

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

JUILLET 2018

# Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

Troisième édition



## **Avis de non-responsabilité**

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières et infirmiers ni pour les organisations qui les emploient. La mise en pratique de ces lignes directrices doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux contextes locaux particuliers. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## **Droits d'auteur**

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants 3<sup>e</sup> édition. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2018).

## **Financement**

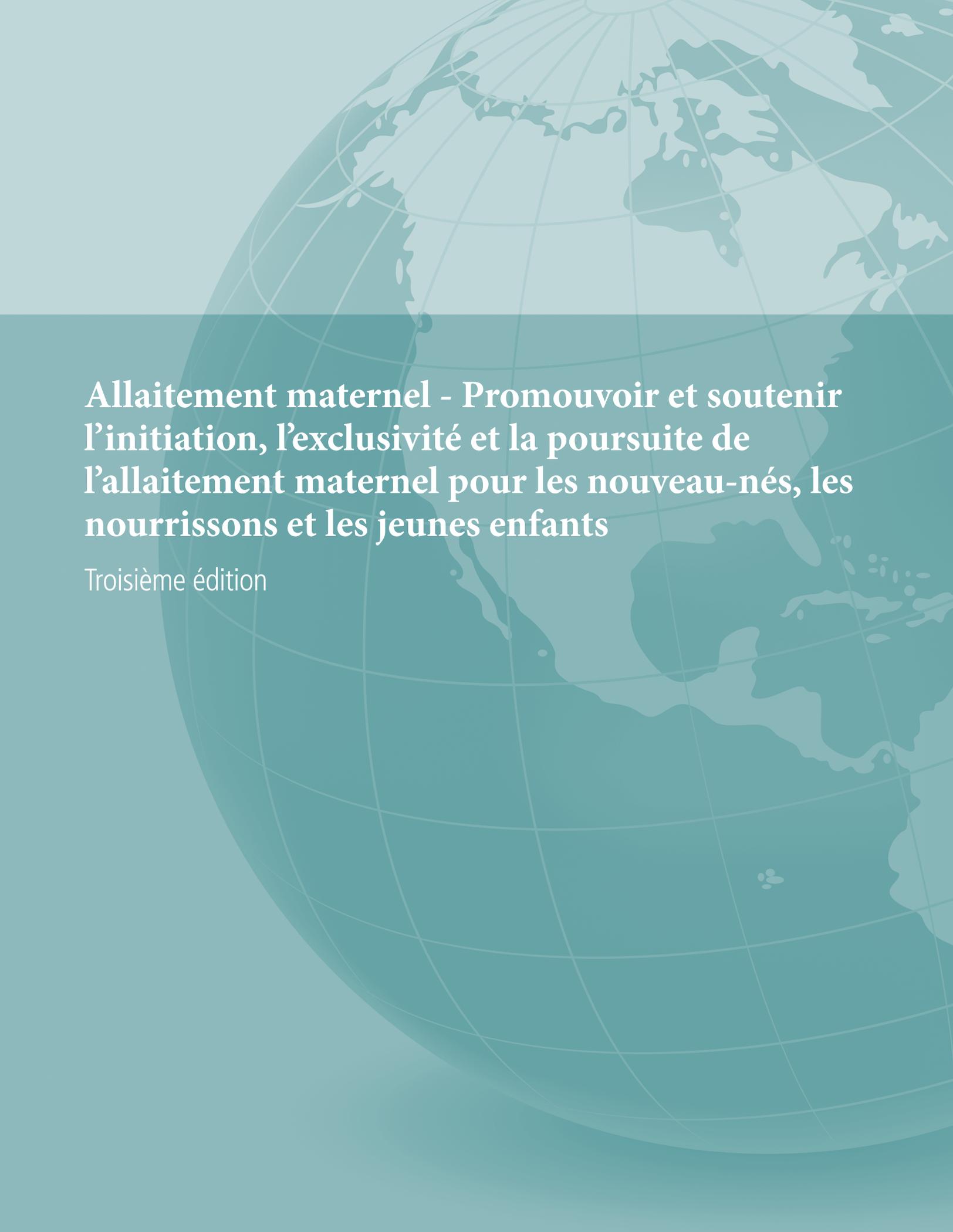
Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les travaux produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement du point de vue de la rédaction.

## **Coordonnées du contact**

**Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario**

158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Site Web : [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)



**Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir  
l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de  
l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les  
nourrissons et les jeunes enfants**

Troisième édition

## Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) est heureuse de présenter la troisième édition de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques intitulée *Allaitement maternel – Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières et infirmiers s'engagent à vous offrir chaque jour.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant avec le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je tiens à remercier les coprésidentes, la D<sup>re</sup> Cindy-Lee Dennis (professeure en soins infirmiers et en médecine, Université de Toronto) et la D<sup>re</sup> Sonia Semenic (professeure associée, Université McGill), pour leur expertise inestimable et leur gestion de ces lignes directrices. Je tiens aussi à remercier le personnel de l'AIIAO, Katherine Wallace (responsable de l'élaboration des lignes directrices), Glynis Gittens (coordinatrice de projet), Zainab Lulat (assistante de recherche principale en soins infirmiers), Giulia Zucal (assistante de recherche en soins infirmiers), D<sup>re</sup> Lucia Costantini, (directrice associée de l'élaboration des lignes directrices, de la recherche et de l'évaluation), ainsi que toute l'équipe de recherche et de développement du projet d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, pour toute l'énergie dont elles ont fait preuve au cours de la réalisation de ce projet. Je tiens aussi à remercier particulièrement les membres du groupe d'experts pour avoir offert très généreusement leur temps et leur expertise afin d'assurer une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Nous n'aurions pu le faire sans vous!

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques et des chercheurs. Avec un dévouement continu et sa passion pour l'excellence dans les soins des patients, la communauté des soins infirmiers et des soins de santé a consacré ses compétences et d'innombrables heures de bénévolat à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices, et en évaluant leur impact sur les patientes et les organismes. Les gouvernements du pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à faire connaître ces lignes directrices à vos collègues d'autres domaines ainsi qu'aux conseillers aux patientes, nos partenaires au sein d'autres organismes, parce que nous avons tant de choses à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants de cet important effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

# Table des matières

Abréviations utilisées dans ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires . . . . .	5	CONTEXTE
Comment utiliser ce document . . . . .	8	
Objectif et champ d'application . . . . .	9	
Interprétation des données probantes . . . . .	16	
Résumé des données probantes . . . . .	17	
Résumé des recommandations . . . . .	18	
Équipe de recherche et de développement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	21	
Le comité d'experts de l'AIIAO . . . . .	22	
Reconnaissance des intervenants . . . . .	24	
Contexte . . . . .	29	
Recommandations relatives à la pratique . . . . .	33	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation . . . . .	88	
Recommandations relatives aux politiques des organisations et des systèmes . . . . .	91	
Lacunes de la recherche et conséquences futures . . . . .	102	
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	104	
Évaluation des lignes directrices . . . . .	106	
Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires . . . . .	110	
Références . . . . .	111	RÉFÉRENCES

ANNEXES	Annexe A : Glossaire . . . . .	126
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice . . . . .	135
	Annexe C : Processus de l'examen méthodique et de la stratégie de recherche . . . . .	136
	Annexe D : Stratégies pour soutenir des populations qui allaitent ou des situations particulières . . . . .	143
	Annexe E : Stratégies pour soutenir des populations déterminées qui allaitent ou aider dans des situations précises : nourrissons ou jeunes enfants . . . . .	174
	Annexe F : Facteurs de risque du retard de la lactogénèse au stade II . . . . .	186
	Annexe G : Importance de l'allaitement maternel pour les résultats sanitaires à court et à long terme et risques associés au non-allaitement . . . . .	187
	Annexe H : Indications cliniques pour l'utilisation de préparations pour nourrissons ou autres produits préparés à l'intention des nourrissons et de produits alimentaires à l'intention des jeunes enfants . . . . .	190
	Annexe I : Stratégies visant à promouvoir et à soutenir l'allaitement maternel exclusif et continu en tant que norme culturelle . . . . .	192
	Annexe J : Ressources générales pour l'allaitement maternel . . . . .	196
	Annexe K : Description de la trousse . . . . .	198
REMARQUES	Notes . . . . .	199

Tableau 1 : Abréviations utilisées dans ce document

ABRÉVIATION	TERME
AFADS	<p><b>A</b> = acceptable</p> <p><b>F</b> = faisable</p> <p><b>A</b> = abordable</p> <p><b>D</b> = durable</p> <p><b>S</b> = sûr</p>
AGREE II :	Nouvelle version de la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique
AMSTAR	Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques
Apgar	<p><b>A</b> = apparence</p> <p><b>P</b> = pouls</p> <p><b>G</b> = grimace</p> <p><b>A</b> = activité</p> <p><b>R</b> = respiration</p>
ASL	Langue ASL
CCA	Comité canadien pour l'allaitement
IAB	Initiative Ami des bébés
IMC	indice de masse corporelle
BORN	Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (Ontario)
LDPE	Lignes directrices sur les pratiques exemplaires
OVPE®	Organismes vedettes en pratiques exemplaires®
BSE	Auto-efficacité en matière d'allaitement maternel
BSES	Échelle d'auto-efficacité en matière d'allaitement maternel
BSES-SF	Échelle d'auto-efficacité en matière d'allaitement maternel – Version abrégée

ABRÉVIATION	TERME
BTAT	Outil d'évaluation de la langue de Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool, BTAT)
CASP	Programme de développement des compétences en évaluation critique (Critical Appraisal Skills Program)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
LME	Lait maternel exprimé
FDA	Food and Drug Administration
HATLFF	Outil d'évaluation de la fonction du frein lingual par Hazelbaker (Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function)
DG	Diabète gestationnel
HSV	Virus de l'herpès simplex (Herpès simplex virus)
IBCLC®	Consultantes en lactation diplômées de l'IBCLC®
IBLCE®	International Board of Lactation Consultant Examiners® (Conseil international d'évaluation des consultantes en lactation)
ILCA®	Association internationale des consultantes en lactation (International Lactation Consultant Association®)
IMS	Production insuffisante de lait maternel (insufficient milk supply)
LATCH	<p><b>L</b> = la qualité de la prise du sein du bébé</p> <p><b>A</b> = nombre de déglutitions audibles</p> <p><b>T</b> = type de mamelon</p> <p><b>C</b> = niveau de confort lors de l'allaitement</p> <p><b>H</b> = aide nécessaire à la mère pour placer le nourrisson au sein</p>
CL	Consultante en lactation
LEAARC	Comité d'examen de l'accréditation et de l'approbation de la formation en lactation
LGBTQ	Lesbienne, gai, bisexuel, trans et queer

ABRÉVIATION	TERME
LGBTQ+	Lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou questionnement et autres
CA	Congé autorisé
USIN	Unité de soins intensifs néonataux
NQuIRE <sup>MD</sup>	Indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation)
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
SMSN	Syndrome de la mort subite du nourrisson
SUPC	Malaise soudain et inattendu du nourrisson (sudden unexpected postnatal collapse)
THC	Tétrahydrocannabinol
T2DM	Diabète de type 2
R.-U.	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
É.-U.	États-Unis d'Amérique
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé

## Comment utiliser ce document

La présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)<sup>G\*</sup> en soins infirmiers est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil destiné à guider la mise en œuvre des pratiques exemplaires et à améliorer la prise de décision pour le personnel infirmier<sup>G</sup>, les membres de l'équipe interprofessionnelle<sup>G</sup> ainsi que les pairs<sup>G</sup> qui interviennent auprès des personnes qui allaitent<sup>G</sup> et leur famille<sup>G</sup>, afin de promouvoir et de soutenir l'initiation<sup>G</sup>, l'exclusivité<sup>G</sup> et la poursuite<sup>G</sup> de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés<sup>G</sup>, les nourrissons<sup>G</sup> et les jeunes enfants<sup>G</sup>. Les LDPE doivent être révisées et appliquées selon les besoins des organismes individuels ou des milieux de pratique, ainsi que les besoins et préférences des personnes et de leur famille, qui font appel au système de santé pour obtenir des soins et des services. En outre, les LDPE offrent un aperçu des structures et des mesures de soutien appropriées permettant de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.

Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les administrateurs qui orientent et facilitent les changements en matière de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour l'élaboration des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs, des processus d'évaluation, des interventions et des outils de documentation. Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles ainsi que les pairs qui assurent une prestation de soins directs tireront profit de l'examen des recommandations et des données probantes qui les appuient. Nous encourageons les milieux de pratique à adapter les LDPE dans des formats permettant leur utilisation au quotidien.

Si votre organisme adopte ces LDPE, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Effectuer l'évaluation de vos politiques, vos procédures, vos protocoles ainsi que les programmes éducatifs en tenant compte des recommandations de ces lignes directrices.
2. Repérer les lacunes ou les besoins existants dans vos politiques, vos procédures, vos protocoles et dans vos programmes éducatifs.
3. Noter les recommandations qui sont applicables à votre milieu et qui peuvent être utilisées pour répondre aux besoins et combler les lacunes dans votre organisme.
4. Élaborer un plan pour mettre en œuvre les recommandations qui soutiennent les pratiques exemplaires et pour évaluer les résultats.

Ressources pour la mise en œuvre des données scientifiques<sup>G</sup>, notamment la *boîte à outils* de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) : *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012), qui est disponible à [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca). Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées à partir du site Web de l'AIIAO à [RNAO.ca/bpg](http://RNAO.ca/bpg). Pour trouver une LDPE en particulier, faites une recherche par mot clé ou par thème.

Nous aimerions savoir comment vous avez mis en œuvre cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire part de votre histoire.

\* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (<sup>G</sup>) sont définis dans le Glossaire (**Annexe A**).

Des abréviations sont utilisées tout au long de ce document et sont présentées dans le **tableau 1**.

## Objectif et champ d'application

Les LDPE de l'AIIAO sont élaborées de manière systématique. Il s'agit de documents fondés sur des données probantes, qui comprennent des recommandations à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des pairs, des éducateurs, des dirigeants et des décideurs politiques, ainsi que des particuliers et leur famille, sur des sujets concernant les applications cliniques et l'aménagement de milieux de travail sains. Ce document est destiné à remplacer le document des LDPE de l'AIIAO intitulé *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières* (1) et son supplément (2). Le présent document est destiné au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs, qui doivent intervenir tout au long de la période périnatale<sup>G</sup> pour améliorer la qualité de leur pratique afin de favoriser (a) l'initiation de l'allaitement, (b) l'exclusivité pour les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à l'âge de six mois, et (c) la poursuite pour les nourrissons et les jeunes enfants jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, en plus de l'apport de compléments alimentaires. Pour les besoins de lignes directrices, les pairs sont définis comme des personnes qui travaillent indépendamment ou en collaboration avec le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles pour favoriser le succès de la pratique de l'allaitement maternel.

En juin 2016, l'AIIAO a réuni un groupe d'experts composé de personnes issues de divers établissements de santé et ayant une expertise dans l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel. L'AIIAO a réuni un groupe interprofessionnel qui comprenait, notamment : (a) du personnel infirmier; (b) des membres d'équipes interprofessionnelles qui occupent des postes cliniques, administratifs et universitaires; (c) des défenseurs de la cause, qui, en tant que pairs sympathisants, ont vécu une expérience d'allaitement. Les experts ont l'expérience du travail auprès des personnes qui allaitent et de leur famille dans différents types d'établissements de soins de santé (par exemple, les soins aigus, le secteur communautaire, le secteur public et les soins de première ligne) et les organismes (par exemple, les associations et établissements d'enseignement).

Pour déterminer l'objectif et la portée des LDPE, voici ce qu'a fait l'équipe de recherche et de développement de l'AIIAO chargée de l'élaboration des lignes directrices :

- Elle a examiné le document des LDPE de l'AIIAO intitulé *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières* (1) et son supplément (2);
- Elle a entrepris une revue<sup>G</sup> de la littérature afin d'obtenir des données probantes à propos de l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel;
- Elle a passé en revue les lignes directrices existantes et effectué une analyse des lacunes cernées.

Ces actions lui ont permis d'élaborer les LDPE dans le but de renforcer la capacité des infirmières, de l'équipe interprofessionnelle, des pairs, des décideurs et des employeurs à répondre aux besoins (a) des personnes qui allaitent; (b) des nouveau-nés, des nourrissons et des jeunes enfants en bonne santé et nés à terme; et (c) des partenaires des personnes qui allaitent<sup>G</sup>, leur famille<sup>G</sup> et leur réseau de soutien<sup>G</sup>.

Ces lignes directrices proposent avant toute chose une vision inclusive de l'allaitement maternel, qui reconnaît les différentes façons dont le lait maternel<sup>G</sup> peut être servi à un nouveau-né, un nourrisson ou un jeune enfant. On y trouve des renseignements sur l'allaitement direct, l'expression du lait maternel (LME, lait maternel exprimé<sup>G</sup> ou le lait humain provenant de donneuses. L'utilisation de lait maternisé ou d'autres produits préparés pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants est proposée dans les LDPE seulement dans les cas où elle est cliniquement nécessaire et lorsque le lait maternel ou le lait de donneuses n'est pas accessible. Cette décision a pour but de favoriser l'initiation et la poursuite de l'allaitement. L'**annexe H** énumère les indications cliniques pour l'utilisation temporaire ou permanente de préparations pour nourrissons ou d'autres produits préparés pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

## Principes directeurs :

Ces lignes directrices ont été élaborées sur la base des principes directeurs des soins centrés sur la personne et la famille<sup>G</sup>, en reconnaissance du fait que l'allaitement maternel est la pratique d'alimentation optimale et la norme physiologique la mieux adaptée pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants, lorsqu'il est associé à des compléments alimentaires après l'âge de six mois. De plus amples détails concernant les soins centrés sur les besoins de la personne et la famille sont disponibles dans le document des LDPE 2015 de l'AIIO « *Soins centrés sur la personne et la famille* », disponible à l'adresse [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Final\\_13.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Final_13.pdf).

- Presque tous les enfants nés à terme et en bonne santé peuvent être allaités au sein.
- Les objectifs de l'allaitement maternel sont les suivants :
  - Initiation de l'allaitement dans la première heure suivant la naissance ou une fois que la dyade mère-enfant est cliniquement stable;
  - L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie;
  - La poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus après la naissance, selon les besoins de la dyade mère-enfant.
- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois—lorsque le nourrisson ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, à l'exception de sirops, de vitamines, de suppléments de minéraux ou de médicaments d'ordonnance sous forme de gouttes—est la pratique d'alimentation la plus favorable à la santé des nouveau-nés et des nourrissons.
- La pratique de l'allaitement maternel va au-delà des considérations physiologiques et implique aussi des facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels, psychosociaux et organisationnels. Ces facteurs peuvent avoir un effet positif ou négatif sur l'intention, l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement.
- L'allaitement maternel repose sur la relation parentale avec le nouveau-né, le nourrisson et le jeune enfant, y compris les liens affectifs et l'attachement.
- Les personnes qui allaitent sont en droit de recevoir tous les renseignements relatifs aux choix qui leur sont offerts pour l'alimentation du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant, y compris des renseignements quant aux avantages et aux inconvénients liés à ces choix, afin de les aider à prendre des décisions éclairées<sup>G</sup>.
- Le contact peau-à-peau est une stratégie clé pour faciliter l'allaitement.
- Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs jouent un rôle essentiel dans le soutien à l'initiation, à l'exclusivité et à la poursuite de l'allaitement.
- La promotion de l'allaitement maternel est réalisée par la mise en œuvre cohérente d'une pratique fondée sur des données probantes, par les membres de l'équipe interprofessionnelle et par les pairs.

## Types de recommandations :

Les recommandations de ces lignes directrices s'appliquent aux soins cliniques dans une gamme de milieux communautaires et d'établissements de soins de santé. Une recommandation (**Recommandation 4.3**) concerne l'allaitement et le lieu de travail, et s'applique aux employeurs. Toutes les recommandations sont basées sur les résultats d'examen systématiques des interventions cliniques et des approches éducatives les plus efficaces pour le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les stratégies politiques des organisations afin de soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement. Les recommandations sont présentées à trois niveaux.

- Les recommandations de pratique<sup>G</sup> s'adressent principalement au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles qui prodiguent des soins cliniques dans tous les secteurs de soins aux personnes qui allaitent. Cela comprend (mais sans s'y limiter) les soins de première ligne, les soins aigus, l'intervention communautaire et les soins à domicile. Toutes les recommandations sont applicables au champ d'activité du personnel infirmier autorisé, des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et des infirmiers et infirmières praticiens. Les intervenants secondaires visés par les recommandations de pratique

comprennent les pairs qui soutiennent et encouragent l'allaitement maternel, qu'ils le fassent de manière indépendante ou en collaboration avec le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle.

- Les recommandations en matière d'éducation<sup>G</sup> s'adressent à ceux qui sont responsables de la formation du personnel et des équipes interprofessionnelles, telles que les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs ainsi que les établissements d'enseignement universitaire et professionnel. Ces recommandations énoncent le contenu fondamental ainsi que les stratégies de formation nécessaires pour les programmes de soins de premier niveau, la formation continue et le perfectionnement professionnel.
- Les recommandations en matière de politique des organismes et des systèmes<sup>G</sup> s'appliquent aux gestionnaires, aux administrateurs et aux décideurs responsables de l'élaboration des politiques ou de l'obtention des soutiens nécessaires au sein des organismes de soins de santé ou communautaires, au sens large, y compris les lieux de travail, afin de mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Les recommandations sont regroupées de manière à mettre l'accent sur—l'initiation de l'allaitement maternel, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement — comme le recommandent les données probantes.

- Les recommandations visant à favoriser l'initiation de l'allaitement maternel s'appliquent à la première heure de vie des nouveau-nés ou une fois que la dyade mère-enfant est cliniquement stable.
- Les recommandations visant à soutenir l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement maternel sont destinées aux nouveau-nés et aux nourrissons de la naissance à l'âge de six mois.
- Les recommandations visant à soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel sont destinées aux nouveau-nés, aux nourrissons et aux jeunes enfants de la naissance jusqu'à l'âge deux ans (ou plus).

Pour une efficacité optimale, ces trois types de recommandations doivent être mis en œuvre simultanément.

*Remarque* : Les recommandations des LDPE sont conformes aux cibles mondiales 2025 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'allaitement maternel, dont le but est de protéger et de soutenir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, en tant que pratique optimale d'allaitement pour les nourrissons, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, afin de favoriser le développement en bonne santé de l'enfant (3). Pour de plus amples détails sur la note d'orientation à propos de la cible mondiale 2025 de l'OMS de porter les taux d'allaitement maternel exclusif cours des 6 premiers mois à au moins 50 %, allez à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255728/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.7\\_fre.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255728/WHO_NMH_NHD_14.7_fre.pdf?ua=1). Les cibles mondiales de l'OMS en matière d'allaitement maternel pour 2025 sont décrites à la **figure 1** de la page suivante.

Figure 1 : Cibles mondiales de l'OMS 2025 en matière de nutrition pour – Allaitement maternel



Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur, à partir du document L'allaitement maternel – La cible. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016 ([http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic\\_breastfeeding.pdf](http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf)), consulté le 4 avril 2018)

## Discussion sur les données probantes :

La discussion à propos des données probantes suivant chaque énoncé de recommandation est constituée de cinq sections principales :

1. Le « Résumé des données probantes » consiste en un résumé de la revue de la littérature concernant l'état de la recherche en lien direct avec la recommandation.
2. La section des « Avantages et inconvénients » donne des renseignements sur les aspects des soins susceptibles de favoriser ou de nuire au bien-être et à la santé de la personne qui allaite ou de son nouveau-né, son nourrisson ou son jeune enfant. Le contenu de cette section comprend les données tirées d'une revue systématique de la littérature.
3. La section « Valeurs et préférences » porte sur la priorité accordée aux approches qui facilitent l'égalité en matière de santé et l'importance de la prise en compte des préférences en matière de soins. Le contenu de la section « Valeurs et préférences » peut comprendre, ou non, des recherches provenant des revues systématiques de la littérature. Le cas échéant, le groupe d'experts de l'AIIAO ainsi que les parties impliquées<sup>G</sup> ont contribué à l'élaboration des contenus des différentes sections.
4. Les « Notes de pratique » mettent en évidence des renseignements pratiques à l'intention du personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles et des pairs. Cette section peut comprendre des données probantes provenant d'autres sources (par exemple, d'autres LDPE ou le groupe d'experts de l'AIIAO).
5. La section « Ressources de soutien » comprend une liste d'études, de ressources et de sites Web pertinents qui justifient et soutiennent la pratique clinique, l'éducation ainsi que les recommandations en matière de politique d'organisation et de systèmes. Comme il existe de nombreuses ressources disponibles sur la question de l'allaitement maternel, cette section comprend des exemples de documents publiés au cours des cinq dernières années, qui sont rédigés en fonction de données probantes et dont le contenu correspond aux orientations de recommandations (à l'exception de publications ou d'articles fondamentaux). Les contenus énumérés dans cette section ne faisaient pas partie de la revue systématique de la littérature<sup>G</sup> et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité. En tant que telle, la liste n'est pas exhaustive et l'inclusion d'une ressource dans l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle a obtenu l'approbation de l'AIIAO.

## Concepts clés utilisés dans les présentes LDPE :

**Allaitement maternel** : action de nourrir un nouveau-né, un nourrisson ou un jeune enfant avec du lait humain, directement au sein, ou indirectement par l'expression manuelle du lait maternel ou à l'aide d'un tire-lait. Le lait humain peut aussi être obtenu auprès de donneuses comme dans le cas de l'allaitement par une nourrice<sup>G</sup>, le partage informel du lait (par exemple, l'allaitement croisé<sup>G</sup>), ou en recourant aux services d'une banque de lait maternel. Le recours aux nourrices, à l'allaitement croisé ou au partage informel du lait maternel entre une donneuse et une receveuse est une solution que peuvent envisager certaines personnes qui allaitent au lieu d'utiliser des substituts de lait humain (comme les préparations de lait maternisé pour les nourrissons et autres aliments industriels pour les jeunes enfants). Cependant, seule l'utilisation de lait humain pasteurisé provenant d'une banque de lait accréditée est recommandée dans les présentes LDPE.

Les renseignements relatifs au partage informel du lait maternel ou aux stratégies de réduction des risques ne font pas partie du contenu des présentes lignes directrices. Le lait humain obtenu de manière informelle ou le lait humain non pasteurisé, ne sont pas recommandés en raison des risques qu'ils représentent – y compris l'exposition à des contaminants bactériens ou environnementaux (par exemple, l'alcool, les drogues ou le tabac) ou la transmission de maladies infectieuses. Cette pratique peut entraîner des conséquences beaucoup plus graves que la consommation d'autres produits alimentaires industriels préparés à l'intention des nourrissons et des jeunes enfants (4, 5). Le partage du lait maternel à partir de plateformes d'échange en ligne n'est pas recommandé, en raison de l'impossibilité d'évaluer la donneuse cliniquement et parce qu'il est possible que le lait ainsi obtenu ne soit pas propre à la consommation au moment de sa réception (6). Le partage informel du lait maternel exige au minimum une prise de décision éclairée (5).

**Initiation de l'allaitement** : les mesures d'introduction adoptées par une personne qui allaite pour favoriser et amorcer le début de la lactation, y compris le contact peau-à-peau, le positionnement et les tentatives de prise du sein, ainsi que l'expression du colostrum<sup>G</sup>, soit manuellement ou au moyen d'un tire-lait. Dans les présentes LDPE, l'inclusion de l'initiation de l'allaitement sert à la promotion de l'objectif d'exclusivité de l'allaitement maternel et à respecter les recommandations des priorités de l'OMS en matière de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel. L'initiation de l'allaitement se produit idéalement dans la première heure de vie de l'enfant ou dès que la dyade mère-enfant est cliniquement stable (7).

**Personne qui allaite** : terme qui désigne la personne qui allaite et qui fournit du lait maternel, directement ou indirectement, à un nouveau-né, un nourrisson ou un jeune enfant. Le terme respecte le principe de la diversité et peut inclure (mais sans s'y limiter) les termes suivants : mère, parent, femme, mère porteuse, donneuse à une banque de lait maternel ou une personne qui extrait du lait à partir d'un tire-lait et qui utilise du lait exprimé. La personne qui allaite peut s'identifier à un ou plusieurs de ces descripteurs et le terme est censé inclure toute personne ayant des identités ou des expressions de genre diverses. Dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, toutefois, il est important pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs de clarifier le terme préféré par la personne en question.

**Processus d'allaitement** : les multiples composantes nécessaires à l'initiation, à l'exclusivité et à la poursuite de l'allaitement. Les composantes comprennent (sans s'y limiter) le positionnement et la prise du sein, l'approvisionnement et le transfert du lait ainsi que les connaissances et les compétences de la personne en matière d'allaitement.

**Allaitement maternel continu** : tout allaitement pratiqué au-delà d'une période de six mois et pouvant se poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

**Allaitement maternel exclusif** : une catégorie d'exposition à l'allaitement maternel dans laquelle un nourrisson, jusqu'à l'âge de six mois, ne reçoit que du lait maternel directement au sein ou indirectement, sous la forme de LME, ainsi que tout supplément vitaminique, minéral ou médicament. Le nourrisson ne reçoit pas d'autres liquides ou solides (8).

Pour favoriser la cohérence terminologique, les catégories utilisées dans les présentes lignes directrices pour désigner le type d'allaitement, par exemple l'allaitement exclusif, prédominant ou l'absence d'allaitement, correspondent à la terminologie élaborée par l'OMS (8). Les catégories d'allaitement sont énumérées dans le **tableau 2** ci-dessous.

**Tableau 2 : Catégories d'allaitement**

DESCRIPTEUR DE	CATÉGORIE
<b>Allaitement maternel exclusif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le nourrisson reçoit du lait maternel directement (de la personne qui l'allait), ou indirectement (en tant que LME).</li> <li>■ Le nourrisson peut aussi recevoir des gouttes ou des sirops de vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments.</li> <li>■ Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide.</li> </ul>
<b>Allaitement maternel prédominant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La source d'alimentation prédominante du nourrisson est le lait maternel, qu'il reçoit directement (de la personne qui l'allait), ou indirectement (sous la forme de LME).</li> <li>■ Le nourrisson peut aussi recevoir d'autres liquides comme de l'eau, des boissons à base d'eau ou des jus de fruits, ainsi que des liquides tels que des gouttes ou des sirops vitaminés, des suppléments minéraux ou des médicaments.</li> <li>■ Le nourrisson ne reçoit aucun autre aliment liquide ou de lait qui n'est pas de source humaine.</li> </ul>
<b>Allaitement maternel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le nourrisson reçoit tout type de lait maternel, y compris du lait LME, ainsi que tout aliment ou liquide, y compris du lait de source non humaine ou du lait maternisé.</li> </ul>
<b>Pas d'allaitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le nourrisson reçoit un complément de lait maternisé ou du lait d'origine animale.</li> <li>■ Le nourrisson reçoit du lait maternel directement (de la personne qui l'allait), ou indirectement (sous la forme de LME).</li> </ul>

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO : Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs pour l'évaluation des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : conclusions d'une réunion de consensus tenue du 6 au 8 novembre à Washington DC, États-Unis, 2008. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2008.

**Nourrisson** : désigne un enfant jusqu'à l'âge d'un an. Dans ces LDPE, on présume que le nourrisson est en bonne santé.

**Nouveau-né** : désigne un enfant jusqu'à l'âge de 28 jours. Dans ces LDPE, on suppose que le nouveau-né est né à terme et en bonne santé.

**Jeune enfant** : désigne un enfant âgé de plus de 12 mois.

## Les lignes directrices et les ressources de l'AIIAO qui s'harmonisent avec les présentes lignes directrices sont les suivantes :

Au moment de la mise en œuvre des présentes lignes directrices, les LDPE et les ressources de l'AIIAO suivantes peuvent servir de référence au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs :

- *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2012)*
- *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels (2013)*
- *Déterminants sociaux de la santé<sup>6</sup> (2013)*
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois (2014)*
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui font l'usage de drogues (2015)*
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (2015)*
- *Pratiques collaboratives du personnel infirmier au sein de l'équipe interprofessionnelle (2016)*
- *Intervention de crise chez les adultes au moyen d'une approche basée sur les traumatismes (2017)*
- *Intégration d'interventions antitabagique à la pratique quotidienne (2017)*
- *Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale (2018)*

Pour en savoir plus sur les présentes lignes directrices, y compris sur son processus d'élaboration, sur la revue systématique de la littérature et sur les stratégies de recherche, consultez les **annexes B et C**.

## Lignes directrices provenant d'autres organisations présentées à titre de référence :

Voir l'**annexe C** pour de plus amples détails sur des lignes directrices de moyenne qualité intitulée « *Utilisation de galactagogues pour l'initiation ou l'augmentation de la sécrétion de lait maternel* » par le comité du protocole de l'Academy of Breastfeeding Medicine avec des recommandations pertinentes sur la façon d'amorcer ou d'augmenter l'approvisionnement en lait maternel.

## Thèmes ne faisant pas partie du cadre des présentes lignes directrices :

L'allaitement maternel est important pour tous les nourrissons. Les présentes lignes directrices abordent principalement la question des nourrissons nés à terme et en bonne santé. Voici des sujets qui dépassent le cadre des présentes LDPE :

- les nourrissons nés prématurément (c'est-à-dire de moins de 34 semaines de gestation), ou les nourrissons malades;
- les nourrissons présentant des syndromes cliniques (par exemple, le syndrome de Down);
- des enfants issus d'une naissance multiple (jumeaux, triplets, etc.);
- les banques de lait humain;
- l'allaitement par une nourrice ou l'allaitement croisé.

Les stratégies de soutien pour les populations et les situations particulières d'allaitement sont abordées dans l'**annexe D**. Les stratégies visant à soutenir des populations ou des situations particulières d'allaitement pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants sont examinées dans l'**annexe E**.

## Interprétation des données probantes

Un *niveau de pertinence* est attribué à chaque étude afin de donner une appréciation de la conception de la recherche. Un niveau de pertinence plus élevé indique que les conclusions de la recherche ont été influencées par un nombre moins élevé de préjugés potentiels, ce qui réduit le nombre d'autres explications du phénomène étudié. Cependant, les niveaux de pertinence ne reflètent pas la qualité des études ou des examens individuels.

Dans certains cas, les recommandations des lignes directrices reçoivent plus d'un niveau de pertinence. Cela reflète la multiplicité des études qui ont servi à appuyer les recommandations. Pour des raisons de transparence, les niveaux de preuve individuels de chaque composante de l'énoncé de recommandation sont indiqués dans la section de discussion sur les données probantes.

**Tableau 3 : Niveaux de preuve**

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses <sup>G</sup> ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés <sup>G</sup> , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée <sup>G</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale <sup>G</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche qualitative <sup>G</sup> .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales, bien conçues, telles que des études analytiques <sup>G</sup> , des études descriptives <sup>G</sup> ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Sources : Adapté par les membres de l'équipe de recherche et de développement des LDPE de l'AIIO, à partir du document suivant : Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50 : a guideline developer's handbook. Edinburgh, R.-U. : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011; et Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011; 21 (3):105-12.

## Qualité des données probantes

La qualité de chaque étude de recherche a été déterminée à l'aide d'outils d'évaluation critique. Les niveaux de qualité ont été établis à élevé, moyen ou peu élevé, et ils ont été cités dans la section de discussion sur les données probantes. Les outils d'évaluation de la qualité validés<sup>G</sup> et publiés utilisés pour juger de la robustesse méthodologique des études comprennent le Programme de développement des compétences en évaluation critique (CASP, critical appraisal skills programme) pour les études primaires et l'Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques (AMSTAR) pour les revues systématiques de la littérature. Le niveau de la qualité est calculé en convertissant en pourcentage le score obtenu avec l'outil AMSTAR.

Lorsque d'autres lignes directrices ont servi de référence à la recommandation et à la discussion sur les données probantes, l'instrument Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II) a été utilisé pour en déterminer le niveau de qualité. Les **tableaux 4** et **5** indiquent les pointages de qualité requis pour obtenir une évaluation de qualité élevée, moyenne ou faible.

**Tableau 4 : Évaluation de la qualité des études à l'aide d'outils d'évaluation critique**

NOTES DE QUALITÉ OBTENUES À PARTIR DES OUTILS D'ÉVALUATION	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Résultat supérieur ou égal à un score converti de 82,4 %	Élevée
Un score converti de 62,5 à 82,3 %	Moyenne
Résultat égal ou inférieur à un score converti de 62,4 %	Faible

**Tableau 5 : Niveau de qualité pour les lignes directrices qui utilisent l'outil AGREE II**

POINTAGE DE QUALITÉ SUR L'AGREE II	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Un score de 6 ou 7 pour la qualité générale des lignes directrices	Élevée
Un score de 4 ou 5 pour la qualité générale des lignes directrices	Moyenne
Un score inférieur à 4 pour la qualité générale des lignes directrices	Faible (non utilisé pour soutenir les recommandations)

En raison de l'abondance des données probantes disponibles à propos de l'allaitement maternel, il a été initialement décidé que seules les études systématiques seraient incluses dans les présentes lignes directrices. Pour la première question de recherche, aucune revue n'a été trouvée. Par conséquent, les études primaires ont été incluses et leur qualité a été évaluée sur la base de critères d'inclusion/exclusion modifiés. Pour les questions de recherche deux, trois et quatre, des revues systématiques et des méta-analyses de la littérature ont été évaluées pour soutenir les recommandations et les discussions sur les données probantes. Pour de plus amples renseignements sur le processus de revue systématique de la littérature et sur l'évaluation de la qualité des études, consultez l'**annexe D**.

# Sommaire des recommandations

Ces LDPE remplacent les Lignes directrices à l'intention du personnel infirmier sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel de l'AIIO (1) et son supplément (2).

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PERTINENCE
<p><b>Question de recherche n° 1 :</b> Quels sont les outils, processus et stratégies efficaces utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour évaluer les personnes enceintes et les personnes après l'accouchement pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>		
1.0 Évaluation	<p align="center"><b>Interventions d'évaluation pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel (de la naissance à l'âge de deux ans)</b></p>	
	<p><b>Recommandation 1.1 :</b> Évaluer le processus d'allaitement maternel, à l'aide d'outils validés et fiables, pendant la grossesse et aux étapes clés de la lactogénèse, notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Au cours de la première étape (c'est-à-dire dans les 24 heures suivant l'accouchement et avant la sortie de l'unité des naissances), pour soutenir l'initiation de l'allaitement maternel.</li> <li>2. Pendant la transition de la phase I à la phase II, (c'est-à-dire entre le deuxième et le huitième jour post-partum), pour favoriser une augmentation significative du volume de lait maternel.</li> <li>3. Pendant les phases II et III, (c'est-à-dire à partir du neuvième jour du post-partum environ) pour favoriser le maintien de la production de lait maternel, tant que l'allaitement se poursuit.</li> </ol>	IV
<p><b>Question de recherche n° 2 :</b> Quels sont les interventions ou programmes utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>		
2.0 Intervention	<p align="center"><b>Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial (de la naissance à la première heure de la vie ou une fois que la situation devient cliniquement stable)</b></p>	
	<p><b>Recommandation 2.1 :</b> Faciliter le contact peau-à-peau au sein de la dyade mère-enfant, immédiatement après l'accouchement ou une fois que la situation est cliniquement stable.</p>	Ia
	<p><b>Recommandation 2.2 :</b> Soutenir l'initiation précoce de l'allaitement, dans l'heure qui suit la naissance ou une fois que la dyade mère-enfant est cliniquement stable, par des interventions périnatales à plusieurs composantes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'éducation prénatale et</li> <li>■ une assistance post-partum immédiate au chevet de la mère.</li> </ul>	Ia

2.0 Intervention	<b>Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)</b>	
	<p><b>Recommandation 2.3 :</b></p> <p>Soutenir la dyade mère-enfant pour obtenir un positionnement, une prise du sein et un transfert de lait efficaces.</p>	la
	<p><b>Recommandation 2.4 :</b></p> <p>Encourager l'allaitement pratiqué en fonction des signes de faim à l'aide de stratégies telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'éducation, la promotion et</li> <li>■ la reconnaissance des besoins de la personne qui allaite.</li> </ul>	la, lb
	<p><b>Recommandation 2.5 :</b></p> <p>Enseigner l'expression du lait à la main à toutes les personnes qui allaitent avant qu'elles ne quittent l'unité de naissance.</p>	la, V
	<p><b>Recommandation 2.6 :</b></p> <p>Mettre en œuvre des interventions individualisées d'auto-efficacité de l'allaitement tout au long de la période périnatale pour renforcer la confiance face à l'allaitement, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un accompagnement individuel avant la sortie de l'unité de naissance et</li> <li>■ le suivi après le congé de l'hôpital.</li> </ul>	la, lb
	<p><b>Recommandation 2.7 :</b></p> <p>Assurer une assistance individualisée pour soutenir ou améliorer la production de lait maternel, le cas échéant.</p>	la, V
	<p><b>Recommandation 2.8 :</b></p> <p>Fournir des services proactifs et continus de soutien à l'allaitement pour répondre aux besoins individualisés de la dyade mère-enfant.</p>	la
	<p><b>Recommandation 2.9 :</b></p> <p>Faciliter une prise de décision éclairée concernant l'utilisation de la tétine.</p>	la
	<b>Interventions pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel (de la naissance à l'âge de deux ans)</b>	
	<p><b>Recommandation 2.10 :</b></p> <p>Assurer l'éducation à l'allaitement maternel tout au long de la période périnatale et aussi longtemps que l'allaitement se poursuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ dans divers contextes et</li> <li>■ par des approches diversifiées, y compris celles qui sont adaptées aux besoins des populations vulnérables.</li> </ul>	la
<p><b>Recommandation 2.11 :</b></p> <p>Inclure les membres de la famille, tels que les partenaires et les grands-mères, dans l'éducation et le soutien à l'allaitement maternel.</p>	la	

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE PERTINENCE
<p><b>Question de recherche n° 3 :</b>                      Quelles études ou quelle formation sont requises pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>		
3,0. Niveau de scolarité	<p><b>Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif                      (tout au long de la période périnatale jusqu'à six mois après l'accouchement)</b></p>	
	<p>Recommandation 3.1 :                      Offrir au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs une formation continue sur l'allaitement maternel qui intègre des connaissances théoriques et des compétences pratiques.</p>	la

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX POLITIQUES DE L'ORGANISATION ET DU SYSTÈME		NIVEAU DE PERTINENCE
<p><b>Question de recherche n° 4 :</b>                      Quelles sont les pratiques, les programmes et les politiques optimales pour les organismes de soins de santé et la communauté élargie, y compris les lieux de travail, pour soutenir l'allaitement initial, exclusif et continu?</p>		
4.0 Politiques des systèmes et des organismes	<p><b>Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif                      (tout au long de la période périnatale jusqu'à six mois après l'accouchement)</b></p>	
	<p>Recommandation 4.1 :                      Envisager l'intégration de personnes-ressources en lactation dans le cadre de la prestation de soins à la dyade mère-enfant tout au long de la période périnatale, dans les services de santé et les communautés locales.</p>	la
	<p><b>Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial, exclusif et continu                      (tout au long de la période périnatale jusqu'à l'âge de deux ans, ou après)</b></p>	
	<p>Recommandation 4.2 :                      Appliquer systématiquement les dispositions de l'initiative Amis des bébés et du « <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> » de l'Organisation mondiale de la Santé au sein des établissements de santé. Chercher à obtenir la certification de l'initiative Ami des bébés, le cas échéant.</p>	la
	<p>Recommandation 4.3 :                      Mettre en place un soutien à l'allaitement sur le lieu de travail, y compris des congés parentaux et des aménagements pour les personnes qui allaitent.</p>	la

# Équipe de recherche et de développement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

## **Katherine Wallace**, Inf.aut., B.Sc.Inf., B.Sc.S. (sage-femme), M.S.S.

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Zainab Lulat**, Inf.aut, M.Sc.Inf.

Associée, chef de recherche en sciences infirmières  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Glynis Gittens**, B.A. (Hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Giulia Zucal**, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.A.

Associée de recherche en sciences infirmières  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Julie Blain-McLeod**, Inf.aut., M.A.

Ex-associée de recherche en sciences infirmières  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Ifrah Ali**, B.A. (hon.)

Coordonnatrice de projet  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **D<sup>r</sup> Lucia Costantini**, Inf.aut, Ph. D., CNéph(C)

Codirectrice  
Élaboration des lignes directrices, recherche et évaluation  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Valerie Grdisa**, Inf.aut, M.Sc., Ph. D.

Ex-directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **Gurjit Toor**, AI, M. en santé publique

Directeur d'évaluation  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **D<sup>re</sup> Lynn Anne Mulrooney**, Inf.aut., M.Sc., Ph.D

Analyste principale des politiques  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## **D<sup>re</sup> Michelle Rey**, M.Sc., Ph. D.

Ex-directrice associée, Élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

## Groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO)

**D<sup>re</sup> Cindy-Lee Dennis, Inf.aut., Ph. D.**

Co-présidente du comité

Professeure et membre de la chaire de recherche en santé communautaire périnatale, Université de Toronto

Chaire de recherche sur la santé des femmes, Li Ka Shing Knowledge Institute, hôpital St. Michael's Toronto (Ont.)

**D<sup>re</sup> Sonia Semenic, Inf.aut., Ph. D.**

Co-présidente du comité

Professeure agrégée

Université McGill, École des sciences infirmières Ingram Montréal, Qc

**D<sup>re</sup> Jennifer Abbass-Dick, Inf.aut., Ph. D.**

Professeure adjointe

Institut universitaire de technologie de l'Ontario Oshawa, ON

**Michelle Buckner, TS**

Coordonnatrices de programmes

Programme de compagnes d'allaitement

Centre de santé communautaire du centre-ville de Kitchener Kitchener (Ont.)

**Luisa Ciofani, Inf.aut., M.Sc.(A), IBCLC, PNC(C)**

Ex-responsable administrative clinique pour la santé des femmes

Centre universitaire de santé McGill Montréal, Qc

**Stephanie George, B.A. (Hons), IBCLC**

Communauté des sages-femmes autochtones

Coordonnatrice de l'allaitement maternel

Centre de naissance autochtone des Six Nations

Territoire des Six Nations de Grand River, Ont.

**D<sup>re</sup> Lisa Graves, MD, CCMF, FCMF,**

Professeure, Département de médecine familiale et

communautaire Université Western Michigan

École de médecine Homer Stryker M.D

Michigan, États-Unis

**Anna Guthro, Inf.aut., IBCLC**

Infirmière autorisée/consultante en lactation

St. Joseph's Health Care

Hamilton (Ont.)

**Louise Guthro, Inf.aut., IBCLC**

Spécialiste de la promotion de la santé

Stratégie de l'IAB pour l'Ontario

Hôpital Michael Garron

Toronto (Ont.)

**Elena Karpouzis, Inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière de télésanté/Chef d'équipe clinique

Réseau de télémédecine Ontario

Toronto (Ont.)

**Mona Loones, Inf.aut., B.Sc.A, B.Sc.Inf, M.Sc.Inf., IBCLC**

Consultante en lactation et en allaitement maternel

Directrice de programme

Centre de santé communautaire CHIGAMIK

Barrie, Ont.

**D<sup>re</sup> Karen McQueen, Inf.aut., Ph. D.**

Professeure agrégée

École des sciences infirmières, Université Lakehead

Thunder Bay (Ont.)

**Lesley Robinson, B.A., IBCLC**

Responsable et porte-parole de la section Ottawa

Ligue La Leche

Ottawa (Ont.)

**Eva Rutherford, Inf.aut. (cat. sup.), M.Sc.Inf., IBCLC, PNC(C)**

Infirmière praticienne et consultante en lactation

Mount Sinai Hospital

Toronto (Ontario)

**Elisabeth Sterken, B.Sc., M.Sc., Dt.P.**

Directrice INFACT Canada/

Vice-présidente, comité mondial IBFAN

Rockport, Ont.

# Groupe d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Des déclarations d'absence de conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents ont été signées par tous les membres du groupe d'experts de l'AIIAO, à qui on a demandé de déclarer, pendant l'ensemble du processus d'élaboration des lignes directrices, toute modification aux renseignements qu'ils ont initialement divulgués. Des renseignements leur ont été demandés sur leurs intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit à effet limitant n'a été relevé. Les déclarations d'intérêts concurrents sont publiées dans un document séparé sur le site Web de l'AIIAO.



## Reconnaissance des intervenants

Dans le cadre d'élaboration des présentes lignes directrices, l'AIIAO s'engage à obtenir des commentaires (a) du personnel infirmier provenant d'un large éventail de milieux de pratique et de rôles (b) des administrateurs et des bailleurs de fonds experts des services de soins de santé, et (c) des associations d'intervenants. Dans le cadre de l'élaboration des présentes lignes directrices, nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue\*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution.

### Cynthia Akram, Inf.aut.

Infirmière autorisée du centre de naissance familial  
St. Joseph's Health Centre  
Toronto (Ont.)

### Magdalena Arciszewska, Inf.aut., B.Sc.Inf., ICP(C)

Infirmière clinicienne, Programme de soutien à l'allaitement  
Santé des femmes et pédiatrie  
Centre universitaire de santé McGill  
Montréal, Qc

### Jaclyn Armenti, Inf.aut.

Éducatrice clinique pour la santé des femmes et des enfants  
Hôpital régional de Sault  
Sault-Sainte-Marie, Ont.

### Catherine Awad, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., IPSPL

Infirmière praticienne en soins de santé primaires  
Centre de détention du Sud-Ouest  
Windsor, Ont.

### Bojana Babic, MD

Pédiatre et professeure agrégée d'enseignement clinique  
Université McMaster  
Hamilton (Ont.)

### Jennifer Beck, Inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Infirmière en santé publique  
Ville de Hamilton, Healthy and Safe Communities Department,  
Public Health Services  
Hamilton (Ont.)

### Bethany Beech, Inf.aut.

Infirmière autorisée  
The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ont.)

### Sonya Boersma, Inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC

Consultante en promotion de la santé  
Stratégie l'IAB pour l'Ontario, Centre de ressources Meilleur  
départ  
Ottawa (Ont.)

### Christina Bradley, Inf.aut., IBCLC

Infirmière, travail de proximité en allaitement maternel  
Santé publique et services d'urgence de la région de Niagara  
Thorold, Ont.

### Donna Brown, Inf.aut., B.Sc.Inf.

Coordonnatrice BFI  
Réseau de santé Horizon  
Fredericton (New Brunswick)

### Christina Cantin, Inf.aut., M.Sc.Inf, PNC(C)

Consultante en périnatalité, Programme régional des soins à la  
mère et au nouveau-né de Champlain (PRSMNC)  
Coordonnatrice de recherche, Programme d'allaitement à domicile  
St. Mary's, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa, Ont.

### Jessica Chan, Inf.aut., B.Sc., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé  
Toronto (Ont.)

### Ann Ciniglio, Inf.aut., IBCLC

Infirmière en santé publique  
Région de York  
Toronto (Ont.)

### Tia Cooney, Inf.aut., M.Sc.Inf., DPI

Professeure  
Collège de la Confédération  
Thunder Bay (Ont.)

### **Melissa Coppens, Inf.aut., M.Sc.Inf., PNC(C)**

Infirmière clinicienne, Santé des femmes et des enfants  
Mount Sinai Hospital  
Toronto (Ont.)

### **Heidi Croal, Inf.aut., IBCLC, Sage-femme (R.-U.)**

Clinique d'allaitement maternel  
Centre régional de santé de Peterborough  
Peterborough, Ont.

### **Mackenzie Crozier, Inf.aut.**

Infirmière en santé publique  
Groupe de santé du district de Simcoe Muskoka  
Barrie, Ont.

### **Stefanie Culp, Inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée  
William Osler Health System  
Etobicoke, Ont.

### **Jamie Dawdy, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.**

Instructrice (à temps partiel)  
Faculté des sciences infirmières  
Université McMaster  
Hamilton (Ont.)

### **Cathy Deacon, Inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière clinicienne, Programme de soutien à l'allaitement  
Centre universitaire de santé McGill  
Hôpital de Montréal pour enfants  
Montréal, Qc

### **Sylvia Doran, Inf.aut.**

Consultante publique  
Nepean, Ont.

### **Pamela Drynan, Inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC**

Infirmière en santé publique  
Bureau de santé Porcupine  
Timmings, Ont.

### **Alison Dubien, Inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière en santé publique  
Santé publique de Hastings Prince Edward  
Belleville, Ont.

### **Laura Wilding, Inf.aut., B.Sc.Inf., IISCC(C)**

Infirmière en santé publique  
Unité de santé de Middlesex-London  
London (Ont.)

### **Keren Epstein-Gilboa, Ph.D., M.Ed., B.Sc.Inf., RP, Inf.aut., IBCLC, RLC, FACCE, LCCE**

Psychothérapeute, chargée de cours universitaire  
Consultante en lactation, éducatrice en périnatalité,  
Aide à la naissance (pratique privée)  
Université Ryerson  
Toronto (Ont.)

### **Lela Fishkin, Inf.aut.**

Responsable du personnel infirmier à la retraite  
RNS Health Care Services Inc.  
Toronto (Ont.)

### **Sarojadevi Ganeshpillai, Inf.aut., IBCLC**

Consultante en lactation  
Hôpital St. Michael  
Toronto (Ont.)

### **Louise Gilbert, Inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Santé publique Ottawa  
Ottawa (Ont.)

### **Julie Hamilton, Inf.aut., M.Ed.**

Infirmière en santé publique  
Services de santé publique de la ville de Hamilton  
Hamilton (Ont.)

### **Loren Harding, IAA**

Infirmière auxiliaire autorisée (Ontario)  
Centre de maternité de Hamilton  
Hamilton (Ont.)

### **Joanne Hegazi, M.Sc.Inf.**

Spécialiste de la promotion de la santé  
Groupe de santé du comté de Windsor Essex  
Windsor, Ont.

**Danielle Hull**, Inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC, PNC (c)

Équipe de pratique clinique  
Humber River Hospital  
Toronto (Ont.)

**Joan Iginua-Osoyibo**, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.

Inf., PNC  
Infirmière clinicienne spécialisée  
William Osler Health System  
Brampton, Ont.

**Kathy Jacyniak**, Inf.aut., B.Sc.Inf, IBCLC

Infirmière en santé publique  
Toronto Public Health  
Toronto (Ont.)

**Cindy Johnston**, Inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC

Infirmière en santé publique  
Région de Peel  
Mississauga (Ont.)

**Jessica Jones**, Sage femme autorisée

Sage-femme autorisée  
Sages-femmes au service de la communauté, région de Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Ashley Dawn Juby**, Inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique  
Bureau de santé publique d'Algoma  
Sault-Sainte-Marie, Ont.

**Maureen Kennedy**, Inf.aut., B.Sc.Inf, IBCLC,  
M.Sc.Inf.

Consultante publique  
Ottawa (Ont.)

**Wendy Lahey**, Inf.aut., B.Sc.Inf., B.Sc.Santé(M)

Infirmière en santé publique  
Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph  
Guelph, Ont.

**Caroline Laidlaw**, Inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Consultante en lactation  
Hôpital pour enfants malades  
Toronto (Ont.)

**Kim Ledoux**, Inf.aut.

Coordonnatrices de programmes,  
Programmes « Ça mijote » et « Little Milk Miracles »  
Maison Sainte-Marie  
Ottawa (Ont.)

**Mengjia. Wendy Li**, Inf.aut.

Infirmière en santé publique  
Santé publique de la région de Peel  
Mississauga (Ont.)

**Anne Loshuk**, Inf.aut., MW

Infirmière diplômée en santé maternelle et infantile  
Équipe de santé familiale de Haldimand  
Dunnville, Ont.

**Meta Lowe**, Inf.aut.

Infirmière en santé publique  
Bureau de santé de l'est de l'Ontario  
Comtés de Stormont, Dundas et Glengarry, Ont.

**Cailin MacMillan**, Inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique  
Groupe de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark  
Gananoque, Ont.

**Janice Magill**, Inf.aut., B.Sc.Inf, IBCLC

Infirmière en santé publique  
Santé publique du comté d'Oxford  
Woodstock, Ont.

**Laura McLean**, Inf.aut., IBCLC

Consultante en lactation, programme d'allaitement maternel  
The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ont.)

**Lynn Ménard**, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.A.

Chef d'équipe  
Agence de la santé publique du Canada  
Ottawa (Ont.)

**Amber Newport**, Inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique  
Service de santé de la région de Durham  
Whitby, Ont.

**Lynn Newton, IP-Péd. (néonatale), M.Sc.Ed., IBCLC, CNeo (juin 2018)**

Infirmière praticienne en néonatalogie  
Centre des sciences de la santé de Kingston  
Kingston, Ont.

**Celeste Peel, Inf.aut.**

Infirmière autorisée  
London Health Sciences Centre  
London (Ont.)

**Kathleen Perecko, SFA**

Sage-femme autorisée  
Services de sages-femmes de Haliburton-Bancroft  
Haliburton, Ont.

**Rachelle Phillips, Inf.aut., M. Sc. Inf.**

Faculté  
Georgian College  
Barrie, Ont.

**Barbara Phillips, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.A.(Ed.), LCCE, IBCLC**

Éducatrice en périnatalité et consultante en lactation Lamaze International  
Embracing Birth  
Georgina, Ont.

**Catherine Pound, M.D.**

Pédiatre (CHEO), professeure associée (uOttawa), membre du comité de nutrition (SCP)  
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario,  
Université d'Ottawa, Société canadienne de pédiatrie  
Ottawa (Ont.)

**Joan Rom-Colthoff, Inf.aut., B.A., B.Sc.Inf.**

Infirmière soignante  
Services d'assistance Sykes  
Inglewood, Ont.

**Attie Sandink, RB, IBCLC, CBE**

Directrice, éducatrice et consultante, Soins aux clients et formation des stagiaires IBCLC  
Naissance et besoins des bébés,  
Éducation à l'allaitement de la nation Mohawk,  
CAPPÀ Faculté d'enseignement en lactation  
Burlington (Ont.)

**Sarah Seibert, Inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc., IBCLC**

Infirmière autorisée et consultante en lactation  
Queensway Carleton Hospital  
Ottawa (Ont.)

**Sandy Stevenson, Inf.aut., B.Sc.Ed., B.Sc.Inf., IBCLC**

Infirmière en santé publique  
Santé publique de Hastings Prince Edward  
Belleville, Ont.

**Samantha Sullivan, Inf.aut., IBCLC**

Consultante en lactation, programme d'allaitement maternel  
The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ont.)

**Tammy Thomson, Inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière en santé publique  
Groupe de santé Haliburton Kawartha du district de Pine Ridge  
Port Hope, Ont.

**Sherry Trowsse, CLD**

Éducatrice en périnatalité, doula  
Services Doula Ottawa  
Nepean, Ont.

**Loretta (Lori) Webel-Edgar, Inf.aut., B.Sc.N., M.Sc.Inf., CCHN(C)**

Responsable de programmes, Santé reproductive  
Groupe de santé du district de Simcoe Muskoka  
Barrie, Ont.

**Janet Williams, Inf.aut., BN**

Infirmière autorisée, instructrice clinique  
Soins de santé de Quinte, Loyalist College  
Quinte, Ont.

**Colleen Wilson, Inf.aut., M.Gestion de la santé, IBCLC**

Infirmière en santé publique  
Santé publique du comté d'Oxford  
Woodstock, Ont.

**Josephine Mary Francis Xavier, Inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC, PNC(C)**

Consultante en lactation, instructrice clinique  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ont.)

\*Les intervenants réviseurs des LDPE de l'AIIAO sont déterminés de deux façons. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO ([www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). Des personnes et des organismes possédant des compétences pertinentes sont ensuite déterminées par l'équipe de recherche et développement du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires et le groupe d'experts. Ces personnes et ces organismes sont alors invités directement à participer à la révision du contenu.

Les intervenants réviseurs sont des personnes qui possèdent des compétences sur les sujets traités par les lignes directrices, ou des personnes ou organismes qui pourraient être touchés par leur mise en œuvre. Les réviseurs peuvent être du personnel infirmier, des membres d'équipes interprofessionnelles, des sympathisants, des administrateurs, des experts en recherche, des éducateurs, des étudiants en soins infirmiers, des personnes ayant une expérience de terrain et des membres de la famille. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue de spécialistes qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans la profession infirmière et d'autres milieux professionnels (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'éducation et les politiques), et de régions géographiques.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche du document et de participer à sa révision avant sa publication. Les commentaires des intervenants sont soumis en ligne sous la forme de réponses à un questionnaire de sondage. On invite les intervenants à répondre aux questions suivantes portant sur chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- La discussion sur les données probantes est-elle exhaustive et ces données soutiennent-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section des lignes directrices. Les questionnaires du sondage sont compilés et les commentaires sont résumés par l'équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO. Les résultats du sondage sont examinés et pris en compte de concert avec le groupe d'experts. Si nécessaire, le contenu et les recommandations des LDPE sont modifiés avant la publication afin de refléter les commentaires reçus.

Les intervenants ont aussi participé à la validation des indicateurs de qualité élaborés pour évaluer la mise en œuvre de la présente LDPE en répondant aux questions d'un sondage. Les intervenants ont évalué certains critères de validation au moyen d'une échelle de Likert à sept points pour chaque indicateur de qualité.

Les intervenants réviseurs ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements professionnels dans la présente LDPE.

## Contexte

Les objectifs généraux visent à faire de l'allaitement maternel exclusif la méthode de nutrition optimale des nourrissons jusqu'à l'âge de six mois et à promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel pour les nourrissons et les jeunes enfants jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (avec l'ajout d'aliments complémentaires adéquats et sûrs) (3, 7). Les données probantes confirmant l'importance de l'allaitement maternel sont bien établies. Elles se traduisent par une réduction du risque de maladies chroniques chez la personne qui allaite (telles que le cancer du sein et des ovaires ainsi que le diabète de type 2 [DT2]), ainsi qu'un retard dans l'apparition des menstruations (également connu sous le nom d'aménorrhée liée à lactation<sup>6</sup>), qui peut favoriser le prolongement du délai entre deux naissances (7). Pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants, l'importance de l'allaitement maternel comprend une réduction du risque d'infections gastro-intestinales et respiratoires, des maladies chroniques (telles que le diabète de type 1 et les leucémies infantiles) et de la probabilité d'être en surpoids ou obèse à l'adolescence ou à l'âge adulte (3, 7, 9 à 11). L'**annexe G** comprend des exemples supplémentaires de l'importance de l'allaitement maternel pour la dyade mère-enfant<sup>6</sup>.

Le fait de donner de l'importance au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs, dans le but d'augmenter les taux d'initiation, d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement, contribue à établir l'allaitement maternel en tant que norme physiologique et culturelle. Voici ce que révèlent les statistiques de l'OMS et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) sur la situation mondiale de l'allaitement maternel :

- Le taux d'initiation de l'allaitement maternel dans la première heure suivant la naissance est de 44 %;
- 40 % des nourrissons de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein;
- 45 % pour cent des enfants sont encore allaités à l'âge de deux ans;
- L'amélioration des pratiques d'allaitement pourrait sauver 820 000 vies chaque année dans le monde (7, 9).

