

Avec
supplément
sur les
révisions
2007

Septembre 2003

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Bâtir l'avenir des soins infirmiers

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières



Registered Nurses
Association
of Ontario

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



Mot de bienvenue de Doris Grinspun

Directrice exécutive

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) diffuse cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de la RNAO pour mener à bien ce projet, contribuera un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel d'offres et ouvrent leurs établissements pour mettre à l'essai le projet des LDPESI.

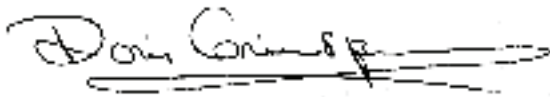
C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de ces LDPESI nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes de personnes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que d'autres lignes directrices, avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation des futures lignes directrices. Nous vous souhaitons une mise en place des plus réussies!

Doris Grinspun, inf.aut, M.Sc.Inf., PhD (doctorante)



Directrice exécutive

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Il n'est ni nécessaire ni pratique que chaque infirmière ait en main un exemplaire complet des lignes directrices. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette ligne directrice contient quelques formats suggérés pour ces adaptations locales.

Les établissements qui désirent utiliser les lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les lignes directrices.
- Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus sur le plan des pratiques professionnelles ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience. Des ressources de mise en place seront mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Membres du groupe d'élaboration de la Ligne directrice

Monique Stewart, inf.aut., B.Sc.inf, M.inf.

Chef d'équipe

*Responsable de l'élaboration des programmes
Direction de santé publique et de soins de
longue durée de la Ville d'Ottawa
Unité de médecine communautaire et
d'épidémiologie
Ottawa (Ontario)*

Gwen Bennett, inf.aut., BAAN

*Infirmière en santé publique
Circonscription sanitaire du district de
Simcoe
Barrie (Ontario)*

**Anne-Marie Desjardins, inf.aut., M.Sc.Inf.,
IBCLC**

*Pratique privée
Toronto (Ontario)*

**Sandy Dunn, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.,
IBCLC**

*Perinatal Partnership Program of Eastern
and Southeastern Ontario
Ottawa (Ontario)*

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

*Infirmière en santé publique
Services communautaires de la Ville
d'Ottawa
Programme Bébé en santé; enfants en santé
Ottawa (Ontario)*

Lorna Larsen, inf.aut., B.Sc.Inf.

*Directrice de la promotion de la santé
Commission d'hygiène du comté d'Oxford
Woodstock (Ontario)*

Denna Leach, inf.aut., B.Sc.Inf., B.Ed.

*Infirmière en santé publique
Circonscription sanitaire de Grey Bruce
Owen Sound (Ontario)*

Tammy McBride, inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

*Saint Elizabeth Health Care
Toronto (Ontario)*

**Heather McConnell, inf.aut., B.Sc.Inf.,
MA(Ed)**

*Facilitatrice – directrice de projet
Projet des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)*

**Joyce Ridge, inf.aut., M.Inf., PNC(C),
IBCLC**

*Infirmière clinicienne spécialisée
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)*

Laura Samaras, inf.aut.

*Consultante en lactation
St. Joseph's Health Centre
Toronto (Ontario)*

Judy Sheeshka, Ph.D., R.D.

*Professeure agrégée
Department of Family Relations
& Applied Nutrition
Université de Guelph
Guelph (Ontario)*



Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières

Équipe de projet :

Tazim Virani, inf. aut., M.Sc. Inf.
Directrice de projet

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc. Inf., M.A. (Ed.)
Coordonnatrice de projet

Josephine Santos, inf. aut., M. Inf.
Coordonnatrice de projet

Myrna Mason, inf. aut., M. Inf., GNC(c)
Coordonnatrice – Réseau des champions des pratiques exemplaires

Carrie Scott
Adjointe administrative

Elaine Gergolas, B.A.
Coordonnatrice de projet –
Bourses de recherche en pratique clinique avancée

Keith Powell, B.A., AIT
Rédacteur Web



Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

111, rue Richmond Ouest, bureau 1208

Toronto (Ontario) M5H 2G4

Site Web : www.rnao.org/bestpractices

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que pour leurs précieux commentaires :

Vicki Bassett, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed., IBCLC

Infirmière clinicienne enseignante
Obstétrique et gynécologie
Ottawa Hospital/Civic Campus
Ottawa (Ontario)

Micheline Beaudry, PhD

Professeure titulaire
Département des Sciences
des Aliments et de Nutrition
Université Laval
Québec, Québec

Pam Carr, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.

