. 67-80. Publié aussi en anglais sous le titre «Comparison of Kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators», *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, vol. 24, no 6, p. 501-506.

LEGAULT, M., et C. GOULET. «Sortir le prématuré de l'incubateur, de la méthode traditionnelle à la méthode kangourou», *L'infirmière du Québec*, vol. 2, no 2, 1994, p. 34-41.

LERCH, C. *Le nursing en maternité*, 2<sup>e</sup> édition, St-Louis/Toronto, p. 341.

LEVITT, C. «The breastfeeding committee for Canada. Focus on the baby-friendly initiative», *Perinatal Newsletter*, vol. 15, n° 1 (1998), p. 5-7.

LEVITT, C., J. KACZOROWSKI, L. HANVEY, D. AVARD et G. CHANCE. «Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care», *Canadian medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 155, n° 2 (1996), p. 181-188.

LOSCH, M., C.I. DUNGY, D. RUSSELL et L.B. DUSDEIKER. «Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding», *Journal of Pediatrics*, vol. 126, n° 4 (1995), p. 507-514.

McKENNA, J.J. «Co-sleeping», dans CARSKADON, M.A., éd., *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*, Toronto, Maxwell Macmillan, 1993.

McKENNA, J.J. et S.S. MOSKO. «Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (same bed): an experiment in evolutionary medicine», *Acta Paediatr*, suppl., vol. 397 (1994), p. 94-102.

MEEK, J.Y. «Recommendations for supplementation», *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 148-149.

MEIER, P. «Bottle-and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in pre-term infants», *Nursing Research*, vol. 37, n° 1 (1988), p. 36-41.

MEIER, P. et H. MANGURTEN. «Breastfeeding the pre-term infant», dans RIORDAN, J., et K. AUERBACH, éd., *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones and Bartlett, 1993, p. 253-276.

NEILSON, J.P., C.A.CROWTHER, E.D. HODNETT et G. J. HOFMEYR, éd. *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database (Module de la grossesse et de la naissance de la base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance*, sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 2 décembre 1997),

The Cochrane Collection, 1<sup>re</sup> éd., Oxford, logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

OMS/UNICEF. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, réunion sur « L'allaitement dans les années 90; une initiative mondiale » parrainée par l'OMS et l'UNICEF, Florence, Italie, 1990. Publié aussi en anglais sous le titre *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, Breastfeeding in the 1990's: Global Initiative.

OMS/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*, déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, Organisation mondiale de la santé/UNICEF, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special role of Maternity Services*, A Joint WHO/UNICEF Statement.

OMS/UNICEF. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, Assemblée mondiale de la santé, 1981. Publié aussi en anglais sous le titre *International Code of Marketing Breast Milk Substitutes*, World Health Assembly.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH. *Community Support for Early Maternal Newborn Discharge: The Early Discharge Project*, Toronto, Bureau pour la santé des femmes, ministère de la Santé de l'Ontario, 1993.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mieux vivre avec son enfant, de la naissance à deux ans, Guide pratique pour les parents*, chez l'auteur, gouvernement du Québec, 1997, p. 66-69, 96, 98, 102-157, 406, 407.

RIORDAN, J., et K. AUERBACH. *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones and Bartlett, 1993.

SAADEH, R., et B. AKRE. « Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence ». *Birth*, vol. 23, n° 3 (1996), p. 154-160.

SANTÉ CANADA. *Allaitement maternel : bibliographie choisie et recueil de documentation*, édition revue et corrigée, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding: A Selected Bibliography and Resource Guide*.

SANTÉ CANADA. *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Canada's Food Guide to Healthy Eating*.

SANTÉ CANADA. Série d'affiches sur l'allaitement — Breastfeeding Poster Series, Ottawa, Santé Canada, 1994-1996.

SANTÉ CANADA, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. *Soutien à l'allaitement maternel, Partie 1*, Ottawa, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Support: Part 1*.

SANTÉ CANADA. *10 bonnes raisons pour allaiter*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *10 Great Reasons to Breastfeed*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *10 précieux conseils pour allaiter avec succès*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *10 Valuable Tips for Successful Breastfeeding*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Trousse promotionnelle de l'allaitement maternel*, Ottawa, Groupe Communication Canada, 1991. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Advocacy Kit*.