En raison des centaines de milliers de vies de nouveau-nés et de nourrissons qui pourraient être sauvées, l'allaitement maternel est l'un des investissements les plus rentables qu'un pays puisse faire. Par exemple, une analyse des coûts pédiatriques aux États-Unis d'Amérique (É.-U.) a déterminé que 13 milliards de dollars par année pourraient être économisés si 90 % des familles adoptaient l'allaitement maternel des enfants jusqu'à l'âge de six mois (12). Au Royaume-Uni (R.-U.), on estime que des économies de l'ordre de 11 millions de livres sterling pourraient être réalisées chaque année si les nourrissons étaient exclusivement allaités au sein jusqu'à l'âge de quatre mois (13). Ces économies reflètent l'amélioration des résultats en matière de santé et la réduction des morbidités.

Au Canada, les dernières statistiques de 2011-2012 sur la prévalence de l'initiation, de l'exclusivité et de la poursuite de l'allaitement maternel indiquent ce qui suit :

- Parmi les provinces, c'est en Colombie-Britannique que le taux d'exclusivité de six mois est le plus élevé, suivi par la région des Prairies (c'est-à-dire les provinces du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta réunies). L'Ontario se situe au troisième rang avec un taux de 25 %, juste en dessous de la moyenne nationale de 26 %. C'est au Québec que le taux d'exclusivité est le plus bas (19 %).
- 89 % des familles débutent l'allaitement maternel dès la naissance. Parmi les 11 % des personnes qui restent, la majorité est constituée de familles monoparentales, de personnes plus jeunes et celles dont le niveau d'éducation est moins élevé, ce qui met en évidence l'importance des déterminants sociaux de la santé sur l'incidence de la pratique de l'allaitement maternel. Les raisons invoquées pour ne pas initier l'allaitement maternel sont notamment l'état de santé de la personne qui allaite ou du nourrisson, ou la perception que l'alimentation au biberon est plus facile.
- Quinze pour cent de ces personnes allaitent leur enfant au-delà de sa première année de vie.
- Les raisons de l'arrêt de l'allaitement<sup>6</sup> avant l'âge de six mois, peu importe la période durant laquelle l'allaitement maternel a été pratiqué, comprennent une production insuffisante de lait, réelle ou perçue, les difficultés liées à la technique d'allaitement et le fait que le nourrisson soit disposé ou non à manger des aliments solides (14).

Pour atteindre une plus grande prévalence de l'initiation, de l'exclusivité et de la poursuite de l'allaitement, il est important de comprendre les multiples variables qui influencent les résultats de la pratique de l'allaitement aux niveaux individuel, organisationnel et socioculturel.

- Au niveau individuel, l'allaitement maternel est influencé par de nombreux facteurs, notamment l'intention, l'expérience d'initiation, les objectifs d'allaitement, le niveau de confiance, le soutien de la famille, la présence de réseaux sociaux et l'accès à des aides à l'allaitement, y compris des consultantes en lactation (CL)<sup>G</sup> (15 à 12).
- Au niveau organisationnel, l'intégration des principes de l'Initiative des Amis des Bébé (IAB)<sup>G</sup> vise à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en précisant des normes minimales de soins (7, 21). Le **tableau 6** comprend une liste des principes de l'IAB tels qu'ils ont été élaborés par l'OMS et par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) (7, 21). En tant qu'autorité nationale pour l'IAB de l'OMS/UNICEF au Canada, le CCA assure un leadership stratégique dédié à la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en tant que norme culturelle, par l'élaboration, le financement, la fourniture et l'évaluation de services d'allaitement maternel tout au long de la période périnatale (21). Le CCA est composé d'une représentation multisectorielle de décideurs gouvernementaux, d'organisations professionnelles et communautaires, d'universités et d'organisations de consommateurs (21). Il fait le lien entre la mise en œuvre de l'IAB et d'autres programmes voués à la santé maternelle et à la saine alimentation des nourrissons, afin que cette initiative ne soit pas menée de manière isolée (21). Grâce au travail du CCA, l'intégration des principes de l'IAB dans les documents politiques nationaux pertinents est soutenue de manière active, notamment au moyen des processus tels que la législation, la certification, l'accréditation ou la réglementation (21). Au niveau provincial, l'IAB représente l'autorité du CCA en Ontario, en tant que contact avec les hôpitaux et les établissements communautaires, pour toutes les questions liées aux processus d'évaluation officiels de l'IAB (21, 22).

Outre la mise en œuvre des principes de l'IAB, il est essentiel de soutenir et d'adapter le « *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* » (appelé aussi le « Code ») et toute résolution sur l'allaitement maternel adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé<sup>G</sup> (3, 7). À cette fin, les administrateurs, le personnel et les pairs des organismes de soins de santé doivent s'engager à a) promouvoir l'allaitement maternel, b) ne pas accepter d'incitations financières ou matérielles de la part des fabricants de préparations pour nourrissons et c) ne pas fournir d'échantillons de préparations pour nourrissons sauf indication clinique ou à l'issue d'un processus de décision éclairé qui comprend les risques qui y sont associés (3, 7). En plus des efforts engagés par les individus et les organisations, la législation, la réglementation et l'application du « Code » par le gouvernement sont aussi essentielles.

- Dans une perspective socioculturelle plus large, l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement sont influencées par les normes et les comportements sociétaux dominants (23, 24). Ceux-ci définissent l'allaitement au-delà d'une fonction strictement biologique et comprennent des normes, des habitudes, des règles et des comportements qui peuvent influencer la décision de poursuivre ou de cesser l'allaitement. Voici quelques exemples de normes, d'habitudes, de points de vue et de comportements qui ont une incidence sur la pratique de l'allaitement dans une société occidentale type :
  - L'expression des inégalités entre les sexes, telles que le niveau d'indépendance de la personne qui allaite (y compris son indépendance financière) et sa capacité à prendre des décisions indépendamment de son partenaire et de sa famille.
  - Les attentes des parents, y compris les caractéristiques de ce qui est défini socialement comme le fait d'être de « bons » parents.
  - Le rôle et la valeur accordés aux personnes qui allaitent, y compris à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (par exemple sur le lieu de travail).
  - La possibilité de prendre des congés autorisés et forcés du travail, et de profiter d'un soutien et d'aménagements nécessaires à l'allaitement sur le lieu de travail lors du retour au travail.
  - Le symbolisme associé aux seins féminins peut façonner et influencer la perception de ce qui est jugé moralement acceptable pour la pratique de l'allaitement. Dans le cadre d'un contexte culturel plus large où les seins féminins sont associés à un symbolisme sexuel, ces attitudes peuvent générer les perceptions suivantes :
    - l'allaitement maternel est un acte qui convient uniquement aux nouveau-nés ou aux nourrissons;
    - l'allaitement ne doit pas avoir lieu dans les espaces publics ou, s'il est pratiqué en public, il doit être discret, car l'allaitement en public peut être considéré comme une forme d'exhibitionnisme;
    - l'allaitement peut affecter le charme et menacer le pouvoir et la féminité d'une personne, le cas échéant (24 à 26).

La culture influence les décisions relatives à l'allaitement, y compris l'intention et la durée, et les facteurs entourant ces décisions sont divers (23, 27). Les disparités des taux d'allaitement doivent être traitées et corrigées par des efforts d'éducation et de santé publique adaptés aux différences culturelles et aux obstacles qui en résultent (27).

L'allaitement maternel optimise la santé et le bien-être de la dyade mère-enfant. Il faut des stratégies coordonnées et menées parallèlement qui reconnaissent et intègrent les multiples composantes ayant une incidence sur l'allaitement maternel aux niveaux individuel, organisationnel et sociétal. De la même façon, les pratiques exemplaires réalisées sur la base des données probantes et qui soutiennent l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement sont justifiées.

**Tableau 6 : Mise en œuvre au niveau mondial et au Canada des « Dix mesures pour un allaitement maternel réussi » de l'« Initiative les Amis des bébés » de l'OMS/UNICEF**

« DIX MESURES POUR UN ALLAITEMENT MATERNEL RÉUSSI » (OMS/UNICEF)		« LES DIX ÉTAPES DE L'IAB ET LES INDICATEURS DE RÉSULTATS DU CODE DE L'OMS POUR LES HÔPITAUX ET LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES » (CCA)
METTRE L'ACCENT SUR :	LES PROCÉDURES DE GESTION CRITIQUES :	RESPECT DU « CODE INTERNATIONAL DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL »
ÉTAPE 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter pleinement le « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.</li> <li>Disposer d'une politique écrite en matière d'alimentation des nourrissons qui est régulièrement communiquée au personnel et aux parents.</li> <li>Mettre en place des systèmes de surveillance et de gestion des données en continu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposer d'une politique écrite en matière d'alimentation des nourrissons qui est régulièrement communiquée à l'ensemble du personnel, aux prestataires de soins de santé et aux bénévoles.</li> </ul>
ÉTAPE 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que le personnel démontre des connaissances, des compétences et des aptitudes suffisantes pour soutenir l'allaitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que l'ensemble du personnel, des prestataires de soins et des bénévoles possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'alimentation des nourrissons.</li> </ul>
METTRE L'ACCENT SUR :	LES PRATIQUES CLINIQUES CLÉS :	
ÉTAPE 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discuter de l'importance et de la gestion de l'allaitement avec les femmes enceintes et leur famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar les femmes enceintes et leur famille sur l'importance de l'allaitement maternel et ses processus.</li> </ul>
ÉTAPE 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter un contact peau-à-peau immédiat et ininterrompu et aider les mères à initier l'allaitement le plus tôt possible après la naissance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le contact ininterrompu peau-à-peau entre le bébé et la mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure, jusqu'à la fin de la première tétée, ou aussi longtemps que la mère le souhaite.</li> <li>Motiver les mères à détecter les signes montrant que leur bébé est prêt à téter, en leur offrant de l'aide au besoin.</li> </ul>

METTRE L'ACCENT SUR :	LES PRATIQUES CLINIQUES CLÉS :	
ÉTAPE 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les mères à initier et à maintenir l'allaitement, tout en gérant les difficultés courantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les mères à allaiter et à maintenir la lactation si elles sont confrontées à des difficultés (notamment la séparation d'avec leur enfant).</li> </ul>
ÉTAPE 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas donner d'aliments ou de liquides autres que le lait maternel aux nouveau-nés allaités, sauf indication médicale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les mères à allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois, sauf si des suppléments alimentaires sont médicalement indiqués pour le bébé.</li> </ul>
ÉTAPE 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permettre aux mères et à leur enfant de rester ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter la cohabitation 24 heures sur 24 de toutes les dyades mère-enfant : les mères et les nourrissons restent ensemble.</li> </ul>
ÉTAPE 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les mères à reconnaître les signes émis par son enfant lorsqu'il veut téter et à y répondre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager l'allaitement pratiqué en fonction des signes de faim du nourrisson. Encourager la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de six mois par l'introduction appropriée d'aliments complémentaires.</li> </ul>
ÉTAPE 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseiller les mères à propos de l'utilisation des biberons et des tétines et les sensibiliser quant aux risques associés à leur utilisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les mères à allaiter et à prendre soin de leur bébé sans utiliser de tétines artificielles (porte-tétines ou tétines).</li> </ul>
ÉTAPE 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner le congé de l'hôpital afin que les parents et leur enfant aient accès en temps voulu à un soutien et à des soins continus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une transition sans heurts entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaires et les programmes de soutien par les pairs.</li> <li>Appliquer les principes inhérents aux soins de santé de première ligne et communautaire pour assurer le continuum de soins et mettre en œuvre des stratégies qui touchent les principaux facteurs qui permettront d'améliorer les résultats de l'allaitement.</li> </ul>

Sources : Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 2018. Orientations de mise en œuvre [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2018; et Comité canadien pour l'allaitement. The BFI 10 Steps and WHO Code outcome indicators for hospitals and community health services. [Lieu inconnu] : Comité canadien pour l'allaitement; 2017.

Remarque : Le **tableau 6** reflète les révisions apportées par l'OMS/UNICEF en 2018 aux « Dix mesures pour un allaitement maternel réussi ». Les différentes interprétations des « Dix mesures pour un allaitement maternel réussi » et « Les dix étapes de l'IAB et les Indicateurs de résultats du Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaire » reflètent le continuum de soins au sein et à l'extérieur des hôpitaux canadiens. Élaborées par le CCA, « Les dix étapes de l'IAB et les indicateurs de résultats du Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires » décrivent les dix normes que doivent respecter les établissements de santé canadiens pour fournir un soutien essentiel afin d'optimiser les résultats de l'allaitement pour les nourrissons et les personnes qui allaitent. Il a été publié en 2017 avant les révisions de l'OMS/UNICEF des « Dix étapes pour un allaitement maternel réussi » (7, 21).

# Recommandations relatives à la pratique

## QUESTION DE RECHERCHE N° 1 :

**Quels sont les outils, processus et stratégies efficaces utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour évaluer les personnes enceintes et les personnes après l'accouchement pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?**

**Interventions d'évaluation pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel (de la naissance à l'âge de deux ans, ou après)**

### RECOMMANDATION 1.1 :

Évaluer le processus d'allaitement maternel, à l'aide d'outils validés et fiables, pendant la grossesse et aux étapes clés de la lactogénèse, notamment :

1. Au cours de la première étape (c'est-à-dire dans les 24 heures suivant l'accouchement et avant la sortie de l'unité des naissances), pour soutenir l'initiation de l'allaitement maternel.
2. Pendant la transition de la phase I à la phase II, (c'est-à-dire entre le deuxième et le huitième jour post-partum), pour favoriser une augmentation significative du volume de lait maternel.
3. Pendant les phases II et III, (c'est-à-dire à partir du neuvième jour post-partum, environ, et par la suite) pour favoriser le maintien de la production de lait maternel, tant que l'allaitement se poursuit.

**Niveau des données probantes : IV**

**Qualité des données probantes aux fins du résumé : Modéré = 4**

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

L'évaluation du processus d'allaitement est complète et a lieu tout au long de la période périnatale (16). Elle commence pendant la période **prénatale** et se poursuit pendant le **post-partum**, en suivant les différentes étapes de la lactogénèse<sup>G</sup> (décrites dans le **tableau 7**). L'évaluation du processus d'allaitement intègre une approche holistique centrée sur la personne et qui reconnaît les facteurs physiologiques et psychologiques individuels ayant une influence sur la dyade mère-enfant (16, 18, 28). Les résultats d'une évaluation peuvent être utilisés pour soutenir les besoins de la dyade mère-enfant et déterminer à quel niveau des interventions supplémentaires peuvent être justifiées (16, 18, 28).

Chacune des composantes du processus d'allaitement est abordée ci-dessous, mais ces facteurs peuvent être évalués simultanément et sont souvent liés les uns aux autres. L'évaluation de l'allaitement maternel doit être effectué à partir d'outils validés et fiables<sup>G</sup>, lorsqu'ils sont disponibles. Trois exemples d'outils d'évaluation de l'allaitement maternel sont décrits dans le **tableau 8**.

### Évaluation des composantes du processus d'allaitement maternel au stade prénatal

L'évaluation de l'allaitement commence au stade prénatal et comprend des éléments tels que les intentions de la personne relativement à l'allaitement, son attitude, ses connaissances, son niveau d'auto-efficacité ou de confiance en soi en matière d'allaitement et le soutien social (16, 18). Les évaluations prénatales permettent de déterminer la probabilité de poursuite de l'allaitement et de cerner les problèmes et les défis potentiels (16, 18). Cela permet (a) de répondre aux préoccupations; (b) d'avoir une influence positive sur les intentions d'allaitement et l'auto-efficacité; et (c) de commencer l'éducation à l'allaitement, soit individuellement, soit dans le cadre de cours prénataux (16, 18).

*Remarque* : Les données sur l'évaluation de l'allaitement se sont limitées aux participantes qui étaient en post-partum; elles ne comprenaient pas les participantes enceintes. Cependant, les chercheurs ont signalé que l'évaluation prénatale devrait être ajoutée pour soutenir le processus d'allaitement.

## Évaluation des composantes du processus d'allaitement dans la période post-partum

### *Positionnement et prise du sein*

Le positionnement et la prise du sein sont fortement associés à la réussite de l'allaitement et doivent régulièrement faire l'objet d'une évaluation (16, 28). Après l'accouchement, et avant la sortie de l'hôpital ou d'une autre unité des naissances<sup>c</sup>, une séance d'allaitement complète doit être observée et évaluée pour déterminer la qualité du positionnement et de la prise du sein, ainsi que le niveau de confort de la personne qui allaite (16, 18).

### *Approvisionnement en lait maternel*

Il convient d'évaluer le mode d'allaitement afin de déterminer la qualité de l'approvisionnement en lait maternel, et de répondre à toute préoccupation relativement à la possibilité d'une insuffisance de lait maternel (et de colostrum), car ces inquiétudes sont généralement la cause la plus fréquente d'interruption de la pratique de l'allaitement maternel (16, 18, 28). Dans le cadre du processus d'évaluation, il convient de mettre l'accent sur la fréquence et la durée illimitées des séances d'allaitement, y compris la nuit, afin de favoriser l'établissement de la lactation, étant donné que les niveaux de prolactine<sup>c</sup> sont souvent à leur maximum au cours des huit premières semaines suivant la naissance (18).

Tout facteur de risque de réduction de l'approvisionnement en lait maternel ou de retard dans l'établissement de l'approvisionnement en lait dans le cadre de la lactogénèse doit faire partie d'une évaluation. Cela comprend la séparation de la dyade mère-enfant en raison d'une maladie ou d'examen cliniques, l'utilisation de suppléments de lait maternisé, la naissance par césarienne, l'obésité ou la chirurgie du sein (y compris la réduction ou l'augmentation mammaire) (16, 18). L'annexe F comprend des exemples d'autres facteurs de risque pouvant affecter l'approvisionnement en lait maternel et le retard de la lactogénèse.

### *Transfert de lait maternel*

L'évaluation du transfert du lait maternel doit inclure le nourrisson et la personne qui allaite, car le transfert effectif du lait est influencé par la dyade mère-enfant. Pour le nourrisson, la qualité du schéma de succion et de déglutition doit faire partie de l'évaluation de l'allaitement (16, 28). Un manque de coordination entre la succion et la déglutition ou une fixation inadéquate au sein due à un positionnement et une prise du sein inadéquats peuvent affecter le transfert du lait. Pour la personne qui allaite, le transfert du lait maternel est influencé par la stimulation du sein qui découle de la succion et du réflexe d'éjection du lait<sup>c</sup>. Tout facteur de risque pouvant affecter le transfert adéquat du lait maternel—comme des canaux obstrués, des douleurs au mamelon ou des mamelons plats ou inversés—doit être évalué (16, 28).

La **recommandation 2.3** comprend une discussion sur les préjudices associés à un positionnement inadéquat et une prise du sein inefficace, tels que des douleurs et des traumatismes au niveau des mamelons.

### *Préoccupations concernant l'allaitement maternel*

Un soutien devrait être accordé aux personnes qui allaitent pour la première fois ou qui ont déjà éprouvé des difficultés liées à l'allaitement, et qui ont des préoccupations ou des questions particulières (16, 18). L'évaluation doit comprendre tout problème d'allaitement possible ou réel, comme une insuffisance en lait maternel, une douleur au mamelon ou un positionnement inadéquat et une prise du sein inefficaces, afin de favoriser l'acquisition de connaissances en matière d'allaitement maternel et assurer un niveau de confiance adéquat (16).

### **Réseau de soutien**

Le réseau de soutien d'une personne peut influencer positivement l'intention, l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement (18). Le fait qu'un partenaire ou, dans une moindre mesure, d'autres membres de la famille ne sont pas favorables à la pratique de l'allaitement maternel, peut entraîner des conséquences négatives, notamment un taux d'initiation plus faible (16, 18).

### **Auto-efficacité en matière d'allaitement maternel**

L'auto-efficacité ou le sentiment de confiance en lien avec l'allaitement maternel doit être évalué afin de déterminer la perception d'une personne quant à sa capacité à pratiquer l'allaitement maternel (16-18). Une évaluation de l'auto-efficacité, à l'aide d'un outil validé et fiable, peut permettre de prédire la décision de la personne d'allaiter ou non, la quantité de soutien nécessaire ainsi que l'influence des opinions et des croyances personnelles sur l'augmentation de la probabilité ou de l'échec des tentatives d'allaitement, de même que de la réponse aux difficultés rencontrées (18). Au début de la période post-partum, une évaluation de l'auto-efficacité permet de cerner et de traiter les problèmes d'allaitement. Des niveaux faibles d'auto-efficacité sont associés à un risque accru d'arrêt de l'allaitement et à une perception d'insuffisance de lait maternel, ce qui peut conduire à un recours inutile à des suppléments ou à des produits visant à stimuler la production de lait maternel (18). Un exemple d'outil de mesure de l'auto-efficacité d'allaitement (Breastfeeding Self-Efficacy Scale [BSES]) (29) est décrit dans le **tableau 8**.

### **Risque de troubles de l'humeur**

Le dépistage d'un risque de troubles de l'humeur périnataux doit être inclus dans le cadre d'une évaluation de l'allaitement, car la dépression ou l'anxiété périnatale sont courantes et elles sont associées à l'arrêt de l'allaitement (16, 18). Les personnes qui allaitent, en particulier les primipares<sup>6</sup>, peuvent présenter un niveau de stress et un risque de troubles de l'humeur accrus en raison de la transition de leur rôle vers la parentalité, des attentes personnelles ou familiales et du manque d'expérience en matière d'allaitement maternel (16-18).

## **Évaluation du nouveau-né par rapport à l'allaitement**

L'évaluation physique du nouveau-né comprend l'évaluation de la capacité à prendre le sein et à coordonner la succion, la déglutition et la respiration (28). Des évaluations en série des paramètres du nourrisson, comprenant notamment le rendement à l'allaitement, le comportement, la croissance et le poids, doivent être effectuées à intervalles réguliers, à mesure que le nouveau-né grandit; ces paramètres témoignent de la qualité du transfert du lait maternel et du développement normal du nourrisson (18, 28).

La cavité buccale doit être examinée pour en vérifier la symétrie ainsi que la présence de toute limitation de mobilité au niveau de la langue (c'est-à-dire l'ankyloglossie<sup>6</sup>, connue aussi sous le nom de « langue attachée ») (28). Sur la base des résultats, une évaluation de suivi par un médecin peut être indiquée (28). **L'annexe E** comprend une description de l'ankyloglossie et des liens maxillaires, des conséquences d'une malformation sur l'allaitement et un aperçu de la frénotomie.

## **Évaluation du processus d'allaitement maternel à l'aide d'outils valides et fiables**

Pour garantir une approche cohérente et systématique de l'évaluation, des outils fiables et valables sont recommandés (16, 18). Le **tableau 8** décrit trois exemples d'outils issus des données probantes qui peuvent être utilisés pour évaluer les composantes du processus d'allaitement. Ces outils favorisent la cohérence entre le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les pairs dans l'évaluation de la dyade mère-enfant. Les résultats obtenus à l'aide de ces outils peuvent mettre en évidence les situations où un soutien et une assistance supplémentaires à l'allaitement peuvent être indiqués pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement (16).

## Évaluation de l'allaitement maternel aux phases clés de la lactogénèse

Après l'accouchement, les évaluations de l'allaitement menées par le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les pairs doivent suivre les différentes phases de la lactogénèse, jusqu'à l'âge de six mois ou plus (selon les besoins) (16, 18, 28). Le **tableau 7** décrit les phases de la lactogénèse, de l'apparition du lait maternel jusqu'à l'arrêt du processus d'allaitement.

**Tableau 7 : Phases de la lactogénèse**

PHASES DE LA LACTOGENÈSE	DESCRIPTION
<b>Phase I (différenciation sécrétoire)</b>	À partir de la mi-grossesse, jusqu'au deuxième ou troisième jour du post-partum, les seins développent leur capacité de sécréter du lait, y compris la sécrétion de colostrum.
<b>Phase II (activation sécrétoire)</b>	À partir du deuxième ou troisième jour du post-partum, jusqu'au huitième jour, le volume du lait maternel augmente rapidement puis se stabilise brusquement.
<b>Stade III (galactopoïèse)</b>	À partir du neuvième jour du post-partum environ, le maintien du volume de lait maternel est assuré par un principe d'offre et de demande.
<b>Phase IV (involution)</b>	L'involution se produit, en moyenne, 40 jours après le dernier allaitement, lorsque cesse la sécrétion de lait maternel.

Source : Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 5<sup>e</sup> édition améliorée Burlington (MA) : Jones & Bartlett Learning; 2014.

Des évaluations devraient être effectuées au fur et à mesure que se développe et s'établit l'offre de lait maternel (16, 18, 28). Dans la présente ligne directrice, les phases de la lactogénèse sont utilisées pour illustrer le processus de lactation et soutenir l'importance des calendriers normalisés d'évaluation. Chacune des études primaires citées soutenait le principe de l'évaluation tout au long de la lactogénèse, mais la terminologie manquait de cohérence. Cependant, les définitions étaient en accord avec les phases de la lactogénèse.

Pour favoriser l'initiation de l'allaitement ainsi que la phase I de la lactogénèse, des évaluations devraient avoir lieu dans les 24 heures suivant l'accouchement et avant la sortie de la maternité (16, 18, 28). Une évaluation de suivi précoce après la sortie de la maternité doit avoir lieu dans le cadre de soins primaires ou communautaires, dans une clinique d'allaitement ambulatoire ou au domicile de la personne qui allaite. Cette évaluation soutient l'allaitement au-delà des premiers jours, au fur et à mesure que la production de lait augmente et que les seins se gorgent de lait, conformément à la phase II de la lactogénèse (18). Cette évaluation est une bonne occasion de discuter de toute préoccupation relative à l'allaitement et de déterminer les interventions appropriées, le cas échéant (18). Dans le cadre de la phase III de la lactogénèse, l'évaluation jusqu'à six mois ou plus, selon les besoins, soutient l'allaitement exclusif et continu, avec l'introduction d'aliments complémentaires et d'autres liquides (16, 18, 28).

### Avantages et inconvénients

Les avantages des évaluations utilisant l'outil LATCH (ou d'autres instruments valables) comprennent une réduction de l'allaitement maternel non exclusif, grâce à des interventions correctives et à l'identification précoce des dyades mère-enfant qui ont besoin d'un soutien supplémentaire, notamment de la part d'une consultante en lactation (28). Le **tableau 8** décrit en détail l'outil LATCH.

## Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à une évaluation de l'allaitement qui soit complète et qui reconnaît l'importance de la dyade mère-enfant, l'importance physiologique de l'allaitement et l'influence du soutien psychosocial (partenaires et autres membres de la famille). Les évaluations continues jusqu'à l'âge de six mois ou plus sont considérées comme une stratégie de soutien précieuse pour soutenir l'allaitement exclusif et continu alors que de nombreuses personnes cessent de pratiquer l'allaitement maternel.

## Notes de pratique

Le **tableau 8** donne trois exemples d'outils d'évaluation validés et fiables qui comprennent des éléments du processus d'allaitement maternel, notamment le positionnement et la prise du sein, l'approvisionnement en lait maternel et l'auto-efficacité en allaitement (16, 18, 29).

- L'outil d'évaluation LATCH évalue cinq éléments clés de l'allaitement maternel, dont le positionnement et la prise du sein ainsi que le niveau de confort associé à la prise du sein (30).
- L'échelle de lactation Hill et Humenick (H et H) évalue le positionnement, la prise du sein et l'approvisionnement en lait (31).
- L'échelle BSES-SF évalue l'auto-efficacité de l'allaitement maternel (29).

**Tableau 8 : Exemples d'outils d'évaluation de l'allaitement maternel tirés de la revue systématique de la littérature**

	OUTIL D'ÉVALUATION PRÉNATAL LATCH POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	ÉCHELLE DE LACTATION DE HILL ET HUMENICK (H ET H)	VERSION ABRÉGÉE DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTO-EFFICACITÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (BSES-SF)
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Normaliser (a) une évaluation complète et systématique au point d'intervention et (b) la consignation au dossier ou la documentation par le personnel infirmier ou un membre de l'équipe interprofessionnelle.</li> <li>■ L'outil soutient l'utilisation de mesures d'évaluation cohérentes d'une séance d'allaitement observée et de tout l'enseignement prodigué en réponse au score total.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesurer la quantité de lait maternel perçue après l'accouchement et jusqu'à huit semaines après la naissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesurer la capacité perçue à allaiter et prédire l'intention d'allaiter et la durée de l'allaitement en tant que comportement lié à la santé pendant la période prénatale et jusqu'à six mois après l'accouchement.</li> </ul>

	OUTIL D'ÉVALUATION PRÉNATAL LATCH POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	ÉCHELLE DE LACTATION DE HILL ET HUMENICK (H ET H)	VERSION ABRÉGÉE DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTO-EFFICACITÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (BSES-SF)
<b>Composantes de l'outil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cinq sous-échelles qui dénotent les composantes clés de l'allaitement.</li> <li>■ Utilise un acronyme (LATCH) :                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>L</b> = la qualité de la prise du sein du bébé</li> <li><b>A</b> = nombre de déglutitions audibles</li> <li><b>T</b> = type de mamelon</li> <li><b>C</b> = niveau de confort lors de l'allaitement</li> <li><b>H</b> = aide nécessaire à la mère pour placer le nourrisson au sein</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trois sous-échelles :                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niveau d'engagement en faveur de l'allaitement maternel.</li> <li>2. Satisfaction.</li> <li>3. Perception de la satiété du nourrisson après l'allaitement.</li> </ol> </li> <li>■ Un instrument d'auto-évaluation en 20 points qui utilise une échelle de Likert à 7 points où 1 = pas du tout d'accord et 7 = tout à fait d'accord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une échelle en 14 points rédigée de manière positive et complétée par une auto-évaluation.</li> <li>■ Utilise une échelle de Likert à 5 points où 1 = pas du tout confiant et 5 = toujours confiant.</li> <li>■ Les éléments de l'échelle sont les suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> déterminer si le nourrisson reçoit suffisamment de lait maternel;</li> <li><input type="checkbox"/> la réussite de l'allaitement maternel;</li> <li><input type="checkbox"/> parvenir à satisfaire les demandes d'allaitement du nourrisson.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pointage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une note numérique de 0, 1 ou 2 est attribuée aux cinq éléments de l'outil.</li> <li>■ La note totale obtenue à l'aide de l'outil est de 0 à 10. Modélisation du système de notation Apgar (Apparence, Pouls, Grimace, Activité et Respiration), où un score plus élevé indique une amélioration des résultats.</li> <li>■ Un score total inférieur à 10 indique qu'un soutien supplémentaire est recommandé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés d'engagement, de satisfaction et de perception de la satiété infantile.</li> <li>■ Les scores totaux varient de 20 à 140.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La fourchette totale des scores est de 15 à 70. Des scores plus élevés indiquent la probabilité de réussir l'allaitement en raison d'un niveau de confiance plus élevé.</li> <li>■ Des scores plus élevés sont associés de manière importante à une réduction du risque d'arrêt de l'allaitement avant six mois lorsqu'ils sont mesurés 72 heures après l'accouchement (15, 16).</li> <li>■ Des scores plus faibles indiquent la nécessité d'interventions précoces supplémentaires pour renforcer l'auto-efficacité de l'allaitement.</li> </ul>

	OUTIL D'ÉVALUATION PRÉNATAL LATCH POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	ÉCHELLE DE LACTATION DE HILL ET HUMENICK (H ET H)	VERSION ABRÉGÉE DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTO-EFFICACITÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (BSES-SF)
<p><b>Corrélation avec les résultats de l'allaitement ou d'autres outils d'évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il existe une faible corrélation positive entre les scores moyens LATCH et BSES-SF au début du post-partum (14).</li> <li>■ Il existe une relation importante entre le moment du début de l'allaitement et les scores LATCH moyens (14). Par exemple, les personnes qui ont allaité dans les 30 premières minutes suivant l'accouchement ont obtenu un score LATCH plus élevé que celles qui ont allaité pendant une période allant de la première heure à quatre heures (14).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des scores élevés sur l'échelle de lactation H et H sont associés à des scores élevés sur l'échelle BSES-SF (14).</li> </ul>	<p>Les scores moyens les plus élevés sur l'échelle BSES-SF sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé et qui ont suivi des cours prénataux portant sur l'allaitement (14).</li> <li>■ Un lien important a été observé avec la parité, car les personnes ayant déjà allaité obtiennent des scores moyens BSES-SF plus élevés (14).</li> <li>■ Des scores BSES-SF plus faibles sont associés aux éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ l'utilisation accrue de préparations pour nourrissons ou d'un galactagogue (un stimulant de la lactation comme la dompéridone);</li> <li>□ un manque de soutien de la part du personnel infirmier ou d'un membre de l'équipe interprofessionnelle, ou du partenaire, de la famille ou du réseau social de la personne (15, 16).</li> </ul> </li> </ul>

RECOMMANDATIONS

	OUTIL D'ÉVALUATION PRÉNATAL LATCH POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	ÉCHELLE DE LACTATION DE HILL ET HUMENICK (H ET H)	VERSION ABRÉGÉE DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTO-EFFICACITÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (BSES-SF)
<b>Fiabilité et validité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fiabilité élevée, car il mesure avec cohérence les composants du LATCH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les sous-échelles montrent des niveaux modérés à élevés de cohérence interne (fiabilité) et de validité prédictive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une échelle avec des niveaux élevés de validité et de fiabilité.</li> </ul>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'utilisation de l'outil après l'accouchement et à la suite du congé de l'hôpital n'a pas été étudiée.</li> <li>■ L'outil est conçu pour permettre une documentation cohérente. Pour être efficaces, les résultats doivent être partagés avec la personne qui allaite afin de répondre à ses besoins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'outil n'a pas permis de faire la différence entre l'alimentation combinée (c'est-à-dire l'allaitement maternel et l'utilisation de lait maternisé) et l'allaitement maternel exclusif, ces deux méthodes d'alimentation ayant obtenu des scores similaires. Les méthodes d'alimentation combinées sont associées à une diminution de l'allaitement exclusif et soutenu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le groupe des participants à l'étude était homogène (par exemple, des Canadiennes mariées de race blanche).</li> <li>■ Pour accroître l'utilisation de l'échelle, elle doit être testée à différents moments de la période périnatale, sur un échantillon plus diversifié. <b>Remarque :</b> Suite à la publication de cette étude, le BSES-SF a été traduit dans différentes langues et testé auprès de diverses populations de mères.</li> </ul>

Sources : Dennis CL et Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Res Nurs Health. 1999 Oct; 22 (5):399-409; Hill, PD, Humenick SS. Development of the H & H Lactation Scale. Nurs Res. 1996; 45 (3):136-40; and Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994; 23 (1):27-32.

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>EXEMPLES D'OUTILS D'ÉVALUATION</b>	
Sartorio BT, Coca KP, Marcacine KO, et coll. Breastfeeding assessment instruments and their use in clinical practice [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2017 Mar;38(1):e64675. Peut être consulté au : <a href="http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170164675.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170164675.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une revue de la littérature portant sur les outils d'évaluation de l'allaitement utilisés pour évaluer la probabilité de sevrage précoce (Breastfeeding Attrition Prediction Tool, BAPT) et la perception/comportement des personnes pendant l'allaitement (BSES-SF et échelle Iowa Infant Feeding Attitudes).</li> </ul>
Ingram J, Johnson D, Copeland M, et coll. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. Midwifery. 2015; 31 (1) : 132-37.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'objectif de cette étude était d'élaborer un outil d'évaluation de l'allaitement afin de mieux illustrer le positionnement et la prise du sein optimaux et pour décrire les changements observés suite à la correction d'une « langue attachée ».</li> <li>■ Le Bristol Breastfeeding Assessment Tool (BTAT) peut être utilisé dans le cadre de recherches visant à donner de meilleurs conseils à propos de l'auto-efficacité de l'allaitement. L'outil peut aussi servir dans un cadre clinique.</li> </ul>
Nehring-Gugulska M, Zukowska-Rubik M, Stonnicka-Stolarska P, et coll. Protocol of sucking skills of nursing infant [Internet]. Postepy Neonatologi. 2014;1(20):53–65 (fragments). Peut être consulté au : <a href="http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/protocol_of_sucking.pdf">http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/protocol_of_sucking.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un outil d'évaluation des capacités de succion des nourrissons allaités au début du post-partum, et dans les premiers jours et les premières semaines suivant la sortie de l'hôpital.</li> </ul>
Breastfeeding Intake Assessment [Internet]. Toronto (Ontario) : Hôpital pour enfants malades (Sick Kids); c1994-2014. Peut être consulté au : <a href="http://www.sickkids.ca/breastfeeding-program/education/index.html">http://www.sickkids.ca/breastfeeding-program/education/index.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une série éducative en ligne sur l'allaitement maternel, destinée aux prestataires de soins de santé, comprenant un module pour l'évaluation du positionnement, de la prise du sein et le transfert du lait lors de l'allaitement.</li> </ul>

## ÉVALUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DU NOUVEAU-NÉ

Galerie de photos de Aby J. [Internet]. Palo Alto (Californie) : Stanford University Newborn Nursery; c2017. Peut être consulté au : <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery.html>

- Une galerie de photos des caractéristiques physiques des nouveau-nés, présentées à des fins de formation sur le site Internet de l'école de médecine de l'université de Stanford. Comprend une série de photos de la bouche et des réflexes neurologiques des nouveau-nés (par exemple, réflexe de succion et réflexe des points cardinaux) pertinents pour l'évaluation de l'allaitement.

Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, *et coll.* Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. *J Hum Lact.* 2016; 32 (1) : 35-45.

- Une revue systématique qui définit, compare et examine de manière critique les instruments relatifs à la BSE.
- La revue conclut qu'il existe plusieurs instruments valables concernant l'auto-efficacité de l'allaitement qui devraient être mis en œuvre dans les établissements cliniques, notamment le BSES et le BSES-SF.
- Les critères de sélection des instruments doivent être basés sur des variables telles que le temps disponible, le moment de la grossesse et du post-partum, et le domaine d'intérêt principal.

## QUESTION DE RECHERCHE N° 2 :

**Quels sont les interventions ou programmes utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?**

**Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial (de la naissance à la première heure de la vie ou une fois que la situation devient cliniquement stable)**

### RECOMMANDATION 2.1 :

Faciliter le contact peau-à-peau au sein de la dyade mère-enfant, immédiatement après l'accouchement ou une fois que la situation est cliniquement stable.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 2; Moyenne = 1

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Le contact peau-à-peau correspond au placement d'un nouveau-né – nu ou portant une couche et un bonnet – couché sur la poitrine nue d'une personne, et qui est protégé par des couvertures préchauffées pour éviter la perte de chaleur (32). Le contact peau-à-peau favorise le contact étroit au sein de la dyade mère-enfant (32).

Le contact peau-à-peau est l'un des principes des « *Dix mesures en faveur d'un allaitement maternel réussi* » de l'OMS/UNICEF et contribue à l'initiation et à l'exclusivité de l'allaitement maternel (32 - 33). (Voir le **tableau 6** pour plus de détails). Bien que le contact peau-à-peau ne soit pas exclusif à la mère, les données probantes présentées dans ce résumé concernent uniquement la dyade mère-enfant cliniquement stable (c'est-à-dire que le nourrisson est né en bonne santé, à terme ou à un stade avancé de la grossesse, sans présence de liquide amniotique teinté de méconium ni de détresse cardiaque ou respiratoire, et dont le poids est de 2500 grammes ou plus; les signes vitaux de la personne qui allaite et la perte de sang post-partum étaient dans les limites normales) (32 - 33). La section Ressources de soutien comprend des exemples d'études sur le contact peau-à-peau impliquant des partenaires.

Le contact peau-à-peau a un effet positif sur l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement jusqu'à six mois par rapport au contact conventionnel (32). Un nombre nettement moins important de problèmes d'allaitement, notamment de positionnement et de prise du sein, ou une perception d'insuffisance de lait maternel ont été signalés (32). L'initiation du contact peau-à-peau immédiatement après la naissance met en évidence la présence d'un sentiment accru de confiance et de maîtrise face à l'allaitement, une augmentation de la sensibilité et de la réactivité aux signes de faim du nourrisson et l'établissement d'un lien et d'un attachement plus fort (32). Des paramètres comme la préparation à la tétée, la présence du réflexe des points cardinaux, la prise du sein et le mode de tétée ont tous été des bons prédicteurs de la probabilité d'un premier allaitement réussi (32). Le taux de glucose moyen des nourrissons était plus élevé suite à un contact peau-à-peau (32).

Après une naissance par césarienne, les personnes qui allaitent ont déclaré que le contact peau-à-peau plus précoce avec le nourrisson créait une approche plus détendue de l'allaitement qui facilitait la prise du sein (34). La prise de la température du nouveau-né immédiatement après un contact peau-à-peau pendant une heure après la naissance par césarienne, n'ont montré aucun risque accru d'hypothermie transitoire (35). Des recherches supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires (32).

### Avantages et inconvénients

Le contact peau-à-peau évite de séparer le nouveau-né de la personne qui l'allait et offre une stimulation sensorielle physiologique bénéfique, notamment par le toucher, la chaleur et l'odeur (32). Le contact peau-à-peau déclenche une augmentation des niveaux d'ocytocine<sup>6</sup> qui raccourcit le temps d'expulsion du placenta et réduit l'ampleur de l'hémorragie post-partum (33). Le contact peau-à-peau stabilise la température du corps du nourrisson par une augmentation de la température de la peau du sein, qui agit efficacement comme une source de chaleur radiante (32). Pour les nouveau-nés qui ont été mis en contact peau-à-peau en salle d'opération à la suite d'une césarienne, aucune différence significative n'a été observée dans le score d'Apgar ou au niveau des admissions en unité néonatale de soins intensifs (UNSI) : leurs signes vitaux étaient stables, avec des fréquences cardiaques et respiratoires plus basses et une glycémie dans des limites normales (32, 34).

Dans de rares cas, un arrêt cardio-respiratoire subit d'un nourrisson est un événement malheureux qui peut survenir à la suite d'un contact peau-à-peau précoce (SUPC) (32). Il peut se produire lors de la première tentative d'allaitement chez les nouveau-nés en bonne santé nés à la 35<sup>e</sup> semaine de gestation ou après (32). Lors d'un tel événement, le nourrisson a besoin d'une réanimation cardio-pulmonaire et d'une ventilation mécanique pour éviter la mort ou une encéphalopathie (36). L'incidence des arrêts cardio-respiratoires subits chez les nourrissons est de 2,6 à 5,0 cas pour 100 000 naissances vivantes et les taux de mortalité sont de 0 à 1,1 pour 100 000 naissances vivantes (32).

Les données probantes suggèrent la tenue d'évaluations régulières pour réduire le risque d'arrêt cardio-respiratoire subit, notamment en ce qui concerne le positionnement (la bouche et le nez doivent être visibles et dégagés), la couleur de la peau, l'effort et le rythme respiratoire, les niveaux de saturation en oxygène et la température subaxillaire (36). Les établissements de soins aigus utilisant le contact peau-à-peau doivent mettre en place des normes de pratique prévoyant l'évaluation des risques liés aux arrêts cardio-respiratoires des nourrissons, y compris une évaluation permettant d'assurer le positionnement sûr du nourrisson. Une formation sur la prise en charge de tout signe d'instabilité survenant lors d'un contact peau-à-peau – tel qu'un arrêt cardio-respiratoire causé par l'obstruction des voies aériennes et l'asphyxie – est indiquée (32). Aucune étude traitant de l'occurrence d'arrêts cardio-respiratoires lors d'un contact peau-à-peau n'a été trouvée. Des recherches supplémentaires pour déterminer les mesures de sécurité à adopter et le niveau de risque sont nécessaires.

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée au contact peau-à-peau pratiqué immédiatement après la naissance en tant que moyen permettant de favoriser un contact étroit, la création de liens, l'attachement et l'initiation de l'allaitement.

### Notes de pratique

La durée optimale du contact peau-à-peau immédiatement après la naissance n'a pas été établie, car les exemples trouvés comprenaient des contacts d'une durée de 35 à 60 minutes ou plus (32 -33). Aucun avantage évident n'a été constaté lorsque la durée du contact peau-à-peau était supérieure ou inférieure à une heure (32).

Il n'existe pas suffisamment de données probantes quant au moment où le contact peau-à-peau produit un effet optimal pour l'initiation de l'allaitement (32). Dans certaines études, le premier contact peau-à-peau a eu lieu immédiatement après la naissance, et toutes les procédures de routine pour les nouveau-nés, telles que la mesure de la taille et du poids, la prophylaxie oculaire et l'injection de vitamine K, ont été reportées jusqu'après le contact peau-à-peau ou après la fin de la première tétée (32). Dans d'autres études, le contact peau-à-peau a été retardé brièvement ou jusqu'à 30 minutes ou plus, soit après les procédures de routine, le bain et l'examen physique (32).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>RESSOURCES POUR LA PRATIQUE DU CONTACT PEAU-À-PEAU</b>	
<p>Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La recommandation 48 de cette ressource encourage le contact peau-à-peau dans l'heure qui suit la naissance pour les nouveau-nés sans complications, afin de faciliter l'allaitement.</li> </ul>
<p>Learning to Breastfeed [Internet]. Toronto (Ontario) : Ville de Toronto; c1998-2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/breastfeeding/breastfeeding-your-baby/learning-to-breastfeed/">https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/breastfeeding/breastfeeding-your-baby/learning-to-breastfeed/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressource Web sur le contact peau-à-peau, comprenant une vidéo démontrant comment maintenir le contact peau-à-peau lors de l'admission dans une unité post-partum.</li> </ul>
<p>Research on Skin-to-Skin Contact [Internet]. Londres (R.-U.) : UNICEF Royaume-Uni; c2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/">https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sélection d'études qui ont porté sur l'effet du contact peau-à-peau sur l'allaitement.</li> </ul>
<b>CONTACT PEAU-À-PEAU ET NAISSANCES PAR CÉSARIENNE</b>	
<p>Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together— it's best for mother, baby, and breastfeeding. J Perinat Educ. 2014; 23 (4):211-7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un article de synthèse examinant les avantages du contact peau-à-peau immédiatement après l'accouchement par voie vaginale ainsi que pendant et après les césariennes, pour toutes les dyades mère-enfant stable, quelle que soit la préférence alimentaire.</li> </ul>
<p>Skin-to-skin C-sections promote health, bonding [Vidéo]. Toronto (Ontario) : [Sunnybrook Health Sciences Centre]; c2018 (mis à jour le 7 mai 2014). Peut être consulté au : <a href="https://sunnybrook.ca/media/item.asp?i=1125">https://sunnybrook.ca/media/item.asp?i=1125</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une courte présentation vidéo du Sunnybrook Health Sciences Centre à Toronto, Ontario, Canada, qui propose un contact peau-à-peau lors de la naissance par césarienne, sur demande, et s'il est cliniquement approprié de le faire.</li> <li>■ La vidéo présente le Dr Jon Barrett, chef de la médecine materno-fœtale au Sunnybrook Health Sciences Centre.</li> </ul>

## CONTACT PEAU-À-PEAU ET NAISSANCES PAR CÉSARIENNE

Elsaharty A, McConachie I. Skin to skin : a modern approach to cesarean delivery. *J Obstet Anesthesia Critical Care*. 2017; 7 (1):13-9.

- Un article synthèse examinant les avantages du contact peau-à-peau pour la dyade mère-enfant. L'article examine aussi l'adéquation des patients et les aspects pratiques de la mise en œuvre du contact peau-à-peau, y compris la dotation en personnel et les soins au bébé.
- L'article traite des conséquences pour les intervenants en anesthésie en salle d'opération.

## AVANTAGES DU CONTACT PEAU-À-PEAU POUR LES PARTENAIRES

Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes : an integrative review. *Midwifery*. 2016;40:207-17.

- Cet article de synthèse fait la promotion du contact peau-à-peau avec le père d'un nouveau-né, en particulier lorsque la personne qui allaite n'est pas disponible en raison de situations telles qu'une urgence ou une naissance par césarienne.

Anderzén-Carlsson A. Father-infant skin-to-skin contact appears to be beneficial, however paternal experiences of this need to be explored. *Evid Based Nurs*. 2017;20(4):112.

- Une étude qui détermine que le contact peau-à-peau avec les pères est possible en milieu clinique et n'entraîne pas d'effets indésirables.
- Le contact peau-à-peau avec les pères est une alternative valable, bien que les pères ne souhaitent pas tous s'engager dans la pratique du contact peau-à-peau, pour des raisons telles que la peur de blesser le nourrisson, la conviction que ce n'est pas nécessaire, ou parce qu'ils plutôt l'utilisation d'une couveuse (lorsque cela est indiqué).

## MALAISE POSTNATAL INATTENDU

Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res*. 2013; 4 (2):236-47.

- Une revue de la littérature sur le sujet des malaises inattendus chez les nouveau-nés.
- L'article porte sur trois cas de malaises qui se sont produits lors d'un contact peau-à-peau en position couchée.

Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *NAINR*. 2014; 14 (1):28-33.

- Un outil d'évaluation rapide des nouveau-nés (connu sous l'acronyme RAPP pour **r**espiratory, **a**ctivity, **p**erfusion, and **p**osition), mis au point pour évaluer l'état physiologique du nouveau-né et le risque d'arrêt cardio-respiratoire.

## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial (de la naissance à la première heure de la vie ou une fois que la situation devient cliniquement stable)

### RECOMMANDATION 2.2 :

Soutenir l'initiation précoce de l'allaitement, dans l'heure qui suit la naissance, ou une fois que la dyade mère-enfant est cliniquement stable, par des interventions périnatales à plusieurs composantes, notamment :

- éducation prénatale
- une assistance post-partum immédiate au chevet de la mère.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Moyenne = 4

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

L'initiation de l'allaitement maternel est un objectif mondial fixé par l'OMS qui est essentiel à la santé de tous les nourrissons (19). Les personnes qui allaitent doivent recevoir un soutien et une assistance pour commencer l'allaitement, idéalement dans l'heure qui suit l'accouchement, quel que soit le mode d'accouchement (c'est-à-dire par voie vaginale ou par césarienne), à condition qu'elles y consentent et que la dyade mère-enfant soit cliniquement stable (19). Le document les « *Dix mesures pour un allaitement maternel réussi* » de l'OMS/UNICEF soutient le concept de l'initiation de l'allaitement (mesure 5) en tant que pratique clinique clé (19). (Voir le **tableau 6** pour plus de détails). Les recherches indiquent que les taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel sont plus élevés dans les milieux désignés par l'IAB que dans les milieux non désignés (19).

#### Interventions à composantes multiples pour soutenir l'initiation précoce à l'allaitement maternel

Pour soutenir l'initiation de l'allaitement, des interventions à plusieurs composantes sont nécessaires, qui commencent pendant la période prénatale et se poursuivent pendant le post-partum immédiat. Ces interventions sont proposées dans différents cadres (c'est-à-dire les services de santé, la communauté et le domicile) par le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles ou les pairs (19, 34, 37-39). Cette approche contraste avec les interventions uniques proposées dans un cadre en particulier, qui ne se sont pas montrées efficaces pour soutenir l'initiation de l'allaitement (19, 34, 37-39).

#### Éducation prénatale

Pendant la grossesse, les interventions efficaces comprennent le soutien, l'éducation (à l'aide de brochures ou d'autres documents écrits), la mise en œuvre des principes de l'IAB, les conseils en matière d'allaitement<sup>6</sup>, les visites à domicile, les appels téléphoniques, les cours prénataux, les campagnes dans les médias et la formation à l'allaitement pour les partenaires et les grands-mères (37-38). Les conseils et les sessions d'information de groupe dispensés par le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles, en plus du soutien de l'IAB, ont produit l'effet le plus important sur les taux d'initiation de l'allaitement dans la première heure de vie (19).

## Assistance post-partum immédiate au chevet de la mère

Dans la période post-partum immédiate, l'assistance au chevet de la mère par le personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles (y compris les CL) et des pairs s'est montrée efficace pour soutenir l'initiation précoce (19, 34, 37-38). L'effet de l'assistance sur les taux d'initiation de l'allaitement a été favorisé par l'intégration d'autres interventions telles que le contact peau-à-peau, les conseils en allaitement et le soutien continu avant et à la suite de l'accouchement, avant et après la sortie de l'hôpital (19, 34, 37-38).

Voir la **Recommandation 2.1** pour une discussion sur l'importance du contact peau-à-peau pour l'initiation de l'allaitement.

### Avantages et inconvénients

Pour les personnes dont l'accouchement se déroule par césarienne, qu'il ait été planifié ou pas, le début de l'allaitement est généralement retardé jusqu'après le transfert dans une unité de récupération post-anesthésique (19, 38). Dans ces circonstances, l'initiation tardive de l'allaitement peut entraîner des problèmes qui peuvent se manifester ultérieurement, ainsi qu'une probabilité accrue du recours à des préparations commerciales pour nourrissons de lait maternisé (34). Des stratégies visant à maintenir la continuité du contact au sein de la dyade mère-enfant pour favoriser l'initiation de l'allaitement, comme le contact peau-à-peau, devraient être mises en œuvre dans la mesure du possible.

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIHAO a attribué une valeur plus élevée à l'initiation de l'allaitement en tant que moyen d'influencer l'allaitement exclusif et continu. Le sentiment élevé de satisfaction qui anime la personne qui réussit à initier l'allaitement, ainsi que sa perception du soutien qui lui est accordé lors de l'initiation de l'allaitement, peut influencer positivement l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel.

### Notes de pratique

Pour faciliter l'initiation de l'allaitement, le regroupement des stratégies par le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs devraient avoir pour but de soutenir les comportements spontanés et innés du nouveau-né, la manifestation des signes de faim, ses réflexes et la transition physiologique normale de la naissance à l'allaitement (40). Les approches doivent être holistiques et centrées sur les besoins de la dyade mère-enfant, qui sont déterminées par les comportements du nouveau-né et guidées par la personne qui allaite (40).

Voici quelques exemples de stratégies visant à soutenir l'initiation de l'allaitement :

- Encourager la personne qui allaite à aborder l'initiation de l'allaitement comme une introduction sans aucune attente quant à la capacité du nouveau-né de prendre le sein, la durée ou le moment de l'allaitement, ou le volume de colostrum qui a été pris.
- Assurer une présence apaisante et aider la personne qui allaite à trouver une position confortable.
- Éviter les directives ou les interventions inutiles, comme la fixation manuelle du nouveau-né au sein par une modification du positionnement du bébé et du tissu mammaire.
- Éviter d'emballoter ou de retenir les mains du nouveau-né afin de favoriser son comportement normal de recherche du sein par des mouvements de la main (c'est-à-dire main à main ou main à bouche).
- Sensibiliser la personne qui allaite aux signaux d'alimentation émis par le nourrisson, lesquels traduisent sa volonté de se nourrir. Il s'agit d'être attentif à des comportements comme le fait de porter les mains à sa bouche, faire des bruits de succion, tenter d'atteindre le sein et de trouver le mamelon et d'ouvrir grand la bouche.
- Évaluer les situations pour lesquelles il est justifié d'intervenir auprès de la dyade mère-enfant, telles que des anomalies anatomiques, les cas de naissance prématurée ou des antécédents de chirurgie mammaire. En l'absence de tout facteur compliquant l'initiation de l'allaitement, s'abstenir d'intervenir ou d'apporter une aide, à moins que la personne qui allaite ne le demande.
- Fournir un soutien qui renforce l'autonomie de la personne qui allaite en fonction de ses besoins. Offrir des renseignements clairs et une assistance quant aux directives, sur demande seulement. Éviter les déclarations qui peuvent porter à confusion, qui sont empreintes de jugement ou qui peuvent avoir pour effet de déresponsabiliser la personne qui allaite.

- Pour les personnes qui ont subi une césarienne, suggérer des positions qui ne créent aucune pression sur l'abdomen, notamment la position « football », la position « couchée sur le côté » ou la position « madone inversée ». Une aide peut être nécessaire pour soutenir le poids du nourrisson. Des oreillers peuvent aussi être utilisés. Gérer la douleur postopératoire après une césarienne pour favoriser l'initiation à l'allaitement.
- Cerner les facteurs de risque pour l'initiation et l'arrêt précoce de l'allaitement, y compris les interventions multiples intrapartum, l'induction du travail, les médicaments opioïdes contre la douleur et la naissance par césarienne d'urgence. Ces interventions peuvent avoir un effet négatif sur les niveaux de prolactine.
- Il faut savoir que l'initiation de l'allaitement peut être influencée par le soutien et l'attitude des partenaires, des membres de la famille et des pairs. La **Recommandation 2.11** comprend une discussion plus approfondie sur l'importance du soutien de la famille dans l'allaitement maternel.
- Favoriser l'intégration des doulas – telles que les parents ou les amis choisis par la personne qui allaite – pendant l'accouchement et le post-partum. Cela est particulièrement important pour les primipares, car le soutien des doulas est associé de façon positive aux résultats de l'allaitement maternel dans ce groupe, notamment une augmentation du taux d'initiation, l'exclusivité de l'allaitement jusqu'à six semaines et une proportion moins élevée de problèmes d'allaitement par rapport aux sujets du groupe témoin (34, 37, 40-44).

La **Recommandation 2.7** décrit l'enseignement à toutes les personnes qui allaitent de l'expression manuelle du lait maternel, y compris dans les cas où l'initiation n'est pas possible en raison de causes telles que la séparation de la dyade mère-enfant.

#### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>INTERVENTIONS POUR FAVORISER L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT</b>	
Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, <i>et coll.</i> Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hours of life: an observation study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> . 2014;14:20.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude examinant les stratégies de soutien à l'initiation de l'allaitement maternel.</li> <li>■ Les pratiques efficaces comprennent (a) le positionnement du menton du nourrisson sous le sein pour l'encourager à saisir le mamelon et à commencer à téter; (b) le contact possible avec le nouveau-né nu (c'est-à-dire sans qu'il soit emmailloté); (c) la surveillance et la reconnaissance des signes du comportement du nouveau-né associés à l'alimentation (par exemple, tourner la tête, donner de petits coups de menton sur le sein et téter le sein); et (d) éviter toute aspiration oro/naso pharyngées inutile, sauf indication contraire.</li> </ul>
Morton J. Successful Breastfeeding Begins Right at Birth [Video]. [Lieu inconnu] : Stanford Medicine; c2017. Peut être consulté au : <a href="http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/breastfeeding-in-the-first-hour.html">http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/breastfeeding-in-the-first-hour.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo qui comprend des démonstrations d'initiation de l'allaitement maternel dans la première heure de la naissance.</li> </ul>

## INTERVENTIONS POUR FAVORISER L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT

Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, *et coll.* Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(7):e0180722.

- Une revue systématique et une méta-analyse examinant l'initiation précoce de l'allaitement (c'est-à-dire dans les 60 premières minutes suivant la naissance), par rapport à l'initiation tardive (c'est-à-dire dans les 2 à 23 heures suivant la naissance) et les résultats pour les nouveau-nés et les nourrissons.
- Les résultats regroupés indiquent un risque accru de mortalité néonatale jusqu'à l'âge de 28 jours lorsque l'initiation de l'allaitement maternel est reportée.

Early Initiation of Breastfeeding [Vidéo]. Waitsfield (Vermont) : Global Health Media; c2014-2018. Peut être consulté au : <https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/early-initiation-of-breastfeeding/?portfolioID=5623>

- Cette vidéo présente des stratégies visant à favoriser l'initiation de l'allaitement dans les premières heures suivant la naissance.

Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>

- L'OMS recommande notamment de soutenir l'initiation de l'allaitement maternel dès que possible après l'accouchement, lorsque l'état de la personne initiant l'allaitement et du nouveau-né est cliniquement stable.

Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care [Internet]. Washington, DC : Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families; 2015. Peut être consulté au : <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>

- Le site porte sur le rôle physiologique des hormones, y compris l'ocytocine et la prolactine, pour l'initiation de l'allaitement, et donne des exemples de pratiques de soins obstétriques qui peuvent avoir un effet négatif sur les niveaux d'hormones.

Shafer R, Genna CW. Physiologic breastfeeding: a contemporary approach to breastfeeding initiation. J Midwifery Womens Health. 2015; 60 (5):546-53.

- Un examen des stratégies d'initiation de l'allaitement pour soutenir (a) la capacité innée du nouveau-né à trouver le mamelon et à prendre le sein par un contact peau-à-peau, (b) l'absence de contraintes de temps (c) un environnement favorable à l'allaitement, et (d), et le soutien des prestataires de soins de santé ou des pairs.
- L'allaitement est physiologiquement initié par le bébé et guidé par la personne qui allaite.

## NORMES OU PROTOCOLES SUR L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT

Toronto Public Health Breastfeeding protocols for health care providers [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé publique de Toronto, 2013. Peut être consulté au : <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf>

- Protocoles élaborés par une unité de santé publique à Toronto, Ontario, Canada, pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.
- Le protocole n° 1 – « *L'initiation de l'allaitement maternel* » – comprend des stratégies pour soutenir l'initiation de l'allaitement maternel.

Conseil provincial de la santé maternelle et infantile. Normes de soins postnataux pour les mères et les nouveau-nés en Ontario : de la naissance à une semaine après la naissance. Toronto (Ontario) : Conseil provincial de la santé maternelle et infantile; 2017. Peut être consulté au : <http://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2017/10/Standards-of-Postnatal-Care-for-Mothers-and-Newborns-in-Ontario-Final-Report-Part-I-2017Oct10.pdf>

- Normes élaborées par le Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile de l'Ontario qui soutiennent l'initiation de l'allaitement maternel dans les établissements de soins périnataux aigus.



## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.3 :

Soutenir la dyade mère-enfant pour obtenir un positionnement, une prise du sein et un transfert de lait efficaces.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Moyenne = 2

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs peuvent aider directement les personnes qui allaitent à se positionner efficacement, à placer le sein et à transférer le lait pour atteindre des taux plus élevés d'allaitement maternel exclusif en utilisant des stratégies à plusieurs composantes, tout au long de la période périnatale (34, 38, 45). Parmi les exemples de stratégies à composantes multiples, on peut citer l'éducation prénatale, l'aide au positionnement et à la prise du sein dès le post-partum immédiat, l'allaitement post-partum le conseil en matière d'allaitement, le soutien émotionnel (y compris le réconfort et l'encouragement) et les visites de suivi prévues à domicile ou en clinique (34, 38, 45).

### Avantages et inconvénients

#### **Douleurs ou blessures au mamelon résultant d'un positionnement et d'une prise du sein inadéquats**

Lorsque la dyade mère-enfant n'est pas en mesure d'adopter un positionnement optimal, et que la prise du sein et le transfert de lait ne sont pas effectués efficacement, la pratique de l'allaitement peut comporter certaines difficultés et certains défis. De la douleur ou des blessures peuvent survenir au niveau des mamelons, ce qui peut mener à une interruption prématurée de l'allaitement, une réduction des niveaux d'auto-efficacité et un stress accru pour la personne qui allaite (15). Les causes courantes de douleurs ou de blessures au niveau du mamelon comprennent un mauvais positionnement et une mauvaise prise du sein, une mastite ou des fissures du mamelon, des saignements ou des cloques (15, 46). Voici quelques interventions ciblées pour prévenir et traiter les douleurs ou les blessures aux mamelons.