Directrice de la santé familiale
Programme Bébé en santé; enfants en santé
Circonscription sanitaire de Kingston,
Frontenac et Lennox et Addington
Kingston (Ontario)

Angela Finkel, inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC

Consultante clinique auprès des mères et des
nouveau-nés
Saint Elizabeth Health Care
Markham (Ontario)

Joan Fisher, inf.aut., B.Inf., M.Ed., IBCLC

Pratique privée
Ottawa (Ontario)

Peggy Govers, inf.aut., M.Sc.Inf.

Directrice, équipe de la santé reproductive et
de la santé des enfants
Circonscription sanitaire du district de
Simcoe
Barrie (Ontario)

Lilly Hsu

Consommatrice
Markham (Ontario)

Raylene MacLeod, inf.aut.

Infirmière clinicienne
Unité des mères et des bébés
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Susan Moxley, inf.aut., M.Ed., IBCLC

Consultante indépendante
Ottawa (Ontario)

Dr J. Newman, MD, FRCPC

Pédiatre
Toronto (Ontario)

Debbie O'Brien, inf.aut.

Obstétrique
Temiskaming Hospital
New Liskeard (Ontario)

Jennifer Pennock

Consommatrice
Ottawa (Ontario)

Deanna Rattmann, RPN, IBCLC

Pratique privée
Burlington (Ontario)

**Janice Riordan, Ed.D., ARNP, IBCLC,
FAAN**

Professeure agrégée
Maternal-Child, Women's Health
Wichita State University, School of Nursing
Wichita (Kansas)

Pat Ripmeester, inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Coordonnatrice de la promotion de la santé
et des services cliniques
Bureau de santé du comté de Renfrew et du
district
Pembroke (Ontario)

Cathy Rush, inf.aut.

Infirmière soignante
Unité de soins combinés post-partum
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Jean Samuel, inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Service de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Brenda Scott, inf.aut., IBCLC

Clinique de soutien à l'allaitement
Services de santé de Grey Bruce
Owen Sound (Ontario)

Hilda Swirsky, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Unité ante-partum/post-partum
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Diana Warfield, inf.aut., IBCLC

Centre de santé communautaire
Somerset West
Ottawa (Ontario)

Connie Wowk, ISC, B.Sc.Inf., IBCLC

Infirmière en santé publique et consultante
en lactation
Équipe de santé familiale
Circonscription sanitaire de Kingston,
Frontenac et Lennox et Addington
Kingston (Ontario)

Pam Wright, inf.aut.

Infirmière soignante
Unité de soins combinés post-partum
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Donna Zukiwski, inf. aux. aut., IBCLC

Lactation Consultants Association of
Southern Ontario
Burlington (Ontario)

**St. Elizabeth Health Care
Home Health Care Focus Group**

Toronto (Ontario)

Sharon Crossan, inf.aut., IBCLC

Sharon Cunningham, inf.aut.

Mary Harling, inf.aut.

Louise Murray, inf.aut., B.Sc.Inf.

Chrysta Nagy-Farberman, inf.aut., B.Sc.Inf.,
IBCLC

Annette Neill, inf.aut.

Joan Turnbull, inf.aut., IBCLC

La RNAO tient à souligner le rôle des établissements suivants à Sudbury, en Ontario, dans la mise à l'essai de cette Ligne directrice :

Programme des familles et des enfants
St. Joseph's Health Centre Site
Hôpital Régional Sudbury Regional
Hospital

Équipe de santé familiale
Circonscription sanitaire de Sudbury et du
district

La RNAO tient à souligner le leadership et le dévouement des chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'équipe d'évaluation comprend les membres suivants :

Chercheuses principales :
Nancy Edwards, inf. aut., Ph. D.
Barbara Davies, inf. aut., Ph. D.
Université d'Ottawa

Équipe d'évaluation :
Maureen Dobbins, inf. aut., Ph. D.
Jenny Ploeg, inf. aut., Ph. D.
Jennifer Skelly, inf. aut., Ph. D.
Université McMaster
Patricia Griffin, inf. aut., Ph. D.
Université d'Ottawa

Personnel du projet :
Université d'Ottawa
Barbara Helliwell, B.A.(Hons); Marilyn Kuhn, MHA; Diana Ehlers, M.A.(SW), M.A.(Dem);
Christy-Ann Drouin, B.B.A.; Sabrina Farmer, B.A.; Mandy Fisher, B,Inf. M.Sc.(cand); Lian Kitts,
inf.aut.; Elana Ptack, B.A.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
111, rue Richmond Ouest, bureau 1208
Toronto (Ontario)
M5H 2G4

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Siège social
438, av. University, bureau 1600
Toronto (Ontario)
M5G 2K8

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières.