SASKATOON DISTRICT HEALTH BOARD. *Healthy and Home Program: Program Overview and Evaluation Reports*, Saskatoon, chez l'auteur, 1992-1994.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. *Nutrition pour les bébés en santé nés à terme*, Ottawa, ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Nutrition for Healthy Term Infants*, Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada, Health Canada.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme. Un énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, énoncé de la SCP : FN96-02, Ottawa, Canadian Paediatric Society (CPS), 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Facilitating Discharge Home Following a Normal Term Birth. A Joint Statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, CPS statement: FN96-02.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme*, Déclaration de principe n° 56, déclaration de principe conjointe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie, 1996, chez l'auteur. Publié aussi en anglais sous le titre *Early Discharge and Length of Stay for Term Birth*. Policy Statement no. 56, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

SULLIVAN, P « CMA supports breastfeeding, 'condemns' contracts between formula makers, hospitals », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 146, n° 9 (1992), p. 1610-1613.

TOWNSEND, S.F, et G.B. MERENSTEIN. « The history of policy and practice related to hospital perinatal stay », *Clin Perinatol*, vol. 25 (1998), p. 257-270.

UNICEF. *Initiative des Hôpitaux amis des bébés et Manuel du programme*, Genève, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Baby-Friendly Hospital Initiative and Programme Manual*.

VALAITIS, R.K., J.D. SHEESHKA et M. O'BRIEN. « Do consumer infant feeding publications and products available in physicians' offices protect, promote and support breastfeeding? » *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 3 (1997), p. 203-208.

WIESSINGER, D. « Watch your language », *Journal of Human Lactation*, vol. 12, n° 1 (1981), p. 1-4.

## Ressource complémentaire

Ligue La Leche

Case postale 37046, St-Hubert (Québec) J3Y 8N3

Tél. : (450) 926-0005 (Direction) ou (450) 990-8917 (Commandes)

Télécopieur : (450) 926-8420 Courriel : [laleche@cam.org](mailto:laleche@cam.org)

Service d'aide téléphonique : Montréal (514) LaLeche

Québec (418) 653-2349

Sherbrooke (819) 823-7344

## ANNEXE 1

## Les dix conditions pour le succès de l'allaitement

Tous les établissements qui assurent la prestation de soins à la mère et au nouveau-né devraient :

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

Source : OMS/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, 1989.

## ANNEXE 2

## Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Le Code comprend les dix dispositions suivantes :

- 
1. En vertu du Code, la publicité pour les laits artificiels, sucres ou biberons auprès du public est interdite.
  2. Il est interdit de donner des échantillons gratuits aux mères.
  3. Il est interdit de faire la promotion de ces produits dans des établissements de soins de santé, y compris par la distribution gratuite de produits ou par leur vente à prix modiques.
  4. Les représentants de compagnies ne peuvent donner de conseils aux mères.
  5. Il est interdit d'offrir des cadeaux ou des échantillons aux travailleurs de la santé.
  6. Aucun texte ni image idéalisant l'alimentation artificielle, y compris des images de nouveau-nés, ne peut figurer sur l'étiquette de ces produits.
  7. L'information dispensée aux travailleurs de la santé doit être scientifique et documentaire.
  8. Tous les renseignements sur l'alimentation artificielle, y compris ceux qui figurent sur l'étiquette, devraient comprendre des informations sur les bienfaits de l'allaitement et sur les coûts et dangers associés à l'alimentation artificielle.
  9. Des produits inappropriés, comme le lait condensé et sucré, ne devraient pas être conseillés pour l'alimentation des nouveau-nés.
  10. Tous les produits devraient être d'excellente qualité et devraient être conçus en fonction du climat et des conditions de conservation qui prévalent dans le pays où ils seront utilisés.

---

Source : Organisation mondiale de la santé. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et de l'UNICEF*. Genève, Suisse, chez l'auteur, 1981.

## ANNEXE 3

## Directives aux hôpitaux\* pour la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) de l'OMS/UNICEF au Canada

### LE PROCESSUS D'AUTO-ÉVALUATION

La première étape significative vers la désignation «ami des bébés» est de remplir le formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux pour l'IHAB. Ce questionnaire est inclus dans le manuel # 2 de l'IHAB : *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés — exécution au niveau des hôpitaux* (voir annexe A). Les manuels # 1 et 2 de IHAB contiennent l'information nécessaire à l'évaluation des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* ainsi qu'un formulaire permettant aux hôpitaux de passer en revue leurs pratiques. Cette première auto-évaluation permet d'analyser plus facilement quelles pratiques sont favorables ou nuisibles à l'allaitement. En tout temps, l'établissement peut demander de l'information et des éclaircissements à son Comité provincial/territorial pour la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (Comité P/T) ou au Comité canadien pour l'allaitement (CCA)\*\*.