#### **Formation et assistance pour un positionnement et une prise du sein efficaces**

Pour prévenir les douleurs ou les blessures au niveau des mamelons, les personnes qui allaitent doivent être renseignées et recevoir de l'aide afin d'arriver à obtenir un positionnement et une prise du sein efficaces, et pour traiter toute cause sous-jacente de douleur, comme la friction ou la compression du mamelon (15, 46). Une évaluation et une assistance pour parvenir à une prise en charge efficace devraient être la première stratégie pour réduire la douleur ou prévenir les blessures potentielles aux mamelons (46).

#### **Orientation préventive**

En tant que stratégie visant à traiter les douleurs et les blessures aux mamelons et à atténuer l'arrêt de l'allaitement, l'orientation préventive peut améliorer l'adaptation et réduire le stress (15). Les personnes qui allaitent peuvent être informées que les douleurs et les blessures aux mamelons surviennent chez 34 à 96 % d'entre elles, et que cela se produit généralement au cours de la première semaine du post-partum, en particulier le troisième jour. On peut aussi leur dire que la douleur est récurrente, mais qu'elle est moins intense après les 7 à 10 premiers jours (15). Les causes, signes et symptômes typiques des douleurs et des blessures aux mamelons peuvent être discutés, et les personnes qui allaitent peuvent être sensibilisées au fait que la douleur diminue souvent, indépendamment des traitements utilisés tels que les pommades topiques ou les analgésiques oraux (15).

## Traitements pour les douleurs ou les blessures aux mamelons

Bien qu'il existe des preuves anecdotiques que certaines préparations – notamment les pansements en gel de glycérine, la lanoline, les protège-mamelons (boucliers ou coquilles) à la lanoline, ou la pommade universelle pour mamelons – ont été utilisées avec succès pour atténuer les douleurs ou traiter les blessures aux mamelons, il n'y a pas suffisamment de données probantes montrant l'efficacité de ces produits. Il est plutôt recommandé de prévenir les douleurs ou les blessures aux mamelons au moyen d'une aide préventive au positionnement et à la prise du sein (15). Dans un article de synthèse paru sur le site de Cochrane, le recours au LME ou l'absence de traitement a produit les mêmes bénéfices (ou plus) à court terme pour les douleurs aux mamelons que des produits tels que la lanoline (15). On pense que le LME est efficace parce qu'il contient des composants antiviraux et anti-infectieux (15).

L'annexe D comprend une discussion sur les défis de l'allaitement, notamment les douleurs récurrentes aux mamelons et les mastites.

## Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à l'importance du personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles et des pairs qui viennent en aide aux personnes qui allaitent, lorsqu'elles essaient d'obtenir un positionnement et une prise du sein efficaces, par la mise en œuvre de stratégies telles que le soutien continu, l'observation d'une séance d'allaitement et les conseils d'allaitement. Le processus doit être mené en fonction des besoins de la personne qui allaite et en réponse aux signaux émis par le nourrisson. Lors de l'observation d'une séance d'allaitement, le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs doivent s'abstenir d'inciter le nouveau-né, le nourrisson ou le jeune enfant à prendre le sein. Il convient plutôt d'adopter une approche non interventionniste, sauf si la personne qui allaite le nourrisson le demande ou si cela devient nécessaire.

## Notes de pratique

Des indicateurs d'un transfert de lait suffisant ainsi que des exemples de positionnement et de prise du sein adéquats, y compris des illustrations et des photographies, sont présentés dans le tableau des ressources de soutien ci-dessous. Ces ressources sont pertinentes pour le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs, ainsi que pour les personnes qui allaitent et leurs familles.

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>PARVENIR À UN POSITIONNEMENT ET À UNE PRISE DU SEIN EFFICACES</b>	
Morton J. A Perfect Latch [Vidéo]. [Lieu inconnu] : Stanford Medicine; 2017. Peut être consulté au : <a href="http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/a-perfect-latch.html">http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/a-perfect-latch.html</a>	■ Une vidéo qui comprend des conseils sur le soutien au positionnement et à la prise du sein. Cet outil a été créé pour les médecins et autres prestataires de soins de santé.
Centre de ressources Meilleur départ. Mon guide d'allaitement [Internet]. [Lieu inconnu] : Centre de ressources Meilleur départ; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf</a>	■ Un guide d'allaitement pour les futurs ou les nouveaux parents qui traite de sujets tels que le positionnement efficace et la prise du sein.

## PARVENIR À UN POSITIONNEMENT ET À UNE PRISE DU SEIN EFFICACES

Overcoming Challenges—Extra [Internet]. [Lieu inconnu] : Best Beginnings; [date inconnue]. Peut être consulté au : <https://www.bestbeginnings.org.uk/overcoming-challenges-%C3%A2%E2%82%AC%E2%80%9C-extra-film/ae4e709c-91f3-4f6d-a612-b46fccd57390>

- Un film qui présente la manière dont les personnes qui allaitent ont surmonté les difficultés, notamment les douleurs aux mamelons causées par une prise du sein inadéquate.

## PARAMÈTRES D'UNE CONSOMMATION ADÉQUATE DE LAIT MATERNEL

Dietitians of Canada; Canadian Paediatric Society; The College of Family Physicians of Canada, et al. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts [Internet]. [Lieu inconnu] : Community Health Nurses of Canada; 2010. Peut être consulté au : <https://www.cps.ca/uploads/tools/growth-charts-statement-FULL.pdf>

- Une déclaration commune des principaux acteurs canadiens en matière de santé des nourrissons et des enfants, qui encourage la mesure systématique du poids et d'autres paramètres pour évaluer l'état de la croissance et du développement des enfants.

Les diététistes du Canada. WHO growth chart assessment and counselling—key messages and actions [Internet]. [Lieu inconnu] : Dietitians of Canada; c2014. Peut être consulté au : <https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/Growth-Charts-Key-Messages-ENGLISH.aspx>

- Une ressource sur l'évaluation des courbes de croissance et d'assistance qui favorise l'examen des mesures de croissance (y compris la circonférence de la tête, le poids par rapport à l'âge, la longueur et la longueur par rapport à l'âge) pour les nourrissons et les enfants.

Agence de la santé publique du Canada. 10 conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2009. Peut être consulté au : [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance\\_0-2/nutrition/pdf/tips-cons-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/pdf/tips-cons-eng.pdf)

- Une ressource éducative sur l'allaitement qui présente les signes d'un transfert de lait suffisant, tels que la reprise du poids de naissance à l'âge de deux semaines, la prise de poids de cinq onces ou plus par semaine après l'âge de deux semaines, six couches mouillées ou plus par jour au sixième jour et des selles fréquentes.

Centre de ressources Meilleur départ. Lignes directrices sur l'allaitement maternel pour les consultants [Internet]. [Lieu inconnu] : Centre de ressources Meilleur départ; 2017. Peut être consulté au : <http://www.beststart.org/resources/breastfeeding/pdf/breastfdeskref09.pdf>

- Une ressource indiquant les paramètres normaux de l'allaitement, tels que la fréquence des tétées, le nombre de couches mouillées et souillées par jour, et les poussées de croissance.

Ligue La Leche du Canada Comment savoir si votre bébé reçoit suffisamment de lait [Internet]. [Lieu inconnu] : Ligue La Leche Canada; 2015. Peut être consulté au : [https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/457\\_CMYK\\_2015.pdf](https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/457_CMYK_2015.pdf)

- Une fiche d'information à l'intention des parents et des membres de la famille avec une liste d'indicateurs d'une consommation suffisante de lait maternel, y compris le nombre de couches mouillées par jour, les selles et la fréquence des tétées.

## LIGNES DIRECTRICES POUR LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS ET DES NOURRISSONS ALLAITÉS AU SEIN

Santé Canada; Société canadienne de pédiatrie; Les diététistes du Canada, et coll. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; c2015 (mis à jour le 18 août 2015). Peut être consulté au : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html#a10>

- Une déclaration du Groupe de travail conjoint sur l'alimentation du nourrisson qui donne aux professionnels de la santé canadiens des principes et des recommandations fondés sur des données probantes pour l'élaboration de lignes directrices pratiques en matière d'alimentation à l'intention des parents et des soignants.

Centre de ressources Meilleur départ. Lignes directrices pour les mères qui allaitent [Internet]. [Lieu inconnu] : Centre de ressources Meilleur départ; 2016. Peut être consulté au : <https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/pdf/magneng.pdf>

- Lignes directrices concernant la fréquence d'alimentation, le nombre de couches mouillées et souillées et l'évolution du poids pour les nouveau-nés allaités âgés d'un jour à trois semaines.

## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.4 :

Encourager l'allaitement pratiqué en fonction des signes de faim à l'aide de stratégies telles que :

- éducation et promotion et
- la reconnaissance des besoins de la personne qui allaite.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

L'allaitement maternel en fonction des signes de faim du nourrisson (« appelé aussi l'allaitement initié par le bébé ») est un type de modèle d'allaitement dans lequel la fréquence et la durée des tétées sont illimitées et basées sur les signes du nourrisson et la durée de son sommeil (64). De plus, l'allaitement en fonction des signes de faim est sensible à la plénitude des seins de la personne qui allaite, ce qui lui permet de gérer son niveau de confort par elle-même ainsi que sa production du lait (64). Cette méthode tient compte de la physiologie de l'allaitement maternel en tant que mécanisme régit par l'offre et de la demande, permettant ainsi d'assurer un approvisionnement en lait qui correspond aux besoins individuels sans cesse changeants du nourrisson au fil du temps (64). L'allaitement maternel en fonction des signes de faim favorise l'allaitement exclusif des nouveau-nés en santé et est reconnu actuellement comme étant la meilleure pratique selon les données probantes disponibles de l'OMS/UNICEF dans son document « *Les dix mesures pour un allaitement maternel réussi* » (64). (Voir le **tableau 6** pour plus de détails).

### Stratégies pour encourager l'allaitement maternel en fonction des signes de faim

#### Éducation et promotion

Pour encourager l'allaitement maternel en fonction des signes de faim du nourrisson, il est nécessaire d'assurer la sensibilisation et la promotion auprès des personnes qui allaitent par le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs (64). Les personnes qui allaitent et leurs familles ont besoin de renseignements cohérents sur l'allaitement maternel à la demande, notamment sur les avantages d'une fréquence et d'une durée d'allaitement illimitées comme mécanisme de soutien de la physiologie de la lactation. De plus, elles ont besoin d'être rassurées sur le fait que l'allaitement à la demande favorise efficacement la croissance et le développement sain du nourrisson ainsi que l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement (64).

#### Reconnaissance des besoins de la personne qui allaite

Les besoins de la personne qui allaite doivent être pris en considération lors de la pratique de l'allaitement à la demande (64). Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles, les pairs et les familles doivent reconnaître que les contraintes et les conflits d'horaire qui s'imposent à la personne qui allaite peuvent influencer sa décision de choisir ou de poursuivre la pratique de l'allaitement en fonction des signes de faim du nourrisson (64). La personne qui allaite peut avoir l'impression que le caractère inopiné et la durée non limitée des tétées peuvent être très exigeants. Une personne qui allaite peut éprouver des difficultés en présence de facteurs tels que la douleur, la fatigue, la garde d'autres enfants, les contraintes d'horaire autres que la garde du nourrisson, ou des préoccupations de nature socio-économique (64). Le fait de profiter du soutien d'un partenaire, de la famille ou de son réseau social – ainsi que des prestataires de soins de santé et des pairs – peut être essentiel pour la personne qui allaite pendant cette période.

### Avantages et inconvénients

Les recherches indiquent que les approches suivantes en matière d'alimentation des nourrissons ne sont pas favorables à l'allaitement exclusif et continu : le recours à des suppléments de lait maternisé ou des suppléments à base d'eau ou de dextrose, le report du premier allaitement jusqu'à six heures après l'accouchement et le recours à l'allaitement programmé pendant les 48 premières heures suivant l'accouchement, avant le début de l'allaitement en fonction des signes de faim (64).

Il n'y a pas de données probantes montrant que l'allaitement programmé (c'est-à-dire lorsque le moment de l'allaitement est déterminé par la personne qui allaite et non par les signes de faim du nourrisson) ou une combinaison d'alimentation programmée et d'allaitement en fonction des signes de faim, sont associés positivement ou négativement à l'allaitement exclusif (64). On croit que l'allaitement maternel programmé répond à certaines contraintes d'horaire et de temps (comme la nécessité de prendre en charge d'autres enfants) ou à des facteurs socio-économiques (y compris la nécessité de travailler à l'extérieur du domicile). On pense aussi qu'il s'agit d'une méthode de gestion de la douleur causée par la pratique de l'allaitement maternel, car elle permet de définir à quel moment et à quelle fréquence le nourrisson sera placé directement au sein (64). Néanmoins, l'allaitement programmé pratiqué exclusivement – ou en combinaison avec l'allaitement en fonction des signes de faim – n'a pas montré de corrélation positive avec l'allaitement exclusif (64).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à l'allaitement en fonction des signes de faim pour favoriser l'allaitement exclusif et continu, comparé à l'allaitement programmé ou à une combinaison des deux. Le groupe a recommandé d'utiliser la terminologie « en fonction des signaux de faim » plutôt qu'« à la demande », afin que l'approche soit initiée par le comportement nourrisson et nécessite la reconnaissance des signaux de faim et de satiété de l'enfant.

### Notes de pratique

Dans les premiers jours du post-partum, de nombreuses personnes ont besoin d'être rassurées quant à leurs capacités à réussir l'allaitement (64). Elles peuvent se sentir dépassées par les soins à donner à leur nouveau-né alors qu'elles se remettent encore de l'accouchement. Les personnes qui allaitent et qui ont recours à l'allaitement en fonction des signes de faim doivent être conscientes de ce qui suit :

- Il est normal que les nouveau-nés et les nourrissons allaités au sein boivent plus fréquemment que les nourrissons nourris au biberon ou ceux qui sont nourris à la fois au biberon et au sein.
- Des tétées de fréquences et de durées variables sont normales et ne sont pas une indication d'une insuffisance de lait maternel ou du besoin de cesser l'allaitement et de passer à un allaitement programmé ou à une alimentation au lait maternisé.
- Le soutien de la part du personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles et des pairs peut jouer un rôle déterminant dans la pratique de l'allaitement maternel en fonction des signes de faim du nourrisson. Les intervenants peuvent aider dans des domaines connexes tels que le décodage des signes de faim du nourrisson, le positionnement et d'une prise du sein adéquats et la gestion de la plénitude du lait maternel (64).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>UNE ÉDUCATION À L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FONCTION DES SIGNES DE FAIM DU NOURRISSON À L'INTENTION DES FAMILLES</b>	
Baby feeding cues (signs) [Internet]. Brisbane (AU) : Queensland Health ; 2010 (mis à jour nov. 2017). Disponible à partir de <a href="https://metronorth.health.qld.gov.au/rbwh/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/feeding-cues-term.pdf">https://metronorth.health.qld.gov.au/rbwh/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/feeding-cues-term.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une affiche éducative avec des photos de nouveau-nés présentant les signes précurseurs, intermédiaires et tardifs de faim.</li> </ul>
McMaster Children's Hospital; St. Joseph's Healthcare Hamilton. Cue-based feeding in the neonatal nurseries [Internet]. Hamilton, (Ont.) : St. Joseph's Healthcare Hamilton; 2014 (mis à jour le 25 mars 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.stjoes.ca/patients-visitors/patient-education/patient-education-a-e/cue-based-feeding.pdf">https://www.stjoes.ca/patients-visitors/patient-education/patient-education-a-e/cue-based-feeding.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche pédagogique destinée aux parents et qui décrit les composantes de l'alimentation des nourrissons en fonction des signes de faim : l'interprétation de la disposition de l'enfant à téter, la qualité de la tétée et les techniques de soin.</li> </ul>
<b>L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FONCTION DES SIGNES DE FAIM DU NOURRISSON AVEC L'INTRODUCTION DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES</b>	
Organisation mondiale de la Santé. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2009. Peut être consulté au : <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Session 3 – « Compléments alimentaires » – traite de la poursuite de l'allaitement maternel en fonction des signes de faim du nourrisson jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, avec l'introduction d'aliments solides à l'âge de six mois.</li> </ul>

## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.5 :

Enseignez l'expression du lait à la main à toutes les personnes qui allaitent avant qu'elles ne quittent l'unité de naissance.

Niveau des données probantes : Ia, V

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Ligne directrice : Moyenne

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

Toutes les personnes qui allaitent devraient apprendre à exprimer leur lait manuellement avant de quitter le lieu de l'accouchement (65). Et cela, pour les raisons suivantes :

- L'expression manuelle du lait maternel peut être un moyen de favoriser l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel dans les cas où l'allaitement maternel direct n'est pas possible en raison de facteurs tels que la séparation du nourrisson et de la mère pour cause de maladie, d'hospitalisation ou de naissance prématurée, de la faible production de lait maternel ou d'un retour au travail ou à l'école.
- Cela pourra contribuer à satisfaire les préférences ou les besoins de la personne qui allaite.
- L'expression manuelle du lait peut être aussi efficace – ou plus efficace – que les pompes électriques pour favoriser la production de lait maternel (65).

Quelle que soit la raison de l'expression manuelle du lait maternel, la personne qui allaite doit s'exercer pour acquérir les compétences et les aptitudes nécessaires pour y arriver; une formation dispensée par le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles ou les pairs est aussi requise (46).

Pour l'initiation de l'allaitement, l'expression manuelle du colostrum peut être plus efficace qu'au moyen d'un tire-lait, et elle présente moins de risques de douleur ou de traumatisme au niveau du mamelon (39). Pour être efficace, l'expression manuelle du lait maternel doit commencer le plus tôt possible après la naissance dans un contexte qui favorise la relaxation ainsi que le réchauffement et le massage des seins (39, 46). Le massage des seins doit être encouragé pour favoriser la libération accrue d'ocytocine et le transfert de lait (46).

#### Avantages et inconvénients

Les avantages liés à l'expression manuelle du lait maternel pour la personne qui allaite comprennent une plus grande confiance en soi et une meilleure connaissance de ses seins et de la production de lait maternel, ainsi que le développement de compétences en matière d'extraction du lait maternel sans avoir besoin d'un équipement supplémentaire tel qu'un tire-lait manuel ou électrique (65).

#### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une plus grande valeur à l'enseignement de l'expression manuelle du lait maternel à toutes les personnes qui allaitent, en tant que norme de soins et de moyens de favoriser de la production de lait maternel dans le cas où l'allaitement direct n'est pas possible ou n'est pas souhaité.

De plus, le classement des préférences du groupe d'experts pour les autres méthodes d'alimentation est conforme aux recommandations de l'OMS : (1) LME frais; (2) LME congelé; (3) lait humain de donneuse, lorsqu'il est disponible auprès d'une banque de lait maternel humain agréée; et (4) préparation commerciale pour nourrissons à base de lait de vache. Les personnes qui apprennent à exprimer manuellement leur lait maternel favorisent la disponibilité de LME frais.

## Notes de pratique

L'expression manuelle peut être utilisée pour favoriser ou augmenter la production de lait maternel, ou pour assurer le confort des seins, selon les besoins, dans des situations telles que la plénitude des seins ou lorsque les canaux lactifères sont obstrués (65). La

**Recommandation 2.7** traite d'autres techniques, en plus de l'expression manuelle du lait, pour entretenir ou améliorer la production de lait maternel.

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>EXPRESSION MANUELLE DU LAIT</b>	
Toronto Public Health Breastfeeding protocols for health care providers. Toronto (Ontario) : Santé publique de Toronto, 2013. Peut être consulté au : <a href="https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf">https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Protocoles élaborés par une unité de santé publique à Toronto, Ontario, Canada, pour aider les prestataires de soins de santé à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel efficace.</li> <li>■ L'expression manuelle et le massage des seins sont abordés dans le protocole n° 19 : « <i>Expressing and Storing Breast Milk</i> »</li> </ul>
Morton J. Hand Expression of Breastmilk [Video]. [Lieu inconnu] : Stanford Medicine; 2017. Peut être consulté au : <a href="http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html">http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo éducative du centre médical de l'université de Stanford sur la façon dont les professionnels de la santé peuvent enseigner l'expression manuelle du lait maternel.</li> </ul>
Comité canadien pour l'allaitement. The BFI 10 Steps and WHO Code Outcome Indicators for Hospitals and Community Health Services [Internet]. [Lieu inconnu] : Comité canadien pour l'allaitement; 2017. Peut être consulté au : <a href="http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Indicators – complete June 2017.pdf">http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Indicators – complete June 2017.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pour les personnes qui allaitent des nourrissons qui sont dans des pouponnières de soins spéciaux – ou les personnes qui ne peuvent pas allaiter ou qui sont séparées de leur nourrisson pour cause de maladie, en raison du travail ou des études – l'IAB recommande qu'on leur apprenne (a) l'expression manuelle du lait maternel dans la première heure suivant la naissance (b) qu'on les encourage à exprimer le lait maternel au moins six fois dans les 24 premières heures, et (c) qu'on les encourage à exprimer le lait maternel au moins huit fois dans chaque période de 24 heures par la suite.</li> </ul>
<b>EXPRESSION MANUELLE ET STOCKAGE SÉCURISÉ DU LME</b>	
Global Health Media Project. Expressing and storing breast milk [Video]. Waitsfield (Vermont) : [Global Health Media Project]; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/expressing-and-storing-breastmilk/">https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/expressing-and-storing-breastmilk/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo montrant l'expression manuelle du lait maternel et sa conservation en toute sécurité.</li> </ul>

EXPRESSION MANUELLE ET STOCKAGE SÉCURISÉ DU LME	
<p>Infection Prevention and Control Canada. Handing of expressed human milk in health care facilities. [Lieu inconnu] : Infection Prevention and Control Canada; 2015. Peut être consulté au : <a href="http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Human_Milk_Position_Statement_-_2015March-FINAL_(2)_.pdf">http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Human_Milk_Position_Statement_-_2015March-FINAL_(2)_.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un énoncé de position de Prévention et contrôle des infections Canada quant à la manipulation sûre du lait maternel au même titre qu'un liquide organique.</li> </ul>
<p>Centre de ressources Meilleur départ. Expressing and storing breast milk [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/Expressing_Fact%20Sheets_Eng_rev2.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/Expressing_Fact%20Sheets_Eng_rev2.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche d'information sur l'expression du lait maternel et sa conservation en toute sécurité pour les personnes qui allaitent et leur famille.</li> </ul>
<p>Proper Storage and Preparation of Breast Milk [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (mis à jour le 7 mai 2018). Peut être consulté au : <a href="https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm">https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lignes directrices sur la préparation et la conservation en toute sécurité du lait humain à domicile des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.</li> </ul>
<p>Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of hand expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev 2016; 9:CD 006170.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un article de synthèse publié chez Cochrane sur les méthodes d'expression manuelle du lait maternel pour les personnes qui allaitent.</li> <li>■ Voici des exemples de mesures qui sont efficaces :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> si l'enfant n'est pas en mesure de boire directement au sein, commencer l'expression du lait maternel peu après l'accouchement,</li> <li><input type="checkbox"/> la détente,</li> <li><input type="checkbox"/> le massage et le</li> <li><input type="checkbox"/> réchauffement des seins.</li> </ul> </li> </ul>

## MASSAGE DES SEINS POUR FAVORISER L'EXPRESSION MANUELLE DU LAIT

Von Voigtlander Women's Hospital. Breast self-massage for lactating mothers [Internet]. Ann Arbor (MI) : University of Michigan Health System ; 2016 (mise à jour déc. 2017). Peut être consulté au : <http://www.med.umich.edu/1libr/Gyn/Lactation/BreastMassage.pdf>

- Une fiche d'information pour les parents qui définit le massage des seins pour les personnes qui allaitent, les étapes à suivre pour effectuer un massage des seins et les situations dans lesquelles un prestataire de soins de santé doit être contacté, par exemple dans le cas de l'apparition des signes d'une possible infection mammaire.

Breastfeeding Program : Pour les professionnels de la santé [Internet]. Toronto (Ontario) : Hôpital pour enfants malades (Sick Kids); c1999-2014. Peut être consulté au : <http://www.sickkids.ca/breastfeeding-program/education/index.html>

- Une série de modules d'apprentissage en ligne gratuite, comprenant un module sur le massage des seins comme outil pour aider à établir et à maintenir une réserve de lait.

## MÉTHODE DE RELAXATION POUR FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL

Shukri NH, Wells JCK, Fewtrell M. The effectiveness of interventions using relaxation therapy to improve breastfeeding outcomes : a systematic review. *Mat Child Nutr.* 2018;14(2):e12563.

- Une revue systématique de la littérature examinant l'efficacité de la méthode de relaxation pendant l'allaitement maternel.
- Il a été montré que la méthode de relaxation augmentait la production de lait maternel chez les personnes qui allaitent des enfants nés prématurément.
- Les données probantes dans ce domaine sont limitées et des études supplémentaires sont nécessaires.

## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.6 :

Mettre en œuvre des interventions individualisées d'auto-efficacité de l'allaitement tout au long de la période périnatale pour renforcer la confiance face à l'allaitement, notamment :

- un accompagnement individuel avant la sortie de l'unité des naissances et
- un suivi après le congé de l'hôpital.

Niveau des données probantes : Ia, Ib

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 2

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

L'auto-efficacité fait référence au niveau de confiance de la personne qui allaite pour la réalisation de l'allaitement. Elle peut influencer le niveau de motivation d'une personne et sa capacité à atteindre les objectifs d'allaitement (15). L'auto-efficacité est reconnue au niveau international comme une variable modifiable ayant une incidence sur l'allaitement exclusif et continu (15).

La théorie veut que l'auto-efficacité liée à l'allaitement soit influencée par les quatre facteurs suivants : les expériences antérieures d'allaitement, les expériences indirectes, telles que les expériences d'allaitement des pairs, la persuasion verbale, telle que l'encouragement et le soutien, et les réactions physiologiques, telles que la fatigue ou la dépression (57).

#### Améliorer l'auto-efficacité de l'allaitement maternel au stade prénatal

L'auto-efficacité peut être améliorée pendant la période prénatale grâce à des stratégies telles que l'éducation à l'allaitement et les conseils d'anticipation proposés dans les établissements de soins primaires, de soins aigus et de soins de proximité (59, 62). D'autres exemples d'interventions prénatales visant à renforcer l'auto-efficacité sont énumérés dans la section « Notes de pratique ».

#### Améliorer l'auto-efficacité en matière d'allaitement avant la sortie de l'unité des naissances

Des taux accrus d'allaitement maternel exclusif ont été observés lorsque les personnes qui allaitent ont bénéficié d'une intervention visant à améliorer l'auto-efficacité, qui comprenait une formation et un soutien individualisés en personne avant de quitter l'unité des naissances (15, 58).

Les visites individuelles d'un membre du personnel infirmier sont un exemple d'intervention visant à renforcer l'auto-efficacité liée à l'allaitement : une visite dans les 24 heures suivant l'accouchement et une autre le jour suivant la première visite, avant le congé de l'unité des naissances. Lors de l'une des visites, ou des deux, l'observation d'une séance d'allaitement a eu lieu pour maximiser le rendement grâce à une rétroaction et à des encouragements verbaux (58). Lors des deux sessions, le processus d'évaluation et les interventions du personnel infirmier ont été intégrés pour renforcer l'auto-efficacité. L'évaluation comprenait de multiples éléments liés à l'auto-efficacité, tels que les objectifs de la personne qui allaite, son niveau d'auto-efficacité et les forces et limites perçues de l'allaitement (telles que mesurées par les éléments de l'échelle BSES-SF), la présence de fatigue ou de douleur et l'état émotionnel, y compris tout symptôme de dépression ou d'anxiété. Les interventions visant à améliorer l'auto-efficacité ont été individualisées et basées sur les résultats d'un outil valide d'évaluation, y compris les domaines pour lesquels la personne qui allaite a obtenu des niveaux de confiance faible ou élevé. Par exemple, si la personne qui allaite estime que sa capacité à déterminer si le nouveau-né reçoit suffisamment de lait maternel est faible, les stratégies visant à améliorer son auto-efficacité comprennent les éléments suivants : éducation à l'allaitement, commentaires verbaux positifs sur des aspects tels que la prise du sein efficace et des conseils anticipés concernant les expériences normales d'allaitement précoce, comme la fatigue. À la suite des interventions, les éléments ayant obtenu des scores faibles sur l'échelle d'évaluation de l'auto-efficacité ont été réévalués afin de cerner tout élément à modifier à court terme ainsi que les domaines qui devront faire l'objet d'un suivi lors de la session suivante.

## Suivi après le congé de l'hôpital

Le suivi après le congé de l'unité des naissances offre la possibilité d'un soutien continu et de prendre appui sur les succès, les défis ou les échecs antérieurs en matière d'allaitement maternel qui ont une influence sur l'auto-efficacité (15, 58). Les données probantes montrent que les interventions continues au cours des premiers mois du post-partum sont plus efficaces que celles effectuées dans le post-partum immédiat (58). Un soutien continu peut aussi atténuer le risque d'arrêt de l'allaitement, qui est le plus élevé au cours des quatre premières semaines du post-partum (58). Les interventions visant à renforcer l'auto-efficacité menées après la sortie de l'hôpital peuvent permettre d'aborder les préoccupations qui sont associées de façon positive au risque d'arrêt de l'allaitement maternel et à l'utilisation de suppléments de lait maternisé (15, 58).

Voir la **recommandation 1.1** pour des explications à propos des outils d'évaluation validés et fiables de l'auto-efficacité liée à l'allaitement.

### Avantages et inconvénients

Un manque de soutien de la part du personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles et des pairs peut avoir une incidence négative sur les perceptions de la personne qui allaite face à sa capacité à allaiter et sur son niveau de confiance (45). De même, dans un contexte où l'allaitement maternel n'est pas valorisé, une personne peut se sentir vulnérable aux pressions sociales ou familiales et être plus susceptible de cesser d'allaiter (45).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIO a attribué une plus grande valeur à la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de l'auto-efficacité liée à l'allaitement en tant que déterminant modifiable de l'exclusivité de l'allaitement. Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les pairs peuvent améliorer directement l'auto-efficacité liée à l'allaitement par des interventions ciblées comme le soutien et l'éducation.

### Notes de pratique

Il existe un certain nombre d'exemples d'interventions visant à renforcer l'auto-efficacité liée à l'allaitement qui ont considérablement augmenté le niveau de pratique de l'allaitement maternel exclusif et ont été intégrés tout au long de la période périnatale dans divers contextes (tels que les soins aigus et de proximité) (58 - 63).

## Interventions prénatales

- L'éducation à l'allaitement qui comprend des renseignements, des démonstrations ou des discussions sur des questions telles que l'importance de l'allaitement, le positionnement et la prise du sein.
- Un cahier de travail sur l'auto-efficacité liée à l'allaitement, axé sur les solutions, qui aborde des sujets tels que l'amélioration de la maîtrise, le renforcement de la confiance en soi par l'expérience des autres, l'exploration des réactions au stress et le maintien de la motivation.
- Vidéos sur l'allaitement maternel.
- Ateliers organisés au cours du troisième trimestre.

## Interventions post-partum

- Évaluation de l'auto-efficacité à l'aide d'un outil validé.
- Fourniture d'une éducation à l'allaitement maternel sous forme écrite et multimédia.
- Soutien et encouragement à l'allaitement maternel.
- Conseil en matière d'allaitement dans le but de répondre aux questions et aux préoccupations.

- Incorporation des principes théoriques de l'auto-efficacité liée à l'allaitement.
- Assistance pratique pour le positionnement et la prise du sein.
- Instruction sur l'expression manuelle du lait maternel.
- Dépistage des indications justifiant une évaluation de suivi par une CL ou un médecin.
- Discussion des préoccupations concernant l'insuffisance de lait maternel, réelle ou perçue.

#### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Brockway M, Benzies K et Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. <i>J Hum Lact.</i> 2017; 33 (3):486-99.	■ Une revue systématique et une méta-analyse des interventions relatives à l'auto-efficacité liée à l'allaitement maternel et des taux d'allaitement qui indiquent une probabilité accrue d'allaitement à un et deux mois après l'accouchement, par rapport aux groupes témoins, dans divers contextes d'accouchement.



## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.7 :

Assurer une assistance individualisée pour soutenir ou améliorer la production de lait maternel, le cas échéant.

Niveau des données probantes : Ia, V

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 4; Ligne directrice = Moyenne

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

#### Situations d'allaitement qui nécessitent des stratégies temporaires ou permanentes pour entretenir ou augmenter le volume du lait maternel

Dans la plupart des situations, l'intégration de l'allaitement au sein basé sur la réaction aux signes de faim et le positionnement, une prise du sein et un transfert de lait efficaces, stimulent la production suffisante de lait maternel pour soutenir les paramètres de croissance normaux du nourrisson (33). En tant que telles, les stratégies visant à augmenter le volume du lait maternel sont inutiles (33).

Afin d'améliorer la production de lait maternel, il est cependant nécessaire d'appliquer des stratégies individuelles dans certaines circonstances auprès de la personne qui allaite, du nouveau-né, du nourrisson ou du jeune enfant (ou la dyade mère-enfant). Ces stratégies, qui peuvent être temporaires ou permanentes, ont pour but de réaliser l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel. Des exemples de telles situations sont présentés dans les **tableaux 9 et 10**.

**Tableau 9 : Exemples de situations d'allaitement qui peuvent nécessiter des stratégies temporaires ou permanentes auprès des personnes qui allaitent, pour maintenir ou améliorer la production de lait maternel**

DÉFIS CONCERNANT LES SEINS	MALADIES	DÉFIS QUE REPRÉSENTE L'APPROVISIONNEMENT EN LAIT	COMPLICATIONS LIÉES À LA PÉRINATALITÉ	AUTRES SITUATIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Douleurs au mamelon</li> <li>■ Plénitude des seins</li> <li>■ Mastites</li> <li>■ Canaux lactifères bouchés</li> <li>■ Mamelons plats ou invaginés</li> <li>■ Antécédents de chirurgie mammaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Syndrome des ovaires polykystiques</li> <li>■ Prise de médicaments non compatibles avec l'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faible approvisionnement en lait ou insuffisance de lait maternel</li> <li>■ Lactation induite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travail compliqué ou prolongé (par exemple, naissance par césarienne non planifiée ou accouchement vaginal opératoire)</li> <li>■ Douleur ou épuisement après l'accouchement</li> <li>■ Troubles de l'humeur</li> <li>■ Hémorragie post-partum</li> <li>■ Syndrome de Sheehan (hypopituitarisme et déficit de sécrétion de prolactine)</li> <li>■ Fragments de placenta retenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maternité de substitution</li> <li>■ Consommation fréquente de tabac ou d'alcool</li> <li>■ Séparation due à des situations telles que la garde, le retour au travail ou à l'école, ou l'incarcération</li> <li>■ Décision éclairée</li> <li>■ Préférence personnelle</li> <li>■ Lactation induite (par exemple, par un parent non biologique)</li> <li>■ Relactation</li> </ul>

Sources : Flint A, New K et Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD005092 ; Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et coll. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD012003; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb;6(1):41-9 ; Jaafar HS, Ho JJ, Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD006641 ; et Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et coll. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics.* 2015;135(3):e687-e702.

RECOMMANDATIONS

**Tableau 10 : Exemples de situations impliquant des nourrissons et qui peuvent nécessiter des stratégies temporaires ou permanentes pour soutenir ou améliorer la production de lait maternel**

MALADIES	TROUBLE CONGÉNITAL	COMPLICATIONS LIÉES À LA NAISSANCE	AUTRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maladie ou chirurgie nécessitant une hospitalisation</li> <li>■ Hyperbilirubinémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Syndrome clinique (par exemple, le syndrome de Down) dans lequel l'allaitement direct peut poser des difficultés supplémentaires</li> <li>■ Ankyloglossie antérieure et postérieure</li> <li>■ Fente oro-faciale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Complications transitoires, telles que l'hypoglycémie, la détresse respiratoire ou cardiaque, ou syndrome d'abstinence néonatale</li> <li>■ Prématurité</li> <li>■ Accouchement vaginal opératoire avec forceps ou ventouse</li> <li>■ Enfants issus d'une naissance multiple (jumeaux, triplets, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Préoccupations concernant la prise de poids insuffisante ou un possible retard de croissance</li> </ul>

RECOMMANDATIONS

Sources : Flint A, New K et Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD005092 ; Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et coll. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD012003; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb;6(1):41-9 ; Jaafar HS, Ho JJ, Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD006641 ; et Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et coll. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics.* 2015;135(3):e687–e702.

Quelle que soit la stratégie choisie pour soutenir ou améliorer l'approvisionnement en lait maternel, il convient tout d'abord d'introduire des mesures telles que l'établissement d'un contact peau-à-peau, l'observation d'une séance d'allaitement, l'éducation et la réduction ou l'arrêt de la consommation de lait maternisé (46). Dans les cas où d'autres interventions sont indiquées, il convient d'utiliser des approches individualisées qui tiennent compte de variables telles que (a) le fait que l'approvisionnement en lait maternel ait été initié ou établi et (b) les préférences et les objectifs à court et à long terme de la personne qui allaite (39).

Les stratégies visant à favoriser l'expression du lait maternel comprennent l'expression manuelle (comme indiqué dans la **Recommandation 2.5**), le tirage du lait, ou éventuellement l'usage de galactagogues (33, 39, 66). Le recours à ces stratégies peut permettre de maintenir ou d'augmenter la production de lait maternel dans des cas où cela ne serait pas possible autrement. Quelle que soit la stratégie utilisée, un contrôle et un suivi attentifs sont indiqués (46).

### Tirage du lait

Le tirage du lait peut être utilisé pour soutenir ou améliorer la production de lait maternel (39). Les tire-lait existent en version manuelle ou électrique; ils sont disponibles en modèle simple ou double. Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour privilégier un type particulier de tire-lait aux fins de l'initiation ou du maintien de l'approvisionnement en lait maternel : les tire-lait manuels ou les tire-lait à faible coût peuvent être aussi efficaces que les tire-lait électriques ou ceux utilisés dans les hôpitaux (39). D'autres études sont nécessaires pour déterminer le type de tire-lait idéal, le moment et la fréquence de l'extraction nécessaires pour favoriser le plus efficacement la production de lait maternel (66).

Lorsqu'il est indiqué d'utiliser un tire-lait pour initier, maintenir ou améliorer la production de lait maternel, les personnes qui allaitent doivent acquérir des compétences telles que la maîtrise de la mécanique d'un tire-lait, la fréquence et la durée de son utilisation, le nettoyage et l'entretien de l'équipement et le stockage sûr du LME (39). L'observation d'une ou plusieurs séances de tirage du lait peut permettre de fournir une rétroaction utile à la personne qui allaite et ainsi renforcer les notions qu'elle a apprises (39).

L'éducation aidera aussi les personnes qui allaitent à éviter les complications liées au tirage du lait qui résultent d'une stimulation mammaire insuffisante ou excessive. Par exemple, un tirage trop fréquent ou trop long peut entraîner une douleur ou un engorgement du mamelon. À l'inverse, un pompage insuffisant réduit la stimulation des seins, ce qui entraîne une diminution de l'apport en lait ou une insuffisance de lait maternel, une diminution de la probabilité d'exclusivité ou un arrêt précoce de l'allaitement (39). Pour que cette intervention soit efficace, le tirage du lait doit être adapté aux besoins de la dyade mère-enfant. Ces besoins peuvent évoluer dans le temps et doivent être régulièrement réévalués (39).

## Galactagogues

Les galactagogues sont des médicaments ou autres substances prescrits qui peuvent soutenir ou améliorer la production de lait maternel, bien qu'il existe un nombre restreint de données probantes quant à leur efficacité (46). La pratique consistant à prescrire des médicaments sous forme de galactagogues se fait de façon « non officielle » dans la plupart des pays, parce que les propriétés lactationnelles de ces médicaments n'apparaissent pas sur l'étiquette du produit et qu'ils n'ont pas été approuvés à cet effet par les organismes de réglementation (46). Par conséquent, lorsqu'un médicament prescrit est considéré comme un galactagogue, il faut utiliser un processus de décision éclairé qui reconnaît tous ces éléments, y compris les risques d'exposition au médicament et les avantages de la poursuite de l'allaitement (46).

Aucun galactagogue particulier prescrit ne peut être recommandé en raison de l'absence de résultats concluants concernant leur efficacité et de la possibilité d'effets indésirables (46). Le dépistage des allergies, des contre-indications ou des interactions médicamenteuses est indiqué, et une utilisation judicieuse, une surveillance étroite et un suivi sont justifiés (46). Avant de recourir à un galactagogue sur ordonnance, il faut d'abord que toutes les stratégies non pharmacologiques aient été essayées (comme nous l'avons vu plus haut en ce qui concerne le tirage du lait) (39, 46, 66).

En plus des médicaments, les produits à base de plantes ont toujours été utilisés comme galactagogues pour soutenir ou améliorer la lactation (46). Le mécanisme d'action des plantes comme le fenugrec, le chardon-Marie ou le pissenlit officinal n'est pas connu, et les évaluations scientifiques de ces produits font défaut (46). En outre, les études sur les plantes médicinales sont limitées en raison de la petite taille des échantillons et des sources de biais (telles que l'absence de répartition aléatoire et d'insu). Enfin, la prudence s'impose quant à l'utilisation des plantes dans le but d'améliorer la production laitière, car il y a un manque de dosage normalisé dans les préparations à base de plantes ainsi qu'un risque de réactions allergiques ou d'interactions médicamenteuses (46).

## Avantages et inconvénients

Des étapes, telles que l'expression manuelle ou le tirage du lait, peuvent accroître le sentiment de réussite et la confiance des personnes qui allaitent. Ces mesures peuvent les amener à pouvoir établir et maintenir une lactation adéquate (39). Ces facteurs peuvent contribuer à la poursuite de l'allaitement maternel (39).

## Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à toutes les personnes qui allaitent et qui utilisent des stratégies telles que l'expression manuelle ou le tirage du lait comme moyen de soutenir la lactation pour assurer l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel. Ces stratégies peuvent être utilisées pour augmenter le volume du lait maternel, mais uniquement lorsque cela est cliniquement indiqué. En présence d'une lactation insuffisante, des stratégies telles que le tirage du lait ou l'usage de galactagogues sont inutiles et doivent être évitées.

### Notes de pratique

Même si cela n'est pas indiqué sur l'étiquette du produit, la dompéridone est un médicament qui a été prescrit à titre de galactagogue (46). En tant qu'inhibiteur de la dopamine, son utilisation est associée à un effet secondaire qui est une augmentation des niveaux de prolactine, ce qui peut améliorer la production de lait maternel. Des avertissements relativement à l'innocuité de la dompéridone ont été émis par Santé Canada en 2015 en raison d'une légère augmentation du risque d'arythmie cardiaque grave et de mort cardiaque subite observée chez les personnes âgées de plus de 60 ans. À ce titre, la dompéridone ne doit pas être prescrite sans une évaluation cardiaque préalable (par exemple un électrocardiogramme). Un suivi médical étroit est indiqué (67).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>TIRAGE DU LAIT</b>	
Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/hygiene/breast-pump-fact-sheet.pdf">https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/hygiene/breast-pump-fact-sheet.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche d'information sur les étapes à suivre pour utiliser un tire-lait et recueillir le lait maternel en toute sécurité.</li> </ul>
Institut national de santé publique du Québec. Mieux vivre avec notre enfant : L'expression du lait [Internet]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; c2001-2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-sein/l-expression-du-lait">https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-sein/l-expression-du-lait</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide pratique pour les parents de jeunes enfants, de la grossesse à l'âge de deux ans, avec des renseignements sur l'allaitement, notamment sur l'expression du lait maternel, le choix d'un tire-lait et l'achat d'un tire-lait d'occasion.</li> </ul>
Enger L, Hurst NM. Patient education : Pumping breast milk (Beyond the Basics) [Internet]. [Lieu inconnu] : UpToDate; c2018 (mis à jour le 12 mars 2018). Peut être consulté au : <a href="https://www.uptodate.com/contents/pumping-breast-milk-beyond-the-basics?source=see_link">https://www.uptodate.com/contents/pumping-breast-milk-beyond-the-basics?source=see_link</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource pour l'éducation des patients au tirage du lait, y compris le choix d'un tire-lait, la façon de tirer le lait et la conservation du lait maternel.</li> </ul>
Morton J. Maximizing Milk Production with Hands-On Pumping [Video]. [Lieu inconnu] : Stanford Medicine; c2017. Peut être consulté au : <a href="https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/maximizing-milk-production.html">https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/maximizing-milk-production.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo montrant comment les personnes qui allaitent peuvent augmenter leur production de lait maternel sans avoir recours à des médicaments.</li> </ul>

## GALACTAGOGUES

FDA Talk Paper : FDA Warns Against Women Using Unapproved Drug, Domperidone, to Increase Milk Production [Internet]. Silver Spring (MD) : U.S. Food and Drug Administration; 2004 (mis à jour le 18 avril 2016). Peut être consulté au : <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm173886.htm>

- Une mise en garde de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis quant à l'utilisation de la dompéridone administrée par voie orale comme médicament non approuvé pour la lactation, et sur les risques de morbidité et de mortalité liés à un incident cardiaque en cas d'exposition par voie intraveineuse.

## AMÉLIORER L'APPROVISIONNEMENT EN LAIT MATERNEL SELON LES INDICATIONS CLINIQUES

Von Voigtlander Women's Hospital. Increasing breast milk supply [Internet]. Ann Arbor (MI) : University of Michigan Health System ; 2017 (mise à jour 2017 déc.). Peut être consulté au : <http://www.med.umich.edu/1libr/Gyn/Lactation/IncreasingMilkSupply.pdf>

- Une ressource éducative pour les personnes qui allaitent et leurs familles, traitant de la façon d'augmenter l'approvisionnement en lait maternel en utilisant des stratégies telles que le contact peau-à-peau ou l'expression du lait (si indiqué).
- Les causes de la diminution de l'approvisionnement en lait maternel sont abordées, telles que l'allaitement peu fréquent, le cas des bébés endormis et l'allaitement programmé.

## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (période prénatale et naissance, jusqu'à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.8 :

Fournir des services proactifs et continus de soutien à l'allaitement pour répondre aux besoins individualisés de la dyade mère-enfant.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 4; Moyenne = 2

## Discussion quant aux données probantes :

### Résumé des données probantes

#### Soutien à l'allaitement maternel

En tant qu'intervention, le soutien aide les personnes qui allaitent à atteindre leurs objectifs, à réduire le risque d'abandon et à résoudre les difficultés éventuelles (45). La disponibilité d'un soutien à l'allaitement est associée de façon positive à l'exclusivité jusqu'à six mois et à une diminution de la prévalence de l'arrêt de l'allaitement partiel ou exclusif avant six mois (19, 45, 47). Dans les milieux où le taux d'initiation de l'allaitement est élevé (80 % ou plus), le soutien a été le plus efficace pour minimiser la fréquence de l'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois (45). Toutefois, cette méthode s'est montrée moins efficace dans les milieux où le taux d'initiation de l'allaitement est modéré (60 à 80 %) ou faible (moins de 60 %) (45). En plus de taux plus élevés d'allaitement exclusif et continu, le soutien a aussi augmenté les niveaux de motivation, de persistance et de confiance dans la pratique de l'allaitement (47).

L'aide à l'allaitement est associée de façon positive à une réduction des maladies, des besoins en soins de santé et à une meilleure rentabilité (37). Par exemple, les nourrissons de familles à faible revenu qui ont bénéficié d'un soutien en personne de la part d'infirmières de santé communautaire et de pairs pendant six mois après l'accouchement, ont été allaités plus longtemps, ont eu moins de visites à la clinique pour des problèmes de santé et ont eu besoin de moins d'ordonnances pour soigner des maladies (48). Il a été montré que le coût de l'intervention de soutien par des infirmières et des pairs était inférieur à celui de la supplémentation en lait maternisé et des soins de santé aux nourrissons (48).

Le soutien peut promouvoir l'adoption d'attitudes positives face à l'allaitement (45). Par exemple, dans les populations où l'allaitement maternel est une pratique peu répandue, le soutien peut s'attaquer aux croyances et autres idées fausses concernant l'importance de l'allaitement maternel et les besoins du nourrisson (45). De même, dans les populations où l'allaitement ne fait pas partie de la norme sociale, le soutien peut renforcer la confiance de la personne qui allaite et l'inciter à débiter et à poursuivre l'allaitement maternel (45). En tant que tel, le soutien peut influencer les choix quant à la façon de nourrir les nourrissons et promouvoir l'allaitement exclusif et l'établir en tant que norme (45).

#### Soutien de la pratique de l'allaitement maternel par les pairs

Les pairs allaitants peuvent être définis comme des prestataires non professionnels qui (a) font partie du réseau social de la personne qui allaite ou d'un autre réseau social; (b) ont un vécu en matière d'allaitement; et (c) partagent certaines similarités avec la personne qui allaite, par exemple un statut socio-économique ou un milieu culturel similaires (37, 45). Les pairs qui offrent leur soutien à l'allaitement maternel peuvent être des amis, d'autres personnes qui allaitent ou des prestataires non professionnels (y compris les visiteurs au domicile de la famille) (37, 45).

Le soutien à l'allaitement peut être assuré efficacement par les pairs, soit de manière autonome, soit en collaboration avec le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle (37). Pour établir une collaboration efficace, le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle doivent bien connaître le rôle et les avantages de l'intervention des pairs, et ils doivent être favorables à leur

implication auprès des personnes qui allaitent par des stratégies telles que les visites à domicile, les contacts téléphoniques et les séances de soutien en groupe (37, 49). Dans les milieux où le soutien à l'allaitement n'est pas assuré par le personnel infirmier ou les membres des équipes interprofessionnelles, le soutien par les pairs peut constituer une autre solution d'approche (37).

Le soutien par les pairs est efficace pour augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel, l'exclusivité et la confiance en soi (37, 50). L'aide par les pairs représente une stratégie accessible et rentable pour promouvoir et influencer l'adoption de l'allaitement maternel exclusif (37). Grâce aux relations entre pairs, les personnes qui allaitent peuvent se sentir soutenues par des stratégies pratiques d'allaitement maternel au quotidien (37, 50). Contrairement au personnel infirmier et aux autres membres des équipes interprofessionnelles, les pairs qui allaitent n'ont pas de rapport hiérarchique avec la personne qui allaite, et la valeur du soutien qu'ils apportent se trouve renforcée s'ils partagent la même langue et les mêmes valeurs culturelles ou s'ils ont un revenu ou un niveau d'éducation équivalent à la personne qui allaite. Cela peut être particulièrement avantageux pour les personnes issues de populations vulnérables et qui pratiquent l'allaitement maternel, telles que les personnes socialement isolées, racialisées ou marginalisées (37, 50).

### **Fournir des services de soutien proactif et continu à la pratique de l'allaitement maternel**

Il semble que le soutien à l'allaitement soit plus efficace lorsque les services sont offerts de manière continue et que la personne qui allaite peut l'anticiper (c'est-à-dire un soutien proactif) (45). Cela contraste avec les services de soutien à l'allaitement maternel qui sont accessibles sur demande seulement (c'est-à-dire un soutien réactif) (45).

Le soutien qui a le plus d'incidence sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif est celui qui fait partie de services fournis sur une base régulière et sur plusieurs séances (45). Par exemple, les programmes de soutien à l'allaitement de quatre à huit séances s'étendant sur une période plus longue (par exemple, de cinq semaines à six mois) semblent avoir le plus grand effet sur les taux d'exclusivité (45, 47). En revanche, le fait d'avoir moins de séances de soutien (par exemple, un seul contact pendant le séjour à l'hôpital) ou un plus grand nombre de séances (par exemple, plus de huit) ne s'est pas avéré efficace pour augmenter les taux d'allaitement maternel exclusif (45, 47).

Les personnes qui allaient peuvent aussi recevoir un soutien à l'allaitement maternel efficace, en personne ou par téléphone (45). Le soutien en personne semble plus efficace pour réduire l'arrêt de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, par rapport au soutien par téléphone, ou une combinaison des deux méthodes, malgré l'hétérogénéité des types de soutien offerts (45). Quel que soit le type de soutien, il doit être offert par le personnel infirmier ou des membres des équipes interprofessionnelles qui connaissent et maîtrisent les pratiques d'allaitement maternel (45). La **Recommandation 3.1** aborde la nécessité de poursuivre la formation à l'allaitement en utilisant les connaissances théoriques actuelles fondées sur des données probantes et l'application de compétences pratiques.

Les services de soutien à l'allaitement peuvent être utilisés dans divers cadres, tels que les centres communautaires, les foyers et les hôpitaux, y compris ceux qui possèdent la désignation IAB (45, 47). L'aide peut prendre la forme d'un soutien individuel ou de groupe, ou elle peut être offerte aux couples (45, 47). Grâce au soutien qui est offert dans plusieurs secteurs de la santé, l'accessibilité est accrue et l'allaitement maternel exclusif peut être soutenu et encouragé (19).

### **Soutien individualisé à la dyade mère-enfant**

Quel que soit le contexte, le soutien à l'allaitement doit être adapté aux besoins de la population (45). Parmi les exemples de stratégies visant à obtenir un soutien individualisé à l'allaitement maternel, on peut citer les visites quotidiennes du personnel infirmier et des membres des équipes interprofessionnelles pour répondre aux questions ou aux préoccupations de la personne qui allaite, alors qu'elle est encore à l'hôpital après l'accouchement; un contact téléphonique hebdomadaire continu après la sortie de l'hôpital; et des visites à domicile pendant la première semaine du post-partum, avec d'autres visites à domicile au besoin (51). Les sujets de discussion durant les visites varient en fonction des besoins et des objectifs de la personne qui allaite.

Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

### Avantages et inconvénients

Lorsqu'il n'y a pas de collaboration entre les pairs, le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles, le soutien par les pairs seul ne s'est pas révélé efficace pour favoriser la poursuite de l'allaitement (37).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts a attribué une plus grande valeur au fait que le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs jouent un rôle essentiel dans la facilitation du soutien à l'allaitement maternel, par l'entremise de stratégies de promotion, d'orientation et de coordination des ressources et des services de soutien communautaire, et par l'intervention des pairs.

La formation des pairs est importante. Il est prouvé que les personnes qui allaitent préfèrent le soutien de pairs qui ont reçu une formation à l'allaitement.

### Notes de pratique

Le soutien à l'allaitement est complexe et multidimensionnel, et il peut comprendre l'un des éléments suivants :

- fournir un soutien émotionnel ou psychosocial;
- rassurer la personne qui allaite;
- la complimenter;
- contribuer à la construction de l'estime de soi;
- offrir une aide pratique;
- renseigner la personne en discutant avec elle et en répondant à ses questions;
- étendre le réseau social de soutien, y compris la mise en relation des personnes qui allaitent avec des groupes de soutien ou d'autres types de réseaux;
- sensibiliser une personne quant à l'importance de l'allaitement maternel;
- soutenir la poursuite de l'allaitement et contrer les pressions sociétales ou familiales qui peuvent affecter la confiance de la personne qui allaite ou modifier les objectifs d'allaitement;
- s'attaquer à toutes les croyances ou idées fausses concernant le lait maternel et la nécessité d'aliments complémentaires pour le nourrisson avant l'âge de six mois (45).

Voici quelques exemples de services de soutien à l'allaitement maternel tirés de données probantes :

- Des appels téléphoniques quotidiens proactifs à la personne qui allaite pendant la première semaine du post-partum, suivis d'un soutien téléphonique (si nécessaire) jusqu'à deux semaines après l'accouchement, avec la possibilité supplémentaire d'envoyer des messages textes.
- Des renseignements sur l'allaitement maternel, y compris l'accès à un site Web sécurisé contenant des renseignements détaillés sur l'allaitement maternel. Cette mesure a été combinée à des courriels et des appels téléphoniques de suivi à la personne qui allaite et à son partenaire, pendant une période allant jusqu'à trois semaines après l'accouchement, afin de répondre aux questions et aux préoccupations individuelles.
- Le soutien de la CL, qui se manifeste concrètement par de multiples visites prénatales, une visite à l'hôpital et des appels téléphoniques de suivi pendant les trois mois suivant l'accouchement ou jusqu'à l'arrêt de l'allaitement.
- Des visites en personne à l'hôpital et à domicile jusqu'à quatre mois après l'accouchement, avec accès à une ligne d'assistance téléphonique 24 heures sur 24 pour le soutien à l'allaitement maternel.
- Évaluation et suivi dans une clinique post-partum où travaillent du personnel infirmier, des médecins de famille et des CL. Le premier rendez-vous était prévu 48 heures après la sortie de l'hôpital et comprenait une évaluation de la dyade mère-enfant. Des rendez-vous de suivi supplémentaires ont été proposés, selon les besoins, jusqu'à six semaines après l'accouchement (52-56).

Les pairs qui allaitent ont fourni différents types de soutien tout au long de la période périnatale, notamment :

- La diffusion de renseignements et un soutien individuels à l'aide de documents écrits (par exemple, des brochures), de vidéos et d'outils pédagogiques (comme des poupées d'allaitement servant à démontrer les techniques d'allaitement) pendant la grossesse.
- Un soutien individuel au moyen de visites en personne avant la sortie de l'unité des naissances.
- Soutien de suivi et conseils pratiques sur l'allaitement maternel par téléphone, visites à domicile et groupes de soutien après la sortie de l'hôpital. Du matériel pédagogique a été utilisé, mais moins fréquemment que pendant la période prénatale (37).

Comme le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles, l'efficacité des pairs passe par une formation relative à l'éducation à l'allaitement (37). Il peut être utile que la formation donnée aux pairs, au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles qui travaillent ensemble se déroule conjointement : cela permet une diffusion cohérente des renseignements aux personnes qui allaitent et à leur famille (37). En outre, la formation peut améliorer les compétences des pairs dans des domaines tels que la communication et les connaissances sur l'allaitement, y compris les stratégies utiles pour résoudre les problèmes liés à l'allaitement (37).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>SOUTIEN ET PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b>	
Allaitement [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (mis à jour le 21 mars 2018). Peut être consulté au : <a href="https://www.cdc.gov/breastfeeding/promotion/">https://www.cdc.gov/breastfeeding/promotion/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des stratégies de soutien à l'allaitement maternel pour les familles, les communautés, les services de soins de santé, les employeurs et les infrastructures de santé publique sont décrites.</li> </ul>
<b>SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL PAR LES PAIRS</b>	
La Leche League Canada [Internet]. Pickering (Ontario) : La Leche League Canada; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="https://www.lllc.ca/">https://www.lllc.ca/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le site Web de La Leche Canada contient des informations sur l'allaitement maternel et d'autres ressources visant à promouvoir l'allaitement maternel par l'intermédiaire du soutien des pairs.</li> </ul>
<b>INTÉGRATION DU SOUTIEN PAR LES PAIRS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER ET LES MEMBRES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES</b>	
Centre de ressources Meilleur départ. Mettre en place et maintenir des groupes de soutien à l'allaitement par les pairs [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ/Nexus santé; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B10_BF_Peer_Support_Programs_ENG_final.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B10_BF_Peer_Support_Programs_ENG_final.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource sur le processus de planification, de lancement et de maintien d'un programme de bénévolat pour les pairs qui allaitent.</li> </ul>

## INTÉGRATION DU SOUTIEN PAR LES PAIRS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER ET LES MEMBRES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES

Centre de ressources Meilleur départ. Boîte à outils pour la formation au soutien par les pairs en matière d'allaitement. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2016.

- Une boîte à outils contenant des stratégies pour préparer le soutien bénévole par les pairs.

Kaiser Permanente Medical Care Program. Improving hospital breastfeeding support implementation toolkit [Internet]. Oakland (CA) : Kaiser Permanente Medical Care Program; 2013. Peut être consulté au : <http://kpcmi.org/wp-content/uploads/2013/03/kaiser-permanente-breastfeeding-toolkit.pdf>

- Une boîte à outils sur la promotion de l'allaitement maternel conçue pour aider à la planification et à la mise en œuvre de projets d'amélioration de l'efficacité et au soutien des pairs en matière d'allaitement dans un cadre hospitalier.



## Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (de la naissance à l'âge de six mois)

### RECOMMANDATION 2.9 :

Faciliter une prise de décision éclairée concernant l'utilisation de la tétine.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

Le nombre limité de données probantes indique que l'utilisation de la tétine n'a pas eu d'impact significatif sur les taux d'allaitement exclusif ou partiel des nourrissons jusqu'à l'âge de quatre mois, lorsqu'elle est initiée après l'accouchement ou après que la lactation a été établie chez les personnes qui étaient très motivées pour allaiter (68). Pour pouvoir prendre des décisions éclairées sur l'utilisation de la tétine, les personnes qui allaitent doivent être conscientes des limites des données probantes dans ce domaine : les résultats indiquant l'absence d'effet sur la durée de l'allaitement exclusif et partiel ont été limités aux nourrissons jusqu'à l'âge de quatre mois dont les parents étaient très motivés à allaiter. L'incidence de l'utilisation de la tétine sur les difficultés d'allaitement à court terme et sur la santé du nourrisson à long terme n'a pas été déterminée (68). L'utilisation des tétines, en particulier dans les cas d'utilisation fréquente ou prolongée, peut potentialiser les difficultés d'allaitement telles que la « confusion dans la reconnaissance des mamelons », l'insuffisance de lait maternel et l'établissement d'une préférence marquée pour la tétine (68). Ainsi, les personnes qui allaitent doivent être conseillées pour prendre une décision éclairée concernant l'utilisation de la tétine (68).

Historiquement, les tétines étaient utilisées pour répondre au besoin biologique des nourrissons de téter, y compris la succion non nutritive, et pour prévenir les sentiments de douleur et d'anxiété en produisant un effet calmant (68). La décision des parents d'utiliser la tétine est influencée par d'autres variables, notamment la culture, la motivation et la psychologie (69). L'utilisation de la tétine varie de nulle à fréquente, avec une incidence proportionnelle sur l'allaitement. Par exemple, une exposition fréquente et prolongée à la tétine peut entraîner une préférence pour la tétine par rapport au mamelon de la personne qui allaite; en revanche, l'utilisation occasionnelle ou parcimonieuse de la tétine pendant de courtes périodes pour calmer un nourrisson n'a probablement aucun effet sur la fréquence de l'allaitement et la lactation (68).

La technique de succion de la tétine est différente de l'allaitement au sein : la succion de la tétine nécessite une succion courte et rapide avec un effort minimal, tandis que l'allaitement au sein nécessite une plus grande ouverture de la bouche, le positionnement de la langue sous l'aréole et une succion lente et profonde (68). Les nourrissons exposés aux tétines peuvent vivre le phénomène de la « confusion du mamelon » s'ils appliquent la même technique de succion au mamelon que celle qu'ils utilisent pour la tétine, ce qui peut entraîner des complications liées à l'allaitement (comme une réduction de la production de lait maternel en raison d'une stimulation insuffisante du sein) (68). L'insuffisance de lait maternel qui en résulte peut contribuer à une augmentation des pleurs et de l'agitation des nourrissons, ce qui pourrait entraîner un recours accru aux préparations pour nourrissons (68). Par contre, l'utilisation de la tétine peut aussi prolonger l'intervalle entre les tétées et accentuer la sensation de faim du nourrisson, ce qui peut se traduire par une augmentation de la consommation de lait au moment de la tétée (68). Enfin, l'allaitement au sein sans restriction et sans utilisation de la tétine, basé sur les signes de faim, peut entraîner une stimulation fréquente des seins et améliorer les possibilités pour la dyade mère-enfant d'obtenir un positionnement et une prise du sein efficaces, pour favoriser la production de lait maternel et augmenter les chances de succès de l'allaitement (68).