Déclin de responsabilité

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires ne s'applique qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prend pas en compte les implications financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer cette Ligne directrice et son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux désirs du patient et de sa famille, ainsi qu'aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ou une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni la RNAO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette Ligne directrice, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Dans le présent document, toute référence à des produits pharmaceutiques spécifiques n'implique aucunement que ces produits soient recommandés.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2003). *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Table des matières

Résumé de recommandations.....	10
Interprétation des données probantes	14
Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice	15
Intention et champ d'activité	15
Processus d'élaboration de la Ligne directrice	17
Définitions.....	19
Contexte	23
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	29
Recommandations relatives à la formation	51
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	54
Évaluation et surveillance.....	55
Mise en œuvre	56
Processus de mise à jour et d'examen de la Ligne directrice	58
Références bibliographiques.....	59
Bibliographie.....	68

Annexe A	- Stratégie de recherche des données probantes existantes	71
Annexe B	- Initiative amis des bébés ^{MC}	76
Annexe C	- Promotion de l'action communautaire	83
Annexe D	- Outil d'évaluation prénatal	84
Annexe E	- Outils d'évaluation post-partum	86
Annexe F	- Positions pour l'allaitement maternel	88
Annexe G	- Prise du sein, transfert du lait et allaitement maternel efficace	90
Annexe H	- Arbre de décision immédiat postpartum	93
Annexe I	- Ressources d'éducation sur l'allaitement maternel	94
Annexe J	- Services de soutien à l'allaitement maternel	99
Annexe K	- Outils d'évaluation lors du congé	100
Annexe L	- Lignes directrices de la Société canadienne de pédiatrie sur la facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme	105
Annexe M	- Exercices de pratique réflexive	108
Annexe N	- Cours sur l'allaitement maternel disponibles sur Internet	110
Annexe O	- Initiative des hôpitaux amis des bébés ^{MC} – Accréditation	112
Annexe P	- Description de la trousse d'outils	119

Résumé des recommandations

	RECOMMANDATION	*NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
Recommandations relatives à la pratique	1 Les infirmières adoptent l'Initiative des hôpitaux amis des bébés ^{MC} (IHAB), lancée conjointement en 1992 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). L'IHAB stipule que les établissements de soins de santé doivent satisfaire les « dix conditions pour le succès de l'allaitement ».	III
	1.1 Les infirmières ont un rôle à jouer pour favoriser les « milieux conviviaux pour l'allaitement » : <ul style="list-style-type: none"> ■ en préconisant la mise en place d'établissements et de systèmes favorables, par exemple les garderies, les zones « maman et bébé » pour l'allaitement, des zones publiques pour l'allaitement, une aide disponible 24 heures sur 24 offerte aux familles qui éprouvent des difficultés avec l'allaitement; et ■ en encourageant l'action communautaire relative à l'allaitement maternel. 	III
	2 Les infirmières et les établissements de soins de santé adoptent la recommandation de l'OMS relative à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec l'introduction d'aliments d'appoint et le maintien de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà par la suite.	I
	3 Les infirmières procèdent à une évaluation exhaustive relative à l'allaitement de la mère/du bébé/de la famille, avant et après la naissance, afin de faciliter l'intervention et l'élaboration d'un plan d'allaitement.	III
	3.1 Parmi les composants clés de l'évaluation prénatale, on doit inclure : <ul style="list-style-type: none"> ■ les variables personnelles et démographiques pouvant influencer les taux d'allaitement; ■ l'intention d'allaiter; ■ l'accès au soutien de l'allaitement maternel, y compris les personnes les plus proches et les pairs; ■ l'attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel chez les prestataires de soins de santé, les personnes les plus proches et les pairs; et ■ les facteurs physiques, y compris les seins et les mamelons, pouvant avoir un impact sur la capacité d'allaiter d'une femme. 	III

*Voir la page 14 pour obtenir des renseignements sur « l'interprétation des données probantes ».