Le développement d'un comité multidisciplinaire peut aider l'hôpital à aborder la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement. Le rôle de ce comité peut consister à :

1. obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'IHAB (voir l'annexe A);
2. informer les administrateurs, les collègues de travail et la clientèle sur l'IHAB;
3. observer les taux d'allaitement à la naissance et la durée moyenne de l'allaitement;
4. évaluer les pratiques des soins et développer un plan d'action avec échéancier concernant les changements nécessaires pour qu'elles atteignent les standards minimaux des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*;

\* Dans le but d'alléger le texte, le terme hôpital s'applique également aux maternités et aux maisons de naissances.

\*\* Le CCA assumera les responsabilités du Comité P/T jusqu'à ce que celui-ci soit mis en place dans la province ou le territoire de l'établissement.

5. travailler en collaboration avec l'établissement et la communauté à l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.

Une fois que cela a été accompli, l'hôpital peut remplir le formulaire d'auto-évaluation.

### LA PRÉ-ÉVALUATION

Lorsque les résultats de l'auto-évaluation sont principalement positifs, l'hôpital peut demander au Comité P/T d'organiser une pré-évaluation. Le but de la pré-évaluation est de maximiser les chances de succès de l'évaluation externe. La pré-évaluation consiste en une évaluation brève mais intensive par un évaluateur IHAB assigné en collaboration avec le CCA. Il est fortement suggéré que cet évaluateur n'ait aucun lien présent ou passé avec l'établissement. La pré-évaluation comprend : des entretiens détaillés avec le personnel, la visite de l'hôpital et l'évaluation de son fonctionnement, l'examen de toute la documentation disponible sur les programmes d'enseignement pour le personnel, l'enseignement prénatal, l'allaitement et les politiques IHAB, etc. La pré-évaluation dure habituellement une journée entière.

### LE PROCESSUS DE LA PRÉ-ÉVALUATION

1. Lorsque l'hôpital se considère prêt pour la pré-évaluation, il peut en faire la demande au Comité P/T.
2. Le Comité P/T envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à la pré-évaluation, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour la pré-évaluation de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada*.
3. Avec la demande de pré-évaluation, le Comité P/T envoie au CCA : le contrat, le formulaire d'auto-évaluation complété ainsi qu'une somme de 100 \$ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité P/T, le CCA choisit un évaluateur pour effectuer la pré-évaluation. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada*.
5. Une fois la pré-évaluation complétée, l'évaluateur soumet un rapport à l'établissement, au Comité P/T et au CCA.
6. Si des lacunes sont identifiées dans le rapport de pré-évaluation, le Comité P/T pourra fournir expertise et conseils à l'établissement sur la façon d'y remédier.

### L'ÉVALUATION EXTERNE

Durant deux à quatre jours, une équipe d'évaluateurs, sous la direction d'un évaluateur en chef, effectuera l'évaluation complète des pratiques et des politiques de l'établissement et rencontrera différentes personnes, tel qu'indiqué dans les *Règles mondiales de l'IHAB*. Les évaluateurs externes ne doivent avoir aucun lien passé ou présent avec l'établissement. Des entrevues aléatoires seront organisées avec le personnel en place et les mères ayant accouché dans l'hôpital. Les pratiques concernant la période du travail, de l'accouchement, du post-partum et celles de la pouponnière pour les soins spéciaux seront examinées.

### LE PROCESSUS DE L'ÉVALUATION EXTERNE

1. Lorsque les résultats de la pré-évaluation sont principalement positifs, l'établissement pourra demander au Comité P/T d'organiser l'évaluation externe.
2. Le Comité P/T envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à l'évaluation externe, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour l'évaluation externe de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada*.
3. Avec la demande d'évaluation externe, le Comité P/T envoie au CCA : le contrat, le matériel exigé par les Règles mondiales de l'IHAB (voir l'annexe B), le rapport de pré-évaluation ainsi qu'une somme de 400 \$ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité P/T, le CCA choisit un évaluateur en chef et une équipe d'évaluateurs pour effectuer l'évaluation externe. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada*.
5. Une fois l'évaluation externe complétée, l'équipe d'évaluateurs rencontre l'établissement pour lui faire part de ses observations. L'évaluateur en chef soumet un rapport complet de l'évaluation externe au Comité P/T et ce dernier l'achemine ensuite au CCA.
6. Après avoir consulté le rapport de l'évaluation externe, le CCA décide, en collaboration avec le Comité P/T, si l'établissement recevra la désignation « ami des bébés ». Le Comité P/T avise l'établissement des résultats de l'évaluation et lui envoie une copie du rapport de l'évaluation externe. Un certificat est remis à l'établissement et son nom est ajouté à la liste des hôpitaux amis des bébés du Canada.