### Avantages et inconvénients

L'utilisation de la tétine procure un effet de protection associée à une réduction du risque du SMSN lorsqu'elle est utilisée pendant la sieste au moment du coucher, après la mise en place de la pratique de l'allaitement (68). Cependant, la promotion de l'utilisation de la tétine à cette fin est incompatible avec les recommandations de l'OMS/UNICEF, et si un lien entre l'utilisation de la tétine et la réduction de l'occurrence du SMSN a été établi, il n'existe aucune relation de cause à effet entre les deux paramètres (68). Le lien entre de telles difficultés d'allaitement, ou l'effet à long terme de l'utilisation de la tétine sur la santé du nourrisson (par exemple, le risque de malocclusion dentaire, de carie dentaire ou d'otite moyenne) n'a pas pu être établi en raison du nombre insuffisant d'études sur ces questions. (68).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIHAO a déclaré que l'utilisation de tétines peut nuire à la reconnaissance des signes de faim du nourrisson, et qu'une stimulation non nutritive accrue qu'entraîne l'utilisation de la tétine peut nuire à la lactation. Le groupe d'experts a attribué une plus grande valeur au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs qui enseignent aux parents à reconnaître et à répondre aux signes de faim de leur nourrisson.

### Notes de pratique

Afin de faciliter la prise de décision éclairée concernant l'utilisation des tétines et de son lien avec l'allaitement, les principales autorités sanitaires d'Amérique du Nord ont fait part de certains éléments de leur vision, notamment :

- Les 10 étapes de l'IAB et les indicateurs de résultats du Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires recommandent de ne pas donner la tétine aux nourrissons allaités afin de favoriser l'initiation et l'exclusivité et d'éviter la supplémentation en lait maternisé (7, 21).
- Le groupe de travail de l'American Academy of Pediatrics sur le syndrome de mort subite du nourrisson soutient l'idée d'offrir des tétines lorsque les parents installent leur enfant pour dormir (68). Toutefois, le recours à la tétine doit attendre que l'allaitement soit bien établi (68).
- L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire de Santé Canada indique que la tétine procure un effet protecteur contre le SMSN et que les nourrissons à qui on la donne déjà devraient aussi l'utiliser au moment de dormir (70). Cependant, l'introduction de la tétine doit avoir lieu seulement après que l'allaitement soit bien établi (70).
- La recommandation 3.6 de la LDPE de l'AIHAO *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois* (2014) aide les parents ou les soignants à prendre une décision éclairée concernant l'utilisation de la tétine. La recommandation met l'accent sur la responsabilité du personnel infirmier de soutenir la prise de décision éclairée au moyen de la sensibilisation et de conseils. Les données probantes citées montrent l'effet protecteur des tétines contre le SMSN, mais il faut noter que les études à l'origine de ces données présentaient des limites du point de vue de la méthodologie. Par exemple, le rôle de protection attribué à une tétine dans le cas du SMSN est beaucoup moins important dans les études qui ont comparé l'utilisation courante de la tétine par rapport à une non-utilisation. En ce qui concerne l'allaitement, il a été suggéré que l'utilisation de la tétine réduisait la durée de la pratique de l'allaitement maternel (une durée pouvant être réduite jusqu'à trois fois), mais ce résultat peut dépendre de variables telles que la fréquence et le début de l'utilisation. Pour plus de détails, voir <http://rnao.ca/bpg/guidelines/safe-sleep-practices-infants>

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>DÉCLARATIONS DES AUTORITÉS SANITAIRES SUR LE RAPPORT ENTRE L'UTILISATION DES TÉTINES ET L'ALLAITEMENT</b>	
Ponti M; Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee. Recommendations for the use of pacifiers. Paediatr Child Health. 2003; 8 (8):515-9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un exposé de principes de la Société canadienne de pédiatrie qui reconnaît les tétines comme un facteur contribuant au sevrage précoce. Le document ne recommande pas l'usage des tétines de manière concluante en raison des multiples facteurs et préjugés qui influencent le comportement.</li> </ul>
Agence de la santé publique du Canada. Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; [date inconnue] (mis à jour le 23 avril 2018). Peut être consulté au : <a href="https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html">https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une déclaration d'experts nord-américains sur le SMSN et la prévention.</li> <li>■ On pense que les tétines protègent contre le SMSN. Toutefois, le recours à la tétine doit attendre que l'allaitement maternel soit bien établi (68).</li> </ul>
<b>REVUES SYSTÉMATIQUES ET RECHERCHES PRIMAIRES SUR L'UTILISATION DES TÉTINES ET L'ALLAITEMENT</b>	
Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr. 2017;13(3):e12384.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une revue systématique et une méta-analyse examinant le rapport entre l'utilisation de la tétine et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif.</li> <li>■ L'analyse a révélé l'existence d'un lien entre l'utilisation de la tétine et l'interruption de l'allaitement exclusif.</li> <li>■ Les conclusions de cette analyse sont en accord avec la recommandation de l'OMS sur l'utilisation des tétines et ses conséquences sur l'allaitement maternel.</li> </ul>
Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et coll. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. Pediatrics. 2013; 131 (4):e1101-7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude rétrospective qui conclut que l'utilisation restreinte de la tétine dans les unités post-partum est associée à une diminution de l'allaitement exclusif.</li> <li>■ Les résultats indiquent que d'autres études sont nécessaires pour déterminer l'incidence de l'utilisation des tétines, le cas échéant, sur l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement maternel au début de la période néonatale.</li> </ul>

## Interventions pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel (de la naissance à l'âge de deux ans, et après)

### RECOMMANDATION 2.10 :

Assurer l'éducation à l'allaitement maternel tout au long de la période périnatale et aussi longtemps que l'allaitement se poursuit :

- dans différents cadres et
- par des approches diversifiées, y compris celles qui sont adaptées aux besoins des populations vulnérables.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 2; Moyenne = 5

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

Les interventions éducatives suscitent l'intention, l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement et offrent la possibilité d'influencer positivement les choix des personnes. (71) L'éducation peut être dispensée dans divers cadres en utilisant diverses approches, notamment celles qui sont adaptées aux besoins des populations vulnérables<sup>6</sup>, comme nous le verrons plus loin.

#### L'éducation à l'allaitement maternel augmente les taux d'exclusivité et de maintien de l'allaitement

Les interventions éducatives améliorent l'exclusivité et le taux de poursuite de l'allaitement maternel lorsqu'elles sont dispensées par du personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et des pairs qui ont reçu une formation fondée sur les approches et les connaissances actuelles, conformément aux données probantes existantes (38, 47, 72-73). Le manque de connaissances des personnes qui allaitent est un obstacle reconnu et un facteur de risque modifiable (46). Il a été montré que les interventions éducatives sont environ deux fois plus efficaces pour promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à six mois que les soins de routine (71). L'éducation a une influence positive sur le niveau de motivation à allaiter ainsi que la persévérance à poursuivre l'allaitement en cas de difficultés (47, 71). L'éducation réduit la probabilité de ne pas allaiter ou de ne pas allaiter exclusivement à six mois, dans le cadre d'une intervention assurée par des pairs qui allaitent (71). Les recherches suggèrent que les primipares et les multipares tirent profit de l'éducation, y compris ceux qui allaitent pour la première fois et ceux qui ont déjà allaité (71, 73).

#### Initier l'éducation à l'allaitement pendant la période périnatale et aussi longtemps que l'allaitement se poursuit

Les interventions éducatives commençant pendant la grossesse et se poursuivant jusqu'à l'accouchement ont été plus efficaces que celles qui se sont déroulées sur une période plus courte (19, 71). Les interventions éducatives menées à raison de trois à six sessions par le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles ont créé des occasions de formation à des moments critiques de la période périnatale; elles ont créé des occasions au fil du temps, au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la personne qui allaite (72). Des effets plus importants sur les taux d'allaitement ont été observés entre un et trois mois et entre quatre et six mois lorsque des interventions éducatives étaient proposées (38, 71 - 72).

#### Fournir une éducation à l'allaitement maternel dans divers contextes

Les interventions éducatives ont été efficaces pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif dans différents cadres, tels que les soins primaires ou communautaires, en particulier ceux désignés comme IAB (19). En outre, l'éducation dispensée sur place, au domicile d'une personne, dans un établissement de soins primaires ou de santé publique, ou les trois, a permis de soutenir efficacement l'allaitement exclusif jusqu'à six mois (19). Les visites à domicile permettent de mieux évaluer et comprendre les besoins des personnes qui allaitent (71). Le contact téléphonique s'est aussi révélé être une méthode efficace pour l'éducation à l'allaitement (19, 47, 71).

## Utiliser des approches diversifiées

Les interventions éducatives qui intègrent une variété de méthodes sont plus efficaces que les approches uniques (74). Par exemple, des documents imprimés, une discussion verbale sur des questions ou des préoccupations, ou l'utilisation de poupées éducatives ou de supports pédagogiques pour démontrer les techniques d'allaitement peuvent être efficaces (47).

## S'adapter aux besoins des populations vulnérables

Les populations vulnérables cernées par les données probantes comprennent les personnes racialisées, les nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu ou peu instruites (73). Les taux d'allaitement de chaque groupe peuvent être inférieurs en raison des difficultés et des obstacles à l'accès aux services de santé. Parmi les exemples d'interventions éducatives, citons l'accès aux CL, les visites supplémentaires en clinique ou à domicile effectuées par les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs, la participation de la famille et la participation à des services organisés d'allaitement, de nutrition et de parentage qui prolongent la disponibilité et la durée de l'aide (72).

Les formats individuels et collectifs de l'éducation à l'allaitement maternel ont eu un certain effet sur l'augmentation des taux d'allaitement exclusif et de tout type d'allaitement maternel parmi les populations vulnérables (73). Certaines données probantes suggèrent toutefois que l'éducation prénatale individuelle pourrait être plus efficace, car les formats de groupe ne reconnaissent pas systématiquement ou n'abordent pas les obstacles tels que la langue, les styles d'apprentissages ou la dynamique de groupe (73). En revanche, l'enseignement individualisé peut être adapté aux besoins et aux circonstances particulières d'une personne. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins uniques des populations vulnérables afin de déterminer quelles sont les interventions éducatives les plus efficaces en matière d'allaitement (73).

L'annexe D décrit les stratégies visant à répondre aux besoins d'allaitement des populations vulnérables, telles que les personnes à faible revenu et celles ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé.

## Avantages et inconvénients

Les interventions éducatives en matière d'allaitement doivent être effectuées de manière holistique, en tenant compte des besoins de la personne qui allaite (71). Ainsi, lorsque la prestation d'une intervention éducative en matière d'allaitement est faite en personne, et qu'elle comprend des éléments d'information, des instructions, des conseils pratiques et des mesures de soutien émotionnel, les avantages potentiels d'une telle intervention sont maximisés (71).

## Valeurs et préférences

Le groupe d'experts a attribué une valeur plus élevée au soutien à la prise de décision éclairée des personnes qui allaitent en ce qui concerne les méthodes d'alimentation des nourrissons et l'autogestion de l'allaitement. Cette position est en accord avec l'étape 3 des *10 étapes de l'IAB* et les *indicateurs de résultats du Code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires*, qui met l'accent sur l'information transmise aux personnes qui allaitent et à leurs familles à propos des avantages et du processus d'allaitement (21).

Pour être le plus efficace possible, l'éducation à l'allaitement doit être flexible et pouvoir s'adapter à une série de facteurs, tels que l'évolution des besoins et des priorités, le stade de la lactogenèse, la phase de développement du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant, et la présence ou l'absence de toute complication ou de tout problème. Les sujets des interventions éducatives doivent comprendre des éléments sur l'importance de l'allaitement maternel au-delà des six premiers mois de la petite enfance.

### Notes de pratique

Les approches éducatives doivent tenir compte des ressources disponibles et des besoins et priorités de la personne qui allaite. Les données probantes mettent en évidence de multiples interventions d'éducation à l'allaitement qui se sont avérées efficaces, notamment :

- les cours prénataux;
- des ateliers;
- le conseil par les pairs, qui consiste notamment à donner des conseils et à répondre aux questions;
- des compétences pratiques;
- la formation sur Internet;
- les messages textes et vocaux vers les téléphones cellulaires;
- les vidéos;
- des chansons;
- des présentations théâtrales;
- des appels téléphoniques par le personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles ou des bénévoles formés;
- des sessions de groupe ou individuelles par une CL;
- des brochures ou autres documents écrits (47, 49, 71, 74).

Il existe aussi une variété de sujets de discussion utiles pour l'éducation à l'allaitement, notamment ceux qui mettent l'accent sur les principes de l'allaitement, la production de lait maternel, la nutrition et la santé des nourrissons, l'engagement des ressources sociales et les méthodes pour la gestion de l'allaitement et des défis qu'elle comporte (47, 71, 74 - 75). Des exemples sont énumérés ci-dessous.

### Principes de l'allaitement maternel

- L'importance de l'allaitement maternel.
- Les pratiques d'allaitement recommandées, y compris l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement.
- L'allaitement maternel réactif en fonction des signes de faim du nourrisson.

### Production de lait maternel

- L'établissement et le maintien de la production de lait maternel en lien avec l'offre et la demande.
- La promotion de l'importance de l'allaitement maternel fréquent au début du post-partum pour favoriser une production optimale de lait maternel et réduire le risque de stase et d'engorgement des seins.
- Le LME et techniques de stockage sûres.
- Les avantages d'éviter l'utilisation du biberon et de la supplémentation pour favoriser l'initiation et l'établissement de la lactation.
- Indicateurs d'un approvisionnement et d'un transfert efficace de lait.

### Nutrition et santé des nourrissons

- Paramètres de la croissance et du développement sains du nourrisson.
- Importance du colostrum pour la santé des nourrissons.

### Obtenir un soutien social

- Le rôle du soutien du partenaire et de la famille en tant que facilitateur de l'allaitement.
- L'accès aux services communautaires de soutien à l'allaitement.

## Gérer les défis liés à l'allaitement maternel

- Des stratégies pour prévenir et gérer les problèmes courants de lactation, tels que l'engorgement des seins ou les douleurs aux mamelons.
- L'importance d'un soutien et d'une aide continus à l'allaitement jusqu'à six mois après l'accouchement, pour répondre aux besoins, aux défis ou aux préoccupations et à l'exclusivité de l'allaitement.
- L'éducation et la formation peuvent être efficaces en tant qu'outil non technique pour soutenir l'allaitement maternel lorsqu'il est pratiqué tout au long de la période périnatale. L'intervention éducative doit comprendre tous les aspects de l'allaitement et aborder les thèmes de l'importance et des défis liés à l'allaitement maternel. Les personnes qui allaitent doivent acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour être en mesure de reconnaître les problèmes communs et d'apprendre des stratégies pratiques pour gérer les demandes quotidiennes.

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>ÉDUCATION À L'ALLAITEMENT MATERNEL</b>	
Agence de la santé publique du Canada. 10 bonnes raisons d'allaiter [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2009. Peut être consulté au : <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/pdf/reasons-raisons-eng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/pdf/reasons-raisons-eng.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource éducative promouvant les avantages de l'allaitement maternel pour la personne qui allaite et le nourrisson jusqu'à l'âge de deux ans et plus.</li> </ul>
Community Health Training Institute. Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting [Internet]. [Lieu inconnu] : Community Health Training Institute; c2013–2018. Peut être consulté au : <a href="http://hriainstitute.org/breastfeedingcme/cme-2/section/breastfeeding-promotion-in-the-prenatal-setting">http://hriainstitute.org/breastfeedingcme/cme-2/section/breastfeeding-promotion-in-the-prenatal-setting</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stratégies prénatales pour les prestataires de soins de santé afin de promouvoir l'allaitement maternel à chaque trimestre.</li> <li>■ Exemples de questions ouvertes pour fournir des conseils de prévention aux personnes enceintes et à leur famille concernant l'alimentation des nourrissons.</li> </ul>
Champlain Maternal Newborn Regional Program Prenatal breastfeeding key messages: health care provider tool [Internet]. Ottawa (Ontario) : Champlain Maternal Newborn Regional Program; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://instantweb.secure-form2.com/uploads/documents//Key_Messages_V1_Sept_17_OLS_FINAL.pdf">https://instantweb.secure-form2.com/uploads/documents//Key_Messages_V1_Sept_17_OLS_FINAL.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une liste de questions et de points importants concernant l'allaitement maternel qu'un prestataire de soins de santé pourrait intégrer à ses visites prénatales.</li> </ul>

## REVUE SYSTÉMATIQUE DE L'EFFET DES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT MATERNEL

Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. *J Hum Lact.* 2017; 33 (1):50-82.

- Une revue systématique décrivant les interventions liées à l'éducation des personnes enceintes à propos des avantages et de la gestion de l'allaitement.
- Les résultats suggèrent que les interventions prénatales, effectuées seules ou en association avec des composantes intrapartum ou post-partum, sont efficaces pour augmenter le taux d'initiation, d'exclusivité et la poursuite de l'allaitement lorsqu'elles combinent à la fois l'intervention éducative et soutien interpersonnel, et lorsque les partenaires ou la famille sont impliqués.

## IMPACT DE L'ÉDUCATION PRÉNATALE ET POST-PARTUM À L'ALLAITEMENT SUR LES RÉSULTATS DE L'ALLAITEMENT

Remple LA, Moore KC. Peer-led prenatal breast-feeding education: a viable alternative to nurse-led education. *Midwifery.* 2012; 28 (1):73-9.

- Étude comparant les résultats de l'allaitement maternel des personnes participant à un cours d'allaitement dirigé par des pairs, à ceux des personnes participant à un cours présenté par une infirmière en milieu hospitalier.
- Les deux groupes ont trouvé les cours utiles. Les cours dirigés par des pairs se sont avérés plus efficaces en matière de suggestions pratiques pour soutenir l'allaitement.

Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, et coll. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr.* 2011; 100 (4):534-7.

- Les personnes ayant reçu une éducation prénatale personnalisée sur l'allaitement maternel étaient moins susceptibles de cesser d'allaiter avant six et douze mois après l'accouchement.
- Les participants ont reçu du matériel pédagogique sur la santé, notamment des brochures et des vidéos sur l'allaitement. Les questions relatives à l'allaitement, y compris les éléments techniques, ont été abordées.

## FAVORISER UNE PRISE DE DÉCISION ÉCLAIRÉE CONCERNANT L'UTILISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL DANS L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

BFI Strategy for Ontario. Informed decision making: having meaningful conversations regarding infant feeding [Internet]. [Lieu inconnu] : BFI Strategy for Ontario; 2017. Peut être consulté au : [http://breastfeedingresourcesontario.ca/sites/default/files/pdf/Res\\_Strategy\\_IDM\\_Toolkit\\_EN.pdf](http://breastfeedingresourcesontario.ca/sites/default/files/pdf/Res_Strategy_IDM_Toolkit_EN.pdf)

- Un outil contenant des renseignements et des conseils sur la manière d'aider les personnes qui allaitent à prendre une décision éclairée concernant l'alimentation du nourrisson.
- Les sujets abordés comprennent les méthodes permettant d'avoir une discussion centrée sur la personne et les moyens de réduire les risques liés à l'alimentation des nourrissons.

## Interventions pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel (de la naissance à l'âge de deux ans)

### RECOMMANDATION 2.11 :

Inclure les membres de la famille, tels que les partenaires et les grands-mères, dans l'éducation et le soutien à l'allaitement maternel.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Moyenne = 2

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

Le soutien apporté par les membres de la famille tels que les partenaires, les grands-mères, les sœurs et les amis est associé de façon positive à l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement (37, 47, 50). La participation de la famille doit tenir compte des préférences de la personne qui allaite (50). L'inclusion de la famille tient compte de l'influence de l'environnement socioculturel qui peut faciliter ou nuire au processus, ce qui fait en sorte qu'il est possible que les décisions ne soient pas prises de manière autonome (19, 71 - 72). Le manque de soutien de la famille et d'un réseau social peut avoir une influence négative sur le taux d'allaitement exclusif et continu (72). Aux États-Unis par exemple, les femmes d'origine latine qui ne bénéficient que d'un faible soutien social ont près de trois fois plus de chances d'arrêter d'allaiter (72).

Les partenaires sont la source de soutien la plus importante, en raison de l'influence qu'ils exercent sur la prise de décision concernant l'initiation et la poursuite de l'allaitement, ainsi que des attentes qui y sont associées (37, 50). Les recherches suggèrent une augmentation de l'allaitement exclusif et continu chez les primipares dont les partenaires les soutiennent et les aident dans leurs activités quotidiennes, telles que les soins aux nourrissons et les tâches ménagères (50). Le soutien du partenaire a réduit le risque de stress lié à l'exercice des responsabilités parentales et aux troubles de l'humeur du post-partum, y compris la dépression (50). L'éducation des partenaires sur les pratiques d'allaitement et les difficultés courantes liées à la pratique de l'allaitement était associée à un taux plus élevé d'allaitement exclusif et à une diminution de l'insuffisance de lait maternel perçue dans les six premiers mois du post-partum (37).

Le soutien des grands-mères et des partenaires a été associé de façon positive à des niveaux élevés de satisfaction à l'égard de l'allaitement maternel (50). Les grands-mères peuvent influencer les personnes qui allaitent quant à leur décision de commencer et de poursuivre l'allaitement, aux attitudes vis-à-vis de l'allaitement ainsi que le moment de l'introduction des aliments solides (37).

Le soutien social des membres de la famille peut être utile pendant la période post-partum lorsqu'il correspond aux besoins de la personne qui allaite (50). Les partenaires et les grands-mères doivent savoir que le post-partum est une période stressante en raison de la récupération physique après l'accouchement, des soins à apporter au nouveau-né et de la transition vers le rôle de parent (50). Le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs peuvent aider les personnes qui allaitent à déterminer des sources de soutien positives et fournir des suggestions sur la manière de gérer les facteurs de stress causés par les membres de la famille, comme le fait de sembler exigeant, d'avoir des attentes inadéquates ou de manquer de compréhension (50).

#### Avantages et inconvénients

Lorsqu'elle est assurée de manière cohérente, la présence d'un soutien social de la part des partenaires, des grands-mères et d'autres personnes peut avoir influencé positivement la poursuite de l'allaitement, la capacité à s'occuper d'un nourrisson et la transition vers un rôle parental (37, 50).

## Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une plus grande valeur à l'intégration des membres de la famille, tels que les partenaires et les grands-mères, dans l'éducation et le soutien à l'allaitement exclusif et continu. L'inclusion des membres de la famille intègre l'allaitement maternel au cœur de la vie familiale et reconnaît les besoins de la personne qui allaite au-delà des seuls besoins physiologiques, afin de tenir compte des influences psychologiques, sociales et culturelles.

## Notes de pratique

L'intégration de la famille dans le soutien et l'éducation à l'allaitement assure un soutien psychosocial à la personne qui allaite (47, 50). Le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles peuvent fournir aux membres de la famille les suggestions générales suivantes sur la manière de soutenir la personne qui allaite :

- Rassurer et encourager la personne qui allaite.
- Fournir une aide pratique pour la réalisation des tâches quotidiennes (par exemple, les travaux ménagers) afin de réduire le niveau de stress dans la maison.
- Travailler en collaboration en tant que couple, le cas échéant, pour prodiguer les soins aux nourrissons afin de renforcer la relation en tant que parents ainsi que les liens au sein de la cellule familiale.
- Être à l'écoute des doutes et des inquiétudes au sujet de l'allaitement.
- Chercher des modèles positifs d'allaitement et de parentage au sein de la famille ou du réseau de soutien, si possible. Dans les cas où il n'existe pas, chercher activement le soutien de vos pairs ou d'autres personnes qui allaitent (47, 50).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>IMPORTANCE DU SOUTIEN À L'ALLAITEMENT DE LA PART DES PARTENAIRES</b>	
HealthyFamilies BC. Partner Support for Breastfeeding [Internet]. [Lieu inconnu] : HealthyFamilies BC; 2013. Peut être consulté au : <a href="https://www.healthyfamiliesbc.ca/home/articles/partner-support-breastfeeding">https://www.healthyfamiliesbc.ca/home/articles/partner-support-breastfeeding</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exemples de la manière dont les partenaires peuvent soutenir l'allaitement maternel.</li> </ul>
Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, et coll. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. <i>Int Breastfeed J.</i> 2013;8:4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude transversale descriptive<sup>6</sup> réalisée à Calgary, en Alberta, au Canada, qui examine les perceptions du soutien du partenaire pendant l'allaitement.</li> <li>■ Les résultats indiquent que les personnes qui allaitent et qui déclarent bénéficier d'un soutien actif de la part de leur partenaire présentent des taux plus élevés d'auto-efficacité liée à l'allaitement.</li> </ul>
Dad Central Ontario. Dad's Role in Breastfeeding [Video]. [Lieu inconnu] : Dad Central Ontario; c2018. Peut être consulté au : <a href="https://newdadmanual.wordpress.com/2016/11/05/dads-role-in-breastfeeding/">https://newdadmanual.wordpress.com/2016/11/05/dads-role-in-breastfeeding/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo soulignant l'influence positive que peut avoir le soutien d'un père sur l'allaitement maternel résultats.</li> <li>■ Conseils sur la manière d'offrir un soutien pratique et émotionnel.</li> <li>■ Le site Web comprend aussi des liens vers d'autres vidéos et ressources pour les pères.</li> </ul>

## IMPORTANCE DU SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL DES GRANDS-PARENTS

LLLC Blog. Thursday's Tip : 10 Things Grandparents can do to support Breastfeeding [Internet]. Pickering (Ontario) : Ligue La Leche Canada; 2015. Peut être consulté au : <https://www.lllc.ca/thursdays-tip-10-things-grandparents-can-do-support-breastfeeding>

- Une fiche de conseils sur la manière dont les grands-parents peuvent soutenir l'allaitement, notamment en encourageant la personne qui allaite à se sentir à l'aise d'allaiter et en s'occupant de son petit-enfant au besoin.

Negin J, Coffman J, Vizintin P, et coll. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. BMC Preg Childbirth. 2016;16:91.

- Une revue systématique de 13 études sur l'influence des grands-mères sur l'allaitement maternel.
- Les résultats indiquent que les grands-mères ont une influence sur les taux d'allaitement maternel exclusif et devraient être incluses dans les interventions visant à soutenir l'allaitement maternel exclusif.

## SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL PAR LES MEMBRES DE LA FAMILLE ET LA COMMUNAUTÉ ÉLARGIE

Cochrane Library. Enabling breastfeeding for mothers and babies [Internet]. John Wiley & Sons; c1999-2018. Peut être consulté au : <http://www.cochranelibrary.com/app/content/special-collections/article/?doi=10.1002/14651858.10100214651858>

- Une collection spéciale de l'éditeur Cochrane comportant des revues systématiques examinant le soutien à l'allaitement maternel et les moyens de faciliter l'allaitement en incluant les membres de la famille.

U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to support breastfeeding [Internet]. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. Peut être consulté au : <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>

- Une ressource élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis pour décrire une approche menée à l'échelle de la société dans le but de soutenir les personnes qui allaitent et les nourrissons, y compris les programmes communautaires.

## Recommandations relatives à la formation

### QUESTION DE RECHERCHE N° 3 :

**Quelles études ou quelle formation sont requises pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?**

**Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (tout au long de la période périnatale et jusqu'à six mois après l'accouchement)**

#### RECOMMANDATION 3.1 :

Offrir au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs une formation continue sur l'allaitement maternel qui intègre des connaissances théoriques et des compétences pratiques.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Moyenne = 3

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

La formation continue sur l'allaitement maternel permet au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs de rester informés des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes (76). Dans le monde, moins de la moitié du personnel infirmier travaillant dans des unités pédiatriques ou néonatales reçoit une formation sur l'allaitement dans le cadre de son cursus de premier cycle ou par l'intermédiaire de la formation continue (76). Cela contredit la recommandation de l'OMS selon laquelle tous les prestataires de soins de santé qui s'occupent de personnes enceintes et de personnes en post-partum doivent recevoir une formation obligatoire sur l'allaitement maternel d'une durée d'au moins 18 heures (76). Les cours de formation doivent aussi être offerts au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles, y compris ceux qui travaillent en milieu prénatal, car l'intention d'allaiter (qui influence directement les taux d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement) est souvent déterminée pendant la grossesse (77).

Les recherches indiquent que l'éducation dans tous les secteurs de la santé et dans tous les milieux géographiques, y compris le Canada, l'Europe, l'Amérique du Sud et les États-Unis, influence positivement les taux d'initiation et d'exclusivité de l'allaitement. Par exemple, une augmentation de l'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement a été constatée à la suite d'une formation à l'allaitement menée dans des établissements de soins périnataux aigus (76). En outre, une augmentation des taux et de la durée de l'allaitement maternel exclusif a été constatée, dans les établissements de soins communautaires, de soins aigus et des soins primaires, à la suite d'une intervention éducative (76).

Des changements dans la pratique clinique du personnel infirmier et des membres des équipes interprofessionnelles à la suite d'interventions éducatives ont été démontrés (76, 78). Une réduction a été observée concernant le recours à l'alimentation au biberon et à la supplémentation en lait maternisé ainsi qu'une sensibilisation accrue aux effets négatifs potentiels de ces pratiques sur l'allaitement (76-78). Pour prévenir l'hypoglycémie, l'allaitement maternel réactif en fonction des signes de faim du nourrisson, par opposition aux préparations de lait maternisé, a été mis en œuvre avec succès chez les nourrissons nés à terme et en bonne santé (76). Ce n'est qu'après la formation du personnel que l'on a commencé à utiliser davantage l'alimentation au gobelet, ou une combinaison d'alimentation au gobelet et au biberon, comme solution de rechange au biberon (76). Néanmoins, le niveau d'utilisation des produits à base de préparations commerciales pour nourrissons après une intervention éducative reste supérieur à la recommandation de l'OMS (74). Cela peut être lié à la réticence du personnel à modifier ses pratiques en fonction des données probantes (76-78).

Des changements de pratiques ont été constatés sur le lieu de soins à la suite de l'éducation à l'allaitement (76-77). Plus de temps a été consacré à discuter avec les personnes qui allaitent de l'importance de l'allaitement, à leur enseigner des techniques d'allaitement, à leur montrer comment se positionner et assurer une bonne prise du sein, ainsi qu'à effectuer des évaluations cliniques (76, 78). Le personnel a fait état d'une confiance accrue dans ses connaissances et sa capacité à soutenir les personnes qui allaitent à la suite d'interventions éducatives (76).

La formation a eu un effet positif sur l'attitude du personnel infirmier et des membres des équipes interprofessionnelles à l'égard de l'allaitement maternel; ils ont indiqué apprécier davantage l'allaitement maternel et les avantages qui y sont associés (76, 78). En ce qui concerne la prise en charge de l'allaitement maternel, le personnel était plus flexible et appliquait les règles de manière plus souples (76, 78). La formation a permis d'accroître la compréhension et la sensibilité du personnel à l'égard de la personne qui allaite (76, 78). Le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles ont aidé les personnes à prendre des décisions éclairées concernant l'alimentation des nourrissons, qui ont été perçues comme un moyen de renforcer leur autonomie et de les aider à faire des choix (plutôt que d'être directif) (76, 78).

Pour soutenir efficacement les personnes qui allaitent, les interventions éducatives doivent comprendre une formation théorique sur les principes de l'allaitement et l'application des compétences (77). Le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles doivent améliorer leurs connaissances de la prise en charge des complications courantes de l'allaitement maternel, telles que les mamelons douloureux et la perception de l'insuffisance de lait maternel (77). Pour être le plus efficace possible, le personnel doit améliorer ses compétences cliniques dans des domaines tels que l'aide au positionnement, la prise du sein et l'expression manuelle du lait (77). En outre, les compétences en matière d'écoute, de communication non verbale, d'utilisation de questions ouvertes, d'attitudes non moralisatrices, de réflexion et d'empathie doivent faire partie de la formation (76).

### Avantages et inconvénients

La formation doit être permanente, car ses effets bénéfiques sur les résultats de l'allaitement maternel diminuent avec le temps (76). Des séances de mises à jour, courtes et peu coûteuses, peuvent être mises en place pour améliorer les connaissances et les compétences, mais elles ne doivent pas remplacer la formation de base en matière d'allaitement maternel qui enseigne les compétences de base, comme la formation de 18 heures mise au point par l'OMS (76).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIAO a attribué une plus grande valeur au personnel infirmier, aux membres des équipes interprofessionnelles et aux pairs qui reçoivent une formation continue sur l'allaitement maternel à propos des concepts théoriques et de leur application aux points d'intervention. Cela garantit la mise à jour constante des connaissances et des compétences ainsi qu'une application plus cohérente des approches de soins.

### Notes de pratique

Différents formats sont utilisés dans le cadre des formations sur l'allaitement maternel du personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs, tels que des modules d'auto-apprentissage, des conférences, des discussions, des vidéos et des exercices pratiques (tels que des jeux de rôle) (78). Les outils utilisés pour mesurer l'évolution des connaissances en matière d'allaitement comprennent des questionnaires, des études de cas sur la prise en charge de l'allaitement, des questions à choix multiples et l'évaluation des compétences cliniques et du rôle-conseil lors des consultations sur l'allaitement (78). Malgré cela, il manque de données probantes de qualité pour éclairer les meilleures pratiques en matière d'approches pédagogiques de l'allaitement pour le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs (78).

Plusieurs formules ont été utilisées lors des interventions éducatives auprès du personnel infirmier, des membres des équipes interprofessionnelles et des pairs. Plusieurs formations étaient d'une durée de 18 heures ou plus, y compris le cours d'allaitement maternel de l'OMS basé sur les principes de l'IAB, qui est reconnu comme la référence dans ce domaine; d'autres formations étaient cependant plus courtes (76). Le nombre d'heures le plus efficace pour la formation à l'allaitement n'a pas été établi, bien que des interventions éducatives plus longues aient été associées de façon positive à l'amélioration des résultats de l'allaitement (76-77).

Pour les pairs, la formation et l'éducation à l'allaitement sont essentielles et doivent comprendre le développement des compétences en matière de conseil, telles que l'écoute active et l'établissement de relations interpersonnelles, afin de soutenir l'autonomisation de la personne qui allaite (76).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>RESSOURCES PÉDAGOGIQUES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL POUR LE PERSONNEL INFIRMIER, LES MEMBRES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES ET LES PAIRS</b>	
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Breastfeeding e-learning [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2011) Peut être consulté au : <a href="http://rnao.ca/bpg/courses/breastfeeding-e-learning">http://rnao.ca/bpg/courses/breastfeeding-e-learning</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un cours d'apprentissage en ligne pour aider le personnel infirmier, d'autres professionnels de la santé et les organisations à accéder à une formation adaptée au rôle qu'ils ont à jouer dans la promotion de l'allaitement.</li> </ul>
Breastfeeding E-Learning Modules [Internet]. Toronto (Ontario) : Ville de Toronto; c1998-2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/information-for-healthcare-professionals/maternal-child-health-info-for-doctors/breastfeeding/breastfeeding-e-learning-modules/">https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/information-for-healthcare-professionals/maternal-child-health-info-for-doctors/breastfeeding/breastfeeding-e-learning-modules/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une série de 13 modules de formation en ligne à l'intention des prestataires de soins, conçue en fonction des protocoles d'allaitement d'une unité de santé publique.</li> <li>■ Les modules ont été conçus pour aider les professionnels et les organisations de soins de santé à accéder à des formations en lien avec la prestation de services d'allaitement maternel basées sur des données probantes.</li> </ul>
Naylor AJ, Wester RA, eds. Lactation management self-study modules Level 1. 4th ed. [Internet]. Shelburne (VT) : Wellstart International; 2013. Peut être consulté au : <a href="http://www.wellstart.org/Self-Study-Module.pdf">http://www.wellstart.org/Self-Study-Module.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource éducative conçue pour les médecins, le personnel infirmier et les experts en nutrition afin de soutenir l'acquisition de connaissances et les services cliniques pour les personnes qui allaitent.</li> <li>■ Il s'agit d'une ressource d'autoformation, avec des évaluations réalisées avant et après les formations, permettant de mesurer le transfert de connaissances sur divers sujets liés à l'allaitement maternel, y compris le positionnement, la prise du sein et le transfert du lait.</li> </ul>
Watson J. Strategies to promote breastfeeding exclusivity in a tertiary perinatal centre [Internet]. Toronto (Ontario) : Sunnybrook Health Science Centre; 2017. Peut être consulté au : <a href="http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657-6666&amp;lang=1">http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657-6666&amp;lang=1</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une présentation webinaire archivée expliquant les stratégies de promotion de l'exclusivité de l'allaitement maternel dans un centre périnatal tertiaire.</li> </ul>
BFI 20-Hour Course : Clinical Practice Options [Internet]. Toronto (Ontario) : BFI Strategy for Ontario; 2018. Peut être consulté au : <a href="http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-20-hour-course-clinical-practice-options">http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-20-hour-course-clinical-practice-options</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource éducative sur l'allaitement maternel développée pour les gestionnaires et les apprenants, et qui peut être utilisée dans des situations où les options de placement clinique en allaitement maternel sont limitées.</li> </ul>

# Recommandations relatives aux politiques de l'organisation et du système

## QUESTION DE RECHERCHE N° 4 :

**Quelles sont les pratiques, les programmes et les politiques optimales pour les organismes de soins de santé et la communauté élargie, y compris les lieux de travail, pour soutenir l'allaitement initial, exclusif et continu?**

**Interventions en faveur de l'allaitement maternel initial et exclusif (tout au long de la période périnatale et jusqu'à six mois après l'accouchement)**

### RECOMMANDATION 4.1 :

Envisager l'intégration de personnes-ressources en lactation dans le cadre de la prestation de soins à la dyade mère-enfant tout au long de la période périnatale, dans les services de santé et les communautés locales.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Moyenne = 1

## Discussion sur les données probantes :

### Résumé des données probantes

Des recherches portant sur l'éducation et le soutien des CL pendant la période périnatale ont montré une amélioration des taux d'initiation, de tout type d'allaitement maternel et de l'exclusivité jusqu'à trois mois après l'accouchement (38). Les études ont porté sur des CL ayant reçu des formations variées, notamment celles détenant la certification de l'IBCLC<sup>G</sup>, d'expertes en allaitement maternel sans certification et de consultantes en lactation (38).

Les CL fournissent des services tout au long de la période périnatale tels que la formation, des conseils, l'encouragement verbal et le soutien nécessaire pour affronter les obstacles à l'allaitement maternel et atteindre ses objectifs (38). Lors de la période post-partum, les interventions d'éducation et de soutien ont intégré des composantes psychologiques, financières et informationnelles après l'accouchement pour assurer la transition vers le retour au travail ou à l'école, le cas échéant (38). Les CL ont dispensé une formation au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles portant sur les situations d'allaitement complexes ou difficiles afin de parfaire leurs connaissances et leurs compétences (38).

Les services des CL peuvent être offerts dans divers cadres de soins de santé, tels que les cliniques, les hôpitaux dans les zones rurales et urbaines, les services de santé et les services communautaires prénataux et post-partum, et à domicile (38). Les services peuvent être fournis soit en personne ou par téléphone (38).

### Avantages et inconvénients

Les services fournis par les CL dans le cadre des soins post-partum ont eu des résultats positifs, notamment au niveau de l'amélioration des scores du LATCH et la diminution des complications (telles que les douleurs et les traumatismes aux mamelons). La réduction de l'incidence de la mastite n'était pas évidente lorsque les soins des CL étaient disponibles (38).

## Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

Les effets globaux des soins de la CL sur les résultats de l'allaitement sont positifs, mais les études présentent des limites importantes qui ont une incidence sur la généralisation des résultats (38). Par exemple, des variations ont été constatées au niveau des antécédents de formation des CL et des types d'intervention pratiquées (par exemple, niveau de formation, par rapport au niveau de formation et au soutien). Nombre de ces études se sont déroulées dans des centres urbains, dans des hôpitaux universitaires, avec des participants recrutés parmi les populations à faibles revenus. On ne connaît pas la fréquence ni le moment des interventions des CL. Il est donc justifié de considérer cette action comme une recommandation au niveau de l'organisation et de la politique du système (38).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à l'intégration des CL dans les établissements de soins périnataux aigus, ceux de soins primaires, les établissements de santé publique et les services communautaires. Cette disposition soutient l'accès continu à l'expertise en matière d'allaitement maternel pour les personnes qui allaitent, leurs familles, le personnel infirmier et les membres des équipes interprofessionnelles, au-delà des premiers jours suivant la naissance. Ce soutien, lorsqu'il est nécessaire, peut potentiellement faire passer le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois.

### Notes de pratique

L'intervention des CL devrait être intégrée dans les programmes d'éducation et de soutien à l'allaitement dans divers établissements de santé, en particulier ceux qui desservent les populations à risque en matière d'allaitement maternel, notamment les familles à faible revenu et les minorités (38).

Les CL devraient s'engager dans la formation sur l'allaitement maternel du personnel infirmier et des membres des équipes interprofessionnelles pour favoriser l'initiation et l'exclusivité de la pratique de l'allaitement maternel (38).

Afin d'améliorer l'accès aux services des CL, des protocoles et des politiques sont nécessaires pour faciliter l'utilisation des services par le personnel et leur intégration aux soins prénataux. Cela devrait survenir après l'accouchement, avant la sortie de l'hôpital, et tout au long de la période post-partum, comme indiqué (38).



## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>SERVICES DE CONSULTANTES EN LACTATION</b>	
Kent J, Ashton E, Hardwick C, et coll. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2015; 12 (10):12247-63.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude examinant la fréquence des consultations avec des CL pour les douleurs aux mamelons.</li> <li>■ Il a été constaté que les douleurs aux mamelons étaient l'une des raisons les plus fréquentes des visites de la part des consultantes en lactation. Les douleurs étaient souvent liées à un mauvais positionnement et à une mauvaise prise du sein, à une « langue attachée », à une infection, à des mamelons plats ou inversés, à une mastite ou à un vasospasme.</li> </ul>
<b>ASSOCIATIONS INTERNATIONALES ET CANADIENNES DE CONSULTANTES EN LACTATION</b>	
International Lactation Consultant Association® [Internet]. Raleigh, NC : International Lactation Consultant Association®; c2018. Peut être consulté au : <a href="http://www.ilca.org/home">http://www.ilca.org/home</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'International Lactation Consultant Association® (ILCA) est l'association membre des IBCLC. Ses valeurs fondamentales sont la connaissance, la diversité et l'équité.</li> <li>■ La vision de l'ILCA est de transformer la santé mondiale grâce à l'allaitement maternel et à des prestations de soins d'allaitement par du personnel qualifié.</li> </ul>
Association canadienne des consultantes en lactation [Internet]. Vancouver (CB) : Association canadienne des consultantes en lactation; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="http://clca-accl.ca/">http://clca-accl.ca/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'Association canadienne des consultantes en lactation est l'association professionnelle nationale des IBCLC au Canada.</li> </ul>
<b>RESSOURCES PÉDAGOGIQUES POUR LES CONSULTANTES EN LACTATION</b>	
Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee. Lactation management courses [Internet]. Riverside (CA) : Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee. 2018. Peut être consulté au : <a href="http://www.leaarc.org/download/LEAARC_AprovedCourses.pdf">http://www.leaarc.org/download/LEAARC_AprovedCourses.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee (LEAARC) est parrainé par l'ILCA et l'International Board of Lactation Consultant Examiners® (IBLCE).</li> <li>■ Le LEAARC et ses commanditaires coopèrent pour établir, maintenir et promouvoir des normes de qualité appropriées pour l'éducation à l'allaitement et à la lactation et pour assurer la reconnaissance des programmes et des cours qui répondent ou dépassent les critères minimaux.</li> </ul>
International Board of Lactation Consultant Examiners [Internet]. Fairfax (VA) : International Board of Lactation Consultant Examiners : c2018. Peut être consulté au : <a href="https://iblce.org/">https://iblce.org/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le site Web de l'IBLCE® comprend les étapes de la certification et de la recertification en tant qu'IBCLC.</li> </ul>

## Interventions en faveur de l'initiation de l'allaitement maternel exclusif et continu (tout au long de la période périnatale jusqu'à l'âge de deux ans, ou plus longtemps)

### RECOMMANDATION 4.2 :

Appliquer systématiquement les dispositions de l'initiative Amis des bébés et du « *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* » de l'Organisation mondiale de la Santé au sein des établissements de santé. Chercher à obtenir la certification de l'initiative Ami des bébés, le cas échéant.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Moyenne = 2

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

En tant que programme mondial structuré d'allaitement maternel comportant de multiples facettes et pratiques au niveau des systèmes, l'IAB est associée de façon positive (a) à des taux plus élevés d'initiation de l'allaitement et (b) à des taux et des durées accrues de tout type d'allaitement maternel exclusif et continu, par rapport aux soins standards (79-81). Bien que ce ne soit pas toutes les études qui aient montré des différences importantes dans les résultats de l'allaitement maternel, l'IAB a montré un effet positif sur l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement maternel dans les pays développés et ceux en voie de développement (79-81). Aucun impact négatif sur l'allaitement n'a été constaté en raison de la mise en œuvre des principes de l'IAB (79).

Les facteurs contributifs positifs de l'IAB comprennent la mise en œuvre, en tout ou en partie, des « *Dix mesures pour un allaitement maternel réussi* » de l'OMS/UNICEF (81). (Voir le **tableau 6** pour plus de détails). Une association positive a été constatée entre le nombre de pratiques de l'IAB intégrées dans la pratique clinique et les résultats de l'allaitement maternel, y compris des taux accrues d'initiation et de tout type d'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif sur une plus longue période (81). La pratique clinique des principes de l'IAB en matière de soutien communautaire (mesure 10 des « *Dix mesures pour un allaitement maternel réussi* »), après la sortie de l'hôpital, est associée à un allaitement exclusif pratiqué sur une période plus longue (81). Lorsque les préparations pour nourrissons sont introduites dans les hôpitaux, on observe des taux plus élevés d'arrêt précoce de la pratique de l'allaitement maternel (79, 81). En revanche, dans les établissements désignés par l'IAB qui évitaient l'introduction de la supplémentation, sauf indication médicale ou à la suite d'un processus de décision éclairé, les personnes qui allaitent étaient plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs et de respecter les intentions qu'elles avaient manifestées pendant la grossesse (mesure 6 des « *Dix mesures pour un allaitement maternel réussi* ») (81).

Le programme de l'IAB est plus avantageux dans les milieux où le taux d'initiation et d'allaitement exclusif est plus faible. Lorsque des taux plus élevés (supérieurs à 75 %) sont évidents, le programme peut ne pas influencer de manière importante les résultats liés à la pratique de l'allaitement maternel, c'est pourquoi il faut envisager de réorienter les ressources vers la communauté ou vers d'autres milieux.

Les ressources destinées à soutenir une prise de décision éclairée en matière d'alimentation des nourrissons sont comprises dans la section Ressources de soutien à la fin de cette recommandation.

#### Avantages et inconvénients

La mise en œuvre des pratiques cliniques de l'IAB est associée à une réduction des infections gastro-intestinales du nourrisson et de l'eczéma atopique; pour les personnes qui allaitent, elle est associée à une attitude plus positive envers la pratique de l'allaitement et à une perception accrue du soutien à l'allaitement de la part du personnel (79).

#### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une valeur plus élevée à l'IAB en tant que stratégie mondiale de soutien à l'initiation, à l'exclusivité et à la poursuite de l'allaitement, qui reconnaît les mesures de soutien et les ressources ciblées au niveau organisationnel. En tant que

stratégie planifiée, elle s'harmonise précisément avec l'objectif de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus, en intégrant dans le processus le personnel infirmier, les membres des équipes interprofessionnelles et les pairs.

### Notes de pratique

Les secteurs de la santé où la désignation de l'IAB est disponible comprennent les soins aigus et communautaires (y compris les unités de santé publique, les centres de santé communautaires et les centres de soins primaires). En 2017, l'OMS a estimé que seulement 10 % de tous les nouveau-nés dans le monde sont nés dans des établissements de santé désignés par l'IAB (9). Dans les contextes où la désignation de l'IAB n'est pas disponible, les établissements de santé sont encouragés à adopter les principes de l'IAB en reconnaissance de ses orientations fondées sur des données probantes, et de leur valeur reconnue pour favoriser les résultats en matière d'allaitement maternel.

Pour favoriser l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement maternel, tous les principes de l'IAB doivent être intégrés dans les établissements de soins périnataux, dans le cadre des unités de soins aigus, et au-delà. L'inclusion des milieux communautaires, tels que les soins primaires et les services de santé publique, permet de mieux assurer le soutien aux populations ainsi que l'intégration des ressources de soins de santé, au-delà de la sortie de l'hôpital (81).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>PROMOTION ET DÉFENSE DES INTÉRÊTS DE L'IAB</b>	
Organisation mondiale de la Santé. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services guideline [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <a href="http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/">http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide de l'IAB mis à jour et révisé à partir de la première version corrigée des « <i>Dix mesures pour un allaitement maternel réussi</i> » depuis 1991.</li> <li>■ Cette ressource est destinée aux gouvernements et aux responsables nationaux de la santé infantile, de l'allaitement maternel et des programmes liés à l'IAB.</li> </ul>
BFI Implementation Toolkit [Internet]. Toronto (Ontario) : BFI Strategy for Ontario; 2014. Peut être consulté au : <a href="http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-implementation-toolkit">http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-implementation-toolkit</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une boîte à outils décrivant les étapes nécessaires pour obtenir ou conserver la désignation de l'IAB.</li> </ul>

## PROMOTION ET DÉFENSE DES INTÉRÊTS DE L'IAB

Baby-Friendly Video Story Series [Internet]. Toronto (Ontario) : BFI Strategy for Ontario; 2017. Peut être consulté au : <http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/baby-friendly-video-story-series>

- Une série de vidéos mettant en évidence les composantes des « 10 étapes de l'IAB et le Code de l'OMS sur les indicateurs de résultats pour les hôpitaux et les services de santé communautaires ».
- Les organisations de soins de santé et les personnes qui allaitent partagent leurs histoires afin de faciliter les changements pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires de l'IAB et améliorer les résultats des soins aux patients.

BFI Strategy for Ontario. Bringing Evidence to Practice : Introducing the Baby-Friendly Initiative [Video]. Toronto (Ontario) : [MJM Media]; 2017. Peut être consulté au : <https://youtu.be/XeUYYfMZtTs>

- Une vidéo conçue pour guider les prestataires et les organisations de soins de santé quant à la manière de mettre en œuvre l'IAB.
- Les sujets abordés comprennent (a) l'importance de l'allaitement maternel (b) les ressources de soutien à l'allaitement maternel existant au Canada (c) les avantages de l'IAB pour les personnes qui allaitent et leurs bébés, et (d) les mesures que les organisations peuvent prendre pour entamer le processus de certification de l'IAB.

Hospital Actions Affect Breastfeeding [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (mis à jour le 6 octobre 2015). Peut être consulté au : <https://www.cdc.gov/vitalsigns/breastfeeding2015/index.html>

- Exemples de stratégies que les hôpitaux peuvent adopter pour promouvoir l'allaitement maternel, notamment la mise en œuvre des « **Dix mesures pour un allaitement maternel réussi** » et l'obtention de la certification de l'IAB.

Initiative Amis des bébés Ontario [Internet]. [Lieu inconnu] : Baby Friendly Initiative; c2018. Peut être consulté au : [www.bfiontario.ca](http://www.bfiontario.ca)

- L'IAB Ontario est un comité multidisciplinaire composé de professionnels de la santé, de prestataires de services et de consommateurs de l'Ontario, au Canada, qui souhaitent protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel en mettant en œuvre l'IAB.

## CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

<p>Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 1981.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'objectif du code est de favoriser une alimentation sûre et adéquate aux nourrissons et de promouvoir et protéger la pratique de l'allaitement maternel.</li> <li>■ Ce code s'applique à la commercialisation des substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons, les biberons et les tétines.</li> </ul>
<p>Organisation mondiale de la Santé. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé. A69/7 (29 avril 2016). Peut être consulté au : <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7-fr.pdf?ua=1">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7-fr.pdf?ua=1</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un rapport de la 69<sup>e</sup> AMS sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'allaitement maternel.</li> <li>■ Le rapport comprend des recommandations visant à mettre fin à la promotion inappropriée de l'alimentation solide pour les nourrissons et les jeunes enfants. Il rend également compte des progrès réalisés au niveau mondial dans la mise en œuvre du Code et de diverses résolutions de l'AMS.</li> </ul>
<p>Organisation mondiale de la Santé. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – mise à jour de 2017. Foires aux questions : Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2017. Peut être consulté au : <a href="http://www.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1">http://www.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'objectif de cette brochure est de fournir des détails faciles à lire sur les questions relatives au Code.</li> <li>■ Il est destiné aux décideurs politiques, aux travailleurs de la santé, au public et à toute autre personne concernée par le Code.</li> </ul>

## Interventions en faveur de l'initiation de l'allaitement maternel exclusif et continu (tout au long de la période périnatale jusqu'à l'âge de deux ans, ou plus longtemps)

### RECOMMANDATION 4.3 :

Mettre en place un soutien à l'allaitement sur le lieu de travail, y compris des congés parentaux et des aménagements pour les personnes qui allaitent.

Niveau des données probantes : la

Qualité des données probantes aux fins du résumé : Élevée = 1; Faible = 2

### Discussion sur les données probantes :

#### Résumé des données probantes

#### Congés parentaux et efficacité de l'allaitement maternel

Pour les personnes travaillant hors du domicile, l'allaitement exclusif et continu est influencé par la disponibilité et la durée du congé parental. Les recherches indiquent une association positive entre la durée du congé parental et l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel et une augmentation des intentions d'allaiter (82-83). Au Canada, par exemple, lorsque la durée du congé parental a été prolongée de 25 semaines à un an en 2000, les taux d'allaitement ont augmenté d'un tiers par mois pour chaque mois supplémentaire d'absence du travail (82-83). Aux États-Unis, les personnes bénéficiant d'un congé parental qui n'avaient pas repris un travail rémunéré neuf mois après l'accouchement étaient plus susceptibles d'allaiter au-delà de six mois (83). Toujours aux États-Unis, les personnes qui allaitent et dont le congé parental est d'une durée de 13 semaines ou plus, présentent les taux les plus élevés d'initiation de l'allaitement, et chaque semaine supplémentaire de congé parental entraîne l'équivalent d'une demi-semaine supplémentaire d'allaitement (82-83).

En comparaison, des périodes de congé parental plus courtes ont été associées de façon positive à une réduction de la durée de l'allaitement, y compris l'allaitement exclusif; elles sont aussi associées à un arrêt plus précoce de l'allaitement (82-83). Aux États-Unis, les personnes qui allaitent et qui reprennent le travail dans les six semaines suivant l'accouchement affichent les taux d'allaitement les plus faibles, et sont nettement moins susceptibles de continuer à allaiter à leur retour au travail que celles dont le congé parental est plus long (82-83). Ce phénomène était plus évident chez les personnes occupant des postes non liés à la gestion ou à l'administration, des emplois aux contraintes rigides ou des emplois présentant un niveau élevé de stress psychologique (82). Les personnes qui bénéficient d'un plus long congé parental et qui occupent un emploi leur permettant d'exercer un contrôle accru sur leur environnement de travail, sont généralement de race blanche, possèdent un niveau d'éducation élevé et occupent des postes professionnels (82). Ces résultats démontrent l'influence des déterminants sociaux de la santé sur la pratique de l'allaitement maternel, et l'importance de réduire la pauvreté, d'assurer l'équité en milieu de travail et d'appliquer les normes du travail.

#### Politiques d'aménagements en milieu de travail en faveur de l'allaitement maternel et des personnes qui allaitent

Pour que l'allaitement se poursuive lors du retour au travail, il est nécessaire que soient mises en place des politiques du travail cohérentes et obligatoires qui favorisent l'aménagement du travail (83). Les politiques doivent prévoir l'aménagement d'horaires et de lieux physiques intimes permettant le tirage du lait et l'allaitement, et ces politiques doivent faire l'objet de sanctions si elles ne sont pas respectées par l'employeur (83).

Les personnes qui allaitent doivent être soutenues et encouragées à prendre des pauses pour allaiter, en particulier les personnes qui occupent des emplois moins bien rémunérés, car il leur arrive de choisir de ne pas prendre leurs pauses d'allaitement pour le tirage du lait par crainte des conséquences ou des représailles de leurs employeurs (83). Ce type de mesures est important, car les pauses garanties pour l'allaitement ont fait en sorte que les personnes ont deux à six fois plus de chances de continuer à allaiter (83).

L'aménagement d'espaces de travail différents, le télétravail ou le travail à temps partiel (le cas échéant) sont d'autres exemples de stratégies qui peuvent être mises en place. De plus, certains employeurs offrent un service de garde sur place et des avantages sociaux qui comprennent des services de prise en charge de l'allaitement et des espaces privés permettant le tirage du lait peuvent être utiles (83).

### Avantages et inconvénients

Un des avantages que comporte le congé parental est l'amélioration de la santé de la personne qui allaite, y compris l'amélioration de sa santé mentale et la diminution du risque de troubles de l'humeur post-partum. Cet avantage est pertinent, car les troubles de l'humeur post-partum, y compris la dépression post-partum, peuvent avoir un impact négatif sur l'allaitement exclusif et continu (82).

En ce qui concerne la santé des nourrissons et des enfants, les recherches montrent une relation de cause à effet entre un retour précoce au travail et une diminution de l'immunisation ainsi qu'une augmentation des problèmes de comportement (82). Des congés parentaux plus longs sont associés à une réduction bénéfique de la mortalité infantile et juvénile (82).

### Valeurs et préférences

Le groupe d'experts de l'AIIAO a attribué une plus grande valeur aux aménagements sur le lieu de travail qui reconnaissent l'allaitement maternel comme un droit humain. L'établissement de l'allaitement en tant que norme culturelle doit s'étendre au-delà des lieux de travail pour inclure d'autres contextes, tels que les espaces publics (par exemple, les établissements d'enseignement ou les centres commerciaux) ou les programmes scolaires. Les interventions visant à soutenir l'allaitement maternel initial, exclusif et continu, en tant que norme culturelle, font l'objet d'une discussion dans l'[annexe I](#).

### Notes de pratique

Les mesures suivantes de soutien à l'allaitement maternel peuvent être prises pour faciliter l'augmentation du taux d'allaitement exclusif et continu :

- L'inclusion des services et des aides à la lactation dans le cadre des avantages sociaux des salariés.
- Les prestations qui comprennent l'achat ou la location de tire-lait ou d'autres aides à l'allaitement<sup>6</sup> pour soutenir l'allaitement, le cas échéant.
- Le soutien de la part de l'employeur, des collègues et des supérieurs hiérarchiques (83, 85).

De telles options d'avantages sociaux sont profitables autant aux employés qu'à l'employeur (85).

Les avantages secondaires du soutien à l'allaitement sur le lieu de travail sont notamment les suivants :

- l'amélioration de la productivité du personnel,
- la réduction des coûts des soins de santé,
- une meilleure image publique « favorable à la famille » pour les employeurs,
- la diminution du roulement de personnel et de l'absentéisme (85).

Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT EN TANT QUE DROIT DE LA PERSONNE</b>	
Commission des droits de la personne de l'Ontario. La grossesse et l'allaitement [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="http://www.ohrc.on.ca/fr/la-grossesse-et-lallaitement-brochure">http://www.ohrc.on.ca/fr/la-grossesse-et-lallaitement-brochure</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un site Web présentant le Code des droits de la personne de l'Ontario et les droits protégés des personnes qui allaitent, y compris le droit d'allaiter dans un espace public.</li> </ul>
La grossesse et l'allaitement (brochure) [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Peut être consulté au : <a href="http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Pregnancy%20and%20breastfeeding_French_accessible.pdf">http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Pregnancy%20and%20breastfeeding_French_accessible.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un document rédigé en langage clair et simple à propos des droits de la personne pendant la grossesse et l'allaitement publié par la Commission ontarienne des droits de la personne.</li> </ul>
Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur la grossesse et l'allaitement [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Peut être consulté au : <a href="http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-la-grossesse-et-l%E2%80%99allaitement">http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-la-grossesse-et-l%E2%80%99allaitement</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un site Web décrivant comment la discrimination due à la grossesse ou à l'allaitement est illégale, en vertu du Code des droits de la personne de l'Ontario. Le Code des droits de la personne de l'Ontario agit comme une entité visant à normaliser les attentes et à protéger les droits de la personne, y compris dans les cas de grossesse et d'allaitement maternel, au moyen d'une législation.</li> </ul>
Obligations en matière de droits de l'homme liées à la grossesse et à l'allaitement : Revue de la jurisprudence [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014. Peut être consulté au : <a href="http://www.ohrc.on.ca/fr/obligations-relatives-aux-droits-de-la-personne-en-mati%C3%A8re-de-grossesse-et-d%E2%80%99allaitement-examen-de">http://www.ohrc.on.ca/fr/obligations-relatives-aux-droits-de-la-personne-en-mati%C3%A8re-de-grossesse-et-d%E2%80%99allaitement-examen-de</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource et un exemple de revue de la jurisprudence de la Commission ontarienne des droits de la personne de l'Ontario sur le traitement de la discrimination fondée sur la grossesse et l'allaitement.</li> </ul>
<b>AMÉNAGEMENT DU LIEU TRAVAIL AUX FINS DE L'ALLAITEMENT</b>	
Region of Waterloo Public Health; projecthealth.ca. Creating a breastfeeding friendly workplace strategy: a toolkit for employers [Internet]. [Lieu inconnu] : Region of Waterloo Public Health; [date inconnue]. Publié en collaboration avec projecthealth.ca. Peut être consulté au : <a href="http://www.projecthealth.ca/sites/default/files/files/Breastfeeding_Friendly_Workplace_Toolkit_access.PDF">http://www.projecthealth.ca/sites/default/files/files/Breastfeeding_Friendly_Workplace_Toolkit_access.PDF</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une boîte à outils qui comprend des ressources pour les employeurs et les employés afin de promouvoir l'allaitement maternel sur le lieu de travail en utilisant les quatre piliers d'un lieu de travail favorable à l'allaitement maternel : vie privée, flexibilité, éducation et soutien.</li> </ul>

## AMÉNAGEMENT DU LIEU TRAVAIL AUX FINS DE L'ALLAITEMENT

Grossesse et droits de l'homme sur le lieu de travail – Politique et meilleures pratiques [Internet]. Ottawa (Ontario) : Commission canadienne des droits de la personne; [date inconnue]. Peut être consulté au : <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/content/politique-et-pratiques-exemplaires-page-2>

- Un site Web de la Commission canadienne des droits de la personne qui décrit les rôles et les responsabilités des employés, des employeurs et des syndicats pour les personnes enceintes et les personnes qui viennent d'accoucher, y compris les aménagements pour l'allaitement.

Santé publique Ottawa; Alimentation juste. Entreprise favorable à l'allaitement : une trousse d'outils pour le soutien à l'action. Ottawa (Ontario) : Santé publique Ottawa; 2014. Publié en collaboration avec Alimentation juste. Peut être consulté au : [http://www.alimentationjuste.ca/wp-content/uploads/sites/2/2014/06/BFB\\_Toolkit.pdf](http://www.alimentationjuste.ca/wp-content/uploads/sites/2/2014/06/BFB_Toolkit.pdf)

- Conseils aux entreprises sur la façon de respecter la pratique de l'allaitement maternel et de créer un lieu propice à l'allaitement pour les clients.