	RECOMMANDATION	NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
Recommandations relatives à la pratique (suite)	<p>3.2 Parmi les composants clés de l'évaluation postnatale, on on doit inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les médicaments intrapartum; ■ le niveau d'inconfort physique de la mère; ■ l'observation du positionnement, de la prise du sein et de la succion; ■ les signes de transfert du lait; ■ la capacité de la mère à reconnaître les signes de faim du bébé; ■ l'interaction entre la mère et le bébé et la réponse de la mère aux signes de faim; ■ la perception de la mère relativement aux signes de satisfaction/satiété du bébé; ■ la capacité de la femme à reconnaître les personnes les plus proches qui sont disponibles et qui soutiennent sa décision d'allaiter; ■ l'expérience vécue lors de l'accouchement; et ■ l'évaluation physique du bébé. 	III
	<p>3.3 Les établissements doivent être encouragés à développer, à adopter ou à adapter des outils d'évaluation qui englobent des éléments clés de l'évaluation et qui répondent aux besoins de leur établissement local.</p>	III
	<p>4 Les infirmières renseigneront les couples en âge d'avoir des enfants, les mères/les couples/les familles qui attendent un enfant, afin de les aider à prendre une décision éclairée concernant l' allaitement. Les renseignements fournis doivent comprendre, au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les avantages de l'allaitement (niveau I); ■ les questions relatives au mode de vie (niveau III); ■ la production de lait (niveau III); ■ les positions pour l'allaitement (niveau III); ■ la prise du sein/le transfert de lait (niveau II-2); ■ la prévention et la gestion des problèmes (niveau III); ■ les interventions médicales (niveau III); ■ quand demander de l'aide (niveau III); et ■ où obtenir des renseignements et des ressources supplémentaires (niveau III). 	
	<p>5 Les cours d'éducation sur la santé donnés à de petits groupes informels, donnés avant la naissance, ont un meilleur impact sur les taux de début de l'allaitement maternel que les documents sur l'allaitement à eux seuls ou combinés avec des méthodes d'enseignement formelles et non interactives.</p>	I

	RECOMMANDATION	NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
Recommandations relatives à la pratique (suite)	5.1 L'évaluation des programmes d'éducation doit être prise en considération afin d'évaluer l'efficacité des cours prénataux sur l'allaitement maternel.	II-2
	6 Les infirmières procèdent à une évaluation exhaustive de la mère/du bébé avant le congé de l'hôpital.	III
	6.1 Si la mère et l'enfant reçoivent leur congé dans les 48 heures qui suivent la naissance, une évaluation de suivi en personne doit être effectuée dans les 48 heures qui suivent le congé par un professionnel de la santé qualifié, comme une infirmière en santé publique ou une infirmière communautaire spécialisée en soins de la mère/du nouveau-né.	III
	6.2 Le congé de la mère et du bébé après 48 heures doit être suivi par un appel téléphonique dans les 48 heures qui suivent le congé.	III
	7 Des infirmières qui possèdent de l'expérience et des compétences en allaitement maternel doivent donner un soutien aux mères. Ce soutien doit être établi avant la naissance, maintenu après la naissance et doit impliquer un contact face à face.	I
	7.1 Les organismes doivent songer à établir et à soutenir des programmes de soutien par les pairs, seuls ou en combinaison avec un enseignement individualisé donné par les professionnels de la santé, avant et après la naissance.	I
Recommandations relatives à l'éducation	8 Les infirmières fournissant un soutien à l'allaitement maternel doivent recevoir une éducation obligatoire en allaitement maternel afin de développer les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour mettre en œuvre la politique relative à l'allaitement maternel et pour soutenir les mères qui allaitent.	II-2
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	9 Les établissements doivent revoir leurs programmes d'éducation sur l'allaitement maternel afin de les rendre appropriés pour les membres du public et, au besoin, apporter les changements nécessaires en se basant sur les recommandations fournies dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires.	III
	10 Les établissements/organismes doivent travailler en vue d'obtenir l'accréditation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés ^{MC} .	III