7. À tous les deux ans suivant la désignation « ami des bébés », l'établissement devra fournir un rapport au Comité P/T, ceci dans le but de s'assurer que les *Règles mondiales de l'IHAB* sont toujours appliquées. Le format du rapport sera déterminé par le Comité P/T.
8. À tous les cinq ans suivant la désignation « ami des bébés » l'établissement devra se soumettre à une ré-évaluation pour conserver son statut. L'établissement signera un nouveau contrat et assumera les coûts supplémentaires qui y sont reliés.
9. Lorsqu'un hôpital n'a pas obtenu la désignation « ami des bébés », il peut soumettre, en dedans de 90 jours après réception du rapport de l'évaluation externe, un plan d'action avec échéancier visant à atteindre les critères des *Règles mondiales de l'IHAB* au Comité P/T.
10. Sur réception du plan d'action et son échéancier, le Comité P/T remettra un *Certificat d'engagement* à l'établissement.
11. Si l'hôpital n'obtient pas la statut « ami des bébés », le Comité P/T lui fournira expertise et conseils pour combler les lacunes identifiées et ce, pendant un maximum de quatre ans suivant la date du contrat original.

#### ANNEXE A

Ressources disponibles aux organismes et adresses suivants :

1. *BFHI Manuals 1 and 2* (Le manuel #2 est disponible en français sous le titre de : *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés — exécution au niveau des hôpitaux.*)
2. *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.*  
Source : UNICEF Canada  
433 Mount Pleasant Road, Toronto, Ontario M4S 2L8  
Tél. : (416) 482-4444 Télécopieur : (416) 482-8035  
courriel : secretary@unicef.ca
3. *Protecting Infant Health: A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes.* 8th Edition.  
Source : INFACT Canada  
6 Trinity Square, Toronto, Ontario M5G 1B1  
Tél. : (416) 595-9819 Télécopieur : (416) 595-9355  
courriel : infact@ftn.net

**ANNEXE B**

Les documents suivants, exigés par les *Règles mondiales de l'IHAB*, doivent accompagner le contrat de l'évaluation externe signé :

1. La politique d'allaitement couvrant les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* telles que définies dans l'Initiative des hôpitaux amis des bébés et la date de sa mise en place.
2. Le programme de formation sur la conduite pratique de l'allaitement offert à tous les membres du personnel qui travaillent auprès des mères, des bébés et des enfants (incluant une description de comment l'enseignement a été réalisé et l'horaire de formation des nouveaux employés).
3. Le plan de l'enseignement prénatal sur l'allaitement pour les femmes enceintes.
4. Tous les documents et tout le matériel éducatif sur l'allaitement distribués aux femmes enceintes ou aux nouvelles mères.

Comité canadien pour l'allaitement (CCA)

Case postale 65114, Toronto (Ontario) M4K 3Z2

Télécopieur : (416) 465-8265

Courriel : [bfc@istar.ca](mailto:bfc@istar.ca)

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

## ANNEXE 4

## Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés

- 
- Condition 1 L'UNICEF donne à tous les hôpitaux de la collectivité qui offrent des services périnataux la désignation « ami des bébés ».
- 
- Condition 2 Tous les centres de santé travaillent à la promotion, à la protection et au soutien de l'allaitement.
- 
- Condition 3 Les établissements de la santé unissent leurs efforts pour rendre l'aide à l'allaitement plus accessible.
- 
- Condition 4 L'ensemble de la collectivité est informée des bienfaits de l'allaitement et des risques des substituts du lait maternel.
- 
- Condition 5 On aborde dans la collectivité la question des attitudes favorisant l'alimentation au biberon en tant que norme et on y distribue de l'information pour faire changer ces attitudes.
- 
- Condition 6 Les collectivités reconnaissent qu'il est important de soutenir la relation mère-enfant.
- 
- Condition 7 On donne de l'information et de la formation sur l'allaitement, que l'on présente comme le mode d'alimentation naturel et normal du nourrisson.
- 
- Condition 8 Tous les endroits publics et privés, y compris les parcs, les centres de loisirs, les restaurants et les magasins, sont d'accord pour s'ajuster aux besoins des mères et des bébés.
- 
- Condition 9 Les milieux de travail encouragent l'allaitement au moyen de congés de maternité prolongés ou de l'aménagement d'un local que la mère pourra utiliser pour y extraire son lait et continuer à allaiter son bébé.
- 
- Condition 10 On offre du soutien aux mères dont l'expérience de l'allaitement n'évolue pas comme elles l'auraient souhaité pour les aider à examiner la situation et à trouver les meilleures solutions de rechange.
- 

Traduction et adaptation de Jones F, et M. Green. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed Through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, BC Baby-Friendly Initiative, 1996.

## ANNEXE 5

## Ressources sur la nutrition des nourrissons : guide d'évaluation

### Le document fait-il véritablement la promotion de l'allaitement?

Titre : .....