## AIDE À L'ALLAITEMENT MATERNEL FINANCÉE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées – soutien du revenu [Internet]. [Lieu inconnu] : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011. Peut être consulté au : [https://www.mcscs.gov.on.ca/documents/fr/mcscs/social/directives/odsp/income\\_Support/6\\_5.pdf](https://www.mcscs.gov.on.ca/documents/fr/mcscs/social/directives/odsp/income_Support/6_5.pdf)

- Exemple d'une directive législative pour une allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement pour les personnes bénéficiant de prestations d'invalidité.
- L'allocation nutritionnelle est destinée à couvrir le coût de la nourriture pour la personne qui allaite afin de soutenir l'allaitement.

## Lacunes de la recherche et conséquences futures

L'équipe de recherche et développement des LDPE de l'AIIAO et le groupe d'experts ont cerné les domaines prioritaires pour les recherches futures décrites dans le **Tableau 11**. Les études menées dans ces domaines pourraient fournir des données probantes supplémentaires dans but de promouvoir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement. La liste n'est pas exhaustive et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

**Tableau 11 : Secteurs de recherche prioritaires pour chaque question de recherche**

QUESTION DE RECHERCHE	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>Question de recherche n° 1 :</b></p> <p>Quels sont les outils, processus et stratégies efficaces utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour évaluer les personnes enceintes et les personnes après l'accouchement pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des essais d'une ampleur suffisante évaluant la BSE sur l'allaitement maternel exclusif et continu avec des populations prioritaires d'allaitement maternel présentant un risque plus élevé d'arrêt ou de sevrage précoce.</li> <li>■ La mesure dans laquelle un score total de LATCH peut prédire l'allaitement exclusif et continu après la sortie de l'hôpital.</li> <li>■ Des délais d'évaluation optimaux pour l'allaitement afin de favoriser l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement.</li> <li>■ L'évaluation normalisée de la cavité buccale des nourrissons et des conséquences pour l'alimentation, à l'intention des prestataires de soins de santé</li> </ul>
<p><b>Question de recherche n° 2 :</b></p> <p>Quels sont les interventions ou programmes utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des interventions efficaces pour les populations à risque qui allaitent, comme les parents adolescents, les personnes obèses ou celles qui ont subi une césarienne.</li> <li>■ Efficacité et effets indésirables possibles de l'éducation prénatale à l'allaitement, en particulier pour les pays où les revenus sont moyens à faible. L'information, les modes de diffusion et les moyens de déterminer l'état des connaissances devraient faire l'objet de plus amples recherches.</li> <li>■ Des interventions efficaces en matière d'allaitement maternel pour les pays à revenu faible, moyen et élevé.</li> <li>■ Utilisation de la tétine et ses conséquences sur l'allaitement pour les personnes qui n'ont pas une grande motivation.</li> <li>■ Calendrier et fréquence optimaux des interventions de soutien des CL.</li> <li>■ Les effets négatifs du soutien social et comment les minimiser.</li> <li>■ Techniques permettant d'assurer un contact peau à peau sûr pour les nourrissons en bonne santé, nés par voie vaginale ou par césarienne.</li> <li>■ Les conséquences de la production de lait maternel à partir de méthodes telles que l'expression manuelle ou le tirage du lait, sur les taux d'allaitement exclusif et continu des nourrissons nés à terme.</li> <li>■ L'effet de l'éducation normalisée à l'allaitement maternel dans les communautés sur l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement.</li> </ul>

QUESTION DE RECHERCHE	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>Question de recherche n° 3 :</b></p> <p>Quelle éducation ou formation est requise pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'efficacité des interventions éducatives du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle travaillant aux services de soins prénatals sur les taux croissants d'initiation, d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement.</li> <li>■ Le contenu, la durée et les méthodes les plus efficaces pour les interventions éducatives pour améliorer les connaissances, les compétences et les pratiques en matière d'allaitement du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle.</li> <li>■ Détails de la formation sur l'allaitement (p. ex., nombre d'heures et cursus) pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs.</li> </ul>
<p><b>Question de recherche n° 4</b></p> <p>Quelles sont les pratiques, les programmes et les politiques optimales pour les organismes de soins de santé et la communauté élargie, y compris les lieux de travail, pour soutenir l'allaitement initial, exclusif et continu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'impact des politiques relatives au lieu de travail et des programmes en lactation sur les résultats d'allaitement.</li> <li>■ L'impact d'une mise en œuvre partielle par rapport à une mise en œuvre complète du programme de l'IAB sur les résultats d'allaitement.</li> <li>■ L'impact des éléments de l'IAB sur les mères primipares par rapport aux mères multipares.</li> </ul>
<p><b>Évaluation (tableau)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définitions normalisées de l'allaitement et indicateurs pour la surveillance et l'évaluation du programme.</li> </ul>

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau ci-dessus constitue une tentative pour déterminer et prioriser les avenues de recherche nécessaires en matière d'initiation, d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement maternel. Bon nombre de recommandations suggérées dans la présente LDPE sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives issues de la recherche, tandis que d'autres s'appuient sur d'autres lignes directrices cliniques différentes ou l'opinion du groupe d'experts de l'AIIAO. D'autres recherches de fond sont nécessaires pour élargir le corpus des connaissances sur l'allaitement.

## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des LDPE au point de service est complexe et difficile; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les LDPE doivent s'adapter à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations correspondent au contexte local (86). La *Trousse : La mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* offre un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir l'Annexe L) (2012).

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre des LDPE;
- La sélection des LDPE à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- Les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre
- L'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué.
- La LDPE est adaptée au contexte local;
- Les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la LDPE sont évalués et traités;
- Les interventions visant à encourager l'utilisation de la LDPE sont sélectionnées;
- L'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue systématiquement;
- L'évaluation de l'impact de la LDPE est intégrée dans le processus;
- Il existe des ressources adéquates pour réaliser la mise en œuvre sous tous ses aspects.

La *Trousse* utilise le cadre du passage du savoir à l'action (87) pour démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional. La **figure 2** illustre le cadre conceptuel décrivant le processus de production des connaissances et du cycle d'action de la mise en pratique.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

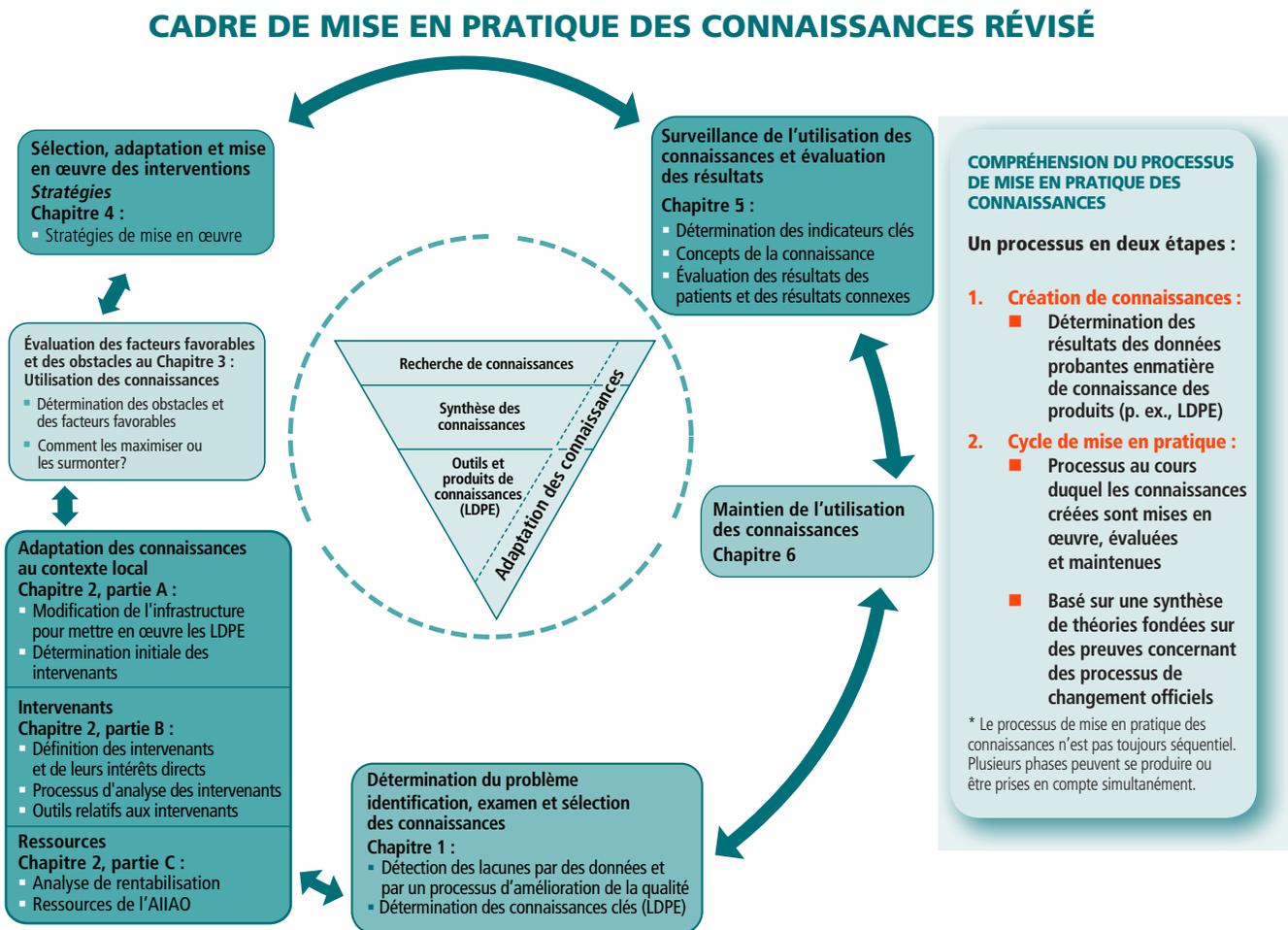
1. Le Nursing Best Practice Champion Network<sup>MD</sup> (Réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers), qui permet d'augmenter la capacité des membres du personnel infirmier individuels et des membres de l'équipe interprofessionnelle à encourager la sensibilisation aux LDPE ainsi que l'engagement envers ces lignes directrices et leur adoption;
2. Un BPG Order Set<sup>MC</sup> (Ensemble de modèles d'ordonnances pour la ligne directrice sur les pratiques exemplaires) fournit des actes d'intervention clairs, concrets et réalisables tirés de recommandations sur les pratiques. Les ensembles de modèles d'ordonnances pour la ligne directrice sur les pratiques exemplaires sont facilement incorporés dans les dossiers électroniques mais peuvent également être utilisés dans les environnements sur papier ou hybrides.
3. La désignation Organisation vedette en pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE<sup>MD</sup>), qui soutient la mise en œuvre des pratiques exemplaires aux niveaux des systèmes et des organisations. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraceriner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en œuvre.

Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, veuillez consulter :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO : [www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions)
- Ensembles de modèles d'ordonnances pour la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO : <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO : [www.RNAO.ca/bpg/bpso](http://www.RNAO.ca/bpg/bpso)
- Ateliers de renforcement des capacités et autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [www.RNAO.ca/events](http://www.RNAO.ca/events)

Figure 2 : Cadre de mise en pratique des connaissances



Adapté de Knowledge Translation in Health Care : Moving from Evidence to Practice. S. Straus, J. Tetroe, et I. Graham. Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

## Évaluation de la ligne directrice

Le modèle de Donabedian influence l'élaboration de mesures pour évaluer et surveiller les soins de santé de qualité (88). Le modèle comprend trois catégories, dont la structure, le processus et le résultat. La structure décrit les attributs requis du système de la santé, de l'organisation ou de l'établissement d'enseignement, par exemple les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières. Les mesures du processus examinent les activités de soins de santé offertes et destinées aux personnes et aux populations et fournies avec l'aide de celles-ci. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus. Les résultats décortiquent l'effet des soins de santé de qualité sur l'état de santé des personnes et des populations et évaluent la réussite générale de la mise en œuvre de la ligne directrice (88). Pour plus d'informations, veuillez consulter la *Trousse de 2012 de l'AIIAO : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition*.

Les **tableaux 12, 13 et 14** fournissent des mesures de structure, du processus et du résultat pour évaluer la réussite de la mise en œuvre de la ligne directrice. Lorsque l'on met en œuvre la ligne directrice, il est important d'évaluer les changements apportés aux pratiques, qui sont fondés sur des données probantes. Sélectionnez les mesures les plus pertinentes pour le milieu de pratique. Les référentiels et les bibliothèques d'indicateurs disponibles pour l'allaitement sont élaborés pour appuyer la collecte de données, les mesures, l'amélioration de la qualité et l'évaluation.

**Tableau 12 : Mesure de structure**

MESURES DE STRUCTURE	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ ARCHIVES DE DONNÉES
Pourcentage de fournisseurs de soins de santé avec de la formation avancée et/ou une éducation continue en allaitement	Nouveau

Tableau 13 : Mesures du processus

RECOMMANDATION	MESURES DU PROCESSUS	MESURES DANS LES RÉFÉRENTIELS DE DONNÉES/ INSTRUMENTS
<b>ÉVALUATION</b>		
1.1	<p>Pourcentage de dyades évaluées pour le processus d'allaitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durant la grossesse (c.-à-d., du milieu à la fin de la grossesse)</li> <li>■ Durant les premières 24 heures de la vie de l'enfant</li> <li>■ Avant de quitter le lieu d'accouchement</li> <li>■ 2 à 8 jours après l'accouchement</li> <li>■ Plus de 8 jours à 6 mois après l'accouchement</li> <li>■ De 6 à 12 mois après l'accouchement</li> </ul>	NQUIRE <sup>1</sup>
<b>INITIATION DE L'ALLAITEMENT</b>		
2.1	Pourcentage de nourrissons qui ont eu un contact peau à peau immédiatement après l'accouchement	BORN <sup>2</sup>
<b>ALLAITEMENT EXCLUSIF</b>		
2.3	<p>Pourcentage de dyades avec un positionnement, une saisie et un transfert du lait efficace :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durant les premières 24 heures de la vie de l'enfant</li> <li>■ Avant de quitter le lieu d'accouchement</li> <li>■ 2 à 8 jours après l'accouchement</li> <li>■ Plus de 8 jours à 6 mois après l'accouchement</li> </ul>	BORN <sup>2</sup>
2.7	Pourcentage de personnes allaitantes ayant appris l'expression manuelle avant de quitter le lieu d'accouchement	BORN <sup>2</sup>

## ALLAITEMENT EXCLUSIF ET CONTINU

2.10	Pourcentage de personnes allaitantes qui ont reçu une éducation à l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durant la grossesse</li> <li>■ Avant de quitter le lieu d'accouchement</li> <li>■ Jusqu'à 6 mois après l'accouchement</li> </ul>	Nouveau
------	---	---------

<sup>1</sup> Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation MD ou NQuIREMD (Indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation)

<sup>2</sup> Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN)

**Tableau 14 : Mesures du résultat**

MESURES DU RÉSULTAT	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ARCHIVES DE DONNÉES
<b>INITIATION DE L'ALLAITEMENT</b>	
Pourcentage de nourrissons qui ont reçu du lait maternel : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dans l'heure suivant leur naissance</li> <li>■ Durant les premières 24 heures de la vie de l'enfant</li> </ul>	BORN <sup>1</sup>
Pourcentage de personnes qui déclarent elles-mêmes leur intention d'allaiter leur nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durant la grossesse</li> <li>■ Après l'accouchement</li> </ul>	BORN <sup>1</sup>
Pourcentage de dyades qui ont commencé à allaiter moins d'une heure après l'accouchement	Nouveau
<b>ALLAITEMENT EXCLUSIF</b>	
Pourcentage de nourrissons qui ont reçu uniquement du lait maternel : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durant les premières 24 heures de la vie de l'enfant</li> <li>■ 2 à 8 jours après l'accouchement</li> <li>■ Pendant la durée entière de leur séjour dans un lieu d'accouchement (p. ex. un hôpital, un centre d'accouchement communautaire, un domicile)</li> <li>■ Jusqu'à l'âge de six mois</li> </ul>	NQuIRE <sup>2</sup> , BORN <sup>1</sup> , OMS <sup>3</sup>

ALLAITEMENT CONTINU	
Pourcentage de nourrissons âgés de plus de 6 mois mais de moins de 12 mois (moins de 365 jours) qui ont reçu du lait maternel en plus d'aliments complémentaires la journée précédente	OMS <sup>3</sup>
Pourcentage de personnes allaitantes qui cessent d'allaiter leur nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ De la naissance à l'âge de 1 mois</li> <li>■ De la naissance à l'âge de 6 mois</li> <li>■ À l'âge de 6 à 12 mois (moins de 365 jours)</li> </ul>	Nouveau

<sup>1</sup> Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN)

<sup>2</sup> Nursing Quality Indicators for Reporting and EvaluationMD ou NQuIREMD (Indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation)

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS)

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation ou NQuIRE (Indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation), un système unique de données en soins infirmiers qui loge à l'enseigne du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, permet aux Best Practice Spotlight Organizations(BPSO) de mesurer l'impact de la mise en place des pratiques exemplaires par la BPSO à travers le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les mesures du processus et du résultat fondées sur la ligne directrice et sensibles aux soins infirmiers. NQuIRE détermine si les définitions sont conformes aux données administratives et aux référentiels existants lorsque possible en adoptant le principe « recueillir une fois et utiliser souvent ». En complétant les autres systèmes de mesure du rendement établis et émergents, NQuIRE s'efforce de tirer parti des mesures fiables et valides, de réduire la charge administrative et de faire correspondre les mesures d'évaluation pour permettre des analyses comparatives. Le système de données NQuIRE a été lancé en août 2012 dans le but de : (i) créer et soutenir des cultures professionnelles basées sur les données probantes, (ii) optimiser la sécurité des patients, (iii) améliorer le sort des patients et (iv) amener le personnel à définir la relation entre les pratiques et les résultats pour améliorer la qualité et demander des ressources et des politiques harmonisées avec les changements des pratiques exemplaires (88). Pour en savoir plus, veuillez consulter [www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- Les ensembles de modèles d'ordonnance pour la ligne directrice sur les pratiques exemplaires intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie de mesures de processus sous forme de données électroniques. La capacité d'établir des liens entre les mesures de structure et du processus et les mesures du résultat permet de déterminer l'influence de la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Pour en savoir plus, veuillez consulter <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>.

# Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

L'AIIAO s'engage à mettre à jour ses LDPE comme suit :

1. Chaque LDPE en soins infirmiers sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. En s'appuyant sur cette recherche, le personnel peut recommander une période de révision anticipée pour une LDPE particulière. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
  - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
  - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, y compris d'autres commentaires et expériences de BPSO et d'autres sites de diffusion concernant leurs expériences.
  - c) En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques sur le terrain et en raffiner l'objet et la portée.
  - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



## Références

1. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Première édition, Toronto (Ontario): Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2003)
2. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Supplément du document Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Deuxième édition Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007)
3. Organisation mondiale de la Santé. Cibles mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'allaitement au sein [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
4. Perinatal Services BC. Informal (peer-to-peer) milk sharing: the use of unpasteurized donor human milk. Vancouver (CB) : Perinatal Services BC; 2016.
5. Toronto Public Health Breastfeeding protocols for health care providers. Toronto (Ontario) : Santé publique de Toronto, 2017.
6. Sriraman N, Evans A, Lawrence R, et coll. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017 position statement on informal breast milk sharing for the term healthy infant. Breastfeed Medicine. 2018; 13 (1):1-3.
7. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 2018. Orientations de mise en œuvre [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
8. Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant: Conclusions d'une réunion de consensus du 6 au 8 novembre, à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, 2008. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2008.
9. UNICEF, Organisation mondiale de la Santé. Global breastfeeding scorecard, 2017. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes. New York (New York) : UNICEF et Organisation mondiale de la Santé; 2017.
10. Victora C, Bahl R, Barros A, et coll. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016; 387 (10017):475-90.
11. Lodge C, Tan D, Lau M, et coll. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:38-53. doi:10.1111/apa.13132.
12. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010; 125 (5):e1048-56.
13. Pokhrel S, Quigley M, Fox-Rushby J, et coll. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. ArchDis Child. 2015;100:334-40.
14. Gionet L. Tendances de l'allaitement au Canada. Statistique Canada. Catalogue n° 82-624-X [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; c2002-2018 (mis à jour le 27 novembre 2015; cité le 18 décembre 2017). Peut être consulté au : <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-eng.htm>

15. Dennis CL, Jackson K et Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 12:CD007366.
16. Gercek E, Sarikaya Karabudak S, Ardic Celik N, et coll. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *J Clin Nurs.* 2017;26(7-8):994-1004.
17. Ip WY, Gao LL, Choi KC, et coll. The short form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a prognostic factor of exclusive breastfeeding among Mandarin-speaking Chinese mothers. *J Hum Lact.* 2016; 32 (4):711-20.
18. Mannion C et Mansell D. Breastfeeding self-efficacy and the use of prescription medication: a pilot study. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:562704.
19. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et coll. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (467):114-34.
20. Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; [date inconnue] (mis à jour le 5 déc. 2017). Peut être consulté au : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
21. Comité canadien pour l'allaitement. The BFI 10 Steps and WHO Code outcome indicators for hospitals and community health services. [Lieu inconnu] : Comité canadien pour l'allaitement; 2017.
22. The Baby-Friendly Initiative Strategy for Ontario. BFI implementation toolkit. Toronto (Ontario) : The Baby-Friendly Initiative Strategy for Ontario; 2014.
23. Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014; 23 (2):86-9.
24. Daglas M, Antoniou E. Cultural views and practices related to breastfeeding. *Health Sci J.* 2012 Jun;6(2):353-61.
25. Battersby S. Understanding the social and cultural influences on breast-feeding today. *J Fam Health Care.* 2010; 20 (4):128-31.
26. Dykes F et Griffiths H. Societal influences upon initiation and continuation of breastfeeding. *Br J Midwifery.* 1998; 6 (2):76-80.
27. Fischer TP et Olson B. A qualitative study to understand cultural factors affecting a mother's decision to breast or formula feed. *J Hum Lact.* 2014; 30 (2):209-16.
28. Tornese G, Ronfani L, Pavan C, et coll. Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? *Breastfeed Med.* 2012; 7 (6):423-30.
29. Dennis CL et Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health.* 1999 Oct;22(5):399-409. Dans : Mannion C et Mansell D. Breastfeeding self-efficacy and the use of prescription medication: a pilot study. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:562704.
30. Jensen D, Wallace S et Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994; 23 (1):27-32.
31. Hill PD et Humenick SS. Development of the H & H Lactation Scale. *Nurs Res.*1996;45(3):136-40.

32. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et coll. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 5:CD003519.
33. Flint A, New K et Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 8:CD005092.
34. Beake S, Bick D, Narracott C, et coll. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;13(4). doi: 10.1111/mcn.12390.
35. Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R et coll. The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after Cesarean delivery. *Int J Pediatr.* 2014;846486; et Gouchon S, Gregori D, Picotto A, et coll. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res.* 2010; 59 (2):78-84. Dans : Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et coll. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 5:CD003519.
36. Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, et coll. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *J Hum Lact.* 2015; 31 (1):47-52. Dans : Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et coll. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 5:CD003519.
37. Kaunonen M, Hannula L et Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2012;21(13-14):1943-54.
38. Patel S et Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact.* 2016; 32 (3):530-41.
39. Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et coll. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD012003.
40. Schafer R et Genna CW. Physiologic breastfeeding: a contemporary approach to breastfeeding initiation. *J Midwifery Womens Health.* 2015; 60 (5):546-53.
41. Bai D, Wu K et Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58 (1):25-32.
42. Buckley S. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *J Perinat Educ.* 2015; 24 (3):145-53.
43. Cantrill R, Creedy DK, Cooke M, et coll. Effective suckling in relation to naked maternal–infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:20.
44. Leeming D, Williamson I, Lyttle S, et coll. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013; 28 (4):450-68.
45. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
46. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb;6(1):41–9.

47. Skouteris H, Nagle C, Fowler M, et coll. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review. *Breastfeed Med.* 2014; 9 (3):113-27.
48. Pugh L, Milligan R, Frick K, et coll. Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth.* 2002; 29 (2):95-100. Dans : Kaunonen M, Hannula L et Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2012;21(13-14):1943-54.48
49. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et coll. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 7:CD009338.
50. Ni PK et Siew Lin SK. The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 2011;9(10):313-70.
51. Porteous R, Kaufman K et Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *J Hum Lact.* 2000; 16 (4):303-8. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
52. Hoddinott P, Craig L, MacLennan G, et coll. The FEeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open.* 2012;2(2):e000652. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
53. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, et coll. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2015; 135 (1):102-10. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
54. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et coll. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Pub Health.* 2014;104 Suppl 1:S119-S127. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
55. Albernaz E, Victora C. Impact of face-to-face counselling on duration of exclusive breastfeeding: a review. *Pan American J Pub Health.* 2003; 14 (1):17-24. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
56. Laliberte C, Dunn S, Pound C, et coll. A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148520. Dans : McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et coll. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD001141.
57. Dennis CL et Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health.* 1999 Oct;22(5):399-409. Dans : Dennis CL, Jackson K et Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 12:CD007366.
58. McQueen KA, Dennis CL, Stremmler R, et coll. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011; 40 (1):35-46. Dans : Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et coll. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (467):114-34.

59. Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, et coll. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. *Int Sch Res Notices*. 2014;10793:1-6.
60. Awano M et Shimada K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: a quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*. 2010;5:9.
61. Brockway M, Benzies K et Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2017; 33 (3):486-99.
62. Chan MY, Ip WY et Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: a longitudinal study. *Midwifery*. 2016;36:92-8.
63. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, et coll. Effectiveness of breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J*. 2014;18(1):296–306.
64. Fallon A, Van der Putten D, Dring C, et coll. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 9:CD009067.
65. Becker GE, Smith HA et Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9:CD 006170. Dans : Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et coll. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2:CD012003.
66. Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et coll. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(3):e687–e702.
67. Doggrell S et Hancox J. Cardiac safety concerns for domperidone, an antiemetic and prokinetic, and galactagogue medicine. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13 (1):131-8.
68. Jaafar HS, Ho JJ, Jahanfar S, et coll. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 8:CD007202.
69. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et coll. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285 (4):413-20. Dans : Jaafar HS, Ho JJ, Jahanfar S, et coll. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 8:CD007202.
70. Agence de la santé publique du Canada. Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; [date inconnue] (mis à jour le 23 avril 2018). Peut être consulté au : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html>
71. Oliveira IB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW, et coll. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs*. 2017; 73 (2):323-35.
72. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et coll. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1).

73. Wong KL, Tarrant M et Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: a systematic review. *J Hum Lact.* 2015; 31 (3):354-66.
74. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et coll. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 12:CD006425.
75. Jaafar HS, Ho JJ et Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 8:CD006641.
76. Ward KN et Byrne JP. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *J Hum Lact.* 2011; 27 (4):381-93.
77. de Jesus PC, de Oliveira MIC et Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr. (Rio J).* 2016; 92 (5):436-50.
78. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et coll. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J.* 2017;12:6.
79. Beake S, Pellowe C, Dykes F, et coll. A systematic review of structured versus non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive breastfeeding in acute and primary healthcare settings. *JBIM Libr Syst Rev.* 2011;9(36):1471-508.
80. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et coll. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA.* 2016; 316 (16):1694-705.
81. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016; 12 (3):402-17.
82. Andres E, Baird S, Bingenheimer J, et coll. Maternity leave access and health: a systematic narrative review and conceptual framework development. *Matern Child Health J.* 2016;20(6):1178-92.
83. Steurer LM. Maternity leave length and workplace policies' impact on the sustainment of breastfeeding: global perspectives. *Public Health Nurs.* 2017; 34 (3):286-94.
84. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, et coll. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev.* 2014;36:31-48.
85. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control; 2013. Peut être consulté au : <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>
86. Harrison M, Graham I, Fervers B, et coll. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J et Graham ID (éditeurs). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice.* Deuxième édition, Chichester, R.-U. : John Wiley & Sons; 2013.p. 110-20.
87. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et coll. Monitoring and evaluating knowledge. Dans : Straus SE, Tetroe J et Graham ID (éditeurs). *Knowledge translation in health care.* Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell; 2009. p. 151-9.
88. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly.* 2005; 83 (4):691-729.

89. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et coll. Mesurer les résultats des soins hospitaliers, améliorer la santé des Canadiens: NNQR (C), C-HOBIC et NQUIRE. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2012; 25 (2):26-37.
90. Centers for Disease Control and Prevention. Descriptive and analytic studies [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; [date inconnue]. Peut être consulté au : [http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/19/desc-and-analytic-studies\\_ppt\\_final\\_09252013.pdf](http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf)
91. Francis DO, Krishnaswami Set McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. Pediatrics. 2015;135(6):e1458–66.
92. Kotlow LA. Diagnosing and understanding the maxillary lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding. J Hum Lactation. 2013; 29 (4):458-64.
93. O'Callahan C, Macary S et Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. Int J Periatr Otorrhinolaryngol. 2013; 77 (5):827-832.
94. Organisation mondiale de la Santé. Le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. Un manuel pour le renforcement des compétences. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2013.
95. Allaitement [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/)
96. Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 1981.
97. Cochrane Community. Glossary 2017 [Internet]. [Lieu inconnu] : The Cochrane Collaboration; c2017. Peut être consulté au : <http://community.cochrane.org/glossary>
98. Unusual appearances of breastmilk [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; c2017 (mis à jour en août 2017). Peut être consulté au : <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/unusual-appearances-breastmilk>
99. Wambach K et Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. (5<sup>e</sup> édition améliorée). Jones and Bartlett Publishers; 2014.
100. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. Int J Doctoral Studies. 2016;11:305-21.
101. Thorley V. Sharing breastmilk: wet nursing, cross feeding, and milk donations. Breastfeed Rev. 2008;16(1):25–9.
102. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Embracing cultural diversity in health care: developing cultural competence. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007)
103. Stevens K. L'impact des pratiques fondées sur des données probantes dans les soins infirmiers et les nouvelles idées. Online J Issues Nurs. 2013;18(2):4.
104. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015)
105. Agence de la santé publique du Canada. Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2014.

106. Biomedical Central. About [Internet]. Londres (R.-U.) : Implementation Science/Biomed Central; c2018. Peut être consulté au : <https://implementationscience.biomedcentral.com/about>
107. Allan B et Smylie J. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada. Toronto (Ontario) : The Wellesley Institute; 2015.
108. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2016 (mis à jour le 15 septembre 2016). Peut être consulté au : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.cfm>
109. Baby-Friendly Strategy for Ontario. Informed decision making: having meaningful conversations regarding infant feeding. [Lieu inconnu] : Centre de ressources Meilleur départ; 2017.
110. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, et coll. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24 (2):106-23.
111. Brooks E, Genna CW et Mannel R. The lactation consultant: roles and responsibilities. [Lieu inconnu]. Jones & Bartlett Learning; 2014.
112. Australian Breastfeeding Association. The lactational amenorrhea method (LAM) for postpartum contraception [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; 2016 (mis à jour en juin 2016). Peut être consulté au : <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/lactational-amenorrhea-method-lam-postpartum-contraception>
113. Australian Breastfeeding Association. Let-down reflex (milk ejection reflex) [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; 2017 (mis à jour en août 2017). Peut être consulté au : <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/early-days/let-down-reflex>
114. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013)
115. Wagner C, Baatz J, Newton D, et coll. Analytical considerations and general diagnostic and therapeutic ramifications of milk hormones during lactation. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2018; 32 (1):5-16.
116. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, et coll. Making the case for peer support: report to the peer support project committee of Mental Health Commission of Canada. 2016, 2<sup>e</sup> édition. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada; 2016. Peut être consulté au : <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/content/making-case-peer-support-report-peer-support-project-committee-mental-health-commission-cana>
117. Reid G. Probiotics: definition, scope and mechanisms of action. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016; 30 (1):17-25.
118. Austin Z et Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014; 67 (6):436-40.
119. Rockers PC, Røttingen JA, Shemilt I, et coll. Inclusion des études quasi-expérimentales dans les révisions systématiques de la recherche sur les systèmes de santé. *Health Policy*. 2015; 119 (4):511-21.
120. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et coll. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:15.

121. Eriksen, M., Mackay, J., et Ross, H. The tobacco atlas. 4<sup>e</sup> édition. Atlanta (Géorgie) : Société américaine du cancer; 2012. Publié conjointement avec la World Lung Foundation.
122. Organisation mondiale de la Santé. About social determinants of health [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, c2018. Peut être consulté au : [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
123. Baker CM, Ogden SJ, Prapaipanich W, et coll. Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life cycle. J Nurs Adm. 1999; 29 (3):11-20.
124. Kaufman P, Ferrence R, Pope M, et coll. Putting third hand smoke on the policy and research agenda: knowledge user survey results. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2012. Peut être consulté au : [http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update\\_nov2012.pdf](http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update_nov2012.pdf)
125. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, et coll. Trauma-informed practice guide [Internet]. [Lieu inconnu] : BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council; 2013. Peut être consulté au : [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
126. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Crisis interventions for adults using a trauma-informed approach: initial four weeks of management. 3<sup>e</sup> édition. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017)
127. Organisation mondiale de la Santé. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, c2018 (mis à jour le 16 mars 2018, cité le 18 décembre 2017). Peut être consulté au : [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/)
128. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et coll. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. JAMC. 2010;182(18):E839-42.
129. Fleiss J, Levin B et Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3<sup>e</sup> édition. New York : John Wiley and Sons; 2003.
130. Feldman-Winter L et Shaikh U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. J Hum Lact. 2007;(4):362-67.
131. Sipsma HL, Jones KL et Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. J Hum Lact. 2015; 31 (2):221-9.
132. Chin NP, Cuculick J, Starr M, et coll. Deaf mothers and breastfeeding: do unique features of deaf culture and language support breastfeeding success? J Hum Lact. 2013; 29 (4):564-71.
133. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, et coll. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. PLoS One. 2017;12(10):e0186591.
134. Schiff M, Algert CS, Ampt A, et coll. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2014;9:17.
135. Coles J, Anderson A et Loxton D. Breastfeeding duration after childhood sexual abuse: an Australian cohort study. J Hum Lact. 2016;32(3):NP28-NP35.
136. Elfgen C, Hagenbuch N, Görres G, et coll. Breastfeeding in women having experienced childhood sexual abuse. J Hum Lact. 2017; 33 (1):119-27.

137. Jansson LM, Velez ML et Butz AM. The effect of sexual abuse and prenatal substance use on successful breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46 (3):480-84.
138. Paynter MJ et Snelgrove-Clarke E. Breastfeeding support for criminalized women in Canada. *J Hum Lact*. 2017; 33 (4):672-76.
139. Huang K, Atlas R et Parvez F. The significance of breastfeeding to incarcerated pregnant women: an exploratory study. *Birth*. 2012; 39 (2):145-55.
140. McIsaac KE, Lou W, Sellen D, et coll. Exclusive breastfeeding among Canadian Inuit: results from the Nunavut Inuit Child Health Survey. *J Hum Lact*. 2014; 30 (2):229-41.
141. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, et coll. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 44 (1):51-68.
142. Eni R, Phillips-Beck WetMehta P. At the edges of embodiment: determinants of breastfeeding for First Nations women. *Breastfeed Med*. 2014; 9 (4):203-14.
143. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et coll. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J*. 2015;10:21.
144. Soltani H, Fair FJ. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2:CD012099.
145. Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, et coll. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact*. 2014; 30 (1):102-9.
146. Arifunhera JH, Srinivasaraghavan R, Sarkar S, et coll. Is maternal anxiety a barrier to exclusive breastfeeding? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(17):2798-801.
147. Dias CC et Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disorders*. 2015;171:142-54.
148. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(36):36.
149. Figueiredo B, Canário C et Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014; 44 (5):927-36.
150. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, et coll. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open*. 2016;4(1):E103-E109.
151. Pettinger T, Gray T, Gosakan R. Diabetes in pregnancy. *InnovAIT*. 2015; 29 (5):685-99.
152. Tawfik MY. The impact of health education intervention for prevention and early detection of Type 2 diabetes in women with gestational diabetes. *J Community Health*. 2017; 42 (3):500-10.
153. Bider-Canfield Z, Martinez MP, Wang X, et coll. Maternal obesity, gestational diabetes, breastfeeding and childhood overweight at age 2 years. *Pediatr Obes*. 2017; 12 (2):171-78.

154. Much D, Beyerlein A, Roßbauer M, et coll. Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Mol Metab.* 2014; 3 (3):284-92.
155. Feig D, Berger H, Donovan L, et coll. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes.* 2018;42(Suppl 1):S255–S282.
156. Wallenborn JT, Perera RA et Masho SW. Breastfeeding after gestational diabetes: does perceived benefits mediate the relationship? *J Pregnancy.* 2017;2017:9581796. doi: 10.1155/2017/9581796.
157. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et coll. Breastfeeding and maternal health outcomes : a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (467):96-113.
158. Howe CJ et Winterhalter E. Parent health literacy: risks and outcomes. *J Pediatr Nursing.* 2013; 28 (5):515-16.
159. Sentell TL et Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Intern Med.* 2006;21:862–66.
160. Kaufman H, Skipper B, Small L, et coll. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J.* 2001;94(3):293–96.
161. Poorman E, Gazmararian J, Elon L, et coll. Is health literacy related to health behaviours and cell phone usage patterns among the text4baby target population? *Arch Public Health.* 2014;72(1):13.
162. Kilfoyle KA, Vitko M, O’Conor R, et coll. Health literacy and women’s reproductive health: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt).* 2016; 25 (12):1237-55.
163. Department of Health and Human Services (États-Unis). 2<sup>e</sup> édition, volumes 1 et 2. Washington : U.S. Government Printing Office; 2000. Healthy people 2010: with understanding and improving health and objectives for improving health.
164. Centre de ressources Meilleur départ. Allaitement maternel et statut socioéconomique [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2014. Peut être consulté au : [https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC\\_Breastfeeding\\_factsheet\\_2\\_ENG.pdf](https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_2_ENG.pdf)
165. Friesen CA, Hormuth LJ, Petersen D, et coll. Using videoconferencing technology to provide breastfeeding support to low-income women: connecting hospital-based lactation consultants with clients receiving care at a community health center. *J Hum Lact.* 2015; 31 (4):595-9.
166. Gurka KK, Hornsby PP, Drake E, et coll. Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. *Breastfeed Med.* 2014; 9 (8):377-84.
167. Agence de la santé publique du Canada. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : un guide pratique pour les programmes communautaires. 2<sup>e</sup> édition. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2014.
168. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, et coll. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract.* 2012; 29 (3):245-54.
169. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et coll. Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:106.

170. My guide to caring for trans and gender-diverse clients [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé arc-en-ciel Ontario; c2016. Peut être consulté au : <https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/>
171. Wolfe-Roubatis E et Spatz DL. Transgender men and lactation: what nurses need to know. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015; 40 (1):32-8.
172. de Oliveira P, Pagliuca F, Cezario K, et coll. Breastfeeding: validation of assistive audio technology for the visually impaired. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30 (2):122-28.
173. Crepinsek M, Crowe L, Michener K, et coll. Interventions for the prevention of mastitis following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10:CD007239.
174. Heller MM, Fullerton Stone H et Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol*. 2012; 51 (10):1149-61.
175. Jahanfar S, Ng C et Teng C. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2:CD005458.
176. Kent J, Ashton E, Hardwick C, et coll. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Intl J Envir Res Public Health*. 2015; 12 (10):12247-63.
177. Bergmann R, Bergmann K, von Weizsäcker K, et coll. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *J Perinat Med*. 2013; 42 (1):9-18.
178. Stone K et Wheeler A. A review of anatomy, physiology, and benign pathology of the nipple. *Ann Surg Oncol*. 2015;22:3236.
179. McManus AJ, Hunter LP et Renn H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35 (1):13-23.
180. Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, et coll. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact*. 2014; 31 (1):64-7.
181. Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact*. 2010; 26 (3):309-13.
182. Zizzo G. Lesbian families and the negotiation of maternal identity through the unconventional use of breast milk. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 2009; 5 (2):96-109.
183. Malmquist A. Women in lesbian relations: construing equal or unequal parental roles? *Psychology of Women Quarterly*. 2015; 39 (2):256-67.
184. McKelvey MM. The other mother: a narrative analysis of the postpartum experiences of nonbirth lesbian mothers. *ANS Adv Nurs Sci*. 2014;2:101-16.
185. The Public Health Alliance for Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender, Two-Spirit, Intersex, Queer and Questioning Equity. A positive space is a healthy space: making your community health centre, public health unit or community agency inclusive to those of all sexual orientations and gender identities [Internet]. Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario; 2011. Peut être consulté au : <http://www.opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf>

186. Giglia R. Alcohol and lactation: an updated systematic review. *Nutrition Dietetics*. 2010; 67 (4):237-43.
187. Tearne E, Cox K, Giglia R. Patterns of alcohol intake of pregnant and lactating women in rural Western Australia. *Mat Child Health J*. 2017;21(11):2068-77.
188. Wilson J, Tay RY, McCormack C, et coll. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(5):667-76.
189. Centre de ressources Meilleur départ. La consommation d'alcool pendant l'allaitement [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2016. Peut être consulté au : [https://www.beststart.org/resources/alc\\_reduction/bf\\_handouts/breastfeed\\_and\\_alcohol\\_EN.pdf](https://www.beststart.org/resources/alc_reduction/bf_handouts/breastfeed_and_alcohol_EN.pdf)
190. Smith L. Alcohol consumption during pregnancy and breast feeding in Canada is prevalent and not strongly associated with mental health status. *Evid Based Nurs*. 2017;20(2):44.
191. (1998). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra (Australie) : Gouvernement australien, 2009.
192. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, et coll. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol*. 2014; 34 (6):417-24.
193. Reece-Stremtan S et Marinelli K. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, révisé en 2015. *Breastfeed Med*. 2015; 10 (3):135-41.
194. Marijuana Use During Pregnancy and Lactation [Internet]. [Lieu inconnu] : American College of Obstetricians and Gynecology; 2017. Peut être consulté au : <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Marijuana-Use-During-Pregnancy-and-Lactation>
195. Lok K, Bai BL, Tarrant M. Predictors of breastfeeding initiation in Hong Kong and Mainland China born mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:286.
196. Rosen-Carole CB, Auinger P, Howard CR, et coll. Low-level prenatal toxin exposures and breastfeeding duration: a prospective cohort study. *Matern Child Health J*. 2017;21(12):2245-55.
197. Dixon M, Khan L. Treatment of breast infection. *BMJ*. 2011;342:d396.
198. Napierala M, Mazela J, Merritt T, et coll. Tobacco smoking and breastfeeding: effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016;151:321-38.
199. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et coll. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015;100:F344-F348.
200. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Ferrés-Amat E, et coll. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(1):e39-e47.
201. Walsh J et Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: a review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;143(10):1032-39.
202. Martinelli RL, Marchesan IQ et Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofacial Myology*. 2012;38:104-12.

203. Burrows S et Lanlehin R. Is frenotomy effective in improving breastfeeding in newborn babies with tongue-tie? A literature review. *BMJ*. 2015; 23 (11):790-7.
204. Reilly S, Reid J, Skeat J, et coll. ABM clinical protocol #18: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, révisé en 2013. *Breastfeed Med*. 2013; 8 (4):349-53.
205. Alperovich M, Frey J, Shetye B, et coll. Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a North American craniofacial center. *Cleft Palate Craniofac J*. 2017;54(3):334-37.
206. Burianova I, Kulihova K, Vitkova V, et coll. Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a Baby-Friendly designated hospital. *J Hum Lact*. 2017;33(3):504-8.
207. Sooben R. Breastfeeding patterns in infants with Down's syndrome: a literature review. *British J Midwifery*. 2012; 20 (3):187-92.
208. Thomas J, Marinelli KA, Hennessy K, et coll. ABM clinical protocol #16: breastfeeding the hypotonic infant. *Breastfeed Med*. 2016;2:112-8.
209. Lee SY et Jang GJ. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding in late preterm infants at 12 weeks. *Child Health Nurs Res*. 2016; 22 (2):79-86.
210. Boies EG et Vaucher YE. ABM clinical protocol #10: breastfeeding the late preterm (34-36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37-38 6/7 weeks of gestation), deuxième révision, 2016. *Breastfeed Med*. 2016;11:494-500.
211. Pike M, Kritzinger A et Krüger E. Breastfeeding characteristics of late-preterm infants in a kangaroo mother care unit. *Breastfeed Med*. 2017; 12 (10):637-44.
212. Centre de ressources Meilleur départ. Allaiter votre bébé peu prématuré. [Lieu inconnu] : Centre de ressources Meilleur départ; 2016.
213. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, et coll. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 10:CD005252.
214. Chidiebere ODI, Uchenna E, Ikenna NK, et coll. Early cessation of breastfeeding: a neglected nutritional challenge among infants. *Int J Clin Nutrition*. 2015; 3 (1):12-6.
215. Nayyeri F, Jaji F, Haghazarian E, et coll. Frequency of "nursing strike" among 6-month-old infants, at East Tehran Health Centre and contributing factors. *J Family Reprod Health*. 2015; 9 (3):137-40.
216. Syme J, Holt S, Fell K, et coll. Overcoming breastfeeding challenges. *Community Pract*. 2015; 88 (6):29-31.
217. Groupe de travail interinstitutions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence. Orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (OG-IFE) version 3.0 [Internet]. 2017. Peut être consulté au : <https://www.ennonline.net//resources/operationalguidancev32017>.
218. Drug and Therapeutics Bulletin. Management of infant colic. *BMJ*. 2013;347:f4102.
219. Iacovou M, Ralston R, Muir J, et coll. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Mat Child Health J*. 2011;16(6):1319-31.

220. Pace CA. Infantile colic: what to know for the primary care setting. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017; 56 (7):616-18.
221. Brown A et Rowan H. Maternal and infant factors associated with reasons for introducing solid foods. *Mat Child Nutrition*. 2016;12(3):500-15.
222. Kronborg H, Foverskov E et Væth M. Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *Scand J Public Health*. 2015; 43 (2):138-45.
223. Brockway M et Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2016; 72 (9):2003-15.
224. Singletary N, Chetwynd E, Goodell LS, et coll. Stakeholder views of breastfeeding education in schools: a systematic mixed studies review of the literature. *Int Breastfeed J*. 2017;12:14.
225. Breastfeeding information and activity kit for secondary school teachers (OPHA, 2009). Peut être consulté au : [http://www.opha.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF\\_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf](http://www.opha.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf)
226. Glaser DB, Roberts KJ, Grosskopf NA, et coll. An evaluation of the effectiveness of school-based breastfeeding education. *J Hum Lact*. 2016;32(1):46-52.
227. Bai YK, Dinour LM et Pope GA. Determinants of the intention to pump breast milk on a university campus. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(5):563-70.
228. Russell K et Ali A. Public attitudes toward breastfeeding in public places in Ottawa, Canada. *J Hum Lact*. 2017; 33 (2):401-8.
229. Spurles P et Babineau J. A qualitative study of attitudes toward public breastfeeding among young Canadian men and women. *J Hum Lact*. 2011; 27 (2):131-37.
230. Cook A. Breastfeeding in public: disgust and discomfort in the bodiless public sphere. *Politics Gender*. 2016; 12 (4):677-99.

## Annexe A : Glossaire

**Abcès du sein :** Un type de pathologie du sein et une complication découlant d'une mastite infectieuse qui se caractérise par une accumulation de fluide ou de pus dans le tissu mammaire (souvent dans la région sous-aréolaire) et qui se produit habituellement dans les trois mois suivant l'accouchement. Les signes cliniques comprennent la douleur, des rougeurs et de la chaleur dans la zone affectée ainsi que des douleurs généralisées, de la fièvre et de la fatigue (93).

**Allaitement :** Le geste de fournir du lait humain à un nouveau-né, à un nourrisson ou à un jeune enfant. Ceci peut se produire directement au sein ou indirectement par l'entremise de l'expression manuelle ou du tirage. Le lait humain peut également provenir de donneuses par l'entremise de l'allaitement par une autre femme, du partage de lait (p. ex. allaitement partagé) ou d'une banque de lait maternel.

**Allaitement continu :** Tout allaitement qui se poursuit au-delà de six mois et jusqu'à deux ans ou plus.

**Allaitement exclusif :** Une catégorie d'exposition à l'allaitement dans le cadre de laquelle un nourrisson, jusqu'à l'âge de six mois, reçoit uniquement du lait maternel directement au sein ou du lait maternel exprimé ainsi que des vitamines, des suppléments de minéraux ou des médicaments. Le nourrisson ne reçoit pas d'autres liquides ou solides (8).

**Allaitement par une autre femme :** Une personne qui fournit du lait maternel à un nourrisson qui n'est pas le sien, habituellement en contrepartie d'un paiement (101).

**Allaitement partagé :** Un type de partage informel de lait maternel, généralement entre pairs, qui n'est pas rémunéré, qui est arrangé de façon indépendante, et qui est parfois réciproque. Également appelé « Allaitement croisé » (101).

**Aménorrhée lactationnelle :** La période durant laquelle l'allaitement élimine les règles et inhibe la fertilité (112).

**Ankyloglossie :** Une condition congénitale qui se caractérise par un frein lingual anormalement court, épais ou serré qui restreint la mobilité de la langue et peut avoir une incidence sur l'allaitement au sein (91-92). Cette condition est également appelée 'frein de langue court'. Durant le stade embryonnaire du développement, la langue ne se sépare pas complètement du plancher de la bouche. Depuis l'extrémité à la base de la langue, il peut exister différents degrés d'ankyloglossie (91-92).

**Arrêt de l'allaitement :** Le stade de l'allaitement durant lequel l'allaitement est complètement arrêté. Également appelé « sevrage ».

**Assemblée mondiale de la santé (AMS) :** L'organe décisionnel de l'OMS. L'AMS est composée de délégués des États membres de l'OMS et se concentre sur des questions de santé précises, y compris la santé du nouveau-né et de la personne allaitante (entre autres) (127).

**Colostrum :** Le liquide dans le sein à la fin de la grossesse et au début de la période suivant l'accouchement. Comme il s'agit du premier lait, il est plus épais et plus jaune que le lait mature, reflétant une plus grande concentration de protéines, dont plusieurs sont des immunoglobulines. Il comprend également plus de vitamines liposolubles (y compris des vitamines A, E et K) et certains minéraux (y compris du sodium et du zinc). Il peut comprendre du sang dans les premiers jours suivant l'accouchement. On pense que cela est dû à l'expansion des canaux mammaires et cette situation ne devrait pas persister au-delà de la première semaine suivant l'accouchement (98 - 99).

**Conseils en matière d'allaitement :** Un processus interactif entre un membre du personnel infirmier, un membre de l'équipe interprofessionnelle et/ou un pair allaitant et une personne allaitante pour favoriser des prises de décisions éclairées et établir un programme de soins pour soutenir les objectifs en matière d'allaitement et améliorer la santé des personnes allaitantes et des enfants allaités. Les conseils relatifs à l'allaitement sont adaptés spécifiquement à la compréhension des besoins de la personne allaitante et de sa famille. Ils comprennent la promotion de l'allaitement par l'entremise de l'éducation, de l'information et du soutien pour aider la personne à accomplir ses objectifs en matière d'allaitement (94).

**Consensus :** Un procédé utilisé pour parvenir à une entente parmi un groupe ou un comité pendant une technique Delphi ou une technique Delphi modifiée (100). Un consensus de 70 % des membres d'un comité d'experts a été nécessaire pour les recommandations dans cette LDPE.

Voir *technique Delphi modifiée*

**Consultante en lactation :** Une personne qui est « une spécialiste formée pour se concentrer sur les besoins et les préoccupations de la dyade d'allaitement et prévenir, reconnaître et résoudre les difficultés liées à l'allaitement » (111, p. 3).

**Consultante en lactation certifiée par le Comité International :** Les consultantes en lactation qui ont été certifiées par l'IBLCE<sup>MD</sup>. Les consultantes en lactation détenant cette certification ont démontré des compétences cliniques en éducation et soutien en allaitement, et ont répondu aux exigences de certification. Les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs ne prodiguant pas de soins de santé peuvent être des consultantes en lactation certifiées par le Comité International. Elles peuvent être employées dans les établissements de santé comme les centres communautaires et les hôpitaux. Les consultantes en lactation certifiées par le Comité International peuvent également travailler de façon indépendante (35).

**Déterminants sociaux de la santé :** Les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont déterminées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités sur le plan de la santé, —c'est-à-dire des différences injustes et évitables dans l'état de santé observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci (122). Consulter également : [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/rnao\\_sdh\\_brochure\\_2013.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf)

**Dispositifs d'aide à l'allaitement :** Un dispositif qui consiste en un contenant pour conserver le lait maternel exprimé ou un produit de préparation commercial et d'un segment de tube fin qui relie le contenant au sein de la mère. Pendant que le nouveau-né, le nourrisson ou le jeune enfant tète le sein, le supplément est simultanément distribué (99).

**Dyade d'allaitement :** Fait référence à la personne allaitante et à son nouveau-né, nourrisson ou jeune enfant.

**Équipe interprofessionnelle :** Une équipe composée de personnes de différentes professions qui travaillent ensemble et partagent la prise de décision pour atteindre un objectif commun. Dans le cas des soins de santé, cet objectif est de travailler avec les personnes et leurs familles pour améliorer leur état et leurs valeurs (110). Dans cette LDPE, l'équipe interprofessionnelle comprend (sans s'y limiter), les médecins, les sages-femmes, les consultantes en lactation, les travailleurs sociaux et les diététiciens.

**Essai clinique randomisé (ECR) :** Une expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une ou plusieurs interventions à des participants qui sont assignés de façon aléatoire (a) au groupe expérimental (recevant l'intervention) ou de référence (traitement traditionnel) ou (b) au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (97).

**Étude analytique** : les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat au fil du temps en utilisant un groupe de référence (90). Les types d'études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

Consulter *étude de cohorte*

**Étude contrôlée** : Un essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (97).

**Étude de cohorte** : Une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (97).

**Étude de prévalence** : Une étude évaluant la répartition de certaines caractéristiques dans une population à un moment précis (également appelé un « sondage ») (97).

**Étude descriptive** : étude qui génère une hypothèse et décrit les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (90, 97). L'étude descriptive inclut les études de prévalence.

Voir *Étude de prévalence*

**Étude quasi expérimentale** : Des études qui examinent les causes d'une question à l'étude en observant l'exposition d'intérêt, mais qui ne sont pas contrôlées par le chercheur et ne sont pas aléatoires (p. ex. conception d'avant et d'après) (119).

**Examen de la portée** : Les examens de la portée sont utilisés pour donner un aperçu général des faits sur un sujet particulier pour examiner les aspects qui ressortent ou pour clarifier les concepts clés ou les questions qu'un chercheur pourrait avoir, quelle que soit la qualité de l'étude. Les examens de la portée sont souvent un processus générant des hypothèses alors que les examens systématiques sont un processus de vérification des hypothèses (120).

**Examen systématique** : examen exhaustif des publications, qui utilise des questions formulées clairement ainsi que des méthodes systématiques et explicites pour déterminer, sélectionner et apprécier de façon critique les travaux de recherche pertinents. Un examen systématique recueille et analyse les données des études incluses et les présente, parfois en utilisant des méthodes statistiques (97).

Voir *méta-analyse*

**Extraction du lait maternel** : Un procédé selon lequel le lait maternel est expulsé d'un sein manuellement à l'aide des mains ou d'un tire-lait.

**Famille** : Un terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La personne recevant des soins détermine l'importance et le niveau d'implication de chacune de ces personnes dans ses soins de santé. La famille d'une personne peut comprendre toute personne qu'elle considère comme un proche. (104)

**Fiabilité (fiable) :** Le degré de certitude avec lequel un résultat obtenu avec un processus de mesures peut être reproduit avec une erreur minimale de mesure (97).

Voir *validé*

**Frein maxillaire :** Une malformation congénitale dans le cadre de laquelle le frein labial s'épaissit avec le mouvement limité. L'allaitement peut être difficile en raison d'un écart limité de la lèvre qui se traduit par une mauvaise étanchéité. Également connu sous le nom de « frein de lèvre » (92).

**Fumée secondaire :** La fumée produite par un individu qui fume un produit du tabac, comme une cigarette, un cigare ou une pipe. Il y a plus de 7 000 produits chimiques dans la fumée secondaire; au moins 69 d'entre eux sont des agents cancérigènes connus (121).

**Fumée tertiaire :** La contamination due à la fumée de tabac qui est toujours présente après l'extinction d'une cigarette. Son rôle dans le contexte plus large des efforts de lutte antitabac est toujours inconnu (124).

**Inégalités en matière de santé :** Définies par l'Agence de la santé publique du Canada comme des « disparités évitables ou remédiables en matière de santé chez les populations ou les groupes définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (105, p. 3).

**Initiation de l'allaitement :** Les premières étapes effectuées par une personne allaitante pour soutenir et provoquer le début de la lactation, y compris le contact peau-à-peau, le positionnement et les tentatives de saisie, et l'expression de colostrum<sup>c</sup>, soit manuellement ou à l'aide d'une pompe. L'initiation de l'allaitement est recommandée pendant les 24 premières heures de vie, idéalement au cours de la première heure. Comme concept, l'initiation de l'allaitement est difficile à définir en raison d'un manque de cohérence des éléments de preuve concernant ses périodes. Dans cette LDPE, l'inclusion de l'initiation de l'allaitement vise à promouvoir l'objectif d'exclusivité de l'allaitement et à aligner les recommandations aux priorités de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement de l'OMS (7).

**Initiative des amis des bébés (IAB) :** Le nom canadien de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), une initiative d'amélioration de la qualité de l'OMS et de l'UNICEF qui a débuté en 1991 pour traiter du rôle des services de santé dans la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement. Dans le cadre de l'IAB, l'allaitement constitue un des moyens de renforcer la contribution des services de santé pour assurer la sécurité des personnes allaitantes, la survie de l'enfant et des soins de santé de première ligne (7).

Bien qu'à l'échelle mondiale, l'initiative s'appelle toujours l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), l'utilisation canadienne d'IAB assure la continuité des soins pour inclure les services de santé communautaires (21). Dans la présente LDPE, le terme IAB est utilisé comme terme général pour IHAB et IAB.

**Intervenant :** Une personne, un groupe ou un organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (123). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

**Jeune enfant (enfants) :** Une personne qui est âgée de plus de 12 mois. Dans la présente LDPE, un jeune enfant est âgé de deux ans ou plus.

**Lactogénèse :** Un terme décrivant une série de changements cellulaires dans le sein au cours de la lactation, de la sécrétion du lait au maintien et ensuite à l'arrêt de la lactation (99).

**Lait maternel :** Lait humain produit par les seins (ou les glandes mammaires) par une personne allaitante comme nutrition optimale pour un nouveau-né, un nourrisson ou un jeune enfant pour soutenir un développement sain du cerveau, la croissance et un système immunitaire sain (95).

**Lieu d'accouchement :** Dans cette LDPE, les lieux pour le travail et l'accouchement comprennent les hôpitaux, les centres d'accouchements et les domiciles.

**Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) :** Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont élaborées de façon systématique. Il s'agit de documents fondés sur des données probantes, qui incluent des recommandations pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle, les éducateurs, les dirigeants et les décideurs politiques, ainsi que les personnes et leur famille, sur des thèmes cliniques et des milieux de travail sains. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires encouragent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques ainsi que les politiques et l'éducation en matière de santé, menant ultimement à des résultats en santé optimaux pour les gens, les communautés et le système de santé (Rey, Grinspun, Costantini, et coll., 2018).

**Méta-analyse :** Un examen systématique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (97).

Voir *examen systématique*

**Nourrisson :** Un très jeune enfant âgé de moins de douze mois. Dans cette LDPE, on suppose que le nourrisson est né à terme et en bonne santé.

**Nouveau-né :** Un enfant âgé de moins de 28 jours. Dans cette LDPE, on suppose que le nouveau-né est né à terme et en bonne santé.

**Ocytocine :** Une hormone libérée par la posthypophyse pour stimuler l'éjection du lait maternel dans les canaux mammaires (99, 115).

Voir *réflexe d'éjection du lait*

**Pair :** Un individu qui a un vécu commun avec une autre personne (116). Dans cette LDPE, les pairs sont des personnes qui possèdent de l'expérience en matière d'allaitement et qui partagent parfois les mêmes caractéristiques socioculturelles.

**Partenaire :** Dans le contexte de cette LDPE, un partenaire est une personne qui a une relation avec la personne allaitante. Un partenaire peut être reconnu officiellement comme un(e) conjoint(e) ou un co-parent (p. ex. un partenaire cohabitant ou qui n'assume pas la garde).

**Période périnatale :** Une période allant de la grossesse jusqu'aux mois qui suivent l'accouchement.

Voir *postpartum*

**Personne allaitante :** Dans cette LDPE, ce terme fait référence à la personne allaitante qui fournit du lait maternel (soit directement ou indirectement) à un nouveau-né, un nourrisson ou un jeune enfant. Dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, toutefois, il est important pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs de clarifier le terme préféré par la personne en question.

Le terme « personne allaitante » appuie la diversité et peut comprendre (mais pas exclusivement) les individus suivants : une mère, un parent, une femme, une mère porteuse, une donneuse d'une banque de lait maternel, ou une personne nourrissant un enfant à l'aide de lait exprimé. La personne allaitante peut se reconnaître dans un ou plusieurs de ces descripteurs, et le terme est destiné à être inclusif de toute personne qui a des identités ou des expressions de genre diverses. Ce terme est utilisé tout au long de cette LDPE. Toutefois, il est important pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs de clarifier le terme préféré par la personne, conformément à une approche centrée sur la personne.

**Personnel infirmier :** Fait référence au personnel infirmier autorisé, au personnel infirmier auxiliaire autorisé, au personnel infirmier psychiatrique autorisé et au personnel infirmier de pratique avancé comme le personnel infirmier praticien et le personnel infirmier clinicien spécialisé (114).

**Peuples autochtones :** Fait référence à des « individus et des communautés qui estiment être apparentés et/ou avoir une continuité historique avec les Premières Nations, dont les civilisations dans ce que nous appelons aujourd'hui le Canada, les Amériques, les Îles du Pacifique, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, l'Asie et l'Afrique précèdent celles des populations envahissantes ou colonisatrices » (107, p. 3). On observe des exceptions dans l'emploi de cette terminologie au sein de discussions de la littérature (p. ex., études, rapports, etc.), qui utilisent d'autres termes. Par exemple, Statistique Canada a utilisé le terme « Aborigène », qui comprend les Premières Nations, les Inuits et les Métis (108).

**Populations vulnérables :** Des groupes de personnes qui ont une prédisposition accrue aux maladies et aux effets néfastes sur la santé et qui sont plus largement frappés par celles-ci en raison de disparités dans l'accès aux ressources qui soutiennent la santé. Des exemples de groupes de population vulnérables peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, les peuples autochtones, les mères monoparentales vivant dans la pauvreté, les personnes sans-abri et les réfugiés (37, 50, 73).