	RECOMMANDATION	NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
<p>Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements (suite)</p>	<p>11 Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être mises en œuvre avec succès que lorsqu'il existe une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée. Les organismes peuvent souhaiter élaborer un plan de mise en œuvre qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à l'éducation. ■ L'implication de tous les membres (dans un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre. ■ Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre. ■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires. ■ Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices. <p>À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la <i>Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i> basée sur les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus. Cette trousse est recommandée pour l'orientation de la mise en œuvre des <i>Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières</i>.</p>	<p>III</p>



Interprétation des données probantes

L'Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2000) a eu recours au *Guide to Clinical Preventive Services* de l'U.S. Preventive Services Task Force (1996) comme cadre pour décrire la qualité des données probantes. Cette taxonomie, décrite par l'AWHONN (2000), a été sélectionnée pour le niveau des données probantes des recommandations faites dans ce guide.

NIVEAU I	Données probantes obtenues grâce à au moins un essai contrôlé randomisé bien conçu, plus le consensus du groupe d'experts.
NIVEAU II-1	Données probantes obtenues grâce à des essais contrôlés bien conçus, sans randomisation, plus le consensus du groupe d'experts.
NIVEAU II-2	Données probantes obtenues grâce à des études analytiques par cohortes ou avec contrôle de cas bien conçues, préférablement menées par plus d'un centre ou groupe de recherche, plus le consensus du groupe d'experts.
NIVEAU II-3	Données probantes provenant de multiples séries chronologiques, avec ou sans intervention. Des résultats importants obtenus lors d'expériences sans contrôle (par exemple, les résultats de l'introduction du traitement par pénicilline pendant les années 1940) pourraient également être considérés comme des données probantes de ce type, plus le consensus du groupe d'experts.
NIVEAU III	Opinion d'autorités respectées, basées sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts, plus le consensus du groupe d'experts.

Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), avec le soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, s'est lancée sur un projet d'une durée de plusieurs années, traitant de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, d'une mise en œuvre pilote, de leur évaluation et de leur diffusion. Dans ce troisième cycle du projet, l'un des domaines sur lesquels l'Association se concentre est l'allaitement maternel. Cette ligne directrice a été élaborée par un groupe d'infirmières et d'autres professionnels de la santé convoqué par la RNAO, qui a effectué son travail de façon impartiale, sans influence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

15

Intention et champ d'activité

Cette ligne directrice a comme intention d'améliorer les résultats de l'allaitement maternel pour les mères et les bébés, d'aider les praticiens à appliquer aux décisions cliniques les meilleures données probantes disponibles provenant d'études, et de favoriser l'utilisation responsable des ressources de santé. De plus, les lacunes dans la disponibilité de la pratique fondée sur les données probantes seront mises en évidence. Les infirmières qui travaillent dans des domaines spécialisés ou auprès de bébés ou de familles ayant des besoins spéciaux (p. ex., bébés prématurés) auront besoin d'une orientation supplémentaire en matière de pratique provenant de lignes directrices sur les pratiques dans leur domaine particulier.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des déclarations élaborées de façon systématique afin de venir en aide aux praticiens et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). L'intention de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est de fournir aux infirmières praticiennes une orientation applicable à tous les cadres de pratique (institutionnels et communautaires) afin que les expériences de l'allaitement maternel soient réussies et agréables. La promotion de l'allaitement maternel dans le contexte de ce document inclut les concepts de la promotion, de la protection et du soutien de l'allaitement.

La présente ligne directrice fournit des recommandations dans trois domaines: 1) les recommandations relatives à la pratique à l'intention de l'infirmière; 2) les recommandations relatives à l'éducation, axées sur les compétences requises pour la pratique; et 3) les recommandations relatives à l'établissement et aux règlements, qui abordent l'importance d'un environnement favorable comme facteur permettant de fournir des soins infirmiers de haute qualité, ce qui inclut l'évaluation continue de la mise en œuvre des lignes directrices.

La présente ligne directrice inclut des recommandations qui s'adressent aux infirmières autorisées (inf. aut.) et aux infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.). Bien que ces lignes directrices soient rédigées à l'intention de l'infirmière, le soutien à l'allaitement est un effort interdisciplinaire et communautaire. Bon nombre d'endroits possèdent des équipes interdisciplinaires formalisées, structure appuyée fortement par le groupe d'experts. Une évaluation et une planification collaborative avec la cliente sont essentielles. Les recommandations faites sont des lignes directrices à l'intention des infirmières qui doivent les aider à permettre à leurs clientes et à leur famille de prendre des décisions éclairées.