Étudiez soigneusement le document et remplissez l'évaluation pour déterminer s'il met l'allaitement en valeur. Certains énoncés peuvent porter à confusion ou créer une impression négative. Quelques exemples de ce type d'énoncés figurent ci-dessous.

Prenez connaissance du document et cochez les cases  ci-dessous. Étudiez votre document pour y trouver d'autres exemples et inscrivez-les dans l'espace prévu.

	Oui	Non	S/O
1. Le document laisse-t-il entendre qu'il est difficile pour la mère d'allaiter? Exemple : « Vous pouvez choisir soit de cohabiter avec votre bébé soit de vous reposer autant que possible avant de rentrer à la maison ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			
2. Le document laisse-t-il entendre que l'allaitement peut nuire d'une quelconque façon au bébé? Exemple : « Certaines mères craignent de blesser leur bébé si elles s'endorment en allaitant au lit ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			
3. Le document utilise-t-il des images pouvant induire en erreur? Exemple : une des photos montre un enfant mal placé pour prendre le sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			
4. Le document soulève-t-il des inquiétudes au sujet de l'allaitement? Exemple : « Il n'y a pas de raison qu'une mère s'abstienne d'allaiter son bébé pendant ses menstruations. »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			
5. Le document crée-t-il une certaine ambivalence par rapport à l'allaitement? Exemple : « Allaiter en public n'est plus considéré de mauvais goût ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			
6. Le document donne-t-il à penser que l'allaitement est compliqué? Exemple : le document utilise des mots techniques ou donne de longues explications.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre exemple : .....			

	Oui	Non	S/O
7. Le document laisse-t-il croire que l'alimentation au biberon est plus courante pour les nouveau-nés que l'allaitement? Exemple : «L'alimentation conventionnelle au biberon» est le titre d'une section. Votre exemple : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le document donne-t-il des raisons pour justifier l'arrêt de l'allaitement? Exemple : «Il peut être dangereux de prendre certains médicaments pendant que vous allaitez». Votre exemple : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	.....	.....	.....
<i>Si le document met véritablement l'allaitement en valeur, il ne peut y avoir plus qu'un OUI en guise de réponse.</i>			
Le document fait-il vraiment la promotion de l'allaitement? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Le document est-il conforme à l'Article 4 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de l'OMS?</b>			
1. Le document appuie-t-il toujours l'allaitement, c'est-à-dire qu'il ne contient pas de message contradictoire, tel que «l'allaitement constitue la meilleure approche, mais il est aussi acceptable de nourrir le bébé au biberon»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le document fait-il ressortir les bienfaits de l'allaitement et la supériorité du lait maternel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le document donne-t-il des instructions exactes sur la façon de donner le sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le document mentionne-t-il les effets nuisibles de l'introduction occasionnelle du biberon sur l'allaitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le document donne-t-il des techniques pour extraire le lait maternel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si le document présente des renseignements sur les préparations lactées pour nourrissons, traite-t-il également des coûts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le document explique-t-il comment la mère peut continuer l'allaitement même si elle retourne au travail ou aux études?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le document exclut-il toute marque de commerce de préparations pour nourrissons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le document exclut-il toute image de préparations lactées pour nourrissons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le document exclut-il tout coupon, tout échantillon gratuit et toute autre technique de marketing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	.....	.....	.....
<i>Degré de conformité au Code de l'OMS : un maximum de 2 «non» dans les réponses cotées</i>			
Le document est-il conforme au Code de l'OMS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Source : Ce guide a été adapté, avec permission, du guide élaboré par le Comité directeur de la promotion de l'allaitement maternel du Manitoba, Winnipeg (Manitoba). Le guide original a été adapté de : AUERBACH, K. J. «Beyond the issue of accuracy: Evaluating patient education materials for breastfeeding mothers», *Journal of Human Lactation*, vol. 41, n° 3 (1988), p. 105-110.

## ANNEXE 6

## Directives pour la collecte de données sur l'allaitement

Les mères se demandent souvent si elles ont assez de lait et s'il est de bonne qualité, car cela les inquiète. Le comportement général du bébé ainsi que son gain de poids sont des indicateurs utiles des problèmes perçus, potentiels ou réels. La collecte de données sur l'allaitement devrait comprendre les renseignements suivants :