**Post-partum :** La période de temps allant de la naissance à l'année suivant l'accouchement.

**Pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes :** L'intégration des meilleures données de recherche sur le plan méthodologique à l'expertise clinique et aux valeurs du patient. La pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes combine les données de recherche à l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences du patient (103).

**Prénatale :** La période durant la grossesse ou liée à celle-ci.

**Primipare/Primipares (pl.) :** Une personne qui a donné naissance pour la première fois. Le pluriel est primipares.

**Prise de décision éclairée :** Le processus de prendre une décision en fonction d'une bonne compréhension des facteurs, des implications et des conséquences. La qualité du processus décisionnel peut être déterminé en évaluant le processus lui-même. Cela signifie demander à la personne qui prend la décision d'évaluer ce qui suit :

- Si elle a reçu assez d'information (connaissances spécialisées) pour prendre une décision;
- Si l'information a été donnée de façon impartiale ou si une tentative a été faite pour l'inciter à choisir une option particulière;
- Si l'information comportait une explication des avantages, des facteurs nuisibles et des incertitudes scientifiques liées à la décision;
- Si des options de rechanges ont été fournies pour examen;
- Si l'on a tenu compte de ses valeurs et de ses objectifs;
- Si on lui a laissé suffisamment de temps pour prendre une décision;
- Si elle a été incluse dans le processus décisionnel selon le niveau de participation qu'elle préférait (104,109).

**Probiotiques :** Des microorganismes vivants qui, lorsqu'ils sont administrés en quantités suffisantes, entraînent des bienfaits pour la santé de l'hôte (117).

**Prolactine :** Une hormone libérée de l'antéhypophyse qui stimule la production de lait maternel (99).

**Recherche qualitative :** Un type de recherche qui tente de démontrer comment les comportements et les expériences des humains peuvent être expliqués à l'intérieur des contextes des structures sociales et l'utilisation d'une approche interactive et subjective pour examiner et décrire des phénomènes (118).

**Recommandation en matière de pratique :** Un énoncé de pratique exemplaire à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle qui permet une mise en œuvre réussie de la LDPE.

**Recommandation relative à la formation :** Énoncé sur les exigences en matière de formation et sur les approches ou stratégies visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité d'une LDPE.

**Recommandation relative à la politique de l'organisation et du système :** Un énoncé des conditions nécessaires pour un milieu de pratique et l'ensemble de la communauté pour permettre la mise en œuvre réussie de la LDPE. L'organisation est en grande partie responsable des conditions de succès.

**Réflexe d'éjection du lait :** Également connu sous le nom de « réflexe d'écoulement », le réflexe d'éjection du lait est déclenché par une stimulation nerveuse dans le sein, entraînant un mécanisme de réaction sur les hormones prolactine (qui produit le lait maternel) et ocytocine (qui provoque l'évacuation ou « l'écoulement » du lait maternel du sein) (113). Le réflexe d'éjection du lait se produit lors de la prise du sein, de l'expression manuelle ou de l'extraction à l'aide du tire-lait ou simplement en voyant, entendant ou pensant au nourrisson d'une personne allaitante.

**Réseau de soutien :** En relation avec la présente LDPE, le réseau de soutien de la personne allaitante comprend les individus, les groupes ou les associations à lesquels la personne se sent liée en raison d'un intérêt mutuel pour l'allaitement. Le réseau peut comprendre les amis, la famille, les communautés et les populations. Il peut également s'étendre aux pairs, aux communautés en ligne ou au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle.

**Science de mise en œuvre :** Méthodes pour promouvoir l'adoption systématique des traitements cliniques éprouvés, des pratiques et des interventions organisationnelles et de gestion dans le cadre de la pratique courante de soins infirmiers et pour améliorer la santé (106).

**Sensibilisation aux réalités culturelles :** Fait référence à la « prise de conscience, la compréhension et les attitudes envers la culture [qui] met l'accent sur la connaissance de soi et l'introspection » (102).

**Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille :** Une approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille fait appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes individuelles et les habilite afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé.

Cette approche inclut les thèmes et les attributs communs suivants :

- Encourager les relations et la confiance.
- Habilitier la personne à participer activement au processus décisionnel concernant ses soins de santé (indépendance et autonomie, droit à l'autodétermination).
- Communiquer les options fondées sur des données probantes pour les soins, la formation et les renseignements qui sont impartiaux, clairs et compréhensibles afin de soutenir la prise de décision par la personne.
- Respecter la personne et personnaliser les soins en contribuant à promouvoir ses points forts, sa connaissance de soi, ses préférences et ses objectifs en matière de soins fondés sur ses croyances, ses valeurs, sa culture et son expérience de la santé.
- Assurer le confort physique dans un milieu qui favorise la guérison.
- Offrir du soutien affectif et une présence bienveillante.
- S'assurer de la continuité des soins durant les transitions.
- S'assurer de la capacité d'une personne à recevoir des soins et des services au moment où elle en a besoin.
- Établir un partenariat avec la personne et sa famille dans le domaine de la réforme du système de santé afin d'améliorer la qualité, la prestation et la conception des soins et des services à tous les niveaux (micro, méso et macro).
- Communiquer efficacement dans une relation thérapeutique afin de promouvoir de véritables partenariats en soins de santé.
- Prendre soin des personnes, des familles et des collectivités en s'intéressant aux déterminants de la santé (promotion de la santé et prévention des maladies) (104).

**Soins tenant compte des traumatismes :** Plusieurs personnes qui ont recours à des services de santé et à des services sociaux ont été confrontées à des traumatismes au cours de leurs vies (125). Les soins tenant compte des traumatismes ne se concentrent pas sur le traitement ou la divulgation des événements. Ils cherchent plutôt à s'assurer qu'aucun autre traumatisme ne se produise au cours de l'accès aux soins et que les personnes puissent apprendre et s'épanouir dans un contexte relationnel positif (125-126).

**Substituts du lait maternel :** Toute nourriture qui est commercialisée ou autrement présentée comme un remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'elle soit ou non convenable à cette fin (96).

**Technique Delphi modifiée :** La technique Delphi modifiée est un procédé par lequel un ensemble de recommandations initiales, qui avaient été formulées pour répondre à une série de questions dans le cadre d'une recherche, sont soigneusement créées avant d'être présentées à un comité d'experts dans le but d'obtenir un consensus (100).

Une technique Delphi modifiée a été utilisée durant le processus d'élaboration de la présente LDPE. Bien que l'identité des membres de la table ronde était connue de tous, les réponses individuelles aux questionnaires utilisés pour saisir leurs opinions étaient dissimulées aux autres membres du groupe.

**Validé (validité) :** Le degré auquel une mesure est susceptible d'être vraie et sans équivoque (97).

Voir *fiabilité*

## Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'AIIAO a pris l'engagement de s'assurer que chaque LDPE est fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter les normes internationales, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

L'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter le « comité d'experts de l'AIIAO, » p. 22). Un examen systématique des données probantes s'est appuyé sur l'intention et le champ d'application de la présente ligne directrice, et a été soutenu par les quatre questions de recherche ci-dessous. L'examen systématique a été réalisé pour saisir les publications pertinentes examinées par des pairs et diffusées entre janvier 2012 et mars 2017.

Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider l'examen méthodique :

1. Quels sont les outils, processus et stratégies efficaces utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour évaluer les personnes enceintes et les personnes après l'accouchement pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?
2. Quels sont les interventions ou programmes utilisés par le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour augmenter l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?
3. Quelles études ou quelle formation sont requises pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs pour soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement?
4. Quelles sont les pratiques, les programmes et les politiques optimales pour les organismes de soins de santé et la communauté élargie, y compris les lieux de travail, pour soutenir l'allaitement initial, exclusif et continu?

L'équipe de recherche et développement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts se sont efforcés d'intégrer les preuves les plus récentes et les plus probantes, et d'assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de la LDPE au moyen de preuves à l'appui et / ou d'un consensus du comité d'experts<sup>G</sup>.

Une technique Delphi<sup>G</sup> modifiée a été utilisée pour obtenir un consensus sur les recommandations de la LDPE.

# Annexe C : Processus d'examen systématique et stratégie de recherche

## Examen méthodique

L'équipe de recherche et développement des lignes directrices de l'AIIAO a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et les autres formes de contenu pertinentes publiées de janvier 2012 à mars 2017. Cette liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratique fondée sur les données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation (voir **Figure 3**). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont disponibles en ligne à [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca)

Le ou la responsable de l'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et deux associé(e)s de recherche en sciences infirmières ont évalué quatre lignes directrices internationales en utilisant l'outil AGREE II (128). Les lignes directrices ayant obtenu une note de trois ou moins ont été jugées de faible qualité et exclues. Les lignes directrices ayant obtenu une note de quatre ou cinq ont été jugées de qualité moyenne, et celles avec une note de six ou sept ont été considérées comme étant de qualité élevée.

La ligne directrice suivante (jugée comme étant de qualité moyenne) a été sélectionnée pour éclairer l'intention et le champ d'application de la LDPE et ses examens des données :

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeeding Medicine*. 2011; 6 (1):41-49.

## Examen méthodique

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés en collaboration avec le comité d'experts de l'AIIAO, a été préparée par l'équipe de recherche et développement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés entre janvier 2011 et mars 2017 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials), et Embase; Education Resources Information Center (ERIC) a été utilisé uniquement pour la question de recherche n° 3. Les membres du comité d'experts ont été invités à revoir leurs archives personnelles pour trouver des articles clés non relevés précédemment par la stratégie de recherche indiquée ci-dessus.

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche utilisée pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles au <https://rnao.ca/bpg/guidelines/initiation-exclusivity-and-continuation-breastfeeding-newborns-infants-and-young-child>

Les études ont été évaluées de façon indépendante sur le plan de la pertinence et de l'admissibilité, avec les critères d'inclusion et d'exclusion, par le ou la responsable de l'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un(e) associé(e) de recherche en soins infirmiers. Tous les désaccords ont été résolus par la voix prépondérante d'un(e) associé(e) de recherche en soins infirmiers.

Pour la **question de recherche n° 1**, des études de fond ont été utilisées puisque nous n'avons pas été en mesure de trouver des examens systématiques portant sur l'évaluation de l'allaitement. L'outil CASP a été utilisé pour l'évaluation de la qualité.

Pour les **questions de recherche 2, 3, et 4**, des examens systématiques ont été utilisés. Une évaluation de la qualité a été effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation de la qualité des examens systématiques (AMSTAR) (consulter <http://amstar.ca/index.php>) et du système de notation de l'AIIAO, qui juge les examens comme étant de qualité faible, moyenne ou élevée en fonction de leurs scores lors de l'évaluation de la qualité. Les résultats de l'évaluation de la qualité de 22 articles (un échantillon aléatoire d'environ 20 pour cent des articles totaux admissibles à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués en double par deux membres (un détenant une maîtrise et l'autre un doctorat) de l'équipe de recherche et développement des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO pour établir le coefficient d'objectivité. Les chercheurs ont obtenu une concordance inter-évaluateurs acceptable (coefficient pondéré kappa,  $K = 0,881$ ), après quoi ils ont procédé à une évaluation de la qualité indépendante et à l'extraction des données pour les études restantes. Les études restantes ont été divisées également entre les deux associé(e)s de recherche pour l'évaluation de la qualité et l'extraction de données (129). Des données ont été extraites dans des tableaux normalisés, après quoi un résumé narratif final des données publiées a été compilé. Les tableaux de données complets et le résumé narratif ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie complète des articles en texte intégral sélectionnés aux fins d'inclusion est disponible à l'adresse suivante : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/initiation-exclusivity-and-continuation-breastfeeding-newborns-infants-and-young-child>

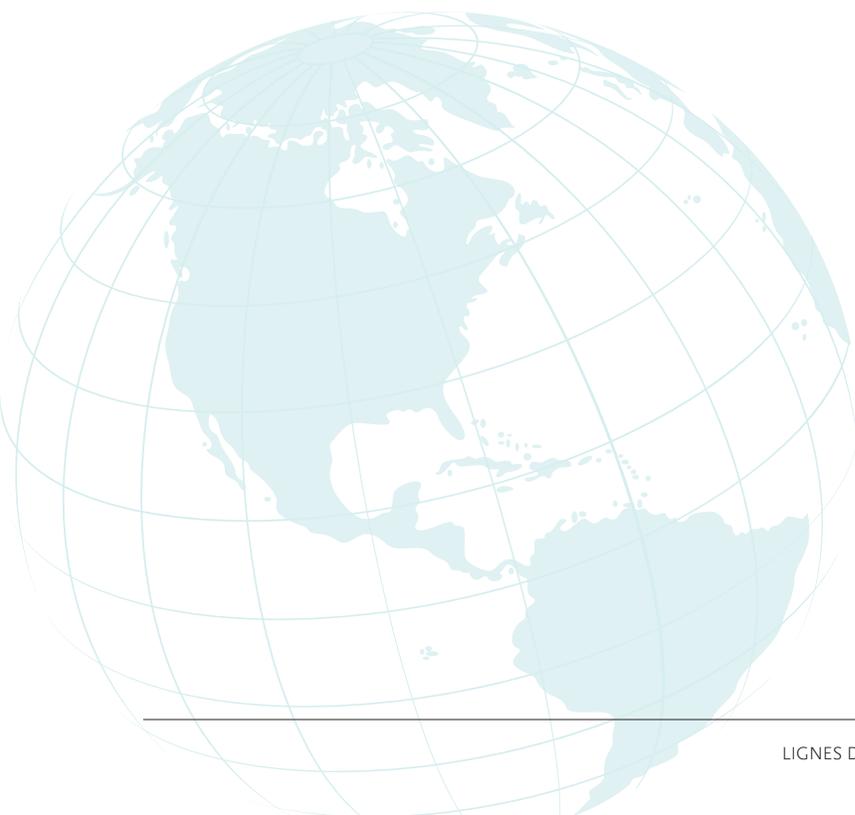
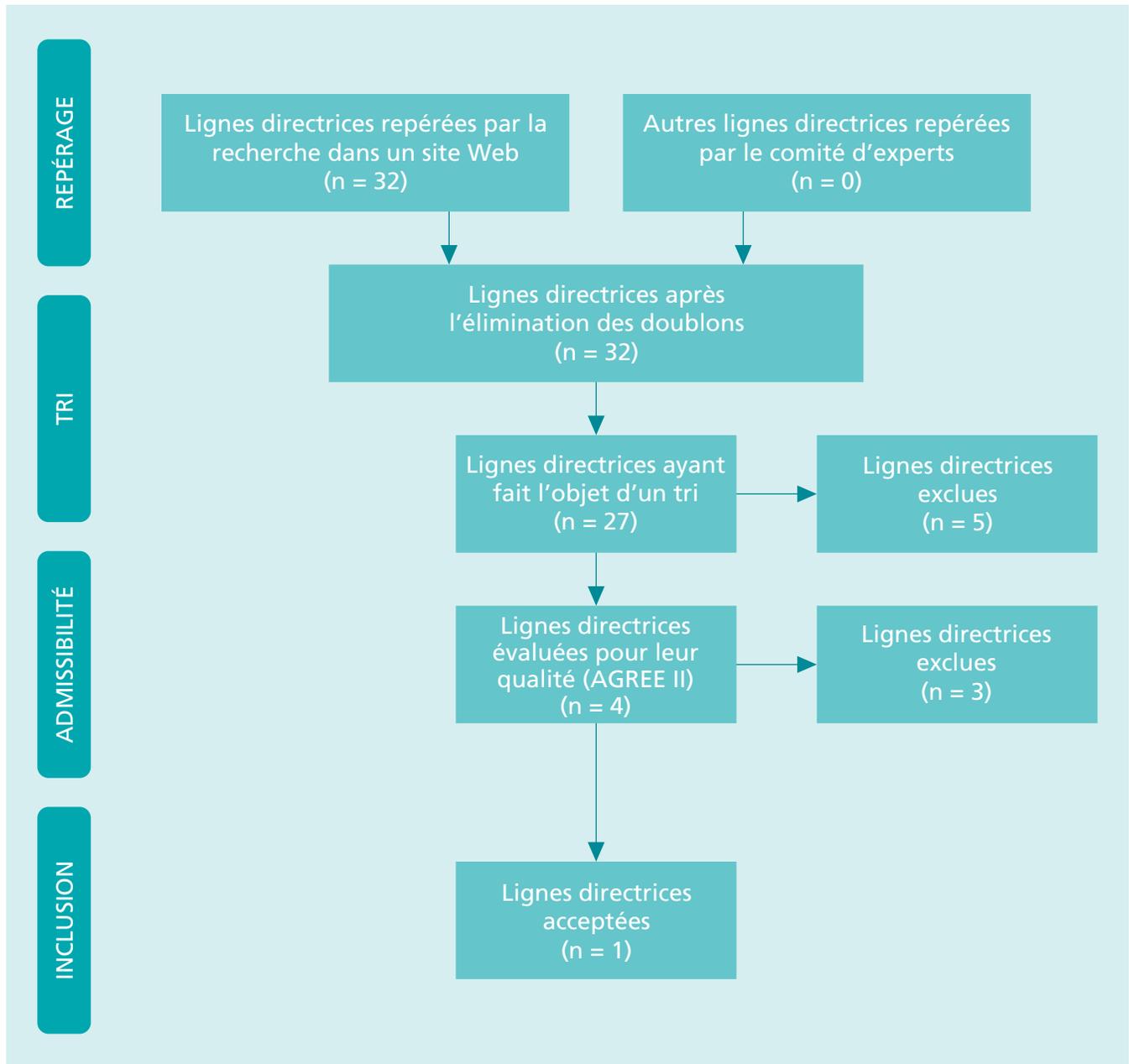


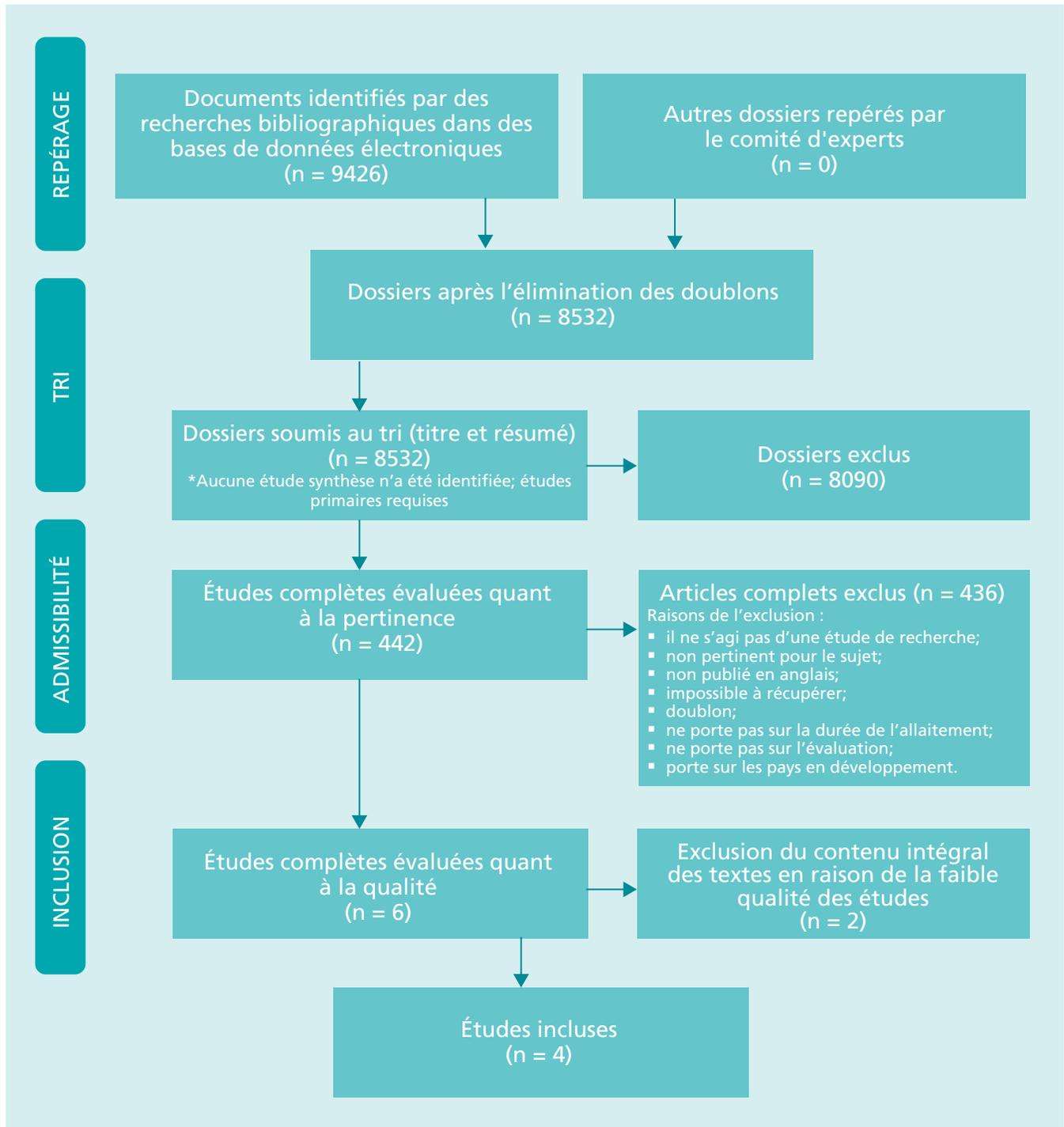
Figure 3 : Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Les lignes directrices incluses présentaient une note AGREE II de cinq ou plus (sur sept).

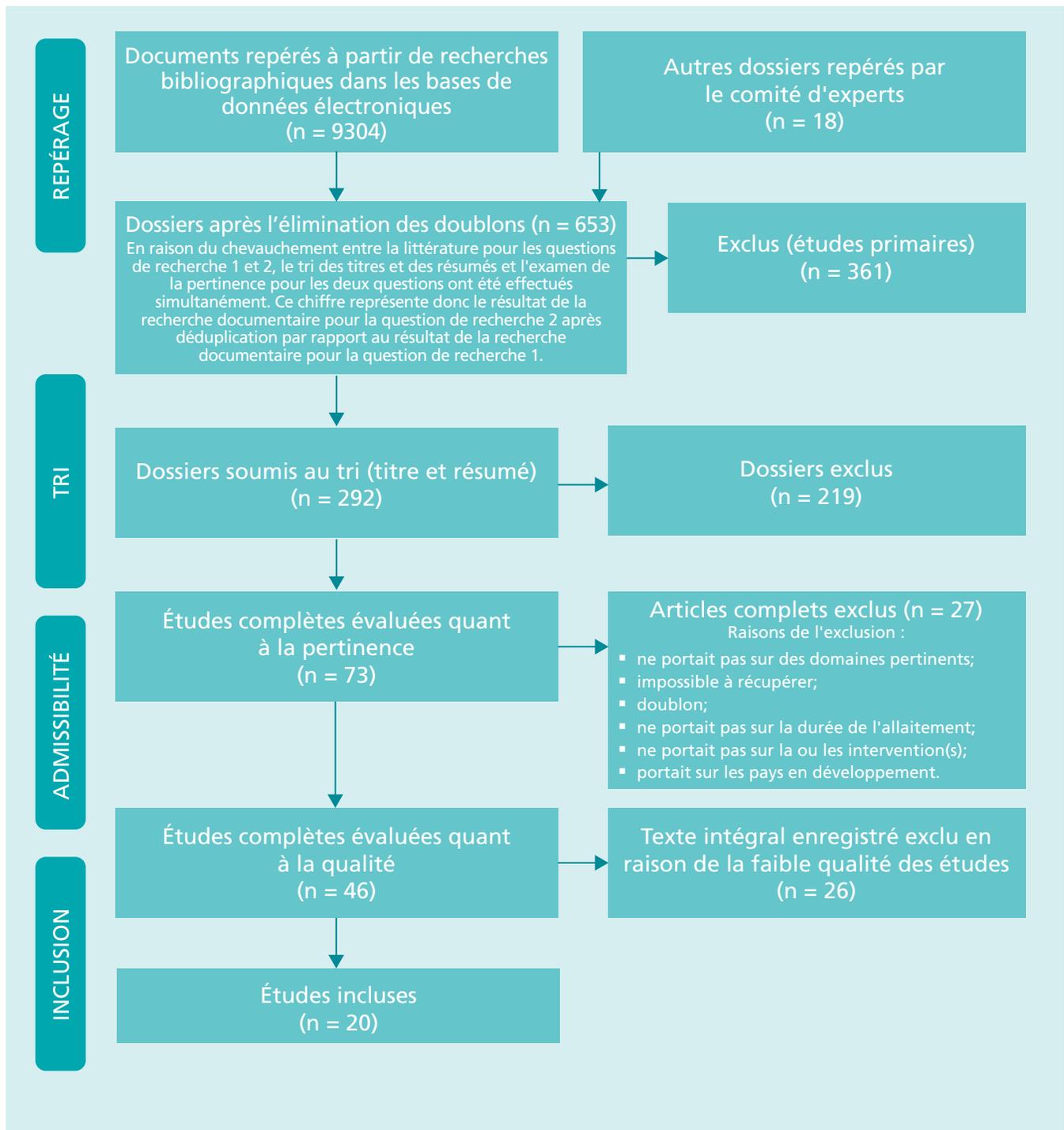
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 4 : Organigramme du processus d'examen des articles pour la question de recherche n° 1



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

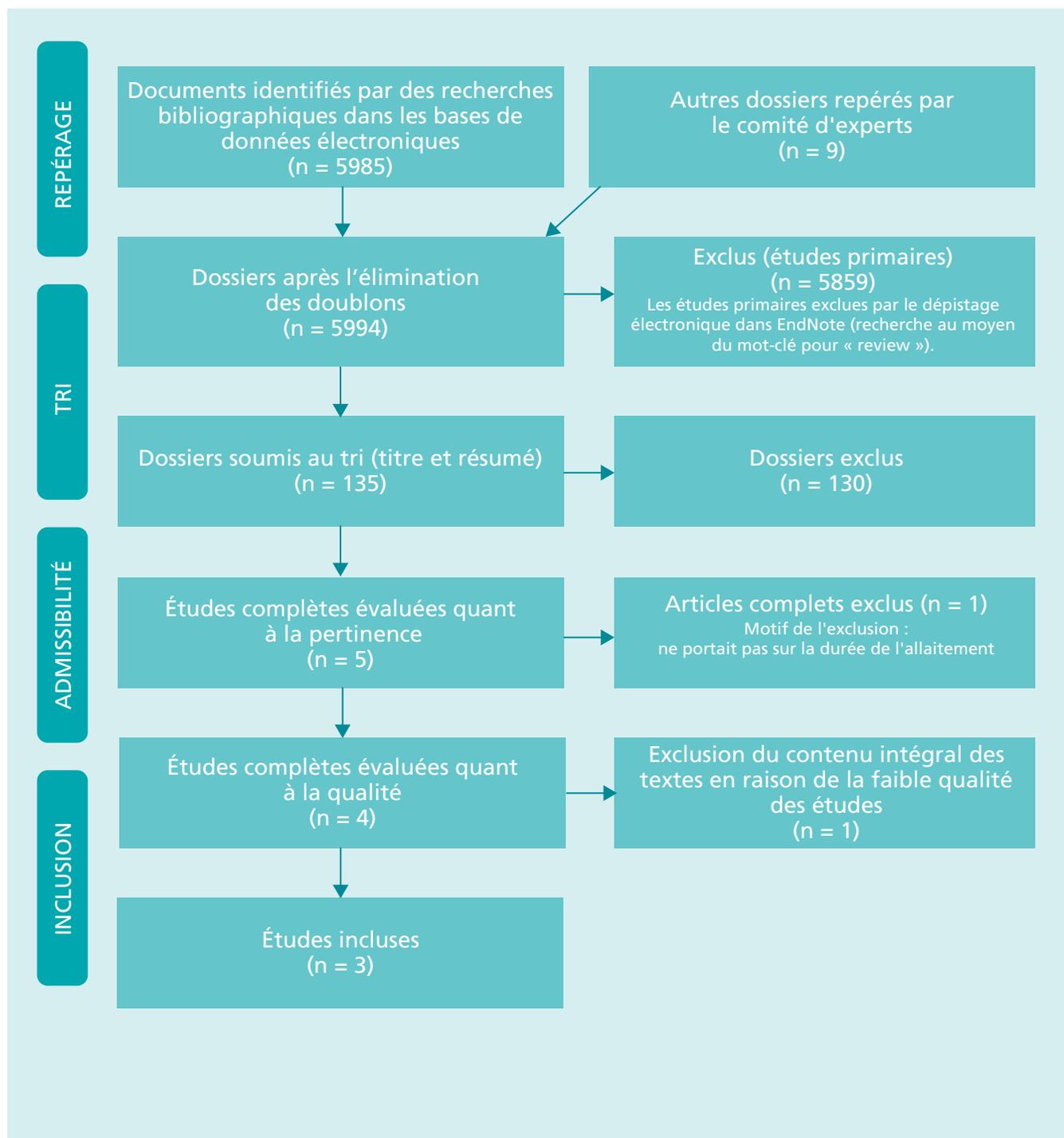
Figure 5 : Organigramme du processus d'examen des articles pour la question de recherche n° 2



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

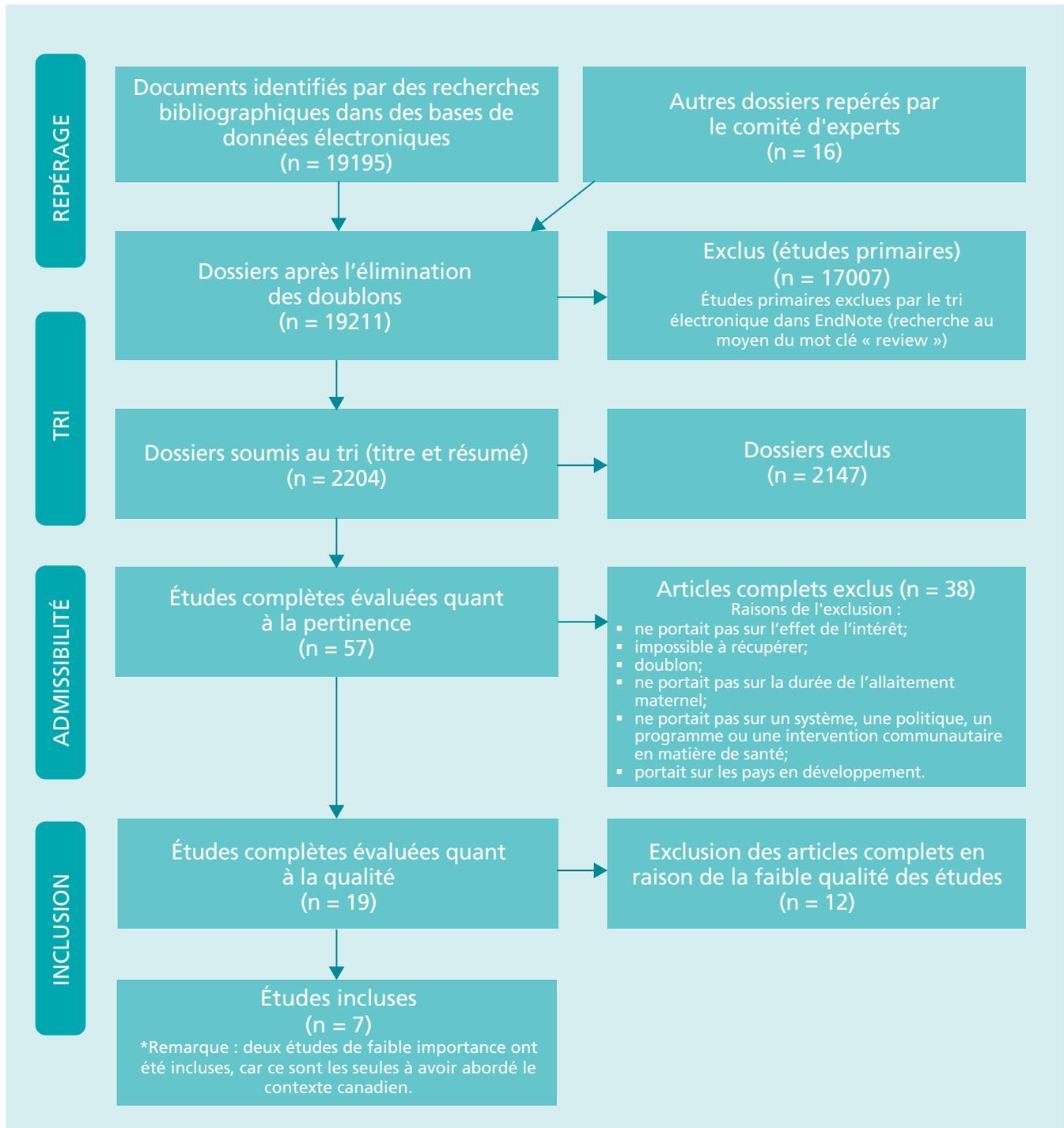
ANNEXES

Figure 6 : Organigramme du processus d'examen des articles pour la question de recherche n° 3



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 7 : Organigramme du processus d'examen des articles pour la question de recherche n° 4



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

## Annexe D : Stratégies pour soutenir des populations qui allaitent ou des situations particulières

Cette annexe traite des populations qui allaitent ou de situations particulières qui pourraient nécessiter plus de soutien ou des interventions personnalisées. Être familier avec ces populations ou ces situations peut aider le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs à soutenir les personnes qui allaitent dans la réalisation de leurs objectifs d'allaitement.

**Tableau 15 : Populations qui allaitent et situations particulières discutées à l'annexe D**

POPULATIONS QUI ALLAIENT	SITUATIONS
Adolescents	Défis de l'allaitement au sein – Mastite
Personnes malentendantes	Défis de l'allaitement au sein – Douleur récurrente au mamelon
Antécédents de chirurgie mammaire	Lactation induite et relactation
Antécédents de traumatismes sexuels	Consommation de substances psychoactives – Alcool, cannabis et tabac
Personnes incarcérées	
Peuples autochtones	
Personnes souffrant d'obésité	
Personnes atteintes de dépression et d'anxiété	
Personnes souffrant de diabète sucré gestationnel	
Personnes ayant un faible niveau de littératie en santé	
Personnes à faible revenu	
Personnes atteintes d'une déficience visuelle	
Personnes transgenres	

La liste dans le **tableau 15** n'est pas complète et l'inclusion d'une ressource dans cette annexe n'indique pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Les données probantes utilisées pour appuyer les discussions comportaient des examens systématiques et des études cliniques primaires. Des recherches documentaires complètes et une évaluation de la qualité n'ont pas été effectuées.

Des stratégies pour soutenir des populations qui allaitent ou des situations précises chez les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants sont abordées dans l'**annexe E**.

## Populations qui allaitent

### Adolescents

Puisque la majorité des études sur l'allaitement se penchent sur les adultes âgés de 18 ans et plus, il y a très peu de données sur les adolescentes de moins de 18 ans. Les recherches suggèrent que les interventions à composants multiples, y compris les soins prénatals et post-partum, l'éducation et les consultations offertes par une équipe de pairs et de consultant·es en lactation, ont augmenté les taux d'initiation et d'allaitement (130-131). Les programmes d'allaitement pour les adolescentes doivent être centrés sur la personne et appropriés aux besoins en matière de développement; ceci comprend l'intégration d'adultes compatissants (130). On devrait dépendre moins des approches nécessitant beaucoup de ressources (p. ex. du matériel écrit ou des documents) lors de la promotion de l'allaitement puisque les adolescentes préfèrent le soutien et l'implication des autres (131). La mère et le ou la partenaire de l'adolescente devraient être inclus lorsque possible.

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Allaitement maternel chez les jeunes mères seules [Internet]. Toronto (Ontario) : Meilleur départ, 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_3_ENG.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_3_ENG.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une fiche technique décrivant comment la parentalité à l'adolescence peut être un obstacle à l'allaitement et des suggestions de stratégies efficaces pour les fournisseurs de soins de santé et de services lorsqu'ils doivent travailler avec ces personnes.</li></ul>
Public Health England. A framework for supporting teenage mothers and young fathers [Internet]. Londres (R.-U.) : Public Health England; 2015. Peut être consulté au : <a href="http://dera.ioe.ac.uk/26423/1/PHE_LGA_Framework_for_supporting_teenage_mothers_and_young_fathers.pdf">http://dera.ioe.ac.uk/26423/1/PHE_LGA_Framework_for_supporting_teenage_mothers_and_young_fathers.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une ressource de la santé publique de l'Angleterre qui examine le rôle des stratégies de la santé publique dans le soutien des parents adolescents pour obtenir une amélioration des résultats pour la santé, y compris une initiation et une exclusivité accrue de l'allaitement.</li></ul>

### Personnes malentendantes

Il existe peu de données sur les personnes allaitantes qui sont malentendantes et qui utilisent la langue des signes américaine (132). Une étude a révélé que les personnes malentendantes ont été renseignées sur l'allaitement à partir de trois sources : (1) des pairs qui ont donné des conseils, (2) la technologie (p. ex., Facebook ou YouTube) et (3) le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle qui connaissent parfaitement la langue des signes ou qui ont fait appel à des interprètes en langue des signes américain (132). Certaines personnes allaitantes qui sont malentendantes ont décrit l'allaitement comme un « combat » qui nécessitait de la détermination et des demandes d'aide proactives au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle (132). L'information écrite sur l'allaitement était parfois perçue comme un défi par les personnes malentendantes en raison d'un faible niveau de littératie en français, donc se fier aux ressources imprimées pour la sensibilisation à l'allaitement peut être moins efficace pour cette population.

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Chin NP, Cuculick J, Starr M, et coll. Deaf mothers and breastfeeding: assessing their knowledge and practices through focus group discussions [Internet]. Rochester (New York) : Rochester Prevention Research Center; 2013. Publié conjointement par le National Center for Deaf Health Research et l'University of Rochester Medical Center. Peut être consulté au : <a href="https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/ncdhr/research/documents/SOPHEposter.pdf">https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/ncdhr/research/documents/SOPHEposter.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une présentation avec affiche d'un projet impliquant une recherche participative axée sur la communauté ayant pour objectif de comprendre les pratiques d'alimentation du nourrisson chez un groupe de personnes allaitantes malentendantes à Rochester dans l'État de New York.</li> </ul>
Projet sur l'allaitement par les personnes malentendantes. Breastfeeding facts: Information for Deaf moms. [Vidéo]. Rochester (New York) : Projet sur l'allaitement par les personnes malentendantes; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=P53LvHKJrYE">https://www.youtube.com/watch?v=P53LvHKJrYE</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo du projet sur l'allaitement par les personnes malentendantes portant sur l'information sur l'allaitement et les anecdotes personnelles des personnes allaitantes et de leurs partenaires.</li> <li>■ Expériences anecdotiques d'allaitement de la part des partenaires des femmes malentendantes qui allaitent.</li> </ul>

## Antécédents de chirurgie mammaire

Des antécédents de chirurgie mammaire, y compris la réduction et l'augmentation des seins, peuvent avoir une incidence sur la réussite potentielle de l'initiation, de l'exclusivité et de la poursuite de l'allaitement (133-134).

La réduction est la huitième chirurgie plastique la plus courante réalisée à l'échelle mondiale. Le succès de l'allaitement suite à la réduction mammaire varie selon la technique opératoire utilisée (133). Dans les cas où le parenchyme sous-aréolaire (la partie fonctionnelle du tissu mammaire allant de l'aréole du mamelon à la paroi thoracique) est préservé, 100 pour cent des femmes pouvaient allaiter; ce taux descendait à 75 pour cent avec une préservation partielle et à 4 pour cent s'il n'était pas préservé. Il est important que les personnes en âge de procréer soient informées des risques en ce qui concerne le succès potentiel futur de l'allaitement pour favoriser une prise de décision éclairée quant à une telle opération. Des recherches futures sont nécessaires pour examiner l'exclusivité de l'allaitement jusqu'à six mois pour les personnes qui ont subi des réductions mammaires puisque les constatations découlant des éléments de preuve étaient souvent limitées aux premiers mois suivant l'accouchement (133 - 134).

La chirurgie d'augmentation mammaire qui implique des implants est une des chirurgies plastiques les plus courantes à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays à revenu élevé (134). Malgré la popularité de la chirurgie, il existe peu de données pour soutenir une prise de décision éclairée en ce qui concerne les implants et leur incidence sur un allaitement réussi (134). Les recherches suggèrent une probabilité réduite d'allaitement exclusif de 40 pour cent liée à des dommages chirurgicaux aux canaux, au tissu glandulaire ou à l'innervation du sein, qui se traduit par une capacité réduite de produire du lait, particulièrement pour les femmes qui ont eu plusieurs chirurgies d'implants au fil du temps (134). Une hypoplasie mammaire (c.-à-d. un sous-développement de tissu) préchirurgicale est aussi avancée comme étant une cause de la production réduite de lait chez les personnes allaitantes (134).

Les raisons justifiant l'arrêt de l'allaitement jusqu'à un mois pour les personnes qui ont subi une chirurgie d'augmentation mammaire comprend les défis liés à la production de lait, un engagement ou une intention réduite d'allaiter, ou une plus faible confiance en leurs capacités d'allaiter (134). D'autres études avec des échantillons de taille plus importante sont nécessaires pour améliorer la compréhension de l'association entre l'augmentation mammaire et l'allaitement pour favoriser une prise de décision éclairée quant aux risques et avantages de la chirurgie (134).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Kraut RY, Brown E, Korowynk C, et coll. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. PLoS One. 2017;12(10):e0186591.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Un examen systématique pour déterminer si une chirurgie de réduction mammaire et différentes techniques chirurgicales ont une incidence sur le succès de l'allaitement.</li><li>■ Les techniques qui préservent la colonne du parenchyme sous-aréolaire augmentent la probabilité d'un allaitement réussi.</li></ul>

### Antécédents de traumatismes sexuels

Il existe peu d'information sur l'allaitement et les antécédents de traumatismes sexuels (135). Des recherches qualitatives indiquent que les personnes allaitantes qui ont été victimes de traumatismes sexuels sont plus susceptibles de signaler des complications liées à l'allaitement (telles que la mastite et des douleurs) et sont moins susceptibles d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois (135-136). L'allaitement pourrait déclencher des souvenirs d'abus et conduire à la dissociation comme mécanisme de défense (136).

Le soutien à l'allaitement doit prendre en compte les besoins de la personne et reconnaître que l'allaitement pourrait être difficile sur le plan physique ou émotionnel en raison d'antécédents de traumatismes sexuels (136). Le sevrage pourrait être une solution privilégiée et ne devrait pas être perçu comme un signe de faiblesse ou d'échec (136). Puisque les personnes qui ont été victimes de violence sexuelle pourraient également être confrontées à des désavantages sociaux, comme des revenus moins élevés et une probabilité plus élevée de consommer du tabac commercial et d'être exposées à la violence à l'âge adulte, les services d'allaitement devraient reconnaître ces facteurs en étant plus accessibles par l'entremise de programmes structurés locaux, de services de proximité ou de centres d'accueil (125, 135).

Les pratiques exemplaires en matière d'allaitement pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle ou les pairs lors de la prise en charge des personnes avec des antécédents de violence sexuelle comprennent ce qui suit :

- Reconnaître les signes qui permettent de déterminer des antécédents possibles de violence sexuelle, y compris avoir uniquement recours au tirage du lait (sans allaitement direct), des déclarations contradictoires concernant les plans d'allaitement, un malaise quant à toucher ses seins, et l'incapacité de mettre le nourrisson au sein.
- Être conscient des facteurs complexes entourant les abus sexuels et l'allaitement.
- Dans le cadre du soutien de routine à l'allaitement, demander l'autorisation de toucher la personne, surtout les seins, et limiter l'exposition du corps.
- Envisager d'utiliser des préparations commerciales, au besoin, aussi longtemps qu'une personne allaitante n'est pas à l'aise avec l'allaitement.
- Se reporter aux soins tenant compte des traumatismes<sup>G</sup> et aux services de soutien, comme indiqué par la personne.

- Écouter activement lors de l'exploration et de la réponse aux questions ou aux préoccupations de la personne concernant l'allaitement.
- Pour intégrer les soins tenant compte des traumatismes, intégrer quatre composants clés :
  - La prise de conscience de l'incidence des traumatismes et de la possibilité d'une récupération.
  - La reconnaissance des signes et des symptômes de traumatismes.
  - La réponse aux traumatismes par l'entremise des politiques, des protocoles et des pratiques.
  - L'intégration d'étapes pour éviter de traumatiser à nouveau la personne.

Les principes d'une approche tenant compte des traumatismes sont, entre autres: créer un sentiment de sécurité, être digne de confiance, collaborer, favoriser l'autonomie par le soutien des choix, offrir du soutien de pairs et reconnaître les enjeux historiques, de genre, ou culturels qui ont une influence sur la personne (137). Pour plus de détails concernant les principes tenant compte des traumatismes, consultez la LDPE de 2017 de l'AIIAO, « *Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach* », disponible à l'adresse suivante : [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis\\_Intervention\\_FINAL\\_WEB.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis_Intervention_FINAL_WEB.pdf)

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Why breastfeeding is helpful for trauma survivors [Vidéo]. [Lieu inconnu] : Kathleen Kendall-Tackett; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=uh9SuYgfRoE">https://www.youtube.com/watch?v=uh9SuYgfRoE</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les conclusions relatives à l'allaitement et au rétablissement suite à des abus sexuels sont présentées par la D<sup>re</sup> Kathleen Kendall-Tackett.</li> </ul>
Kendal Tackett K. Breastfeeding and the sexual abuse survivor [Internet]. Schaumburg (Illinois) : La Leche League International; 2004. Peut être consulté au : <a href="http://breastfeedingmadesimple.com/wp-content/uploads/2016/02/LCSA.pdf">http://breastfeedingmadesimple.com/wp-content/uploads/2016/02/LCSA.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource de Ligue La Leche sur les effets permanents de la violence sexuelle pendant l'enfance.</li> </ul>
Simkin PT et Klaus P. When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women. [Lieu inconnu] : Classic Day Publishing; 2004.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ce livre permet aux personnes et aux fournisseurs de soins périnataux de comprendre les effets à court et à long terme de la violence sexuelle pendant l'enfance sur la personne enceinte, y compris sur l'allaitement.</li> </ul>
Sperlich M, Seng JS, Li Y, et coll. Integrating trauma-informed care into maternity care practice: conceptual and practical issues. <i>J Midwifery Womens Health</i> . 2017; 62 (6):661-72.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un article présentant une vue d'ensemble des traumatismes et les façons dont ils affectent les personnes enceintes.</li> <li>■ Des étapes sont fournies pour incorporer les soins tenant compte des traumatismes dans les pratiques en matière de soins de maternité.</li> </ul>

## Personnes incarcérées

La plupart des femmes incarcérées sont des parents (138). Les résultats de la recherche sur les femmes incarcérées qui avaient l'autorisation d'avoir leur nourrisson avec elles pendant un an indiquent ce qui suit :

- l'allaitement peut être difficile puisque les détenues sont séparées de leur famille, de leurs soutiens sociaux et de leurs cultures;
- la séparation d'un mode de vie à haut risque crée une occasion pour la personne allaitante de réfléchir et de recommencer à zéro en tant que parent;
- un allaitement réussi permet à la personne allaitante de redéfinir son sentiment d'identité et d'améliorer son estime de soi (138).

Les données suggèrent que soutenir les personnes incarcérées pour qu'elles pratiquent l'allaitement est associé positivement à l'amour-propre, la parentalité et l'épanouissement personnel (138-139). Une organisation de défense des droits pour les parents incarcérés a formulé des recommandations pour soutenir les personnes allaitantes pendant leur incarcération, y compris ce qui suit :

- fournir une éducation et une formation sur l'allaitement aux personnes travaillant dans le système de justice pénale;
- fournir une éducation à l'allaitement, y compris le tirage du lait et l'expression manuelle;
- plaider en faveur d'un accès aux soutiens à l'allaitement, comme une pompe ou un petit réfrigérateur pour ranger le lait maternel exprimé (138).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Sutherland (Massachusetts). Incarceration during pregnancy: implications for women, newborns, and health care providers. <i>Nurs Womens Health</i> . 2013; 13 (3) : 225-30.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Un résumé de deux études portant sur les femmes qui ont été incarcérées durant leur grossesse et les issues de leur accouchement.</li><li>■ Les implications pour les fournisseurs de soins de santé sont décrites, y compris un plaidoyer pour l'adhésion aux normes de soins périnataux pour les femmes incarcérées et la sensibilité à l'égard des besoins uniques des femmes incarcérées.</li></ul>
Collaborating Centre for Prison Health & Education. Guidelines for the implementation of mother-child units in Canadian correctional facilities [Internet]. Vancouver (CB) : Collaborating Centre; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://icclr.law.ubc.ca/wp-content/uploads/2017/06/Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf">https://icclr.law.ubc.ca/wp-content/uploads/2017/06/Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une ressource sur les pratiques exemplaires pour la prise en charge des femmes dans les établissements correctionnels qui ont des enfants.</li><li>■ La ligne directrice recommande que la personne ait un endroit privé où allaiter et que le personnel qui travaille dans les établissements correctionnels soit éduqué quant aux avantages à long terme de l'allaitement.</li></ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Examen indépendant des services correctionnels de l'Ontario. Services correctionnels de l'Ontario. Axes de réforme [Internet]. [Lieu inconnu] : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/Corrections%20in%20Ontario%2C%20Directions%20for%20Reform.pdf">https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/Corrections%20in%20Ontario%2C%20Directions%20for%20Reform.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un rapport sur les services correctionnels de l'Ontario qui se penche sur les programmes parent-enfant et mère-bébé.</li> <li>■ Le rapport indique qu'il n'existe aucun programme mère-bébé dans les 16 institutions provinciales qui hébergent des femmes. Un seul établissement offre des visites de contact entre les mères et leurs enfants.</li> <li>■ Le rapport indique qu'une personne incarcérée qui souhaite établir des liens affectifs avec son bébé ne peut pas le faire lorsqu'elle est en détention en Ontario. Après l'accouchement, une fois qu'elle obtient son congé de l'hôpital du fournisseur de soins de santé, la personne incarcérée est accompagnée à l'établissement correctionnel. Sans entente de filiation approuvée, le bébé sera placé sous la garde de la Société d'aide à l'enfance.</li> </ul>

## Peuples autochtones

Les études sur les populations autochtones<sup>6</sup>, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, indiquent des taux d'initiation, d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement plus faibles (140-141). Par exemple, les familles autochtones canadiennes vivant au nord-ouest de l'Ontario avaient des taux d'initiation et d'exclusivité de l'allaitement sous-optimaux (141). Le revenu familial, la durée prévue, les plans d'allaiter exclusivement au sein, le sentiment d'efficacité personnelle en ce qui a trait à l'allaitement, le soutien du partenaire et une conviction de pouvoir respecter ses objectifs en matière d'allaitement étaient des facteurs influents sur la durée de l'allaitement (141).

De la même façon, les familles inuites vivant dans des régions arctiques et subarctiques éloignées du Canada sont confrontées à des disparités en matière de santé<sup>6</sup> (comme l'insécurité alimentaire et des difficultés à avoir accès aux soins de santé) et ont des taux d'allaitement exclusif sous-optimaux (140). Le soutien du revenu et, dans une moindre mesure, l'accès au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), un programme communautaire qui offre du soutien pour améliorer la santé et le bien-être des familles en période périnatale confrontées à des conditions de vie difficiles, ont été associés de façon positive à l'allaitement exclusif jusqu'à six mois (140).

Pour soutenir l'allaitement chez les populations autochtones, les pratiques suivantes sont suggérées pour le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs :

- Être conscient que les personnes autochtones qui allaitent présentent un risque plus élevé de ne pas initier l'allaitement et de ne pas allaiter au sein exclusivement.
- Commencer à promouvoir l'allaitement avant la naissance lors de la détermination des intentions vis-à-vis de l'allaitement.
- Enseigner aux personnes allaitantes les mesures qu'elles peuvent prendre pour augmenter le succès de l'allaitement avant la naissance, comme la cohabitation et le contact peau à peau.
- Encourager les personnes allaitantes à demander du soutien de leur communauté (141).

Pour les enfants autochtones canadiens en bas âge, l'allaitement peut soutenir de façon positive la santé à court et à long terme et réduire le risque de morbidité et de mortalité (140). Les enfants inuits, métis et des Premières Nations en bas âge ont un plus grand pourcentage de maladies infectieuses et de mortalité que d'autres enfants canadiens en bas âge (140). Puisque tout niveau d'exposition à l'allaitement chez les enfants autochtones en bas âge peut réduire la prévalence des morbidités telles que l'otite moyenne, les infections gastro-intestinales et respiratoires et la mortalité en raison du SMSN, des interventions efficaces pour promouvoir et soutenir l'allaitement sont essentielles (140).

Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

À cette fin, des mesures positives pour promouvoir l'allaitement comprennent ce qui suit :

- Utiliser des campagnes de santé publique pour promouvoir l'allaitement comme moyen de nourrir le nourrisson.
- Inclure des pratiques d'allaitement traditionnelles dans le cadre de l'éducation à l'allaitement.
- Promouvoir l'allaitement comme une stratégie soutenant le bien-être qui inclut et respecte les cultures et traditions autochtones.
- Promouvoir les réalités de l'allaitement, qui peuvent inclure une courbe d'apprentissage ou l'expérience de la douleur. Éviter une imagerie idyllique ou les messages indiquant que l'allaitement est naturel.
- Offrir les programmes qui sont universels pour toutes les personnes allaitantes des Premières Nations et ceux qui se concentrent sur les sous-groupes comme les adolescents.
- Inclure un volet de soutien par les pairs dans les programmes d'allaitement pour aider à réduire l'isolement social et promouvoir l'allaitement comme une norme culturelle.
- Impliquer le ou la partenaire et la famille dans le soutien à l'allaitement. Reconnaître le ou la partenaire de la personne comme étant une source importante de soutien émotionnel, physique et concrète qui peut influencer de façon positive l'allaitement.
- Contextualiser l'allaitement selon la réalité et les priorités de la personne. Pour certains, cela peut inclure la violence, des préoccupations en ce qui concerne la sécurité personnelle ou des sentiments de tristesse et d'isolement pendant la période post-partum.
- Reconnaître que les bureaux de bande peuvent offrir des incitations financières aux personnes qui allaitent exclusivement pendant six mois ou plus.
- Reconnaître et respecter l'impact des écoles résidentielles et la perte de la culture et les traditions qui comprennent l'allaitement.
- Ne pas oublier que les personnes allaitantes peuvent avoir subi des traumatismes physiques et sexuels qui font qu'il leur est difficile d'avoir des relations saines avec leur corps. Ainsi, l'allaitement peut être associé à des sentiments de honte.
- Reconnaître que le processus de relocaliser les personnes enceintes à des centaines (ou même à des milliers) de kilomètres de chez elles pour des soins en fin de grossesse, périnataux et post-partum ne favorise pas l'allaitement. L'évacuation implique la séparation des partenaires, de ses autres enfants et de la famille, donnant à la personne le sentiment d'être isolée et sans soutien social.
- Être conscient que les personnes allaitantes des Premières Nations qui ont été évacuées pour des soins périnataux peuvent éprouver de la pression à apprendre comment allaiter avant d'obtenir leur congé de l'hôpital et de retourner à la maison. Sans éducation à l'allaitement continu et disponible et le soutien du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle dans leur communauté, elles sont peu susceptibles de continuer à allaiter après avoir obtenu leur congé de l'hôpital (142).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Breastfeeding Information for Indigenous families [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2015. Peut être consulté au : <a href="http://www.breastfeedinginfoforparents.ca/indigenousecourse/story_html5.html">http://www.breastfeedinginfoforparents.ca/indigenousecourse/story_html5.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un site Web éducatif soutenant l'allaitement pour les familles autochtones. Il offre de l'information sur les principes fondamentaux de l'allaitement, les préoccupations courantes, et des conseils sur la façon de faire face à la vie quotidienne et d'obtenir de l'aide.</li> <li>■ Le site Web comprend des liens vers d'autres ressources, y compris une vidéo mettant en vedette une sage-femme autochtone et une consultante en allaitement.</li> </ul>
The Creator's Gift to Mothers [Vidéo]. [Lieu inconnu] : Conseil des Premières nations de Shibogama; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=rkaxLGI5WBw">https://www.youtube.com/watch?v=rkaxLGI5WBw</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo décrivant les avantages à long terme de l'allaitement à l'aide de personnages autochtones et de graphiques dans un milieu communautaire des Premières Nations.</li> </ul>
Close to the Heart: Breastfeeding our Children, honoring our values [Vidéo]. [Lieu inconnu]: nativebreastfeeding; 2013. Peut être consulté au : <a href="https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&amp;v=ipr0gPoh8Vs">https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&amp;v=ipr0gPoh8Vs</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo encourageant l'allaitement pour les personnes autochtones qui met en évidence l'importance de l'allaitement et offre des options aux personnes allaitantes retournant au travail ou à l'école après la naissance d'un bébé.</li> <li>■ Des familles autochtones font part de leurs expériences de l'allaitement.</li> </ul>
Supporting Breastfeeding. Breastfeeding and First Nations Families [Internet]. Pickering (Ontario) : La Leche League Canada; c2016 (mis à jour le 20 juin 2016). Peut être consulté au : <a href="https://supportingbreastfeeding.wordpress.com/2016/06/20/breastfeeding-and-first-nations-families/">https://supportingbreastfeeding.wordpress.com/2016/06/20/breastfeeding-and-first-nations-families/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une page Web examinant comment le soutien des pairs par l'entremise de Ligue La Leche peut venir en aide aux personnes des Premières Nations qui allaitent ainsi qu'à leurs familles.</li> </ul>
Centre de ressources Meilleur départ. Breastfeeding for the health and future of our nation. A booklet for Indigenous families [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BFHFN_sept26.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BFHFN_sept26.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un livret destiné aux peuples autochtones qui envisagent d'allaiter leur enfant ou qui allaitent actuellement.</li> <li>■ Les sujets comprennent les traditions autochtones relatives à l'allaitement et la façon dont les enseignements du cercle d'influence soutiennent l'allaitement.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
Initiative Amis des bébés: Strengthening Indigenous Families and Communities [Vidéo]. Toronto (Ontario) : Stratégie IAB pour l'Ontario; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Wy5oioh3A7k&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=Wy5oioh3A7k&amp;feature=youtu.be</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo qui décrit comment les volets de l'IAB peuvent soutenir les familles autochtones.</li> </ul>
The Way of the Past is the Way of the Future: Promoting Breastfeeding Among First Nations Communities [Vidéo]. [Lieu inconnu] : Anishnawbe Mushkiki; 2015. Publié conjointement avec CONFLIX. Peut être consulté au : <a href="https://vimeo.com/151045444">https://vimeo.com/151045444</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une vidéo portant sur les joies et les difficultés de l'allaitement pour les membres des Premières Nations, y compris en public.</li> <li>■ La représentation de l'allaitement dans la roue médicinale est discutée, tout comme le rôle crucial du soutien des aînés et de la famille (y compris les partenaires) pendant l'allaitement.</li> </ul>

## Personnes souffrant d'obésité

Soixante pour cent des femmes en âge de procréer souffrent d'embonpoint ou d'obésité. À l'échelle mondiale, le pourcentage de personnes souffrant d'embonpoint ou d'obésité est à la hausse. Les données sur l'obésité et les mauvais résultats en matière d'allaitement sont bien établis : les personnes obèses affichent des taux inférieurs quant à l'intention d'allaiter et l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement (143-144).

Les causes sous-jacentes des mauvais résultats en matière d'allaitement chez les personnes obèses revêtent plusieurs formes :

- Les personnes obèses peuvent avoir de la difficulté avec la prise du sein en raison de mamelons douloureux ou fissurés ou de la douleur. Cela peut être dû à une tendance d'avoir des seins plus larges, contribuant à des problèmes avec le positionnement et la prise du sein. De plus, les mamelons peuvent être plus plats en raison d'un œdème postnatal ou de fluides intraveineux intrapartum, créant davantage de problèmes potentiels avec la prise du sein.
- Le deuxième stade de la lactogénèse peut être retardé de plus de 72 heures par rapport aux personnes avec un indice de masse corporelle (IMC) plus basse. Il a été démontré que les personnes obèses ont des taux de prolactine moins élevés 48 heures ainsi que sept jours après l'accouchement. Des niveaux d'insuline déséquilibrés peuvent être un facteur déterminant puisque les niveaux d'insuline ont également une incidence sur la lactogénèse.
- Les niveaux d'ocytocine peuvent également être réduits en raison de la sécrétion de la leptine dans le tissu adipeux. La leptine empêche la libération d'ocytocine et la contraction des muscles, et elle peut contribuer aux difficultés avec le réflexe d'éjection du lait, qui est nécessaire pour le transfert du lait.
- Il a également été suggéré qu'une augmentation des androgènes, qui sont associés au syndrome des ovaires polykystiques et à l'hypothyroïdisme, ont une influence négative sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement.
- Les personnes obèses peuvent être séparées de leurs nourrissons en cas de complications associées à l'accouchement (p. ex. le travail prodromique, un accouchement par césarienne ou une naissance avant terme) se traduisant par une admission à l'USIN ou à une unité néonatale de soins spéciaux.
- Finalement, des facteurs psychosociaux comme une confiance plus faible envers la production de lait maternel, une faible estime de soi et un soutien social réduit peuvent jouer un rôle (144).

Les avantages de l'allaitement comprennent un risque réduit d'obésité juvénile future pour le nourrisson et une réduction importante des comorbidités associées à l'obésité pour la personne allaitante et le nourrisson; ceci inclut l'hypertension, le diabète sucré et les niveaux de cholestérol élevés (143).

On sait relativement peu de choses sur les interventions efficaces pour augmenter l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement pour les personnes obèses, car seulement quatre essais publiés ont été effectués sur cette population. Une assistance prévue d'une CL était la seule intervention qui a démontré un impact important (143).

Les interventions suggérées pour soutenir l'allaitement chez les personnes obèses au cours de la période périnatale comprennent ce qui suit :

- Durant la grossesse, privilégier les paramètres de prise de poids saine pour réduire les facteurs de risque pouvant entraîner des complications prénatales et périnatales (p. ex. diabète gestationnel, accouchement par césarienne ou travail prématuré).
- L'utilisation d'ocytocine et de solutés intraveineux durant le travail devrait se faire de manière prudente lorsque possible. Cela réduira les œdèmes post-partum possibles puisque les personnes obèses sont plus susceptibles d'avoir des œdèmes après l'accouchement, et des œdèmes dans le tissu mammaire peuvent créer des problèmes avec le positionnement et la prise du sein.
- Après l'accouchement, aider la personne allaitante à utiliser plusieurs positions d'allaitement (p. ex. position football ou position transversale). Au besoin, mettre un support (comme une serviette enroulée) sous le sein pour aider la personne allaitante à visualiser la prise du sein.
- Utiliser la technique d'assouplissement par pression en sens inverse autour de l'auréole (c.-à-d. presser l'auréole envers la paroi thoracique) pour soulager les mamelons aplatis en raison de l'œdème.
- Fournir du soutien à l'allaitement continu au besoin. Impliquer une consultante en lactation dans le soutien à l'allaitement lorsque cela est précisé (143).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et coll. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors clinical considerations and future directions. <i>Int Breastfeed J.</i> 2015;10:21.	■ Une analyse documentaire examinant l'allaitement et l'obésité, y compris l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement, et les interventions efficaces pour la pratique clinique.
Andreas N, Hyde M, Gale C, et coll. Effect of maternal Body Mass Index on hormones in breast milk: a systematic review. <i>PLoS One.</i> 2014;9(12):e115043.	■ Un examen systématique étudiant l'effet de l'IMC de la personne allaitante sur les hormones dans le lait maternel.