Les membres du groupe d'experts qui a travaillé sur l'élaboration affirment d'un commun accord que le bébé au sein est considéré comme une pratique exemplaire, et l'intention du présent document consiste à déterminer les pratiques exemplaires en soins infirmiers relativement au soutien de l'allaitement maternel. Il est reconnu que les compétences individuelles des infirmières varient d'un individu à l'autre et en fonction des catégories d'infirmières, et qu'elles sont basées sur la connaissance, les aptitudes, les attitudes et le jugement, le tout rehaussé par l'expérience et l'éducation acquises au fil du temps. Les infirmières individuelles ne doivent effectuer que les aspects du soutien de l'allaitement maternel pour lesquels elles possèdent l'éducation et l'expérience appropriées. De plus, les infirmières doivent demander conseil dans les cas où les besoins de la cliente en matière de soins dépassent la capacité de l'infirmière à agir de façon autonome. Il est reconnu que l'efficacité des soins dépend d'une approche interdisciplinaire coordonnée, qui inclut la communication continue entre les professionnels de la santé et les clientes, sans jamais oublier les préférences personnelles et les besoins uniques de chaque cliente.



Processus d'élaboration de la Ligne directrice

En février 2001, un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'autres professionnels de la santé qui possédaient de l'expérience en matière de pratique et de recherche relativement au soutien de l'allaitement maternel, provenant d'institutions, de la communauté et d'universités, a été convoqué sous l'égide de la RNAO. Dès le début, le groupe d'experts a discuté de la portée de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires et est parvenu à un consensus à ce sujet. La portée initiale déterminée était les pratiques exemplaires en soutien de l'allaitement maternel, de la préconception au retour à l'école ou au travail de la mère (postpartum). Il a été déterminé plus tard que cette portée était beaucoup trop ambitieuse. Le groupe d'experts a alors révisé la portée de la ligne directrice, afin d'aborder uniquement les pratiques exemplaires de nature générale et le niveau de pratique pour les infirmières qui avaient des contacts avec les familles pendant la période prénatale et la période postnatale, lequel niveau de pratique va de la compétence à la maîtrise.

Une recherche effectuée dans les ouvrages scientifiques afin de trouver des examens systématiques, des lignes directrices sur les pratiques cliniques, des articles pertinents et des sites Web a été effectuée. Un aperçu détaillé de la stratégie utilisée pour la recherche est présentée dans l'annexe A.

Au total, huit lignes directrices sur les pratiques cliniques en allaitement maternel ont été trouvées. Une sélection initiale a été effectuée, basée sur les critères d'inclusion suivants :

- publication en anglais;
- élaboration en 1996 ou après;
- concernant strictement le sujet;
- fondées sur les données probantes (ou documentation de données probantes); et
- accessibles en tant que document complet.

Les huit lignes directrices satisfaisaient les critères et ont été évaluées de façon critique par les membres du panel au moyen de l'« Appraisal Instrument for Clinical Guidelines », un outil de Cluzeau et al. (1997). Cet outil permet une évaluation de trois dimensions clés : rigueur, contenu et contexte, et application. Grâce à ce processus d'évaluation, trois ressources de qualité supérieure ont été sélectionnées pour servir de documents de base lors de l'élaboration de cette ligne directrice :

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). *Evidence-based clinical practice guideline – Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [en ligne]. Disponible : <http://www.awhonn.org>

Institut canadien de la santé infantile (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Ottawa : Institut canadien de la santé infantile.

Organisation mondiale de la Santé (1998). *Santé et développement de l'enfant – Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève : Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development – Organisation mondiale de la Santé.

Une critique d'articles présentant des examens systématiques et d'ouvrages scientifiques pertinents a été effectuée afin de mettre à jour les lignes directrices existantes. Grâce à un processus de collecte, de synthèse et de consensus des données probantes, la dernière version préliminaire des recommandations a été produite. Ce document provisoire a été présenté à un groupe d'intervenants externes à des fins de vérification et de rétroaction – ces vérificateurs sont remerciés au début du présent document. Les intervenants représentaient différents groupes de professionnels de la santé, de clients et de familles, ainsi que des associations professionnelles. Les intervenants externes ont reçu une série de questions spécifiques afin d'orienter leurs commentaires et ont pu donner une rétroaction spécifique et leurs impressions générales. Les résultats ont été compilés et vérifiés par le groupe d'élaboration – les discussions et le consensus ont entraîné des révisions au document provisoire avant la mise à l'essai.