- l'âge du bébé
- le poids à la naissance et le poids actuel (Un gain de 0,5 à 1 kg [1 à 2 lb] par mois est acceptable; le bébé reprend son poids initial en deux ou trois semaines.)
- la fréquence des tétées
- des notes sur le rejet ou non de lait par le bébé
- des notes sur le fait que le bébé se nourrit ou non aux deux seins
- la durée de chaque tétée
- le nombre de selles par jour et leur consistance
- le nombre de couches mouillées, la couleur et la quantité de l'urine, et la fréquence de la miction
- usage ou non de suppléments sous forme de préparations lactées, et fréquence
- prise de médicaments par la mère
- consommation de café, d'alcool par la mère
- consommation de tabac par la mère
- notes sur les questions suivantes : le bébé est-il éveillé; est-il actif pour son âge; son teint a-t-il une bonne coloration ?
- les habitudes du bébé durant les tétées :
  - Il se blottit et tète avec avidité ?
  - Il prend son temps ?
  - Il goûte, déglutit et goûte de nouveau ?
  - Il pleure durant la tétée ?
- la santé de la mère
  - Elle est inquiète/déprimée ?
  - Elle est très fatiguée ?

- Elle a une mauvaise alimentation/un apport insuffisant de liquides ?
- Elle a des antécédents d'hémorragie postnatale grave ?
- la famille offre du soutien/n'en offre pas

S'il y a un problème, il faut toujours essayer de connaître l'opinion de la mère et lui demander pourquoi elle pense que cela s'est produit. L'âge du bébé est également un indice clé pour l'intervention. En général, il est utile d'observer le bébé et la mère durant l'allaitement.

---

Adaptation des *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et des intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1996, p. 149.

## ANNEXE 7

**L'allaitement pendant les premières semaines****Votre bébé se porte bien si :**

- ses selles sont molles ou non formées
  - une ou deux grosses selles ou plusieurs petites selles durant les deux ou trois premiers jours
  - après les deux ou trois premiers jours, deux grosses selles ou plus en 24 heures
- son urine est pâle, claire et presque inodore
  - dans les trois premiers jours, il mouille une ou deux couches par jour (la présence occasionnelle de taches rouge brique est normale)
  - il mouille six couches de coton par jour, à mesure que la quantité de lait augmente (habituellement vers le quatrième ou le cinquième jour)  
Nota : Il est plus facile de voir l'urine dans des couches de coton. Vous pouvez placer un papier mouchoir dans une couche jetable si vous n'êtes pas certaine.
- il se nourrit bien, au moins de 8 à 12 fois en 24 heures
  - écoutez pour l'entendre avaler lorsqu'il tète
- il a repris son poids initial après environ deux semaines

**Il faut demander de l'aide** si un des signes ci-haut est absent ou en présence des signes ci-après :

- votre bébé s'endort toujours, et vous avez de la difficulté à le réveiller pour le nourrir
- vos mamelons font mal, et la douleur ne s'en va pas
- vous avez de la fièvre, des frissons, vous vous sentez grippée, ou il y a une chaleur/rougeur/douleur dans une partie de votre sein.

Si vous remarquez ces signes : allaitez fréquemment, appliquez des serviettes mouillées chaudes sur vos seins et prenez beaucoup de repos. Téléphonez à votre médecin ou à votre sage-femme si vous n'allez pas mieux de 6 à 8 heures après avoir remarqué ces signes.

*L'allaitement est la meilleure façon de nourrir votre bébé. C'est aussi la plus naturelle. Vous aurez assez de lait pour le satisfaire. Pour bien réussir l'allaitement, le bébé doit commencer à téter tôt après la naissance, il doit téter souvent et bien prendre le sein.*

**Pour obtenir de l'aide, vous pouvez appeler :**

Infirmière de la santé publique/du CLSC .....

Hôpital/Hôpital pour enfants .....

Ligue La Leche .....

Service d'écoute téléphonique .....

Consultantes en lactation/conseillères en allaitement .....

Votre sage-femme ou votre médecin .....

Clinique de soutien à l'allaitement ou de consultation

sans rendez-vous .....

---

Adaptation, avec la permission du Comité de promotion de l'allaitement maternel d'Ottawa-Carleton, 1999.

## ANNEXE 8

## Extraction et conservation du lait maternel

L'extraction et la conservation du lait maternel permettent à votre bébé d'être nourri au lait maternel même quand vous êtes séparée de lui. Si vous extrayez votre lait, il est préférable d'attendre que l'allaitement progresse bien (après 4 à 6 semaines) avant de donner un biberon à votre enfant\*. Bien des mères estiment que le meilleur moment d'extraire le lait est le matin, après une tétée ou lorsque les seins semblent le plus gonflés.

Certaines mères préfèrent emmener le bébé avec elles lorsqu'elles sortent; elles n'ont alors pas besoin d'extraire leur lait.