### Personnes atteintes de dépression et d'anxiété

Les symptômes de dépression et d'anxiété peuvent se manifester au cours de la période périnatale et avoir une incidence sur les résultats d'allaitement (145-148). Les liens entre l'allaitement et la dépression, l'anxiété et la dépression et l'anxiété simultanée sont discutés ci-dessous, tout comme les implications cliniques pour les infirmières et l'équipe interprofessionnelle. Pour plus de détails concernant la dépression périnatale, consulter la LDPE de 2018 de l'AIIO « *Assessment and Interventions for Perinatal Depression* », disponible à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-interventions-perinatal-depression>

### **Dépression**

Des recherches indiquent que la dépression est associée à l'arrêt hâtif de l'allaitement (147). Les recherches indiquent des taux plus élevés d'attitudes négatives et des niveaux plus faibles d'auto-efficacité en ce qui a trait à l'allaitement et une probabilité plus élevée d'être confronté à des problèmes d'allaitement lors d'une dépression post-partum (147). Inversement, les personnes qui ont procédé à l'allaitement exclusif avaient des niveaux plus faibles de dépression (comme évalué par l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg) suite à l'accouchement et trois mois après l'accouchement que les personnes qui n'ont pas procédé à l'allaitement exclusif (149). Le raisonnement suggéré pour la diminution des symptômes de dépression chez les personnes qui pratiquaient exclusivement l'allaitement comprend un effet antidépresseur causé par les hormones de lactation ocytocine et prolactine, une réponse améliorée au stress et une implication émotionnelle améliorée avec le nourrisson par l'allaitement (149).

### **Anxiété**

Les symptômes importants liés à l'anxiété au cours de la période périnatale sont associés positivement à l'arrêt de l'allaitement trois mois et 12 mois après l'accouchement (145, 148). Des études indiquent qu'avant l'arrêt de l'allaitement, les symptômes de l'anxiété peuvent s'aggraver en raison de facteurs de stress liés à l'allaitement (148). En revanche, d'autres recherches indiquent que l'anxiété est un facteur de risque indépendant et non une cause de l'arrêt de l'allaitement (146).

### **Dépression et anxiété simultanée**

Les symptômes de l'anxiété et de la dépression qui se produisent durant la grossesse peuvent s'aggraver après l'accouchement avec l'initiation de l'allaitement (148). Après l'accouchement, la dépression et l'anxiété peuvent négativement influencer la motivation, l'intention et le sentiment d'efficacité personnelle quant à l'allaitement, entraînant des taux plus faibles d'allaitement exclusif et continu et un risque accru d'arrêt hâtif (145-148).

### **Répercussions cliniques de la dépression et de l'anxiété**

Les données indiquent plusieurs répercussions cliniques de la dépression et de l'anxiété pour les personnes allaitantes qui devraient être adressées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle :

- Vérifier régulièrement la présence de symptômes de la dépression et de l'anxiété durant la grossesse et après l'accouchement pour cerner les personnes les plus à risque d'avoir des troubles périnataux de l'humeur et une courte durée d'allaitement. Soutenir la personne allaitante dans sa recherche d'aide et de services au besoin.
- Reconnaître qu'une évaluation et un traitement rapide de la dépression post-partum peut se traduire par des attitudes améliorées envers l'allaitement.
- Renseigner les personnes sur l'allaitement avant l'accouchement, particulièrement les primipares avec des complications liées à la grossesse puisqu'elles sont plus à risque de souffrir de dépression et/ou d'anxiété.
- Reconnaître que l'anxiété est liée à une production réduite de lait maternel en raison d'une réduction des niveaux d'ocytocine (et possiblement des niveaux de prolactine). Avec un niveau d'ocytocine moins important, le réflexe d'éjection du lait est restreint et le « vidage » du sein n'est pas complété, créant une boucle de réaction négative et favorisant une diminution du volume de lait maternel. L'anxiété causée par le stress physique ou psychologique peut également accroître les taux de glucose et de cortisol, qui peuvent contribuer à un engorgement retardé du sein et un volume de lait réduit au cours des premiers jours après l'accouchement. Ceci peut provoquer davantage d'anxiété en ce qui concerne l'allaitement et la probabilité accrue de devoir avoir recours à des produits de préparation.
- Dès le stade prénatal, commencer à offrir plus de soutien à l'allaitement aux personnes souffrant d'anxiété et de dépression. Ceci peut comprendre des stratégies sur les techniques et la gestion de l'allaitement ainsi que des stratégies d'adaptation pratiques.

- Surveiller les expériences d'allaitement négatives puisqu'elles peuvent précéder l'apparition de symptômes de dépression, particulièrement les problèmes d'allaitement, le faible niveau d'auto-efficacité en matière d'allaitement ou les attitudes négatives. Dans les situations où les personnes allaitantes ont des expériences d'allaitement négatives, rechercher des signes de dépression. Reconnaître que les scores de dépistage élevés en ce qui a trait à la dépression prénatale dans le premier trimestre sont associés à un arrêt hâtif de l'allaitement alors que les scores du troisième trimestre sont associés à une période d'allaitement plus brève.
- Évaluer les facteurs de risque de l'arrêt hâtif de l'allaitement pour soutenir la poursuite de l'allaitement et souligner son importance pour le nourrisson et la personne allaitante.
- Promouvoir le soutien social pour l'allaitement car cela peut conduire à des résultats d'allaitement améliorés et un risque réduit de dépression post-partum. Un faible soutien social et une absence ressentie de soutien d'un partenaire sont associés à la dépression post-partum (145-150).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Surmonter la dépression : Un guide de stratégies d'auto-assistance destiné aux femmes souffrant de dépression durant la grossesse, après l'accouchement et au-delà [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbook_ENG.pdf">https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbook_ENG.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource d'auto-assistance destinée aux personnes souffrant de dépression post-partum, y compris des stratégies d'adaptation et des discussions sur l'allaitement et la dépression.</li> </ul>
Chaput K, Nettel-Aguirre A, Musto R, et coll. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. CMAJ Open. 2016;4(1):E103-109.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude de cohorte<sup>6</sup> prospective examinant si les problèmes d'allaitement influencent le risque de dépression post-partum et si le soutien et l'éducation à l'allaitement peuvent modifier la relation entre les difficultés d'allaitement et la dépression post-partum.</li> <li>■ Les résultats indiquent qu'un soutien à l'allaitement de qualité appuie de façon positive les impacts des résultats d'allaitement et diminue le risque de dépression post-partum.</li> </ul>

### Personnes souffrant de diabète sucré gestationnel

Diagnostiqué durant la grossesse, le DSG est une affection caractérisée par une intolérance au glucose, après quoi une résistance à l'insuline se développe. Il s'agit d'une des complications prénatales les plus courantes (151-152).

Malgré l'importance bien établie de l'allaitement, sa prévalence chez les personnes souffrant de diabète sucré gestationnel est plus basse immédiatement après l'accouchement et au moment de la sortie de l'hôpital par rapport aux personnes ne souffrant pas de diabète sucré gestationnel (153-154). Les raisons suggérées pour la prévalence plus basse de l'allaitement comprennent des problèmes avec l'initiation de l'allaitement, un risque accru de complications prénatales ou liées à la naissance (comme un accouchement par césarienne, une naissance prématurée, une macrosomie néonatale, des malformations fœtales et des complications métaboliques) et une séparation de la dyade d'allaitement en raison de surveillance et de suivi (p. ex. hypoglycémie néonatale) (154-156). De plus, la lactogénèse des personnes souffrant de DSG peut être retardée et la réponse hormonale (y compris la production de prolactine) à l'allaitement au cours de la première semaine après l'accouchement peut être moins efficace (154, 156).

Les personnes souffrant de DSG qui allaitent ont intérêt à réduire la probabilité à long terme de développer le diabète sucré de type 2 et à préserver leur fonction des cellules bêta pancréatiques. Les données comportent toutefois des restrictions importantes, comme un manque de critères de diagnostic normalisés pour le DSG, des évaluations détaillées minimales de la durée et de l'intensité de l'allaitement, et l'utilisation des diagnostics autodéclarés de DSG par rapport aux résultats de laboratoire confirmés (154). Par exemple, une étude prospective incluse dans un examen systématique indiquait que les personnes souffrant de DSG qui avaient allaitées pendant au moins trois mois ou plus avaient moins de risque de souffrir du diabète sucré de type 2 et que leur développement du diabète de type 2 avait été retardé de 10 ans comparativement aux personnes qui avaient allaité pendant moins de trois mois (154).

L'allaitement a démontré un effet protecteur quant au risque de la personne allaitante à développer le diabète sucré de type 2. Un plus faible risque d'être atteint du diabète sucré de type 2 et de syndromes métaboliques (p. ex. l'hypertension, l'hyperglycémie ou des taux de cholestérol ou de triglycéride anormaux qui augmentent les risques de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et de diabète) a été constaté par rapport aux personnes qui n'avaient aucune expérience d'allaitement (156). Pour le nouveau-né, se nourrir au sein pendant six mois ou plus était associé négativement à l'obésité juvénile à l'âge de deux ans (153).

Lors de la prestation de soins cliniques aux personnes souffrant de DSG, les données suggèrent les stratégies suivantes pour soutenir l'allaitement au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle :

- Dès la grossesse, fournir une éducation sur l'importance de l'allaitement sur les résultats de santé, y compris des réponses glycémiques améliorées à court terme et une diminution du risque potentiel de développer le diabète sucré de type 2 à long terme. Comme le taux de glucose des personnes souffrant de DSG doit constamment être surveillé, ces personnes peuvent devoir se présenter à plus de visites prénatales, augmentant ainsi les occasions de discuter de l'importance de l'allaitement.
- Évaluer les problèmes d'allaitement auxquels la personne souffrant de DSG pourrait être confrontée. Être conscient des facteurs de risque supplémentaires de l'arrêt de l'allaitement pour les personnes qui ont d'autres facteurs d'atténuation comme l'obésité, un faible statut socioéconomique ou un accouchement par césarienne.
- Puisque l'hypoglycémie peut être un problème (étant donné les demandes en calories physiologiques), la personne allaitante pourrait avoir besoin de collations supplémentaires (151, 154, 156).

### **Personnes ayant un faible niveau de littératie en santé**

L'autodidaxie en matière de santé comprend la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations et les services de base en matière de santé (158). Il s'agit d'un indicateur plus important des inégalités en ce qui concerne les résultats en matière de santé que l'éducation ou la race (159). Par exemple, dans une étude évaluant la littératie et l'allaitement, un lien négatif a été trouvé entre la faible littératie en matière de santé et l'allaitement exclusif à deux mois chez les personnes allaitantes par rapport aux pairs avec une littératie adéquate en matière de santé (160). Une autre étude a aussi révélé que 30 pour cent des personnes ayant une faible littératie en matière de santé n'ont jamais allaité par rapport à 13 pour cent pour les personnes ayant une littératie adéquate en matière de santé, comme évalué par un test des compétences fonctionnelles (161).

Pour soutenir l'allaitement, le matériel éducatif en matière de santé doit être mis à disposition de toutes les personnes allaitantes, y compris les personnes peu scolarisées (162). Pour ce faire, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent incorporer les stratégies suivantes :

- Être conscient qu'il y a des personnes peu scolarisées dans les populations. Reconnaître le faible niveau de littératie comme un obstacle aux résultats de santé (y compris l'allaitement) qui peut être modifié.

- Mettre les documents écrits sur l'allaitement à disposition des personnes peu scolarisées pour soutenir la compréhension tout au long de la période périnatale.
- Donner et favoriser l'accès à l'éducation et à la promotion de l'allaitement en utilisant plusieurs approches, y compris les informations verbales, les vidéos et les démonstrations. Éviter de s'appuyer entièrement sur les ressources imprimées (163).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>RESSOURCES SUR L'ALLAITEMENT DESTINÉES AUX PERSONNES AYANT UNE FAIBLE LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ</b>	
Centre de ressources Meilleur départ. Mon guide d'allaitement [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Éducation parentale sur l'allaitement.</li> <li>■ Offert en 17 autres langues à l'adresse suivante : <a href="https://www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&amp;category=B00E&amp;advanced=yes&amp;sortkey=sku&amp;sortorder=descending">https://www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&amp;category=B00E&amp;advanced=yes&amp;sortkey=sku&amp;sortorder=descending</a></li> </ul>
Washington State Department of Health. Healthy weight gain during pregnancy [Internet]. [Lieu inconnu] : Washington State Department of Health; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://here.doh.wa.gov/portals/14/Materials/940-027-PregWtLo-en-L.pdf">https://here.doh.wa.gov/portals/14/Materials/940-027-PregWtLo-en-L.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource avec des suggestions sur les nutriments sains pour soutenir la grossesse et l'allaitement destinée aux personnes enceintes.</li> </ul>
<b>RESSOURCES POUR SOUTENIR LES PERSONNES AYANT UNE FAIBLE LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ</b>	
U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. Simply put: a guide for creating easy-to-understand materials [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control; 2009. Peut être consulté au : <a href="https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simple_put.pdf">https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simple_put.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide avec des suggestions sur la façon de créer des ressources sur le manque de scolarité.</li> </ul>
Health Literacy in Clinical Practice [Internet]. Toronto (Ontario) : Hospital for Sick Children (Sick Kids); 2014. Peut être consulté au : <a href="http://www.sickkids.ca/tclhinculturalcompetence/health-literacy-in-clinical-practice/index.html">http://www.sickkids.ca/tclhinculturalcompetence/health-literacy-in-clinical-practice/index.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un module en ligne examinant l'impact de la littératie en matière de santé sur l'expérience et les résultats de santé du patient.</li> </ul>

### Personnes à faible revenu

Des preuves solides démontrent que les revenus modestes influencent de façon négative les taux d'allaitement exclusif et continu (164-166). En Ontario, au Canada, les personnes vivant dans des quartiers défavorisés ont des taux d'exclusivité de l'allaitement plus bas à la sortie de l'hôpital à la suite de l'accouchement par rapport à la moyenne provinciale (54 pour cent par rapport à 61 pour cent) (164). Les familles à faible revenu aux États-Unis ont aussi les plus faibles taux d'allaitement (164). Pour améliorer les taux d'allaitement chez cette population, on a trouvé une variété d'approches efficaces dans les données :

- Éduquer les personnes sur l'importance de l'allaitement et les techniques d'allaitement lors de la grossesse pour réduire l'intention de nourrir au biberon. Ceci devrait inclure les personnes qui ont l'intention de donner uniquement des substituts du lait maternel<sup>6</sup>.
- Promouvoir l'allaitement et inclure des façons efficaces d'allaiter pour les personnes qui n'ont précédemment pas réussi à allaiter. Examiner les antécédents d'allaitement et les plans d'allaiter ou de tirer du lait. Soutenir un plan de tirage du lait.
- Améliorer l'accessibilité des CL dans les endroits où les personnes à faible revenu obtiennent des soins post-partum, soit par l'entremise de rencontres individuelles ou de téléconférences. Offrir du soutien à l'allaitement continu à la suite de la sortie du lieu d'accouchement.
- Pour reconnaître et valoriser la participation de la personne à un programme d'allaitement, offrir des incitatifs qui répondent aux besoins de base des personnes à faible revenu, y compris la nourriture, le transport, la garde des enfants, les vêtements ou le soutien social. Éviter d'autres incitatifs financiers, puisqu'il n'a pas été démontré qu'ils contribuent à une augmentation associée des taux d'initiation de l'allaitement.
- Pour améliorer l'allaitement, fournir des soutiens à l'allaitement ciblés, comme l'accès à une pompe mammaire.
- Fournir des programmes éducatifs qui favorisent l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement dans des établissements de soins primaires à l'aide de soutien continu et de contacts avec le personnel infirmier ou un membre de l'équipe interprofessionnelle (p. ex. un médecin généraliste).
- Fournir de l'éducation dans le cadre de plusieurs séances et utiliser plusieurs méthodes d'enseignement, y compris de la documentation écrite (165-168).



## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Populations with lower rates of breastfeeding: background information [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/pdf/BCP-P2_Background%20Information_final.pdf">https://www.beststart.org/pdf/BCP-P2_Background%20Information_final.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Renseignements généraux sur les populations en Ontario et au Canada avec de plus faibles taux d'allaitement, y compris les personnes à faibles revenus.</li> </ul>
Centre de ressources Meilleur départ. Allaitement maternel et statut socioéconomique [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_2_ENG.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_2_ENG.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche d'information détaillant les tendances de l'allaitement au sein en Ontario, au Canada, ainsi que les répercussions du revenu, de l'éducation, de l'emploi et d'autres facteurs (comme les déterminants sociaux de la santé) sur l'allaitement au sein.</li> <li>■ Des niveaux de revenu et d'éducation moins élevés, ainsi que des niveaux de chômage plus élevés, ont fait en sorte de réduire les taux d'initiation, d'exclusivité et de poursuite de l'allaitement au sein.</li> <li>■ Les prestataires de services doivent faire la promotion de l'allaitement et le soutenir auprès de ces populations.</li> </ul>
RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Pauvreté chez les enfants et les familles en Ontario. Un guide pratique pour passer de la stigmatisation à l'autonomisation [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/anti_poverty/pdf/G03-E_ChildAndFamilyPovertyInOntario.pdf">https://www.beststart.org/resources/anti_poverty/pdf/G03-E_ChildAndFamilyPovertyInOntario.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource pour les prestataires de services de l'Ontario, au Canada, travaillant auprès de familles en situation de pauvreté ayant des enfants âgés de moins de six ans.</li> <li>■ Les répercussions de la pauvreté sur l'allaitement au sein sont abordées.</li> </ul>
À propos du PCNP [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; c2018 (mis à jour le 4 déc. 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp/about-cpnp.html">https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp/about-cpnp.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le PCNP est un programme communautaire canadien visant à améliorer la santé pendant et après la grossesse, de même que le bien-être des familles vivant des situations difficiles.</li> <li>■ L'un des objectifs du PCNP est d'améliorer la santé des nourrissons en faisant la promotion et le soutien de l'allaitement au sein.</li> </ul>

## Personnes atteintes d'une déficience visuelle

Les personnes qui allaitent au sein et qui ont une déficience visuelle nécessitent un soutien et de l'information offerte dans un format accessible (172). Une étude de validation a démontré qu'une technologie d'aide auditive pour les personnes atteintes d'une déficience visuelle pourrait être intégrée afin de promouvoir l'allaitement au sein (172). Pour l'utilisateur, la technologie auditive a été jugée compréhensible, offrant des renseignements clairs sur l'allaitement au sein portant sur des sujets tels que la composition du lait maternel, les avantages de l'allaitement au sein et les mythes sur l'allaitement au sein.

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Dépliants en braille sur l'Initiative Amis des bébés [Internet]. Manchester (R.-U.) : UNICEF Royaume-Uni; c2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/unicef-leaflets-in-braille/">https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/unicef-leaflets-in-braille/</a>	■ Les ressources de l'IAB, publiées en braille, sont vendues par UNICEF Royaume-Uni.
Hiland M. Breastfeeding Baby As a Blind or Visually Impaired Mother [Internet]. [Lieu inconnu] : American Foundation for the Blind; c2018 (publié le 26 oct. 2016). Peut être consulté au : <a href="https://www.visionaware.org/blog/visually-impaired-now-what/breastfeeding-baby-as-a-blind-or-visually-impaired-mother/12">https://www.visionaware.org/blog/visually-impaired-now-what/breastfeeding-baby-as-a-blind-or-visually-impaired-mother/12</a>	■ Un blogue rédigé par une personne aveugle allaitant au sein qui traite des avantages et des défis uniques de l'allaitement maternel.

## Personnes transgenres

Il existe très peu de données sur l'expérience des personnes transgenres (y compris les personnes transmasculines et les hommes transgenres) et l'allaitement de nourrissons au lait maternel (169). Les personnes transgenres comprennent celles dont l'identité de genre ne correspond pas au genre qui leur a été attribué à la naissance et qui se considèrent comme non-binaires (ni homme, ni femme) (170). Les personnes transmasculines peuvent choisir d'avoir une grossesse, d'enfanter et d'allaiter des nourrissons au lait maternel. Les termes préférables pour décrire l'allaitement de nourrissons au lait maternel par des personnes transmasculines peuvent varier : ils peuvent comprendre allaitement, alimentation, allaitement à la poitrine ou allaitement au sein (169 à 170).

Les résultats suivants sont tirés d'une étude qualitative des expériences des personnes transmasculines durant la lactation et l'allaitement :

- Au moment de l'allaitement, certaines personnes, mais pas toutes, ont éprouvé une dysphorie de genre, un type de conflit entre le genre attribué à la personne et son identité de genre. Cela les a amenées à employer des stratégies d'adaptation, comme se concentrer sur l'aspect pratique de l'allaitement, cesser l'allaitement ou porter plusieurs couches de vêtements pour dissimuler tout gonflement de la poitrine ou autres signes de lactation.
- Pour les personnes transgenres, le respect de la vie privée durant l'allaitement de nourrissons au lait maternel est important, en partie pour éviter le jugement d'autrui. Les personnes ont exprimé un désir d'éviter les commentaires ou attitudes qui renforcent le fait que l'alimentation d'un nourrisson est une activité attribuée à un genre et réservée aux femmes.

- Les personnes éprouvaient des difficultés à avoir accès à du soutien et à de l'assistance par rapport à la prise d'allaitement et certaines ont été préoccupées par la possibilité d'une mastite causée par le bandage de leur poitrine.
- Le respect envers tous les choix d'alimentation de nourrissons est essentiel : l'allaitement à la poitrine pour les personnes transgenres ne doit jamais être supposé ni affirmé. Les décisions concernant l'alimentation des nourrissons doivent plutôt être appuyées par un processus de prise de décisions éclairées respectueux des décisions individuelles (169).

Les approches préférées en matière de lactation pour les personnes transgenres par les prestataires de soins de santé comprennent les suivantes :

- Être conscient(e) du langage utilisé et le choisir avec soin, en particulier les pronoms et les termes genrés. Utiliser les termes par lesquels la personne souhaite être désignée. Éviter les suppositions sur l'identité de genre basées sur l'apparence ou le comportement.
- Manifester une volonté d'utiliser un langage de genre neutre, en particulier dans les environnements pour la grossesse et l'accouchement où l'on présume du genre féminin et l'utilise comme norme sociale et culturelle.
- Demander à la personne quelle est la meilleure manière de l'aider à mettre en œuvre ses plans d'alimentation de nourrissons.
- Se renseigner sur les besoins des personnes transgenres en matière de soins de santé durant la grossesse, ainsi que pendant et après l'accouchement. S'informer sur la mastectomie masculinisante et ses répercussions sur les tissus mammaires.
- Créer un environnement clinique accueillant. Cela peut être effectué en prenant des mesures comme l'affichage d'une politique de non discrimination et d'autocollants « espace sécuritaire », ainsi qu'en incluant tous les genres, y compris « trans » et « autre », en plus d'homme et femme, comme options.
- Établir des relations basées sur le respect et la confiance avec les personnes transgenres. Demander comment la personne souhaite que l'on s'adresse à elle, en incluant les pronoms préférés, de même que les termes qu'elle préfère utiliser pour désigner les parties du corps (169, 171).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
My guide to caring for trans and gender-diverse clients [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé arc-en-ciel Ontario; c2016. Peut être consulté au : <a href="https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/">https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Premier en son genre au Canada, le Trans Primary Care Guide est un outil novateur en ligne pour aider les prestataires de soins de santé à offrir des soins primaires et de transition aux personnes trans et de genres divers.</li> <li>■ L'outil aborde brièvement des sujets comme la grossesse et le contrôle des naissances.</li> </ul>
MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et coll. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. BMC Preg Childbirth. 2016;16:106.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude qualitative examinant les expériences des personnes transmasculines avec la lactation et l'allaitement à la poitrine.</li> <li>■ Les résultats indiquent un besoin chez les prestataires de soins de santé de comprendre la dysphorie de genre et les identités transgenres, de même que de prendre des mesures actives pour soutenir la lactation au moyen de soins compétents basés sur la confiance et le respect.</li> </ul>

## Situations

### Défis de l'allaitement au sein – Mastite

Affection inflammatoire du tissu mammaire, la mastite est principalement causée par une stase lactique ou un « vidage » incomplet du sein. Elle est l'une des principales causes de l'arrêt de l'allaitement au sein (173 à 175). Une stase lactique peut être causée par une infection ou non. Lorsque c'est le cas, elle est généralement causée par les staphylocoques; moins fréquemment, elle peut être causée par l'Escherichia coli (E. coli) ou les streptocoques (175). Il s'agit de l'une des infections les plus courantes dont peuvent être atteintes les personnes qui allaitent.

Les symptômes cliniques de la mastite comprennent souvent une douleur ou une sensibilité à un seul sein ou mamelon, une enflure, une rougeur (ou érythème) et des symptômes semblables à la grippe (comme des frissons, un malaise, de la fièvre et de la douleur). La prévalence varie de 2 à 33 pour cent des personnes qui allaitent (175).

Le traitement de la mastite varie selon sa cause sous-jacente (c.-à-d., la présence ou l'absence d'infection), les résultats d'analyses en laboratoire, s'il y a lieu (p. ex. : culture, leucocytémie du lait maternel ou numération des colonies bactériennes), ainsi que la préférence du prestataire de soins de santé traitant (175). Il n'existe aucun consensus ni suffisamment de données probantes issues des essais randomisés sur le traitement de la mastite, le calendrier de l'antibiothérapie, la sélection des antibiotiques et la durée du traitement. Ce fait est d'importance, car s'il n'y a aucun traitement pour la mastite ou si celui-ci est incomplet, reporté ou inefficace, cela contribue à créer des complications pour l'allaitement au sein, y compris l'arrêt de celui-ci, ainsi que des infections récurrentes ou qui s'aggravent (ex. : septicémie).

En se basant sur les données probantes, les traitements suggérés pour la mastite comprennent les suivants :

- Traitements de soutien : promouvoir le repos au lit et la consommation de liquide.
- Enlever le lait ou « vider le sein » : continuer d'allaiter du côté affecté. Améliorer la fréquence ou la durée de l'allaitement en ayant un soutien pour un positionnement, une prise et un transfert du lait efficaces. Réduire ou arrêter l'usage de préparations de suppléments, si applicable. Intégrer l'expression du lait à la main ou avec une pompe, si indiqué.
- Traitement des symptômes : utiliser des médicaments sans prescription ou des agents anti-inflammatoires pour soulager les symptômes de douleur.
- Traitement pharmacologique : utiliser des antibiotiques, y compris à large spectre et/ou à spectre étroit, selon les résultats d'analyses en laboratoire.
- Autres agents : envisager les probiotiques<sup>G</sup> ou les peptides (ex. : nisine) qui inhibent la croissance bactérienne (173, 175).

Dans les cas de mastites infectieuses qui ne réagissent pas au traitement, un abcès du sein<sup>G</sup> peut se former dans lequel du liquide ou du pus s'accumule dans le tissu mammaire. Des stratégies suggérées sont énumérées dans le **tableau 16**.

Comme la mastite peut être évitée par la prévention, la mise en place de pratiques exemplaires (comme une évaluation continue de l'allaitement, le contact peau à peau, le soutien, l'information, l'allaitement réactif basé sur les signes et les compétences en expression du lait à la main, comme mentionné précédemment dans les recommandations) est indiquée.

**Tableau 16 : Interventions suggérées pour les abcès au sein**

COMPLICATIONS DE LA MASTITE	INTERVENTIONS SUGGÉRÉES
Abcès du sein	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Poursuivre l'allaitement avec le sein affecté, selon la tolérance de la personne qui allaite. Si cela ne peut pas être toléré, le sein affecté doit être pompé et le sein non affecté doit être employé pour allaiter jusqu'à ce que l'abcès ait disparu.</li> <li>■ Envisager d'inclure une échographie mammaire si les antibiotiques ne guérissent pas l'infection.</li> <li>■ Les traitements classiques comprennent une incision chirurgicale et un drainage. Parmi les approches actuelles et moins invasives, on compte notamment l'aspiration du pus guidée par échographie avec une petite aiguille après une anesthésie locale. Cela est indiqué lorsque la peau recouvrant l'abcès est devenue nécrosée ou mince.</li> <li>■ Une irrigation répétée avec du chlorure de sodium (NaCl) à 0,9 pour cent est employée jusqu'à ce que l'abcès s'affaisse et qu'il n'y ait plus de fuite de pus (93).</li> </ul>

### Défis de l'allaitement au sein – Douleur récurrente au mamelon

Une douleur récurrente au mamelon peut être l'une des causes principales de la diminution de la fréquence de l'allaitement et de l'allaitement direct (174, 176). D'autres conséquences comprennent l'arrêt prématuré de l'allaitement au sein exclusif et une alimentation plus fréquente au biberon (174, 176). L'expérience de la douleur au mamelon peut instiller un sentiment de découragement et de détresse chez la personne qui allaite. La douleur au mamelon causée par un trauma au mamelon peut accroître les risques d'infection, ce qui entraîne d'autres symptômes de douleur et accroît le risque de l'arrêt de l'allaitement (174, 176).

Il existe de nombreuses causes sous-jacentes de douleur au mamelon. Celle-ci peut survenir fréquemment en conséquence d'un positionnement et d'une prise d'allaitement inefficaces (175). Des exemples de causes de douleur au mamelon et des interventions suggérées sont énumérées dans le **tableau 17** (sauf la mastite, les fentes orofaciales et l'ankyloglossie, qui sont toutes abordées séparément) (174 à 178).

**Tableau 17 : Cause de la douleur au mamelon et interventions suggérées**

CAUSE DE LA DOULEUR AU MAMELON	INTERVENTIONS SUGGÉRÉES
Positionnement et prise d'allaitement inefficaces	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La cause principale la plus courante de douleur au mamelon.</li> <li>■ Une évaluation de l'allaitement au sein, de l'information et du soutien sont nécessaires pour rectifier le positionnement et la prise d'allaitement.</li> <li>■ Envisager de consulter une spécialiste en lactation si les problèmes de positionnement et de prise d'allaitement ne se règlent pas.</li> <li>■ Continuer d'allaiter.</li> </ul>
Ampoules de lait ou canaux galactophores obstrués	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compresses chaudes.</li> <li>■ Crever l'ampoule à l'aide d'une aiguille stérile, si indiqué.</li> </ul>

CAUSE DE LA DOULEUR AU MAMELON	INTERVENTIONS SUGGÉRÉES
Infection à Candida	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prélever un échantillon sur le mamelon et faire une culture du lait maternel et/ou de la bouche du nourrisson.</li> <li>■ Effectuer un examen physique du nourrisson pour vérifier s'il présente des signes de muguet buccal.</li> <li>■ Avoir conscience que l'infection à Candida est trop fréquemment diagnostiquée et traitée sur la base des symptômes présents et non des résultats des analyses en laboratoire.</li> <li>■ Traiter la personne qui allaite et le nourrisson avec un antifongique, si indiqué.</li> </ul>
Psoriasis du mamelon	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reconnaître qu'une poussée de psoriasis du mamelon peut survenir avec l'allaitement.</li> <li>■ Traiter avec des corticostéroïdes topiques.</li> </ul>
Syndrome de Raynaud (vasospasme)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Appliquer de la chaleur sur le tissu mammaire.</li> <li>■ Éviter les vasoconstricteurs, comme le froid, qui peuvent provoquer des spasmes des artérioles du sein et entraîner une ischémie intermittente.</li> <li>■ Utiliser un traitement pharmacologique (comme la nifédipine, un inhibiteur calcique causant la vasodilatation) si indiqué.</li> </ul>
Eczéma (dermatite atopique endogène, dermatite de contact irritante et dermatite de contact allergique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'eczéma affecte principalement l'aréole et peut se manifester par une rougeur, un écoulement et une érosion. L'aréole peut également être sèche et présenter des lésions écailleuses.</li> <li>■ En plus de la douleur, la personne peut déclarer éprouver des démangeaisons et une sensation de brûlure.</li> <li>■ Si l'eczéma est causée par un irritant, envisager les agents topiques, le savon ou le javellisant utilisé pour nettoyer les vêtements, ou l'administration préalable d'antibiotiques.</li> <li>■ La dermatite de contact allergique peut être causée par l'application d'agents topiques sur le mamelon, comme la lanoline, l'aloès ou des remèdes maison qui comprennent sachets de thé, miel, banane ou papaye (qui peuvent contenir des contaminants).</li> <li>■ Observer la forme de la dermatite pour déterminer la cause sous-jacente.</li> </ul>
Virus herpès simplex (VHS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le diagnostic du VHS peut poser problème, car il peut ressembler à d'autres défis de l'allaitement plus courants, comme la dermatite du mamelon, l'infection à Candida ou la mastite bactérienne.</li> <li>■ Le VHS du mamelon doit être confirmé : s'il n'est pas traité, il peut être mortel pour un nourrisson de moins de trois mois, car le virus exerce un effet sur le système nerveux central.</li> </ul>

Sources : Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149–61; Kent J, Ashton E, Hardwick C, et coll. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Intl J Envir Res Public Health.* 2015;12(10):12247–63; Bergmann R, Bergmann K, von Weizsäcker K, et coll. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *J Perinat Med.* 2013;42(1):9–18; et Stone K, Wheeler A. A review of anatomy, physiology, and benign pathology of the nipple. *Ann Surg Oncol.* 2015;22:3236.

Toutes les personnes affectées par une douleur au mamelon lorsqu'elles allaitent nécessitent une évaluation complète afin de déterminer la cause sous-jacente de la douleur au mamelon (176). Cela assurera que le traitement choisi soit plus susceptible d'être efficace et que l'allaitement soit poursuivi. L'observation d'une séance d'allaitement et la consignation de l'historique de la douleur sont de mise. Une évaluation répétée du positionnement et de la prise d'allaitement est recommandée : il s'agit de la cause sous-jacente de la douleur la plus probable (ou au moins, d'un facteur qui y contribue) (174, 176).

Des mesures préventives visant à éviter les mamelons douloureux comprennent les suivantes :

- Éviter de savonner le mamelon durant la lactation. Les douches habituelles sont suffisantes.
- Utiliser les conseils préventifs, le soutien et l'information.
- Favoriser un positionnement et une prise d'allaitement efficaces.
- Interrompre la succion du sein en posant un doigt propre sur la bouche du nourrisson lorsque celui-ci semble satisfait (174, 176).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Inverted and flat nipples [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; c2013 (mis en à jour en juin 2016). Peut être consulté sur : <a href="https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/inverted-and-flat-nipples">https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/inverted-and-flat-nipples</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Conseils pour les personnes qui allaitent et ont des mamelons plats ou invaginés.</li></ul>
Thrush & the breastfeeding family [Internet]. Toronto (Ontario) : Ligue La Leche Canada; 2016. Peut être consulté sur : <a href="https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/461_Thrush_CMYK_2016_FINAL.pdf">https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/461_Thrush_CMYK_2016_FINAL.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une fiche de renseignements de la Ligue La Leche à propos des symptômes, du diagnostic et des traitements du muguet buccal, ainsi que de l'allaitement pour les parents, les membres de famille et les proches.</li></ul>
Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. JAMA Dermatol. 2013; 149 (3):300-6.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Un article décrivant les caractéristiques du syndrome de Raynaud, comme le vasospasme, l'ischémie intermittente, ainsi que la vasodilatation réflexe subséquente et les répercussions sur l'allaitement au sein.</li></ul>

### Lactation induite et relactation

La lactation induite est un processus par lequel les personnes qui n'ont pas vécu de grossesse et d'accouchement précédemment prennent des mesures actives pour stimuler et établir la production de lait maternel en utilisant des stratégies comme l'hormonothérapie, les galactagogues ou le recours à un tire-lait pour stimuler le sein (179). Les situations où l'on peut avoir recours à la lactation induite peuvent comprendre notamment les parents adoptifs ou un parent non biologique dans une relation entre deux personnes de même sexe. La relactation est un processus qui consiste à tenter de déclencher de nouveau l'allaitement après qu'il a été interrompu pour les parents biologiques et adoptifs, y compris les couples de même sexe. Elle peut offrir une deuxième chance de lactation (179 à 180).

## Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

Que ce soit pour la lactation induite ou la relactation, le volume de lait maternel produit peut être moins élevé ou nul et des substituts de lait maternel peuvent être requis pour combler le manque (180). La réduction du volume de lait maternel peut être causée par plusieurs facteurs dus à un manque d'hormones d'amorce de lactation depuis le début de la grossesse et l'accouchement et/ou un allaitement partagé entre deux ou plusieurs personnes (lorsque la lactation n'est pas stimulée continuellement) (180).

Les recherches sur la lactation induite sont principalement limitées aux études de cas. Par exemple, une étude de cas portant sur les parents adoptifs de jumeaux prématurés ayant pratiqué un allaitement exclusif pendant deux mois comporte les deux recommandations suivantes :

- Informer le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle sur les techniques de lactation pour les parents adoptifs.
- Enseigner à la personne qui allaite la technique d'expression manuelle et encourager le contact de peau à peau afin de tenter d'accroître la production de lait.
- Être réaliste quant au fait que la production de lait peut ne pas être suffisante pour un allaitement exclusif et qu'une préparation de suppléments ou des substituts de lait maternel peuvent être requis.
- Envisager de consulter une spécialiste en lactation pour obtenir du soutien concernant la prise d'allaitement ou l'usage d'un système d'alimentation supplémentaire ou d'un tire-lait pour favoriser la stimulation du sein.
- Fournir des renseignements concernant l'efficacité, l'innocuité et les risques des galactagogues.
- Obtenir le soutien du/de la conjoint(e) de la personne, de sa famille et de son réseau social, au besoin (181).

Pour les personnes de même sexe ayant un enfant adopté et/ou biologique, un parent ou les deux peuvent souhaiter d'entreprendre et de maintenir la lactation. La production de lait maternel et le rôle de l'allaitement peut représenter l'identité parentale partagée par le couple de même sexe à la fois pour le parent biologique (aussi désigné sous le nom de « mère biologique » ou « parent porteur » dans les données probantes) et son/sa conjoint(e) (aussi désigné[e] sous le nom de « mère non biologique » ou « autre mère ») (182).

Pour certains couples de même sexe, les tentatives d'allaitement partagé peuvent être une stratégie visant à atteindre une égalité dans la relation en tant que parents (183). Cela peut être particulièrement important pour le parent non biologique, qui, selon la législation, peut ne pas avoir les mêmes responsabilités et droits reconnus par la loi que le parent biologique. Pour les autres parents de même sexe, les options d'alimentation de nourrissons peuvent comprendre l'intégration d'une combinaison d'allaitement au sein et au biberon (lait maternel exprimé ou préparations) comme moyen de se partager la tâche de nourrir le nourrisson et de se soutenir mutuellement en tant que parents (184).

Pour soutenir la décision prise par les couples de même sexe concernant l'alimentation de nourrissons (y compris la lactation induite), le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les pairs doivent prendre les mesures suivantes :

- Être respectueux de la diversité et chercher à créer des environnements positifs qui sont équitables et accessibles, et qui soutiennent les droits de la personne et le droit à la reproduction des personnes et des familles de toutes les identités sexuelles.
- Être informés au sujet de l'allaitement, y compris pour les personnes qui ont déjà vécu des grossesses et celles chez qui la lactation n'est pas spontanée.
- Soutenir les décisions de chaque couple concernant l'alimentation de nourrissons et la signification que ces décisions peuvent avoir pour eux en tant que parents et mères. Cela appuie les principes de l'allaitement en tant que droit de la personne qui bénéficie au nourrisson, à la personne qui allaite et aux autres parents.
- Être conscients de leurs propres attitudes et opinions, et faire preuve d'une sensibilité culturelle<sup>6</sup> afin de soutenir le spectre complet des options et structures parentales, y compris en ce qui a trait à l'allaitement (179, 183, 185).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>The Public Health Alliance for Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender, Two-Spirit, Intersex, Queer and Questioning Equity. A positive space is a healthy place: making your community health centre, public health unit or community agency inclusive to those of all sexual orientations and gender identities [Internet]. Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario; 2011. Peut être consulté au : <a href="http://opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf">http://opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide portant sur la manière de créer un environnement positif en soins de santé (y compris en santé publique) pour les personnes de toutes les orientations sexuelles et identités de genre.</li> </ul>
<p><a href="https://www.rainbowhealthontario.ca/fr/accueil/">https://www.rainbowhealthontario.ca/fr/accueil/</a> [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé arc-en-ciel Ontario; c2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.rainbowhealthontario.ca/">https://www.rainbowhealthontario.ca/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un service provincial en Ontario, au Canada, qui offre une formation en vue d'aider les prestataires de services sociaux et de soins de santé à améliorer leurs compétences pour fournir des services équitables et complets aux personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, allosexuelles ou en questionnement (LGBT2SQ).</li> </ul>
<p>Goldberg L, Aston M, Burrow S, et coll. Relationships and rural health practices. The experiences of LGBTQ+ women and their perinatal care providers [Internet]. [Lieu inconnu] : Queer Birthing Relationships; 2017. Peut être consulté au : <a href="http://qrbsandbeyond.ca/finalreport#page/1">http://qrbsandbeyond.ca/finalreport#page/1</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un rapport d'une étude de recherche qualitative phénoménologique portant sur les soins aux personnes lesbiennes, gaies, transgenres, allosexuelles ou en questionnement et autres (LGBTQ+) par des prestataires de soins périnataux.</li> </ul>

## Consommation de substances psychoactives – Alcool, cannabis et tabac

### Alcool.

Il existe peu de données probantes sur la consommation d'alcool et les personnes qui allaitent (186). L'abstinence est recommandée étant donné qu'un niveau d'alcool sécuritaire dans le lait maternel n'a pas été établi (186). Certaines recherches indiquent que les personnes qui allaitent et consomment de l'alcool ont tendance à avoir des niveaux de scolarité plus élevés (c.-à-d., elles ont fait des études collégiales ou universitaires), à appartenir aux classes socio-économiques plus élevées et à consommer du tabac (186 à 188). Ces personnes utilisent souvent des stratégies afin de limiter l'exposition de l'alcool au lait maternel, comme prévoir de consommer de l'alcool après une séance d'allaitement (187). Les personnes enceintes qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles de continuer à en consommer après l'accouchement, y compris pendant l'allaitement (186). Pour obtenir plus de détails concernant la consommation d'alcool, consultez les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires de l'AIAIO de 2015, « *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* », à l'adresse suivante : [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging\\_Clients\\_Who\\_Use\\_Substances\\_13\\_HR-FRE\\_Lowres.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_HR-FRE_Lowres.pdf)

## Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

Les niveaux de consommation d'alcool sont associés aux taux de prévalence et au risque d'arrêt de l'allaitement au sein (186 à 187). Par exemple, la consommation à de faibles niveaux (c.-à-d., pas plus de deux verres par jour) est associée positivement à tous les taux d'allaitement (c.-à-d., de partiel à exclusif) (188). Par contre, la consommation de trois à cinq verres (ou plus) en une fois est associée positivement à l'arrêt de l'allaitement par rapport à deux verres par jour ou moins (186). Les raisons avancées pour l'arrêt précoce de l'allaitement comprennent : a) les changements dans les habitudes de sommeil du nourrisson et l'usage de préparations commerciales pour le calmer, b) les suppléments pour compenser une diminution du volume de lait maternel, c) le choix personnel et d) une probabilité réduite à allaiter (186).

Dans le cadre de l'information sur l'allaitement concernant la consommation d'alcool et l'exposition au lait maternel, les suggestions suivantes sont proposées aux personnes qui allaitent :

- L'approche la plus sûre est de s'abstenir de consommer de l'alcool. Sinon, éviter de consommer de l'alcool durant le premier mois suivant l'accouchement, lorsque les réserves de lait sont produites.
- Limiter la consommation d'alcool à un maximum de deux verres standards par jour. Un verre standard équivaut à : une bière à 5 pour cent (355 ml ou 12 onces), du vin à 12 pour cent (148 ml ou 5 onces) ou des spiritueux à 40 pour cent (44 ml ou 1,5 once).
- Éviter l'exposition à l'alcool immédiatement avant une séance d'allaitement pour réduire l'exposition par le lait maternel.
- Envisager d'allaiter ou d'exprimer du lait maternel manuellement ou avec un tire-lait avant de consommer de l'alcool.
- Reconnaître que l'alcool inhibe les taux d'ocytocine, ce qui entraîne un retard du réflexe d'éjection du lait (c.-à-d., un retard du réflexe d'évacuation) et une baisse du volume de lait.
- Le temps nécessaire pour évacuer l'alcool du lait maternel dépend du poids de la personne qui allaite et de la quantité de verres d'alcool consommés. Par exemple, pour une personne qui allaite pesant 68 kg (150 livres) et consommant 354 ml (12 onces) de bière à 5 pour cent, deux heures et 14 minutes seraient requises pour évacuer l'alcool du lait maternel (189 à 191).



## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Alcohol and breastfeeding [Internet]. Nottingham (R.-U.) : La Leche League GB; c2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.laleche.org.uk/alcohol-and-breastfeeding/">https://www.laleche.org.uk/alcohol-and-breastfeeding/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource conçue par la Ligue La Leche de Grande-Bretagne décrivant comment l'alcool se transmet au lait maternel et les effets de la consommation d'alcool sur un bébé.</li> </ul>
Centre de ressources Meilleur départ. La consommation d'alcool pendant l'allaitement. Fiche d'information pour professionnels de la santé [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/Alcohol_desk_ref_EN_2016_fnl.pdf">https://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/Alcohol_desk_ref_EN_2016_fnl.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche d'information destinée aux professionnels de la santé qui fournit des renseignements concernant les façons de réduire les conséquences négatives potentielles de la consommation d'alcool tout en continuant d'encourager l'allaitement maternel.</li> <li>■ Le temps nécessaire pour évacuer l'alcool du lait maternel selon le poids de la personne qui allaite et la quantité de verres d'alcool consommés est indiqué.</li> </ul>
Collège des médecins de famille du Canada; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Alcohol screening, brief intervention and referral: a clinical guide [Internet]. Mississauga (Ontario) : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Peut être consulté au : <a href="http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-enB0E406423349865474B15064.pdf?sfvrsn=4">http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-enB0E406423349865474B15064.pdf?sfvrsn=4</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un dépistage de l'alcoolisme en trois étapes, une intervention brève et un processus d'orientation.</li> </ul>
Anderson P. Alcohol use during breastfeeding. <i>Breastfeed Med.</i> 2018; 13 (5):315-317. Peut être consulté au : <a href="https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2018.0053">https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2018.0053</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une mise à jour des effets de l'alcool sur la lactation et sur le nourrisson, y compris les effets graves et à long terme.</li> <li>■ Selon le document, il est recommandé d'attendre de 2 h à 2 h 30 par verre d'alcool consommé afin de réduire au maximum l'exposition par le lait maternel. Allaiter plus tôt que cela peut avoir des répercussions sur le comportement du nourrisson.</li> </ul>

## Cannabis

Le cannabis est l'une des drogues psychoactives les plus consommées au monde, mais peu d'études ont été effectuées sur son usage dans le cadre de l'allaitement et les taux d'exposition ne sont souvent pas signalés ou les doses sont inconnues. Par conséquent, les résultats sont peu fiables (192). Une grande partie des données probantes se base sur les résultats d'études antérieures avec de petits échantillons ou des doses faibles, ou encore sur des études effectuées sur des animaux (192). De plus, la consommation de cannabis combinée à d'autres substances (y compris le tabac) ou la consommation pendant la grossesse fait en sorte qu'il est plus difficile de déterminer ses effets indésirables potentiels par l'exposition au lait maternel (192 à 193). Pour obtenir plus de détails concernant la consommation de substances psychoactives, consultez les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires de l'AIIAO de 2015, « *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* », à l'adresse suivante : [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging\\_Clients\\_Who\\_Use\\_Substances\\_13\\_HR-FRE\\_Lowres.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_HR-FRE_Lowres.pdf)

Compte tenu de ces limitations, les recommandations suggérées concernant l'allaitement et la consommation de cannabis comprennent les suivantes :

- Déterminer qui sont des consommateurs de cannabis (idéalement avant ou d'ici la grossesse) et conseiller de réduire (au moins) la consommation. Il est préférable de s'abstenir complètement de consommer.
- Discuter des avantages et des inconvénients de l'exposition au cannabis et de l'allaitement pour favoriser une prise de décision éclairée, qui comprennent notamment les suivants :
  - Les personnes qui allaitent doivent être informées que l'exposition au cannabis par le lait maternel est peu susceptible de présenter des avantages chez un nourrisson en bonne santé et que les risques sont inconnus en raison des limitations des données probantes.
  - Le cannabis et ses métabolites peuvent facilement se transmettre au lait maternel, y exposant ainsi le nourrisson.
  - Le taux d'exposition du nourrisson par le lait maternel dépend de la consommation de la personne qui allaite.
  - Une consommation continue de cannabis par la personne qui allaite durant la grossesse et jusqu'à un mois suivant l'accouchement peut nuire à la croissance et au développement du cerveau ou du système nerveux central du nourrisson.
  - Il n'existe aucune donnée concernant les effets à long terme de l'exposition au cannabis par l'intermédiaire du lait maternel pour les nourrissons d'un an.
- Une consommation régulière de cannabis peut entraîner des changements liés à l'humeur et au jugement, ce qui crée un environnement potentiellement non sécuritaire pour un nourrisson ou un jeune enfant.
- En fumant du cannabis, éviter de fumer dans la même pièce que le nourrisson afin de réduire les effets de l'exposition à la fumée secondaire. L'exposition des nourrissons à la fumée secondaire est associée à un risque potentiel de syndrome de mort subite du nourrisson deux fois plus élevé. Comme l'allaitement au sein réduit le risque de syndrome de mort subite du nourrisson, une discussion éclairée concernant les risques et avantages est de mise.
- Après avoir fumé du cannabis, se laver les mains et tout vêtement pouvant contenir des résidus de cannabis avant d'avoir un contact avec le nourrisson.
- L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande aux personnes qui allaitent de cesser de consommer du cannabis à des fins médicales et d'adopter plutôt d'autres thérapies dont l'innocuité a été démontrée durant la lactation.
- Être conscients que les composés du cannabis sont susceptibles de demeurer présents dans le lait maternel pendant des jours ou des semaines suivant l'exposition. Ils peuvent également être présents dans les selles et l'urine du nourrisson allaité. Le cas échéant, cela pourrait entraîner des répercussions juridiques négatives en ce qui concerne la garde de l'enfant ou des poursuites judiciaires (192, 194).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Les risques du cannabis sur la fertilité, la grossesse, l'allaitement et le rôle parental [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/ressources/alc_reduction/RisksOfCannabis_A30-E.pdf">https://www.beststart.org/ressources/alc_reduction/RisksOfCannabis_A30-E.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource destinée aux personnes avant, pendant et après leur grossesse (y compris celles qui allaitent) et à leur famille qui porte sur les risques de la consommation de cannabis.</li> <li>■ Les risques de la consommation de cannabis pendant l'allaitement sont indiqués, y compris le fait que le tétrahydrocannabinol (THC, le principal composé psychoactif du cannabis) du cannabis fumé est conservé dans les cellules adipeuses du nourrisson et son cerveau pendant des semaines, ce qui peut potentiellement affecter son développement moteur.</li> <li>■ Il est recommandé d'éviter de consommer du cannabis pour les personnes qui allaitent. Malgré les risques de l'exposition au cannabis par le lait maternel, l'allaitement est recommandé en vertu de ses bienfaits connus.</li> </ul>
Porath-Waller A. Dissiper la fumée entourant le cannabis [Internet]. [Lieu inconnu] : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2015. Peut être consulté au : <a href="http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2015-en.pdf">http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2015-en.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un rapport mis à jour en 2015 du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies portant sur le cannabis en tant que drogue illicite la plus couramment utilisée pendant la grossesse.</li> <li>■ On y aborde la prévalence et les répercussions sur la grossesse, le développement du fœtus et les effets à la naissance.</li> </ul>
Société des obstétriciens et gynécologues. Are you pregnant or considering pregnancy? Did you know that the use of cannabis may be harmful to your baby [Internet]? Ottawa (Ontario) : Société des obstétriciens et gynécologues; 2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.pregnancyinfo.ca/learn-more/">https://www.pregnancyinfo.ca/learn-more/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information pour les parents concernant les effets néfastes potentiels du cannabis sur la grossesse et le développement de l'enfant.</li> </ul>

## Tabac

Le tabac est une substance couramment utilisée pendant et après la grossesse, y compris durant l'allaitement (195 à 196). Les recherches sur l'allaitement et l'exposition au tabac, activement (c.-à-d., par l'intermédiaire de la consommation de tabac de la personne qui allaite) et/ou passivement (c.-à-d., par le biais de la fumée secondaire ou tertiaire<sup>6</sup>), sont associées négativement à l'allaitement exclusif et continu (195 à 196). Pour obtenir plus de détails concernant les interventions liées à la consommation de tabac, consultez les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO de 2017 « *Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice* », à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/integrating-tobacco-interventions-daily-practice>

## Allaitement maternel - Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants

Pour le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle travaillant auprès de personnes qui allaitent et consomment du tabac ou y sont exposées, les approches suivantes sont recommandées d'après les données probantes :

- Informer les personnes qui allaitent et/ou les membres de familles qui fument que les avantages de l'allaitement au sein pour le nourrisson l'emportent sur les risques de l'exposition au tabac.
- Évaluer les habitudes de consommation de tabac de la personne enceinte et des autres personnes qui habitent au même endroit. Fournir des renseignements sur les moyens de cesser de fumer à toutes les parties intéressées afin de réduire les risques d'exposition à la fumée secondaire et tertiaire. Dans le cas où la consommation de tabac se poursuit après l'accouchement et où la personne qui allaite ou le membre de famille est incapable de cesser de fumer, encourager à employer des stratégies pour réduire des dommages, y compris diminuer le nombre de cigarettes fumées.
- Recommander que la période entre la consommation de tabac et l'allaitement soit prolongée afin de réduire le taux de nicotine présent dans le lait maternel.
- Recommander d'éviter de fumer en présence du nourrisson pour réduire l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire ainsi qu'aux toxines associées, y compris les agents cancérigènes.
- Reconnaître que la production de lait maternel est réduite en cas de consommation de tabac, ce qui est probablement causé par l'effet de la nicotine sur les taux de prolactine. Par exemple, le volume quotidien de lait maternel était moindre chez les personnes qui fumaient des cigarettes jusqu'à deux semaines suivant l'accouchement (par rapport à celles qui ne fumaient pas). Entre deux à quatre semaines, le volume total de lait maternel était plus élevé pour les personnes non fumeuses, mais demeurait le même pour les fumeuses, ce qui contribuait à réduire la croissance et la prise de poids pour leurs nourrissons.
- Reconnaître que lorsque les personnes qui allaitent et qui fument ou sont exposées à la fumée secondaire cessent d'allaiter, elles présentent un risque plus élevé d'être atteintes de mastite que les personnes non-fumeuses : continuer de fumer est un facteur de causalité des infections du sein récurrentes. On a suggéré que cela a été causé par une accumulation de substances toxiques (ex. : nicotine et cotinine) qui endommagent les canaux du sein directement ou causent une hypoxie locale, ce qui peut entraîner des dommages aux canaux et une inflammation ou une infection subséquentes (195 à 198).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Identifying and eliminating stigmatization of pregnant smokers [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015) Peut être consulté au : <a href="http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Stigma.pdf">http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Stigma.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une fiche d'information destinée aux prestataires de soins de santé visant à réduire les préjugés et la stigmatisation en travaillant auprès de personnes enceintes qui fument.</li> </ul>
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario How to integrate trauma-informed care for pregnant and postpartum smokers [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015) Peut être consulté au : <a href="http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Trauma.pdf">http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Trauma.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un dépliant destiné au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle pour favoriser les efforts en vue de cesser de fumer, notamment cinq manières d'intégrer les soins pour les personnes fumeuses pendant et après la grossesse en tenant compte des traumatismes.</li> </ul>
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario I am a new mother wallet card [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015) Peut être consulté au : <a href="http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/WALLET_I_am_a_new_mother_COVER_0.pdf">http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/WALLET_I_am_a_new_mother_COVER_0.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une carte de portefeuille conçue en collaboration avec l'AllAO, la Téléassistance pour fumeurs et le programme Motherisk (Hospital for Sick Children). La carte contient des renseignements détaillés sur les effets du tabac sur l'allaitement, les avantages de cesser de fumer, à la fois pour la personne qui allaite et le nourrisson, les effets de la fumée secondaire et tertiaire sur le nourrisson, ainsi que les considérations de sécurité en utilisant les produits d'un traitement de substitution durant la lactation.</li> </ul>
<p>Pregnets. Smoking cessation for pregnant and postpartum women: a toolkit for health care providers [Internet]. Toronto (Ontario) : Pregnets; 2012. Peut être consulté au : <a href="http://www.pregnets.org/dl/toolkit.pdf">http://www.pregnets.org/dl/toolkit.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une boîte à outils destinée aux prestataires de soins de santé, aux formateurs et aux chercheurs qui traite des composants essentiels pour limiter ou cesser la consommation de tabac chez les personnes pendant ou après la grossesse.</li> </ul>
<p>Centre de ressources Meilleur départ. Lutter contre l'usage du tabac avec les femmes et leur famille – Stratégies pour les services de soutien à domicile [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2015. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/tobacco/BSRC_Addressing_Smoking_EN_fnl.pdf">https://www.beststart.org/resources/tobacco/BSRC_Addressing_Smoking_EN_fnl.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource sur la consommation de tabac pendant et après la grossesse, y compris une section sur l'allaitement.</li> </ul>

## Annexe E : Stratégies pour soutenir des populations déterminées qui allaitent ou aider dans des situations précises : nourrissons ou jeunes enfants

Certains nourrissons ou jeunes enfants peuvent nécessiter un soutien supplémentaires pour l'allaitement en raison de besoins cliniques ou de situations uniques. Dans cette annexe, nous présentons certaines de ces populations ou situations d'allaitement d'enfants, ainsi que des recommandations d'interventions efficaces pour soutenir l'allaitement.

**Tableau 18 : Populations et situations d'allaitement déterminées : nourrissons et jeunes enfants abordés dans l'annexe E**

POPULATIONS QUI ALLAIENT DES NOURRISSONS OU DES JEUNES ENFANTS	SITUATIONS
Ankyloglossie (frein lingual court) et frein maxillaire court (frein labial court)	Refus du sein ou « grèves de la tétée »
Nourrissons présentant une fente labiale, une fente palatine ou les deux	Situations d'urgence en matière de nutrition
Nourrissons atteints du syndrome de Down	Introduction des compléments alimentaires
Nourrissons peu prématurés	Agitation ou coliques
Nourrissons prématurés et alimentation au gobelet	
Jumeaux ou bébés multiples	

La liste n'est pas complète et l'inclusion d'une ressource dans cette annexe n'implique pas qu'elle est approuvée par l'AIAO. Les données probantes utilisées pour appuyer les discussions comportaient des examens systématiques et des études cliniques primaires. Des recherches documentaires complètes et une évaluation de la qualité n'ont pas été effectuées.

Des stratégies pour soutenir des populations déterminées qui allaitent ou aider dans des situations précises sont abordées dans l'[annexe D](#).

### Populations qui allaitent des nourrissons ou des jeunes enfants

#### Ankyloglossie

L'anomalie congénitale de l'ankyloglossie (aussi connue sous le nom de frein lingual court) implique une amplitude de mouvement de la langue réduite qui peut avoir un effet sur l'allaitement (91, 199). Le frein sublingual est anormalement court, épais ou serré, ce qui limite la mobilité de la langue au-delà de la gencive inférieure ou des incisives inférieures (91, 199 à 200).

On croit que l'ankyloglossie contribue aux problèmes d'alimentation, pour nourrir les nourrissons au sein et au biberon (91 à 92, 199). Cela peut perturber le transfert du lait et accroître l'inconfort pendant l'allaitement (91, 200). Cela peut également contribuer à créer des difficultés pour trouver une prise d'allaitement ou la maintenir en raison de la protrusion et de l'élévation de l'extrémité de la langue (91, 200).

### ***Frein maxillaire court (frein labial court)***

Le frein maxillaire court (aussi connu sous le nom de frein labial court) est une nouvelle entité clinique qui est souvent peu reconnue (92). Il implique un resserrement du frein labial et limite l'aptitude du nourrisson à pouvoir effectuer une succion et à assurer une prise autour de l'aréole (92). Après une évaluation, une frénotomie peut être de mise pour remédier au raccourcissement du frein labial.

### ***Outils d'évaluation pour l'ankyloglossie***

Il existe divers outils suggérés dans les études de recherche pour évaluer la mobilité linguale et sa gravité, y compris l'outil d'évaluation de Hazelbaker pour le score de la fonction du frein lingual (HATLFF) et l'outil d'évaluation de la langue de Bristol (BTAT) (199). Chaque outil possède ses propres critères basés sur l'apparence et la fonction de la langue. Par exemple, les critères du BTAT comprennent l'apparence de l'extrémité de la langue, l'attachement du frein au bord de la gencive inférieure, le degré d'élévation de la langue lorsque la bouche du nourrisson est grande ouverte, ainsi que la protrusion de la langue. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la validité et la fiabilité de chaque outil, ainsi que leur faisabilité en milieux cliniques (199).

### ***Frénotomie et allaitement***

Une frénotomie est une intervention chirurgicale à faible risque lors de laquelle le frein est incisé pour améliorer la mobilité de la langue ou de la lèvre. Elle peut favoriser l'allaitement exclusif et continu (91, 201). Les risques postopératoires potentiels sont faibles et comprennent : douleur, infection et stress parental (91, 201). Le saignement est la complication la plus courante, avec une prévalence de trois à cinq pour cent, mais la plupart des saignements se règlent sans qu'il soit nécessaire de prendre d'autres mesures que d'appliquer de la gaze (92, 201).

Les avantages de la frénotomie pour les personnes qui allaitent comprennent une douleur perçue au mamelon réduite et une meilleure prise d'allaitement à court terme (91, 203). Toutefois, il est incertain si ces avantages sont dus à l'intervention elle-même ou à un soutien intensif, à la période ou à l'attention consacrées à l'allaitement (à la fois avant et après la frénotomie). Les données probantes suggèrent l'importance des éléments suivants : a) le soutien continu de l'allaitement pour rectifier les problèmes en matière d'allaitement (en particulier la prise d'allaitement ou la douleur au mamelon) et b) l'évaluation du frein dans le cadre de l'examen d'un nourrisson (203).