Un site de mise à l'essai a été déterminé par l'entremise d'un processus de demande de proposition. Il a été demandé à des établissements en Ontario de présenter une proposition si elles souhaitaient procéder à la mise à l'essai des recommandations présentées dans la ligne directrice. Ces propositions ont alors fait l'objet d'un processus de révision, qui a permis de désigner les établissements retenus. Une mise à l'essai d'une durée de neuf mois a été lancée afin de tester et d'évaluer les recommandations dans un hôpital et une unité de santé publique de Sudbury, en Ontario. Ces organismes sont remerciés au début du présent document. Le groupe d'élaboration s'est réuni de nouveau après la mise à l'essai afin d'analyser les recommandations du site d'essai, de réfléchir aux résultats de l'évaluation et de consulter les nouveaux ouvrages publiés depuis la phase d'élaboration initiale. Toutes ces sources d'information ont été utilisées pour mettre à jour/réviser le document avant sa publication.

Définitions des termes

Lait pour nourrisson synthétique : un aliment disponible sous forme de liquide ou de poudre, conçu pour être utilisé comme substitut au lait maternel et comme unique source de nutrition pour les nourrissons (ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997). Tout aliment, transformé ou présenté comme remplacement total ou partiel du lait maternel, qu'il soit adapté à cette fin ou non (OMS/UNICEF, 1981).

Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB) : « L'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} est une campagne mondiale lancée en 1991 par l'OMS et le Fonds international de secours à l'enfance des Nations unies (UNICEF), en réponse à la déclaration d'Innocenti (1990). Ce programme encourage et reconnaît les hôpitaux et les services de maternité qui offrent aux mères et aux bébés un niveau de soins optimal. Un hôpital/services de maternité ami des bébés^{MC} est axé sur les besoins du nouveau-né et permet aux mères de donner à leur nouveau-né le meilleur départ possible dans la vie. Concrètement, un hôpital ou un service de maternité ami des bébés^{MC} encourage et aide les femmes à commencer et à continuer à allaiter leur bébé, et reçoit une reconnaissance particulière pour l'avoir fait. Depuis la mise sur pied du programme, plus de 14 800 hôpitaux du monde entier ont reçu la désignation " ami des bébés^{MC} " » (Comité canadien pour l'allaitement, 2003c). Jusqu'à aujourd'hui, deux hôpitaux canadiens (l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville, au Québec, et St. Joseph's Healthcare à Hamilton, en Ontario) ont reçu cette désignation (CCA, 2003c).

Initiative amis des bébés : « Au Canada, le nom de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} a été adapté et est devenu l'Initiative amis des bébés^{MC} (IAB), afin de refléter le continuum des soins donnés aux mères qui allaitent et aux bébés à l'extérieur de l'hôpital. Avec l'appui d'un hôpital ami des bébés^{MC} et de sa communauté, la mère recevra le soutien dont elle a besoin de toute la communauté pour assurer le développement entier et sain de son enfant. » (CCA, 2001a).



Allaitement maternel : fait référence au processus par lequel le nourrisson reçoit du lait maternel (AWHONN, 2000) au sein.

L'allaitement exclusif signifie que le nourrisson ne reçoit que du lait maternel, sans autre supplément liquide ou solide (AWHONN, 2000; Lawrence et Lawrence, 1999).

L'allaitement partiel signifie que le nourrisson reçoit parfois du lait maternel, parfois des suppléments liquides, comme une préparation pour nourrissons (substitut de lait maternel) ou de l'eau glucosée (AWHONN, 2000).

L'allaitement prédominant fait référence au fait que la principale source de nutrition du nourrisson est le lait maternel. Les liquides (eau, boissons à base d'eau, jus de fruits, solutions orales de réhydratation), des fluides rituels et des gouttes ou des sirops (vitamines, minéraux, médicaments) sont permis (OMS, 1996).