### Utiliser un récipient propre

- Bien se laver les mains.
- Utiliser un récipient en verre (p. ex., petits bocaux pour les conserves ou biberons) ou en plastique dur ou des sacs conçus pour congeler le lait maternel (ne pas utiliser des sacs jetables).
- Nettoyer les bocaux, les bouteilles et les couvercles à l'eau chaude et savonneuse à l'aide d'une brosse.
- Rincer à l'eau chaude du robinet et laisser sécher à l'air.

*ou*

- Utiliser le cycle hygiénique du lave-vaisselle.

*Il faut stériliser les récipients utilisés pour les bébés prématurés ou hospitalisés.*

Pour ce faire, il faut :

- Remplir une grande casserole d'eau de façon à recouvrir les récipients qui ont été lavés.
- Amener au point d'ébullition et laisser bouillir cinq minutes.

### Extraire le lait maternel

- Inscire la date sur le récipient avant d'extraire le lait.
- Se laver les mains à l'eau savonneuse.
- S'asseoir bien confortablement et garder quelque chose à boire à portée de la main.

---

\* Toutefois, le fait d'offrir à votre bébé (et cela peu importe son âge) des biberons de lait maternel ou des préparations peut se répercuter sur votre production de lait de même que sur l'intérêt de votre enfant pour la tétée.

- Stimuler l'écoulement du lait (réflexe d'éjection du lait) :
  - appliquer de la chaleur humide sur les seins (p. ex., débarbouillette chaude ou douche à l'eau chaude);
  - soutenir le sein d'une main et utiliser l'autre main pour masser en petits cercles ou sur la longueur du sein, de la paroi thoracique jusqu'au mamelon.
- Extraire le lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.

#### **EXTRACTION MANUELLE DU LAIT**

- Se laver les mains.
- Extraire le lait dans un récipient propre.
- Tenir le sein d'une main et placer le pouce sur le dessus du sein et les doigts à au moins un pouce de la base du mamelon.
- Soutenir le sein par en-dessous.
- Pousser vers la cage thoracique, resserrer doucement le pouce et les doigts de façon rythmique.
- Déplacer le pouce et les doigts autour de l'aréole pour vider tous les canaux galactophores. Il faut parfois attendre quelques minutes avant que le lait ne se mette à couler.
- Extraire le lait de chaque sein pendant environ cinq minutes, puis recommencer.
- Au début, la quantité de lait extraite peut être minime, mais elle augmentera avec le temps et la pratique.

#### **EXTRACTION AVEC UN TIRE-LAIT**

On peut louer ou acheter plusieurs sortes de tire-lait; il suffit de communiquer avec des conseillères en allaitement, des hôpitaux, des distributeurs de fournitures médicales, des pharmacies et certains magasins pour enfants. *Les conseillères en allaitement donnent des instructions et de l'aide pour les tire-lait qu'elles fournissent.* Le service de santé, le CLSC, une conseillère en allaitement, la Ligue La Leche, une infirmière ou une sage-femme peuvent donner des renseignements quant au meilleur tire-lait.

#### **Tire-lait**

##### *Gros tire-lait électriques*

- ils sont recommandés lorsque le bébé est temporairement incapable de s'alimenter (p. ex., un bébé prématuré ou malade) ou lorsque le bébé ne tète pas efficacement;

- l'usage d'un tire-lait double permet de gagner du temps (p. ex., 10 à 15 minutes pour un tire-lait double, 20 à 30 minutes pour un tire-lait simple);
- on les loue habituellement; les coûts comprennent l'achat de la trousse, la location et le dépôt;
- certaines polices d'assurance couvrent les frais.

#### *Petits tire-lait électriques et à piles*

- ils peuvent être pratiques pour un usage occasionnel et de courte durée;
- ils sont portatifs, mais toutefois plus bruyants et plus chers que les tire-lait manuels;
- des piles peuvent être nécessaires;
- ils peuvent faire mal; comme certains ne fonctionnent pas aussi bien que d'autres, il faut vérifier auprès de l'intervenant de la santé avant d'en acheter un.

#### *Tire-lait manuels*

- ils sont utiles pour un usage occasionnel et de courte durée;
- ils sont faciles à utiliser et à nettoyer;
- ils sont portatifs et coûtent moins cher que les autres tire-lait;
- certaines marques ont un dispositif pour ajuster la pression d'aspiration.

Il faut suivre les instructions du fabricant pour s'assurer *d'utiliser et de nettoyer le tire-lait efficacement et sans danger*. Il ne faut pas dépasser les niveaux de pompage recommandés. *Après chaque utilisation*, il faut laver à l'eau chaude et savonneuse les pièces du tire-lait qui ont été en contact avec le lait maternel, puis les rincer et les laisser sécher à l'air.