Les limites déterminées dans l'ensemble des données probantes sur la frénotomie comprennent les suivantes :

- Un manque de lignes directrices publiées sur le diagnostic et le traitement de l'ankyloglossie.
- Un manque de notation uniforme sur le niveau de restriction de la mobilité de la langue.
- Une absence d'études portant sur les effets des facteurs contributifs (comme le niveau de motivation, l'historique des allaitements et le soutien social et culturel pour l'allaitement) sur les améliorations perçues par les parents pour les résultats de l'allaitement au sein.
- Des études non conclusives ayant de petits échantillons, des méthodes incohérentes, un suivi à court terme et un manque d'interventions non chirurgicales pour effectuer des comparaisons.
- Une absence de consensus sur les pratiques exemplaires pour l'ankyloglossie (91, 201 à 203).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
What is Frenotomy? [Internet]. [Lieu inconnu] : Stanford Medicine; c2017. Peut être consulté au : <a href="http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/frenotomy.html">http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/frenotomy.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La procédure de frénotomie pour accroître la mobilité linguale est illustrée en photos et décrite en texte.</li> </ul>
Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, et coll. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: a prospective cohort study. <i>Laryngoscope</i> . 2017; 127 (5):1217-23.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une étude de cohorte sur les dyades d'allaitement avec un frein lingual et/ou labial court précédemment non traité pour lequel une procédure de réparation a été effectuée.</li> <li>■ Des améliorations importantes des résultats de l'allaitement ont été signalés après l'intervention.</li> </ul>
Pranksy SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. <i>Int J Pediatr Otorhinolaryngol</i> . 2015 Oct;79(10):1714-7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un examen rétrospectif des nourrissons ayant subi une intervention chirurgicale pour améliorer la mobilité des freins lingual et labial.</li> <li>■ Les freins lingual et labial peuvent causer des problèmes pour l'allaitement, compte tenu que l'intervention chirurgicale a permis d'améliorer dans une certaine mesure la mobilité des freins.</li> </ul>
Ingram J, Johnson D, Copeland M, et coll. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> . 2015 Jul;100(4):F344-F349.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le BTAT est utilisé pour évaluer l'apparence et la fonction de la langue chez les nourrissons présentant un frein lingual court.</li> <li>■ L'étude a démontré que le BTAT est une mesure objective de la gravité de la limitation de la mobilité de la langue.</li> </ul>
Overcoming Breastfeeding Problems: Tongue Tie [Internet]. Londres (R.-U.) : UNICEF Royaume-Uni; c2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/support-for-parents/tongue-tie/">https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/support-for-parents/tongue-tie/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource d'information sur le frein lingual court et l'allaitement comportant des renseignements et des ressources pour les parents et les prestataires de soins de santé.</li> </ul>

## Nourrissons présentant une fente labiale, une fente palatine ou les deux

Comme anomalie congénitale, les fentes dans la région orofaciale comprennent la fente labiale, la fente palatine ou les deux. Les fentes labiale et palatine sont les plus courantes (50 pour cent des nourrissons présentant des fentes orofaciales), suivies de la fente palatine (30 pour cent) et la fente labiale (20 pour cent). La majorité des fentes sont unilatérales; 10 pour cent seulement sont bilatérales (204).

Par rapport à l'allaitement, les nourrissons qui présentent des fentes orofaciales font face à des défis par rapport à la transmission de lait : la succion et la compression (204 à 205). La succion est nécessaire à la prise d'allaitement, au maintien d'un positionnement efficace et à la transmission du lait. La compression est nécessaire pour presser le sein entre la langue et la mâchoire. Pour les nourrissons présentant des fentes orofaciales, ces défis combinés contribuent à allonger la durée de l'allaitement, à accroître la fatigue lors de l'allaitement, ainsi qu'à ralentir la croissance et le développement.

La probabilité du succès de l'allaitement dépend du type, de la taille et de l'emplacement de la fente orofaciale; cela doit être évalué sur une base individuelle (204 à 206). L'intention de la personne d'allaiter et toute expérience antérieure doivent également faire partie de l'évaluation. En général, les nourrissons ayant une fente labiale sont plus susceptibles de pouvoir effectuer une succion, améliorant ainsi la probabilité d'un allaitement réussi directement sur le sein. Par contre, les nourrissons ayant une fente palatine ou à la fois une fente palatine et une fente labiale peuvent ne pas être en mesure d'effectuer une succion pour soutenir la transmission du lait. Pour les nourrissons ayant à la fois une fente palatine et une fente labiale, l'allaitement indirect (au moyen d'une seringue d'alimentation SpecialNeeds® [aussi connue sous le nom de dispositif d'alimentation Haberman] ou d'une bouteille standard) peut être mis à l'essai, en utilisant des évaluations individuelles pour en déterminer le succès (204, 206).

Les stratégies suggérées pour soutenir l'allaitement direct ou indirect pour les nourrissons présentant des fentes orofaciales comprennent les suivantes :

- Encourager et promouvoir l'importance de l'allaitement.
- Évaluer les aptitudes individuelles de chaque nourrisson présentant une fente. Se concentrer sur les aptitudes liées à la succion et à la compression.
- Faire participer le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle ou les pairs pour informer et soutenir la personne qui allaite et sa famille.
- Enseigner à la personne qui allaite comment exprimer le lait maternel, soit à la main ou avec un tire-lait, pour soutenir la production de lait maternel.
- Informer la personne qui allaite sur les probabilités de succès de l'allaitement. Veiller à indiquer que l'allaitement indirect pourrait devoir être intégré pour compléter l'apport de lait maternel jusqu'à ce que la fente soit corrigée.
- Enseigner les positions d'allaitement (comme les positions assise ou inclinée) pour favoriser un positionnement et une prise d'allaitement efficaces.
- Surveiller le gain de poids et l'hydratation du nourrisson pour veiller à ce qu'il reçoive une alimentation adéquate et atteigne les objectifs en matière de croissance et de développement (204 à 206).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Children's Hospital at Westmead; Sydney Children's Hospital; Randwick and Kaleidoscope Children, et al. Fact sheet: cleft lip and/or palate—feeding your baby [Internet]. Sydney (Australie) : Sydney Children's Hospitals Network; 2014. Peut être consulté au : <a href="http://www.schn.health.nsw.gov.au/files/factsheets/cleft_lip_andor_palate_-_feeding_your_baby-en.pdf">http://www.schn.health.nsw.gov.au/files/factsheets/cleft_lip_andor_palate_-_feeding_your_baby-en.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une fiche d'information pour les parents de nourrissons présentant des fentes orofaciales.</li><li>■ Des stratégies pour l'allaitement direct ou indirect sont décrites.</li></ul>

### Nourrissons atteints du syndrome de Down

La recommandation mondiale d'amorcer et de poursuivre un allaitement exclusif pour tous les nourrissons comprend ceux atteints du syndrome de Down (207). La compréhension des besoins de ces nourrissons par rapport à l'allaitement est limitée en raison du manque de données probantes publiées à l'heure actuelle.

En tant qu'anomalie congénitale, le syndrome de Down (aussi appelée trisomie 21) peut faire en sorte que les nourrissons rencontrent des défis liés à l'allaitement, comme un réflexe de succion plus faible et des difficultés à avaler (207). Cela peut entraîner un retard de l'amorçage de l'allaitement et une production de lait moins élevée. En outre, le nourrisson peut également présenter d'autres problèmes cliniques, comme une maladie cardiaque congénitale, des malformations gastro-intestinales, la jaunisse et un poids faible à la naissance (207). Ces maladies peuvent également nécessiter des interventions chirurgicales ou des hospitalisations, ce qui pose d'autres défis en raison d'une séparation de la dyade d'allaitement.

Le(s) parent(s) et la famille d'un nourrisson atteint du syndrome de Down éprouvent souvent des difficultés à s'adapter au diagnostic et aux éventuels besoins cliniques (207). Les parents peuvent éprouver des émotions inattendues et conflictuelles qui peuvent nuire à la formation de liens affectifs et à la disposition à allaiter. L'admission à l'hôpital pour les examens cliniques, de potentielles interventions chirurgicales et d'autres complications représentent des sources de stress pour la personne qui allaite et sa famille. Dans les situations où il existe un problème clinique grave pour le nourrisson, l'allaitement peut ne pas être considéré comme une priorité élevée.

Les stratégies de soutien aux personnes qui allaitent un nourrisson atteint du syndrome de Down sont limitées, mais les résultats des recherches suggèrent les mesures suivantes :

- La personne qui allaite doit être rassurée et encouragée sur le fait que l'allaitement peut être réussi.
- Une évaluation complète du processus d'allaitement est requise afin de déterminer les aptitudes du nourrisson et d'éventuels problèmes, y compris ceux liés à la succion et au réflexe de déglutition. Cela peut inclure une évaluation par une consultante en lactation.
- Le soutien du personnel infirmier, de l'équipe interprofessionnelle et des pairs est essentiel pour amorcer un allaitement exclusif. Dans les cas où un diagnostic a été posé avant la naissance, le soutien et la préparation à l'allaitement durant la grossesse peuvent être utiles.
- Encourager la personne qui allaite à prendre le temps de tenir son nourrisson dans ses bras (y compris à avoir un contact peau à peau) peut s'avérer essentiel pour favoriser la formation de liens affectifs.
- Si l'état du nourrisson est stable, commencer l'allaitement dès que possible.
- L'expression à la main doit être combinée avec l'expression au tire-lait double pour maximiser la production de lait maternel.
- Utiliser la compression des seins pour faciliter la prise d'allaitement et le transfert de lait (207 à 208).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. Breastfeeding an infant with Down syndrome [Internet]. [Lieu inconnu] : Children's Minnesota; c2018 (mis à jour en août 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15844/breastfeeding-an-infant-with-down-syndrome/">https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15844/breastfeeding-an-infant-with-down-syndrome/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Matériel éducatif destiné au patient et à la famille décrivant les avantages de l'allaitement pour les nourrissons atteints du syndrome de Down, de même que des suggestions quant à la manière d'aider le bébé pour l'allaitement (comme le positionnement).</li> </ul>
Thomas J, Marinelli KA; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #16: breastfeeding the hypotonic infant, revision 2016. <i>Breastfeed Med.</i> 2016;2:112-8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un protocole visant à promouvoir, soutenir et maintenir l'allaitement chez les nourrissons et les jeunes enfants atteints d'hypotonie (c.-à-d., faible tonus musculaire), y compris ceux atteints du syndrome de Down.</li> </ul>
Feeding Your Baby [Internet]. Auckland (Nouvelle-Zélande) : New Zealand Down Syndrome Association; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="http://www.nzdsa.org.nz/yayb/yayb7.htm">http://www.nzdsa.org.nz/yayb/yayb7.htm</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information à l'intention des parents sur l'allaitement, y compris sur ses défis potentiels et ses avantages, par la New Zealand Down Syndrome Association.</li> </ul>
LLC Blog. Thursday Tip: Babies with Down Syndrome can breastfeed [Internet]. Pickering (Ontario) : Ligue La Leche Canada c2015 (mis à jour le 26 mars 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.llc.ca/thursday-tip-babies-down-syndrome-can-breastfeed">https://www.llc.ca/thursday-tip-babies-down-syndrome-can-breastfeed</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stratégies visant à encourager l'allaitement pour un bébé atteint du syndrome de Down, par la Ligue La Leche Canada.</li> </ul>

## Nourrissons peu prématurés

L'allaitement est recommandé pour les nourrissons peu prématurés nés entre les semaines 34<sup>0/7</sup> à 36<sup>6/7</sup> de la gestation (209). L'importance de l'allaitement, y compris les avantages immunologiques et la réduction des risques d'infections, est encore plus essentielle pour les nourrissons peu prématurés que pour les nourrissons à terme (209 à 210). Le risque de morbidité et de mortalité peut être plus élevé chez les nourrissons peu prématurés, souvent en lien à des complications associées à l'hypothermie, un gain de poids lent, une jaunisse prolongée, la déshydratation ou une instabilité respiratoire (209 à 210).

Le nourrisson peu prématuré peut présenter des défis cumulés liés à l'allaitement en raison de son immaturité physiologique et neurologique. Cela comprend un manque de coordination pour le réflexe sucer-avaler-respirer, une prise d'allaitement faible, de la somnolence, une faible endurance et une succion moins vigoureuse (209 à 211). S'ils sont combinés, ces problèmes peuvent contribuer à prolonger les séances d'alimentation et entraîner un transfert de lait inadéquat. Les problèmes d'allaitement peuvent être d'autant plus compliqués par les problèmes liés à un accouchement prématuré que peut éprouver la personne qui allaite, par exemple : l'hypertension, le diabète, l'obésité ou l'accouchement par césarienne. Tous ces problèmes peuvent inhiber la sécrétion de prolactine, entraînant une diminution de la production de lait ou un retard de la lactogénèse de stade II.

Des exemples de stratégies impliquant la dyade d'allaitement et l'environnement hospitalier pour favoriser l'allaitement d'un nourrisson peu prématuré peuvent comprendre les suivants :

- Favoriser l'allaitement par l'information. Les nourrissons allaités durant l'hospitalisation sont plus susceptibles d'être exclusivement nourris au sein que ceux qui reçoivent des préparations de lait maternel ou des préparations commerciales.
- Offrir à la personne qui allaite et à sa famille des renseignements et des conseils avant (et après) la sortie de l'environnement de l'accouchement.
- Encourager les personnes qui allaitent à exprimer le lait maternel à la main ou au tire-lait environ huit fois par jour (pour reproduire les habitudes d'alimentation habituelles des nourrissons) afin de favoriser la production de lait maternel dans les cas où le nourrisson n'est pas directement allaité ou n'est pas allaité souvent, ou simplement pour accroître la production de lait.
- Évaluer régulièrement la durée des séances d'allaitement, car le nourrisson peu prématuré peut se fatiguer plus rapidement.
- Adopter un allaitement réactif basé sur les signes (contrairement à un allaitement basé sur un horaire), si possible.
- Avoir recours à une consultante en lactation pour obtenir un soutien additionnel opportun au cas où des défis liés à l'allaitement surviennent.
- Encourager les personnes qui allaitent à maximiser la production de lait et le temps si elles utilisent un tire-lait en utilisant un tire-lait double (c.-à-d., tirer le lait des deux seins en même temps).
- Encourager les personnes qui allaitent à exprimer le lait maternel à la main ou au tire-lait durant la journée et la nuit (lorsque les taux de prolactine sont les plus élevés).
- Surveiller les nourrissons prématurés (qui peuvent être plus à risque d'être atteints de jaunisse) pour déceler les facteurs de risque, comme l'hypoglycémie, les problèmes respiratoires ou d'alimentation, la déshydratation ou l'hypothermie. Mettre en œuvre des stratégies pour éviter ces facteurs de risque pour l'allaitement.
- Éviter de séparer le nourrisson de la personne qui allaite autant que possible durant les examens cliniques. Pratiquer le contact peau à peau pour favoriser l'allaitement.
- Concevoir des lignes directrices avec les établissements de soins périnataux spécialisés (comme les unités néonatales de soins intensifs) pour aider les personnes qui allaitent à stimuler les seins pour la lactogénèse.
- Chercher à établir un environnement hospitalier calme pour favoriser un allaitement plus efficace. Les unités où il y a beaucoup d'activité et de bruit peuvent contribuer à trop stimuler le nourrisson peu prématuré et à obtenir de moins bons résultats pour l'allaitement (209 à 212).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Allaiter votre bébé peu prématuré [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B26E-BreastfeedingYourLatePretermBaby.pdf">https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B26E-BreastfeedingYourLatePretermBaby.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une ressource destinée aux parents qui allaitent un nourrisson peu prématuré. Les sujets comprennent : comment commencer, tirer le lait, nourrir votre bébé à l'hôpital et nourrir votre bébé à la maison après votre sortie de l'hôpital. Offert en 18 langues.</li></ul>

## Nourrissons prématurés et alimentation au gobelet

Pour les nourrissons prématurés, les données probantes indiquent que l'alimentation au gobelet est plus avantageuse pour favoriser un allaitement exclusif au lait maternel que l'allaitement au biberon (33, 213). L'OMS et l'IAB font la promotion et encouragent l'alimentation au gobelet comme principe essentiel de l'allaitement chez les nourrissons prématurés seulement (33). Les résultats d'une méta-analyse indiquent que les nourrissons prématurés qui ont été nourris au gobelet étaient plus susceptibles d'être allaités exclusivement au lait maternel, par rapport à toute autre forme d'allaitement, au moment de la sortie de l'hôpital et six mois après la sortie que ceux qui étaient nourris au biberon (33). De l'information sur l'alimentation au gobelet est requise pour assurer la sécurité et l'efficacité de cette méthode d'alimentation (33).

Voici des exemples de stratégies pour une alimentation au gobelet efficace et sécuritaire :

- Tenir le nourrisson dans une position verticale pour éviter l'étouffement, la suffocation ou l'aspiration de lait.
- Placer le gobelet près des lèvres de l'enfant pour aider le nourrisson à laper ou à boire le lait à petites gorgées. Cela permet au nourrisson de contrôler le rythme et la quantité de lait prise.
- Combiner l'alimentation au gobelet aux tentatives d'allaitement au sein pour éviter une exposition à l'alimentation au gobelet à long terme et une préférence potentielle pour ce dernier par rapport à l'allaitement au sein (33).

Les établissements où l'on utilise l'alimentation au gobelet nécessitent une évaluation de sa sécurité et de son efficacité, en ce qui concerne les facteurs tels que le personnel et les ressources humaines, le temps, les coûts, la quantité de lait renversé, l'aspiration de lait et les résultats cliniques (33).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Cup Feeding [Vidéo]. Waitsfield (Vermont) : Global Health Media; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/cup-feeding/?portfolioID=5623">https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/cup-feeding/?portfolioID=5623</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une vidéo illustrant les étapes de l'alimentation au gobelet pour les nourrissons qui peuvent déglutir, mais qui ne sont pas encore prêts à être entièrement nourris au sein.</li><li>■ La vidéo présente différentes méthodes d'alimentation, y compris le gobelet, le paladai (un type de petit gobelet à bec verseur) et la cuillère.</li></ul>
Cup-feeding [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; mars 2016 (mis à jour en juin 2016). Peut être consulté au : <a href="https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/cup-feeding">https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/cup-feeding</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Cette ressource d'information conçue par l'autorité principale en matière d'allaitement en Australie est destinée aux parents et présente les raisons justifiant l'adoption de l'alimentation au gobelet, de même que des suggestions sur la manière de nourrir au gobelet.</li></ul>

## Jumeaux ou bébés multiples

Les jumeaux ou bébés multiples présentent des taux d'allaitement au sein moins élevés que les enfants uniques, en dépit de l'importance reconnue de l'allaitement au sein et des risques qu'entraîne le fait de ne pas le pratiquer (39). Nourrir au sein plusieurs enfants peut poser des défis à la personne qui allaite en raison du temps nécessaire et des exigences physiques de nourrir deux nourrissons ou plus (39). D'autres défis concernant l'allaitement peuvent comprendre les nourrissons nés prématurément ou ceux qui doivent être admis dans une unité néonatale de soins intensifs (39). Le risque de cesser prématurément l'allaitement maternel est plus élevé chez cette population (39).

Les recherches indiquent que l'information et le soutien sont des interventions efficaces pour les enfants uniques, mais il existe un manque de données probantes issues des essais randomisés pour démontrer l'efficacité de ces interventions auprès des jumeaux ou des bébés multiples (39). En outre, le moment et la durée de l'allaitement, ainsi que qui devrait effectuer les interventions sur l'allaitement pour les personnes qui allaitent des jumeaux ou des bébés multiples n'ont pas été déterminés (39).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Multiple Births Foundation. Guidance for health professionals on feeding twins, triplets and higher order multiples [Internet]. Londres (R.-U.) : Multiple Births Foundation; 2011. Peut être consulté au : <a href="http://www.multiplebirths.org.uk/mbf_professionals_final.pdf">http://www.multiplebirths.org.uk/mbf_professionals_final.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Un guide destiné aux prestataires de soins de santé visant à encourager l'allaitement de jumeaux ou de bébés multiples.</li></ul>

### Situations

#### Refus du sein ou « grèves de la tétée »

Peu de données probantes ont été publiées sur le refus du sein (aussi connu sous le nom de « grèves de la tétée » (214 à 215). Le refus du sein survient lorsqu'un nourrisson refuse abruptement de téter; cela menace l'exclusivité et la continuation de l'allaitement et représente une cause courante de l'arrêt de celui-ci. Les grèves de la tétée sont souvent confondues avec l'autosevrage, qui, contrairement au refus du sein, est un processus graduel et de longue durée (214).

Les raisons du refus du sein auprès des nourrissons de six mois comprennent les suivantes :

- facteurs liés au nourrisson, comme obstruction nasale, douleur, dents qui poussent, maladie et reflux gastro-œsophagien;
- facteurs liés à la personne qui allaite, comme mastite et changements des habitudes d'allaitement;
- transfert du lait lent ou substitut de lait (215).

Les changements d'horaire qui peuvent entraîner la séparation de la dyade d'allaitement (comme le retour au travail ou aux études) peuvent également être un facteur, étant donné que les habitudes et la fréquence d'allaitement peuvent changer (215).

Des stratégies suggérées pour reprendre l'allaitement après un refus du sein comprennent les suivantes :

- Prendre des mesures pour donner une impression positive de la tétée au nourrisson. Cela comprend le contact peau à peau ou prendre un bain avec lui pour déclencher une tétée instinctive.
- Encourager la personne qui allaite à exprimer le lait maternel, soit à la main ou avec un tire-lait, pour maintenir la production de lait dès que possible une fois qu'une grève de la tétée se déclenche. Conseiller une fréquence quotidienne d'expression de lait maternel qui correspond aux séances d'allaitement habituelles.
- Envisager de limiter le nombre de personnes qui nourrissent le nourrisson (s'il y a lieu) à la personne qui allaite au sein uniquement afin de favoriser le rétablissement de la relation de la dyade d'allaitement (216).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Breast refusal [Internet]. Melbourne (Australie) : Australian Breastfeeding Association; 2012. Peut être consulté au : <a href="https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breast-refusal">https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breast-refusal</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une ressource destinée aux parents décrivant les raisons du refus du sein, y compris les facteurs liés au nourrisson et à la personne qui allaite, notamment les réserves de lait.</li><li>■ Comprend des stratégies concernant la manière d'amener le bébé à téter, comme essayer différentes positions d'allaitement, nourrir le nourrisson alors qu'il est encore endormi et utiliser un massage ou de la musique pour le détendre.</li></ul>
Burbidge A. Nursing strikes [Internet]. Nottingham (R.-U.) : Ligue La Leche GB; 2017. Peut être consulté au : <a href="https://www.laleche.org.uk/nursing-strikes/">https://www.laleche.org.uk/nursing-strikes/</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Causes des grèves de la tétée et conseils pour y remédier.</li></ul>

## Situations d'urgence en matière de nutrition

En cas d'urgence, une approche organisée et préparée par les gouvernements locaux ou (comme indiqué) par les organisations comme l'UNICEF est nécessaire afin de réduire au maximum les morbidités et mortalités chez les nourrissons ou les jeunes enfants (217). Le soutien de l'allaitement est essentiel à la protection et à la promotion de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, et comprend des étapes visant à améliorer l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement. Les stratégies comprennent l'emploi d'aides à la lactation ou des dispositifs d'alimentation d'appoint uniquement au besoin, et seulement lorsqu'il est possible de les nettoyer adéquatement. Pour obtenir plus de renseignements, consultez l'adresse suivante : <http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>.

## Agitation ou coliques infantiles

L'agitation ou les coliques infantiles sont une affection bénigne autolimitative lors de laquelle un nourrisson pleure de façon incontrôlable. Elle se produit généralement quand le nourrisson a entre six et huit semaines et se règle spontanément d'ici trois à quatre mois (218 à 220). Au minimum, les coliques peuvent comprendre des crises de larmes qui durent trois heures par jour, trois fois par semaine sur une période de trois semaines, mais un critère de diagnostic des coliques n'a pas été déterminé (219).

Les coliques sont l'une des raisons fréquentes des visites à la clinique pour les nourrissons. Elles peuvent entraîner l'arrêt de l'allaitement, suivi des préoccupations associées aux substituts du lait, des répercussions de l'apport alimentaire et des éventuelles susceptibilités ou allergies (219). La personne qui allaite peut ressentir de la fatigue en raison du sommeil interrompu et des symptômes de la dépression post-partum (218). L'étiologie ou la ou les causes sous-jacentes des coliques sont inconnues, mais il a été suggéré qu'elles sont liées à une motilité anormale du tractus gastro-intestinal associée à l'immaturation de l'intestin ou à une carence de lactobacilles, ce qui contribue à provoquer de la douleur et des flatulences (218 à 219).

Beaucoup de traitements pour les coliques ont été suggérés et étudiés, bien que peu de données probantes appuient leur efficacité (220). Par exemple, l'on pense que les probiotiques sont une approche efficace pour traiter les coliques lorsque la cause est un déséquilibre de la microflore intestinale. Les probiotiques peuvent contribuer à réduire l'hyperpéristaltisme et la croissance d'E. coli, ainsi qu'à inhiber l'inflammation de l'intestin. Il est également possible d'essayer les médicaments destinés à réduire l'inconfort gastro-intestinal, comme le siméthicone, qui réduit les gaz dans l'intestin et en soulage les symptômes (220). Des thérapies physiques, comme les traitements chiropratiques ou les massages, ont été suggérées, mais les données probantes sont insuffisantes pour recommander l'usage de ces méthodes (220).

Un régime hypoallergénique pour la personne qui allaite est parfois recommandé afin de réduire les déclencheurs de coliques potentiels lorsque l'on soupçonne une allergie alimentaire chez le nourrisson par exposition au lait maternel (219 à 220). Les aliments que l'on recommande habituellement d'exclure du régime sont les produits laitiers, les poissons, les arachides, le soya, les noix et le blé. Toutefois, peu de données probantes étayent un régime hypoallergénique comme approche de traitement des symptômes de coliques. De nombreuses études ont produit des résultats équivoques à la suite de l'adoption d'un régime hypoallergénique afin de traiter les coliques (219). En outre, les modifications nécessaires au régime peuvent être difficiles à maintenir pour la personne qui allaite en raison des nombreux groupes alimentaires éliminés (219).

Bien que les traitements puissent ne pas produire d'amélioration des symptômes de coliques, il doit être recommandé à la personne qui allaite de continuer de le faire. Celle-ci doit également être rassurée et l'on doit reconnaître le stress et l'anxiété que les coliques peuvent causer (218 à 220).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Toronto Public Health Protocol #11: crying and colic in the breastfed baby [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé publique de Toronto; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/95f9-tph-breastfeeding-protocol-11-crying-colic-2013.pdf">https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/95f9-tph-breastfeeding-protocol-11-crying-colic-2013.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Un protocole destiné aux prestataires de soins de santé, y compris les critères d'évaluation et des suggestions d'enseignement aux parents.</li></ul>

### Introduction des compléments alimentaires

L'introduction d'aliments solides à six mois (ou 26 semaines) est associée à une réduction des habitudes d'allaitement (c.-à-d., d'exclusif à partiel) ou à leur arrêt complet (221 à 222). Bien que l'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois, d'autres autorités mondiales en matière de santé appuient l'introduction de compléments alimentaires pour nourrissons entre quatre et six mois. Malgré ces différences, il y a consensus entre les autorités en matière de santé sur le fait que l'introduction d'aliments solides avant 17 semaines (ou avant la fin de quatre mois) est associée de façon importante à des risques d'otite moyenne, d'allergies, de troubles respiratoires et gastro-intestinaux, et à l'obésité (221).

Il n'existe aucun risque ou contre-indication associés à l'allaitement exclusif jusqu'à six mois pour les nourrissons vivant dans les pays en développement et les pays développés. Au contraire, l'allaitement exclusif jusqu'à six mois a démontré d'importants résultats sur la santé pour la dyade d'allaitement (222). Pour le nourrisson, l'allaitement jusqu'à six mois réduit le risque d'infection et n'accroît pas le risque de déficit de croissance, tandis que pour la personne qui allaite, l'usage de la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (causée par un allaitement exclusif) comme mesure de contraception temporaire peut favoriser naturellement l'espacement des naissances (222).

Pour encourager d'éviter d'introduire (trop) tôt les aliments solides et promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, voici quelques stratégies destinées à la personne qui allaite et à sa famille (y compris à la ou les grand-mères) :

- Offrir des conseils de soutien et de l'information cohérente concernant les pratiques d'allaitement normales durant les six premiers mois du nourrisson.
- Informer les parents sur les habitudes d'allaitement normales du nourrisson par rapport à l'administration de préparations pour nourrissons. Cela comprend des séances d'alimentation plus fréquentes, des horaires d'alimentation plus irréguliers, un gain de poids plus lent et une probabilité plus élevée de séances d'alimentation nocturnes. De la même manière, informer les parents sur les paramètres de croissances normaux d'un nourrisson allaité par rapport à un autre nourri de préparations. Un gain de poids plus lent est une raison courante de l'introduction d'aliments solides.
- Rassurer et offrir davantage de soutien aux personnes qui allaitent et qui sont plus susceptibles d'introduire des aliments complémentaires avant six mois et de cesser ou réduire l'allaitement. Cela comprend les parents adolescents ou les nouveaux parents, ainsi que les personnes appartenant à une classe socio-économique modeste. Les parents de nourrissons mâles qui ont un poids plus élevé à la naissance ou qui sont plus difficiles à allaiter présentent un risque accru d'introduire précocement des aliments complémentaires.
- Informer les membres de la famille de l'importance de continuer d'encourager la personne qui allaite durant les six premiers mois suivant l'accouchement. Cela favorisera l'allaitement exclusif. Il est important de reconnaître les exigences de prendre soin d'un nourrisson et les perturbations du sommeil de la personne qui allaite et de créer des manières d'encourager la personne qui allaite à prendre davantage de repos.
- Mettre l'accent sur le fait que l'art d'être parent pour la personne qui allaite implique d'avoir un nourrisson qui sera régulièrement agité, qui pleurera souvent ou qui aura de la difficulté à se calmer.
- Indiquer aux parents que l'introduction d'aliments solides peut ne pas améliorer le sommeil du nourrisson ou le rendre plus calme. Encourager plutôt la personne qui allaite à nourrir le nourrisson plus fréquemment pour favoriser sa croissance et son développement.
- Informer les parents à propos des risques associés à l'introduction d'aliments solides, ainsi que du fait que le lait maternel peut suffire à un nourrisson en croissance (221 à 222).

### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
Centre de ressources Meilleur départ. Nourrir votre bébé : votre guide pour introduire de nouveaux aliments [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre de ressources Meilleur départ; 2016. Peut être consulté au : <a href="https://www.beststart.org/ressources/nutrition/feedingyourbaby/D12-E-FeedingYourBaby.pdf">https://www.beststart.org/ressources/nutrition/feedingyourbaby/D12-E-FeedingYourBaby.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide concernant la manière de nourrir un bébé de six mois à un an tout en continuant d'allaiter.</li> </ul>
Santé Canada; Société canadienne de pédiatrie; Les diététistes du Canada, et coll. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; c2015 (mis à jour le 19 janvier 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html">https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les principes comprennent la reconnaissance de l'allaitement en tant que source de nutrition pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants, alors que des aliments complémentaires sont introduits.</li> <li>■ Cette recommandation est favorable à l'allaitement jusqu'à deux ans ou au moment déterminé par la dyade d'allaitement.</li> </ul>

## Annexe F : Facteurs de risque pour un retard de la lactogénèse de stade II

Le début de la production accrue de lait, désigné sous le nom de lactogénèse de stade II, est un important développement qui favorise l'allaitement et les avantages qui y sont associés pour la personne qui allaite et le nouveau-né. Un retard du déclenchement de la lactogénèse de stade II désigne celui qui se produit de deux à huit jours après la naissance. Un tel retard a une prévalence élevée (entre 23 et 44 pour cent) aux États-Unis.

Les facteurs de risque pour un retard de la lactogénèse de stade II sont complexes (voir le **tableau 19**). Les interventions efficaces, comme le soutien et l'information, sont essentielles afin de réduire la durée de l'allaitement et la perte de poids excessive du nouveau-né.

**Tableau 19 : Facteurs de risque périnataux du retard du déclenchement de la lactogénèse de stade II dans les pays développés**

FACTEURS DE RISQUE PRÉNATAUX	FACTEURS DE RISQUE PERNATAUX	FACTEURS DE RISQUE POST-PARTUM	FACTEURS DE RISQUE POUR LES NOUVEAUX-NÉS
Primiparité	Deuxième stade d'accouchement prolongé	Mamelons plats ou invaginés	Macrosomie
IMC avant la grossesse élevé correspondant à un surpoids ou à de l'obésité	Médicaments utilisés pour soulager la douleur	Aucune sensation d'inconfort aux seins (ce qui suggère qu'il n'y a pas de production de lait accrue ou donne l'impression qu'il n'y a pas de lait)	Séparation de la dyade d'allaitement pour les examens cliniques ou l'admission à une unité néonatale de soins intensifs
Diabète sucré de type 1	Naissance par césarienne, en particulier sous anesthésie générale	Comportement d'allaitement sous-optimal dans les premiers jours de vie, selon des scores LATCH bas, un manque de stimulation ou un « vidage » du sein	Alimentation à base de préparations ou d'autre produit fabriqué d'alimentation de nourrissons
Diabète sucré de la grossesse	Taux de cortisol élevés liés au stress pernatal	Réponse en prolactine faible à la succion du nourrisson chez les personnes en surpoids ou obèses	Score Apgar faible aux minutes un et cinq
Âge avancé et primiparité	Travail et accouchement prématurés	Œdème à la poitrine dans les premières 48 heures	Âge gestationnel bas et primiparité
		Taille de poitrine possiblement et difficultés à trouver une position et une prise d'allaitement efficaces	Taux de cortisol élevés liés au stress

Sources : Matias S, Dewey K, Quesenberry C, et coll. Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(1):115–21; and Nommsen-Rivers L, Chantry C, Peerson J, et coll. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010; 92 (3):574-84.

## Annexe G : Importance de l'allaitement et conséquences et risques sur la santé à court et à long terme de ne pas allaiter

L'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement présentent des effets positifs sur la santé à court et à long terme pour la personne qui allaite et pour le nourrisson. Dans le cadre de la promotion et du soutien de l'allaitement, ces facteurs indiquent l'importance de l'allaitement en tant que pratique contribuant à réduire les taux de morbidité et de mortalité. Par contre, ne pas allaiter pose des risques pour la santé pour la dyade d'allaitement. Afin de prendre une décision éclairée concernant l'alimentation du nourrisson, il est nécessaire de discuter de ces effets positifs et négatifs.

**Tableau 20 : Importance de l'allaitement relative aux effets à court terme sur la santé pour les personnes qui allaitent et risques de ne pas allaiter**

EFFETS À COURT TERME SUR LA SANTÉ ET RISQUES DE NE PAS ALLAITER	
<b>Aménorrhée due à la lactation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Par rapport aux personnes qui n'ont pas allaité, celles qui ont principalement ou exclusivement allaité pendant plus de 12 mois présentaient 23 pour cent plus de chances que l'aménorrhée due à la lactation se poursuive six mois après l'accouchement.</li> <li>■ Celles qui ont pratiqué un allaitement partiel présentaient 21 pour cent plus de chances que l'aménorrhée due à la lactation se poursuive six mois après l'accouchement.</li> <li>■ L'allaitement exclusif et une plus longue durée d'allaitement, par rapport à une combinaison d'alimentations (c.-à-d., allaitement et préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons ou jeunes enfants), était associé à une hausse de la moyenne et de la médiane de la durée de l'aménorrhée due à la lactation.</li> </ul>
<b>Dépression post-partum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une durée d'allaitement réduite est associée à la dépression post-partum.</li> <li>■ Les données probantes ne permettent pas de démontrer si l'allaitement réduit l'association entre la dépression prénatale et la dépression post-partum.</li> </ul>
<b>Changement de poids après l'accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La plupart des études ont démontré une association faible ou nulle entre le changement de poids après l'accouchement et l'allaitement.</li> <li>■ On ignore si les personnes qui ont intentionnellement cherché à perdre du poids ont eu plus de succès si elles allaient ou non.</li> </ul>

Sources : Organisation mondiale de la santé; UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 2018. Orientations de mise en œuvre. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>; Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et coll. Breastfeeding and maternal health outcomes : a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(Suppl 467):96-113; Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in females. Osteoporos Int. 2017;28(2):495-503; et Stuebe A. Associations among lactation, maternal carbohydrate metabolism, and cardiovascular health. Clin Obstet Gynecol. 2015; 58 (4):827-39.

**Tableau 21 : Importance de l'allaitement relative aux effets à long terme sur la santé pour les personnes qui allaitent et risques de ne pas allaiter**

EFFETS À LONG TERME SUR LA SANTÉ ET RISQUES DE NE PAS ALLAITER				
<b>Ostéoporose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un examen systématique et une méta-analyse ont permis de découvrir un rapport dose-efficacité relié à l'allaitement, dans lequel une plus longue durée d'allaitement était associée positivement à une réduction du risque de fractures de la hanche et ostéoporotiques chez les femmes post-ménopausées.</li> </ul>			
<b>Cancer du sein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Environ vingt mille décès dus au cancer du sein pourraient être évités en améliorant les taux d'allaitement</li> </ul>			
	<b>Exclusivement allaité par rapport à jamais allaité</b>	<b>Allaité pendant moins de six mois par rapport à jamais allaité</b>	<b>Allaité pendant 6 à 12 mois par rapport à jamais allaité</b>	<b>Allaité pendant plus de 12 mois par rapport à jamais allaité</b>
	Réduction de 22 pour cent	Réduction des risques de 7 pour cent	Réduction des risques de 9 pour cent	Réduction de 23 à 26 pour cent
<b>Cancer de l'ovaire</b>	Réduction de 30 pour cent	Réduction de 17 pour cent	Réduction de 28 pour cent	Réduction de 37 pour cent

Sources : Organisation mondiale de la santé; UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 2018. Orientations de mise en œuvre. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>; Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et coll. Breastfeeding and maternal health outcomes : a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(Suppl 467):96-113; Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in females. Osteoporos Int. 2017;28(2):495-503; et Stuebe A. Associations among lactation, maternal carbohydrate metabolism, and cardiovascular health. Clin Obstet Gynecol. 2015; 58 (4):827-39.

\*L'annexe D comprend une discussion approfondie sur l'allaitement, ainsi que le diabète gestationnel et la dépression post-partum.

Acta Paediatrica a conçu une édition spéciale coordonnée par l'OMS est axée sur les effets de l'allaitement sur la santé pour les enfants et les personnes qui allaitent. L'ensemble des articles sont en accès libre et peuvent être consultés à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.2015.104.issue-S467/issuetoc>.

**Tableau 22 : Importance de l'allaitement relative aux effets à court et à long terme sur la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants et risques de ne pas allaiter**

EFFET SUR LA SANTÉ	RISQUES DE NE PAS ALLAITER SUR LA SANTÉ
<b>Mortalité (toutes les causes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un risque de mortalité plus élevé chez les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas allaités.</li> <li>■ Les nourrissons jusqu'à l'âge de 11 mois qui ne sont pas allaités présentent un risque de mortalité 1,8 fois plus élevé que ceux qui ont reçu du lait maternel.</li> <li>■ Les jeunes enfants jusqu'à l'âge de deux ans présentent un risque de mortalité deux fois plus élevé quand ils ne sont pas allaités, par rapport à ceux qui reçoivent du lait maternel.</li> </ul>
<b>Mortalité (liée aux infections)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le risque de mortalité liée aux infections est le plus élevé chez les nourrissons de 0 à 5 mois qui n'ont jamais été allaités, par rapport à ceux qui ont été principalement ou partiellement allaités.</li> <li>■ Chez les enfants âgés de 6 à 23 mois, on observe un risque de mortalité deux fois plus élevé sans allaitement, par rapport à ceux qui sont allaités.</li> <li>■ Les nourrissons exclusivement allaités présentent le risque le moins élevé de mortalité liée aux infections.</li> <li>■ L'allaitement partiel offre une protection modeste par rapport à aucun allaitement.</li> </ul>
<b>Tests d'intelligence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ On observe une association positive entre l'allaitement et les scores élevés aux tests d'intelligence.</li> <li>■ Une association causale est également suggérée pour l'allaitement et la cognition.</li> </ul>
<b>Croissance de l'enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les données probantes ne sont pas concluantes en ce qui concerne les paramètres de croissance (mesures de poids ou de taille) et l'allaitement.</li> <li>■ Les données probantes tirées des études effectuées dans des pays à revenus faibles et élevés indiquent une légère, mais importante réduction de l'IMC/poids pour les mesures de taille parmi les nourrissons allaités.</li> </ul>
<b>Malocclusions ou désalignement des dents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il existe une association positive entre une longue durée d'allaitement et la prévention de malocclusions.</li> </ul>
<b>Caries dentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'allaitement de la naissance jusqu'à 12 mois peut protéger contre les caries dentaires. Selon un examen systématique et une méta-analyse, une longue durée d'allaitement allant jusqu'à 12 mois, par rapport à une plus courte durée, permet de réduire le risque de caries. Cependant, certaines études ont permis de déterminer que les jeunes enfants allaités plus de 12 mois présentent un risque plus élevé de caries dentaires, par rapport à ceux allaités moins de 12 mois. Le risque de caries est plus élevé encore chez les jeunes enfants de moins de 12 mois allaités pendant la nuit ou fréquemment. Pour les nouveau-nés et les nourrissons allant jusqu'à 12 mois, les données probantes indiquent que l'allaitement peut protéger contre les caries.</li> </ul>
<b>Otite moyenne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le risque d'otite moyenne chez les nourrissons nourris de préparations est doublé par rapport aux nourrissons exclusivement allaités pendant trois mois ou plus.</li> </ul>

Source : Sankar M, Sinha B, Chowdhury R et coll. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr (Oslo)*. 2015;104(S467):3-13; et Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Allen KJ, Lodge CK. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr (Oslo)*. 2015;104(S467):62-84.

## Annexe H : Indications cliniques pour l'usage de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants

### Indications cliniques pour l'usage de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants

Un petit nombre d'indications cliniques pour les personnes qui allaitent et les nourrissons peuvent recommander l'usage de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants, soit sur une base temporaire ou permanente. Pour toute situation où on envisage de cesser l'allaitement et d'employer des préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants, il est nécessaire de discuter des effets négatifs et positifs dans le cadre d'un processus de prise de décision éclairée.

Tableau 23 : Conditions cliniques de la personne qui allaite

<b>Usage temporaire de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Maladie grave qui empêche à la personne de s'occuper du nourrisson (ex. : sepsie).</li><li>■ Lésions actives du VHS sur la poitrine de la personne et la bouche du nourrisson.</li><li>■ Usage de médicaments, comme l'iode radioactif, la chimiothérapie cytotoxique, l'usage fréquent ou prolongé d'iode topique ou d'iodophores, ainsi que les médicaments entraînant des effets secondaires de dépression respiratoire et de somnolence (y compris les opioïdes, les antiépileptiques et les médicaments psychotropes sédatifs).</li></ul>
--	--

Sources : Organisation mondiale de la Santé. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2009; et Organisation mondiale de la Santé. HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2012.

Notez que la ressource de l'OMS de 2009 sur laquelle se base le **tableau 23** indique également que l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une condition pour laquelle il est recommandé d'éviter complètement l'allaitement dans les cas où une source d'alimentation est acceptable, faisable, abordable, durable et sécuritaire (AFASS). Cette information a été omise du **tableau 23**, car l'OMS a mis à jour ses lignes directrices sur le VIH et l'alimentation de nourrissons depuis lors en se basant sur les changements apportés par l'offre et l'efficacité de la thérapie antirétrovirale. Comme l'infection au VIH et l'allaitement va au-delà de la portée du présent document, nous n'en parlerons pas davantage, mais pour obtenir plus de renseignements, consultez le document *VIH et alimentation de l'enfant 2010 : un cadre mis à jour pour les actions prioritaires* à l'adresse suivante : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241590777/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/fr/) Pour le contexte canadien, consultez : « *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* ». Cela se trouve dans la section Ressources de soutien à la page suivante.

Tableau 24 : Conditions cliniques du nourrisson

<p><b>Indications pour l'usage permanent de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Galactosémie classique.</li> <li>■ Leucinose.</li> <li>■ Phénylcétonurie. (Un peu d'allaitement peut être possible sous une surveillance attentive.)</li> </ul>
<p><b>Indications pour l'usage temporaire de préparations ou autres produits d'alimentation fabriqués pour nourrissons et jeunes enfants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un poids très faible à la naissance de 1500 grammes ou moins.</li> <li>■ Nourrissons nés bien avant terme ou avant 32 semaines de gestation.</li> <li>■ Le risque d'hypoglycémie dû à une adaptation métabolique déficiente ou à une demande accrue en glucose (ex. : petite taille pour l'âge gestationnel, bébé prématuré, hypoxie ou ischémie perinatales, enfant malade ou parent qui allaite diabétique) que l'allaitement n'est pas en mesure de traiter.</li> </ul>

Source : Organisation mondiale de la Santé. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2009.

#### Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Organisation mondiale de la Santé. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, 2009. Peut être consulté au : <a href="http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/">http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une liste des conditions cliniques pour les nourrissons qui peuvent nécessiter d'éviter l'exposition au lait maternel de façon temporaire ou permanente.</li> </ul>
<p>Santé Canada; Société canadienne de pédiatrie; Les diététistes du Canada, et al. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; c2015 (mis à jour le 18 août 2015). Peut être consulté au : <a href="https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html#a10">https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html#a10</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recommandations nationales du Canada en matière de pratiques d'alimentation de nourrissons de la naissance à six mois.</li> <li>■ En ce qui concerne les personnes qui ont accouché et sont séropositives, y compris celles qui suivent une thérapie antirétrovirale, la ligne directrice recommande d'éviter l'allaitement, car le virus peut être transmis par le lait maternel. La ligne directrice recommande que la personne qui allaite demande conseil quant au risque de la transmission du VIH durant la grossesse et la lactation pour appuyer une prise de décision éclairée.</li> </ul>

# Annexe I : Stratégies pour promouvoir et soutenir l'allaitement exclusif et continu comme norme culturelle

Pour établir l'allaitement exclusif et continu comme norme culturelle, il peut être informatif de comprendre les expériences des personnes qui ont allaité pendant six mois à deux ans (ou plus). Il est utile de déterminer quelles stratégies sont efficaces pour renforcer l'allaitement comme norme culturelle (comme fournir de l'information sur l'allaitement dans les écoles primaires et secondaires et intégrer des salles d'allaitement dans les campus collégiaux et universitaires). Une compréhension des attitudes vis-à-vis de l'allaitement en public peut informer les efforts posés pour répondre ou changer les valeurs et opinions actuelles, indiquant les aspects où des changements sont nécessaires afin de soutenir et de promouvoir un allaitement continu.

## Allaitement au-delà de six mois jusqu'à deux ans ou plus

Les recherches ont permis de déterminer certaines des principales caractéristiques des personnes qui allaitent leurs nourrissons au-delà de 12 mois :

- i) Elles reconnaissent et valorisent les avantages de l'allaitement pour la santé pour la personne qui allaite (ex. : une réduction des risques de diabète de type 2 et de cancers avant la ménopause, y compris les cancers du sein et de l'ovaire) et pour le nourrisson et le jeune enfant (ex. : protection immunitaire et réduction des risques de diabète de type 2, de certains cancers infantiles et d'obésité).
- ii) Elles sont plus susceptibles d'avoir un(e) conjoint(e) ou un(e) époux(se), un statut économique plus élevé, ainsi que de rester à domicile et de ne pas retourner travailler (le cas échéant) pour les six premiers mois suivant l'accouchement ou plus longtemps. Cela peut inclure ou non un congé parental.
- iii) Elles adoptent la philosophie de l'attachement parental, qui soutient des éléments tels que l'allaitement réactif basé sur les signes, dormir avec le bébé et porter le bébé contre elles.
- iv) Elles ont avec leur nourrisson ou jeune enfant une relation étroite mutuellement agréable (223).

Les recherches indiquent qu'il existe des opinions négatives au sein de la société sur l'allaitement au-delà de 12 mois, y compris une stigmatisation et une marginalisation, en particulier pour l'allaitement continu prolongé (223). Les expériences de stigmatisation peuvent affecter négativement l'assurance en l'allaitement et la décision de continuer d'allaiter ou non. En outre, la stigmatisation peut amener certaines personnes qui allaitent à se cacher, ce qui donne lieu à une pratique d'« allaitement dans le placard », dans lequel certains aspects de l'allaitement sont dissimulés ou niés par peur du jugement ou des opinions non désirées d'autrui.

Le personnel infirmier a un rôle important à jouer pour soutenir les personnes qui allaitent jusqu'à la petite enfance et au-delà, car il interagit fréquemment avec les familles dans le cadre de la pratique clinique courante (223). Comme le personnel infirmier possède des compétences en pensée critique et en prise de décisions basées sur les faits, il est très bien placé pour soutenir l'allaitement au-delà de la petite enfance. Pour ce faire, le personnel infirmier doit chercher à comprendre les expériences des personnes qui allaitent et ce que l'allaitement continu signifie pour elles; il doit ensuite se servir de cette compréhension pour adapter les interactions et les soins. En appliquant cette approche, le personnel infirmier peut être un agent de changement pour soutenir l'allaitement continu en tant que norme.

## Programmes scolaires sur l'allaitement au primaire et au secondaire

LOMS et UNICEF R.-U. recommandent l'inclusion d'interventions éducatives en milieu scolaire afin de favoriser les attitudes positives et d'accroître la sensibilisation sur l'allaitement (224). Les interventions éducatives auprès des enfants et des adolescents influencent positivement leurs connaissances sur l'allaitement (224). Les élèves des écoles primaires et secondaires sont en faveur de recevoir de l'information sur l'allaitement (224). En particulier, informer les élèves du secondaire sur l'allaitement est considéré comme pertinent, car c'est souvent pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte (c.-à-d., avant la conception) que l'on réfléchit aux décisions concernant l'alimentation de nourrissons. Comme beaucoup d'élèves peuvent ignorer l'importance de l'allaitement ou peuvent ne pas l'avoir remarquée

auparavant, l'inclusion d'un cours sur l'allaitement dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire crée une occasion de les informer à utiliser des informations précises basées sur des faits (225).

En plus d'accroître la sensibilisation à l'allaitement et à son importance, les interventions éducatives en milieu scolaire au primaire et au secondaire influencent également positivement les attitudes et intentions à l'égard de l'allaitement. Les études axées sur les répercussions des programmes scolaires en matière de santé sur les attitudes vis-à-vis de l'allaitement effectuées au Brésil, en Irlande du Nord, au Canada (en Nouvelle-Écosse et au sein d'une communauté Ojibwé) et aux États-Unis ont rapporté des effets positifs sur les attitudes et perceptions en matière d'allaitement (226). L'inclusion d'information sur l'allaitement dans les programmes scolaires en a fait la promotion en tant que norme culturelle et a exercé un effet positif sur les intentions d'allaiter dans le futur (226).

### **Allaitement sur les campus**

Afin de soutenir un allaitement exclusif et continu sur les campus, des mesures de soutien sont requises (227). Les études suggèrent que les stratégies comme être en mesure de tirer son lait sur le campus, avoir accès à des lieux de rangement du lait maternel et recevoir le soutien des élèves et de la faculté a contribué pour les personnes qui allaitent à prendre la décision de continuer d'allaiter (227).

La Breastfeeding Friendly Campus Initiative ([www.bfcampuses.ca](http://www.bfcampuses.ca)) présente une stratégie détaillée pour soutenir les personnes qui allaitent et qui fréquentent les établissements d'enseignement postsecondaires en Ontario, au Canada. L'objectif de la stratégie est d'informer les établissements d'enseignement quant à leur devoir d'accommoder les élèves qui allaitent, afin de sensibiliser les élèves sur leurs droits en tant que personnes qui allaitent et d'informer la faculté de ses obligations de disposer d'installations d'allaitement sur le campus.

### **Attitudes vis-à-vis de l'allaitement dans les espaces publics**

Dans la province de l'Ontario, au Canada, l'allaitement en public est protégé en tant que droit de la personne par le Code des droits de la personne de l'Ontario. Malgré cette protection légale et le soutien de la société envers l'allaitement, les attitudes négatives persistent vis-à-vis de l'allaitement dans les espaces publics, comme les centres commerciaux ou les restaurants. Ces attitudes comprennent le sentiment que l'allaitement devrait être effectué discrètement ou limité aux salles de bains afin d'éviter d'exposer un sein et de respecter le confort d'autrui (228 à 229). De telles attitudes et les limites qu'elles imposent à l'allaitement public peuvent représenter des obstacles à l'allaitement exclusif et continu, influencer la décision des personnes qui allaitent de poursuivre l'allaitement ou d'entreprendre le sevrage (228).

Des stratégies de promotion de l'allaitement doivent être mises en œuvre afin de changer les attitudes et de renforcer l'allaitement en tant que droit de la personne. Pour que les personnes qui allaitent se sentent à l'aise d'allaiter dans les espaces publics, elles doivent avoir l'autonomie et l'équité (230). Malgré le fait que les espaces publics sont ouverts et légalement accessibles à tous, les personnes qui allaitent (ou d'autres personnes) peuvent avoir l'impression de ne pas avoir une égalité d'accès à ces espaces. Elles peuvent également sentir qu'elles doivent respecter les normes sociales (comme la discrétion) (230). Normaliser l'allaitement donne aux personnes qui allaitent le droit de nourrir leurs nourrissons dans les espaces privés et publics et d'être traitées en égales qui ne sont pas désavantagées ou confinées aux salles de bains, ou qui ne font pas l'objet de critiques ou d'hostilité (230). Créer une culture où l'allaitement est normalisé nécessite de donner aux personnes qui allaitent le droit de faire des choix de manière autonome concernant l'endroit où elles allaitent et leur visibilité dans les espaces publics (230).

## Ressources de soutien

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>ALLAITEMENT DE SIX MOIS À DEUX ANS, OU PLUS LONGTEMPS</b>	
<p>Tedder J. The roadmap to breastfeeding success: teaching child development to extend breastfeeding duration. <i>J Perinat Educ.</i> 2015; 24 (4):239-248. Peut être consulté au : <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718010/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718010/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un projet clinique basé sur des données probantes qui recommande l'allaitement pendant un an ou plus et intègre la théorie du développement de l'enfant.</li> </ul>
<b>L'ALLAITEMENT COMME NORME CULTURELLE</b>	
<p>Comité canadien pour l'allaitement [Internet]. [Lieu inconnu] : Comité canadien pour l'allaitement; c2014. Peut être consulté au : <a href="https://breastfeedingcanada.ca/fr/">https://breastfeedingcanada.ca/fr/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un site Web conçu par le CCA.</li> <li>■ La vision du CCA est d'établir l'allaitement comme norme culturelle pour l'alimentation du nourrisson au Canada.</li> </ul>
<b>PROGRAMMES SCOLAIRES SUR L'ALLAITEMENT</b>	
<p>Groupe de travail sur la promotion de l'allaitement maternel de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO). Trousse d'information et d'activités au sujet de l'allaitement maternel à l'intention des enseignants du secondaire [Internet]. Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario; 2009. Peut être consulté au : <a href="http://www.opho.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf">http://www.opho.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une trousse d'information destinée aux enseignants afin de promouvoir l'allaitement auprès des élèves du secondaire.</li> <li>■ Comprend des activités, des expériences d'apprentissage structurées et des ressources sur l'allaitement.</li> </ul>
<b>SOUTENIR L'ALLAITEMENT DANS LES MILIEUX COMMUNAUTAIRES</b>	
<p>Agence de la santé publique du Canada. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Un guide pratique pour les programmes communautaires. 2<sup>e</sup> édition [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/BreastfeedingPHACworkbook.pdf">https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/BreastfeedingPHACworkbook.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un guide visant à aider les communautés à déterminer des stratégies pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement selon le contexte de santé de la population, y compris en faisant participer la communauté en tant que partenaire et en évoluant vers une communauté favorable à l'allaitement.</li> </ul>

## SOUTENIR L'ALLAITEMENT DANS LES MILIEUX COMMUNAUTAIRES

Breastfeeding Committee of the Wisconsin Partnership for Activity and Nutrition. Ten steps to breastfeeding friendly child care centers resource kit [Internet]. Madison (Wisconsin) : Wisconsin Department of Health Services; 2016. Peut être consulté au : <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p0/p00022.pdf>

- Une trousse axée sur les stratégies de promotion de l'allaitement dans les centres de la petite enfance en créant un environnement approprié favorable à l'allaitement, par exemple : a) en affichant des photos de familles qui allaitent appartenant à des ethnies et des races diverses et b) en utilisant du matériel éducatif sur l'allaitement diversifié sur le plan culturel.

## EXPÉRIENCES D'ALLAITEMENT EN PUBLIC

Toronto. Breastfeeding in public [Internet]. Toronto (Ontario) : Ville de Toronto; 2018. Peut être consulté au : <https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/breastfeeding/breastfeeding-in-public/>

- Une ressource axée sur l'allaitement en public en tant que droit de la personne.
- Comprend des stratégies qui peuvent être adoptées si une personne se fait demander de cesser d'allaiter en public.

From Bump to Breastfeeding: Feeding Out and About [Vidéo]. Royaume-Uni : Best Beginnings; 2008. Peut être consulté au : <https://www.bestbeginnings.org.uk/feeding-out-and-about/3d272399-9120-4d5f-b619-aae5193bfe93>

- Un extrait de la série vidéo « *Bump to Breastfeeding* » portant sur les expériences d'allaitement en public.

Ten square metres of love [Vidéo]. [Lieu inconnu] : UNICEF; 2015. Peut être consulté au : [https://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html)

- Une campagne promotionnelle de santé sur l'allaitement visant à promouvoir l'allaitement en public, y compris dans les endroits désignés pour l'allaitement.

## Annexe J : Ressources générales sur l'allaitement au sein

La liste des ressources qui suit n'est pas exhaustive, mais présente plutôt des sélections repérées dans le cadre des examens systématiques, en employant les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, recueillies par le groupe d'experts ou les commentaires des intervenants externes. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

### PROMOTION DE L'ALLAITEMENT AU CANADA ET DANS LE MONDE

<p>Comité canadien pour l'allaitement [Internet]. [Lieu inconnu] : Comité canadien pour l'allaitement; 2014. Peut être consulté au : <a href="https://breastfeedingcanada.ca/fr/">https://breastfeedingcanada.ca/fr/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Le CCA est une initiative de Santé Canada et compte parmi ses membres des organisations professionnelles et de consommateurs, ainsi que des spécialistes en allaitement.</li><li>■ Le CCA cherche à établir l'allaitement comme norme culturelle pour l'alimentation du nourrisson au Canada.</li></ul>
<p>Initiative Amis des bébés Ontario [Internet]. [Lieu inconnu] : IAB Ontario; 2018. Peut être consulté au : <a href="http://www.bfontario.ca">http://www.bfontario.ca</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ L'autorité provinciale du CCA. Sa mission est de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement dans la province de l'Ontario, au Canada, au moyen de l'adoption, de la mise en place et du maintien des normes de pratique de l'IAB.</li></ul>
<p>Stratégie IAB pour l'Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Michael Garron Hospital; 2012. Peut être consulté au : <a href="http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657&amp;lang=1">http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657&amp;lang=1</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ La stratégie IAB pour l'Ontario fournit aux hôpitaux et aux organisations de santé communautaires de la formation, des outils, des conseils et des ressources d'information pour soutenir la désignation IAB.</li></ul>
<p>Ressources en allaitement de l'Ontario [Internet]. [Lieu inconnu] : Stratégie IAB pour l'Ontario; [date inconnue]. Peut être consulté au : <a href="http://breastfeedingresourcesontario.ca/">http://breastfeedingresourcesontario.ca/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Ressources harmonisées à l'IAB étayées par des données probantes et une haute qualité pour faciliter la transmission des connaissances et le partage des ressources en matière de pratiques exemplaires.</li></ul>
<p>Thèmes de santé. Allaitement [Internet]. [Lieu inconnu] : Organisation mondiale de la santé, 2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/">https://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Le site Web comprend des liens sur les thèmes de l'allaitement, notamment des renseignements généraux, des publications, l'IAB et des statistiques.</li></ul>

PROMOTION DE L'ALLAITEMENT AU CANADA ET DANS LE MONDE	
<p>UNICEF Royaume-Uni The Baby-Friendly Initiative [Internet]. [Lieu inconnu] : UNICEF; 2018. Peut être consulté au : <a href="https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/">https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le site Web comprend plusieurs ressources sur l'IAB, de l'information sur le contact peau à peau, l'allaitement réactif basé sur les signes et d'autres thèmes liés à l'allaitement.</li> </ul>
RESSOURCES POUR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	
<p>Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice (American College of Obstetrics and Gynecology, 2016). <a href="https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice">https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un document sur l'avis du comité de l'ACOG présentant le rôle unique des obstétriciens et des gynécologues pour soutenir l'allaitement.</li> </ul>
<p>Physician Breastfeeding Reference Manual &amp; Quick Reference Guide, Baby-Friendly Newfoundland &amp; Labrador (2016). <a href="http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/physician-breastfeeding-reference-manual-quick-reference-guide">http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/physician-breastfeeding-reference-manual-quick-reference-guide</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource en deux parties sur l'allaitement comprenant un guide de référence rapide accompagné d'un manuel de référence détaillé.</li> <li>■ La ressource est conçue pour aider les principaux prestataires de soins de santé à encourager l'allaitement, données probantes à l'appui.</li> </ul>
AUTRES RESSOURCES	
<p>La santé avant la grossesse (Centre de ressources Meilleur départ, 2017). <a href="http://www.sante-avant-grossesse.ca/breastfeeding/">http://www.sante-avant-grossesse.ca/breastfeeding/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource portant sur la santé avant la grossesse, y compris le parentage et l'allaitement.</li> </ul>
<p>Programme d'information prénatale (Centre de ressources Meilleur départ, 2017). <a href="http://en.beststart.org/resources-and-research/prenatal-education-program">http://en.beststart.org/resources-and-research/prenatal-education-program</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une ressource prénatale qui met l'accent sur les renseignements de base sur l'allaitement (en anglais).</li> </ul>
<p>Services d'allaitement bilingues en ligne de l'Ontario <a href="https://ontariobreastfeeds.ca/fr/accueil/">https://ontariobreastfeeds.ca/fr/accueil/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un annuaire des services d'allaitement en ligne pour l'Ontario, au Canada, y compris ceux offerts en français et en anglais.</li> </ul>

## Annexe K : Description de la Trousse

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires peuvent être mises en pratique avec succès si les soutiens organisationnels, administratifs ainsi qu'à la planification et aux ressources sont adéquats et si la facilitation est appropriée. Afin de favoriser la mise en œuvre avec succès, un comité d'experts de l'AIIAO, réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs, a mis au point la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012). La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités de facilitation lors de la mise en œuvre de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de « mise en pratique des connaissances » (87) :

1. Détermination du problème : Identification, examen et sélection des connaissances (ex. : lignes directrices des pratiques exemplaires).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
  - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances
  - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'utilisation des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'utilisation des connaissances.

La mise en œuvre des lignes directrices afin de réussir à changer les pratiques et à obtenir un impact clinique positif est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à [www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition](http://www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition)







**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER  
LES SOINS INFIRMIERS  
PAR LA CONNAISSANCE

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

ISBN 978-1-926944-76-0



9 781926 944760

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**