Ces pièces doivent également être stérilisées une fois par jour. Laisser bouillir pendant cinq minutes dans suffisamment d'eau pour recouvrir toutes les pièces.

#### **Ne pas utiliser les tire-lait munis d'une poire en caoutchouc :**

- le lait peut couler dans la poire, qui est très difficile à nettoyer;
- ce genre de tire-lait est inconfortable et peut endommager les mamelons.

**CONSERVATION DU LAIT MATERNEL****Pour un bébé prématuré ou hospitalisé :**

- Utiliser un récipient stérile neuf.
- Réfrigérer le lait au plus tard une heure après l'avoir extrait.
- Utiliser ou congeler le lait dans les **48 heures**.

*Au réfrigérateur*

- 48 h : bébé prématuré ou hospitalisé
- jusqu'à 3 jours : un bébé en santé

*Au congélateur au-dessus ou sur le côté du réfrigérateur*

- de deux à trois mois

*Lait surgelé à -18°C (0 °F)*

- six mois

**Pour un bébé en santé :**

- Utiliser un récipient propre.
- Réfrigérer le lait extrait.
- Utiliser le lait frais dans les **3 jours** ou le congeler.
- Le lait maternel refroidi peut être ajouté à un récipient partiellement rempli de lait congelé.

- Ne pas remplir les contenants jusqu'au bord pour les congeler. Le lait prend de l'expansion en gelant et il peut faire fendre le contenant trop plein.
- Placer le lait sur une tablette à l'arrière du réfrigérateur ou du congélateur où il sera le plus au froid. Il ne faut pas le mettre dans la porte, car cet endroit n'est pas assez froid.
- Mettre le lait sur une tablette ou dans une boîte s'il s'agit d'un congélateur à dégivrage automatique. Le bas se réchauffe pour faciliter l'action du cycle de dégivrage.
- Le lait surgelé peut être dégelé au réfrigérateur et utilisé dans les 24 heures. Lorsqu'on le réchauffe pour un biberon, il faut l'utiliser dans l'heure qui suit; sinon il faut le jeter.
- Les matières grasses se séparent du lait. Bien mélanger le lait avant usage.
- L'odeur et le goût du lait décongelé peuvent être différents de ceux du lait frais, mais il est quand même bon.

Il est possible que d'autres sources recommandent des périodes de conservation plus longues. Les présentes directives sont prudentes et sont sujettes à changement selon les nouvelles données de recherche.

#### **RÉCHAUFFER ET SERVIR LE LAIT MATERNEL**

- Si le lait a été réfrigéré, placer le récipient sous l'eau chaude courante durant quelques minutes jusqu'à ce que le lait qu'on laisse couler sur le poignet soit tiède, c'est-à-dire à la température de la pièce.
- Si le lait a été congelé, placer le récipient de lait glacé dans l'eau chaude pendant cinq minutes. Agiter pour bien mélanger les matières grasses du lait.
- **Mise en garde : Ne jamais réchauffer le lait au four micro-ondes. Le lait ne chauffe pas également, et les parties plus chaudes du lait risquent de brûler le bébé.**

**Pour de plus amples renseignements, appeler : .....**

---

Adaptation, avec la permission du Comité de promotion de l'allaitement maternel d'Ottawa-Carleton, 1997.

## ANNEXE 9

## Les dix conditions pour la création d'un milieu de travail ami des mères

1. Prendre des mesures pour renseigner les employées sur les politiques actuellement en vigueur au Canada relatives aux congés parentaux et de maternité.
2. Offrir un horaire de travail variable aux mères nourrices, tel un horaire à temps partiel, des pauses plus longues ou un partage de poste.
3. Rassurer les mères quant à leur pleine sécurité d'emploi et protéger ce droit.
4. Appuyer les services de garde à prix abordable en milieu de travail ou à proximité, et fournir le transport aux mères qui souhaitent aller voir leur bébé.
5. Offrir des pauses quotidiennes pour permettre à la mère d'allaiter son bébé ou d'extraire son lait.
6. Fournir un espace confortable et privé où la mère peut donner le sein ou extraire et conserver son lait.
7. Encourager les collègues et les gestionnaires à adopter une attitude positive à l'égard des mères nourrices.
8. Garder le milieu de travail propre et veiller à la sécurité en éliminant tout déchet et produit chimique dangereux.
9. Informer les employées et le syndicat de la politique sur les congés de maternité et des autres droits.
10. Encourager la création d'un réseau de soutien de femmes dans les syndicats ou les groupes de travailleurs pour aider la mère à concilier le travail et l'allaitement.

Adaptation de JONES F, et M. GREEN. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, The BC Baby-Friendly Initiative, 1996.