Soutien de l'allaitement maternel : fait référence à l'aide et à l'encouragement à allaiter et est divisé en catégories comme suit : (AWHONN, 2000)

Le soutien professionnel est l'aide et l'encouragement à allaiter donnés par les professionnels de la santé. Cela peut inclure les infirmières autorisées et les infirmières en pratique avancée, les infirmières auxiliaires autorisées, les consultantes en lactation certifiées (dans le présent document, cela fait référence à la certification de l'IBCLC), aux diététistes et aux médecins (AWHONN, 2000).

Le soutien personnel est l'aide et l'encouragement à allaiter donnés par les personnes proches de la femme, ses amis et les membres de sa famille, ses compagnes conseillères ou les groupes de soutien (AWHONN, 2000).

Le soutien informel comprend le soutien et les ressources fournis par des personnes associées à la personne qui reçoit des soins. Les personnes qui fournissent un soutien informel peuvent comprendre les membres de la famille, les amis, les membres d'un groupe religieux ou spirituel, les voisins, etc.

Substitut de lait maternel : voir Lait pour nourrisson synthétique.

Lignes directrices pour la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

énoncés élaborés de façon systématique (en se basant sur les meilleures données probantes disponibles) pour aider les praticiens et le patient à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Aliment complémentaire : tout aliment, fabriqué ou préparé localement, qui est approprié comme complément au lait maternel ou à une préparation pour nourrissons (lait pour nourrissons synthétique), lorsque l'un ou l'autre ne suffit plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. Un tel aliment est également fréquemment appelé « aliment de sevrage » ou « supplément au lait maternel » (OMS/UNICEF, 1981).

Consensus : un processus servant à prendre des décisions en matière de politique. Ce n'est pas une méthode scientifique de création de nouvelles connaissances. À son meilleur, le développement d'un consensus utilise simplement à bon escient les informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

Recommandations relatives à la formation : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Famille : tout individu que la personne considère comme faisant partie de sa famille. Les membres de la famille peuvent inclure : les parents, les enfants, les frères et sœurs, les voisins, et les personnes importantes dans la communauté.

Allaitement artificiel : le fait de donner aux nourrissons une préparation pour nourrissons exclusive (lait pour nourrissons synthétique), soit exclusivement, soit comme supplément à l'allaitement maternel (ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997).

Préparation pour nourrissons : voir Lait pour nourrissons synthétique.

Interdisciplinaire : un processus dans le cadre duquel des professionnels de la santé représentant des compétences de différentes disciplines dans le domaine des soins de santé participent au soutien des familles dans le cadre des soins.

Méta-analyse : le recours à des méthodes statistiques pour résumer les résultats d'études indépendantes, fournissant ainsi des estimations plus précises des effets des soins de santé que celles qui sont dérivées des études individuelles incluses dans un examen (Clarke et Oxman, 1999).

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : déclarations des conditions requises pour qu'un établissement permette la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.

Compagnes conseillères : en général, personnes basées dans la communauté qui ont suivi une formation qui leur permet d'encourager et de soutenir l'allaitement maternel. Les compagnes conseillères travaillent généralement sous la supervision d'une consultante en lactation ou d'un autre professionnel de la santé.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

Échantillons : portions individuelles ou petites quantités d'un produit fournies gratuitement (ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997).

Autoefficacité : fait référence à la capacité perçue de la mère d'allaiter son nouveau-né. C'est une variable importante pour la durée de l'allaitement, car elle permet de prédire si une mère choisit d'allaiter ou pas, l'effort qu'elle investira, si elle a des pensées positives ou négatives à cet égard, et comment elle réagira émotionnellement face aux difficultés à allaiter (Blyth et al., 2002).

Intervenant : un intervenant est un individu, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les individus ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement. Les intervenants peuvent être de différents types et peuvent être divisés en adversaires, en sympathisants ou en personnes neutres (Association pour la santé publique de l'Ontario, 1996).

Examen systématique : application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un article d'analyse (National Health and Medical Research Council, 1998). Les examens systématiques permettent d'établir les domaines où les effets des soins de santé sont uniformes, les domaines où les résultats d'études peuvent être appliqués à différentes populations, différents environnements et des différences relatives au traitement (p. ex., posologie), et les domaines dans lesquels les effets peuvent varier considérablement. Le recours à des méthodes explicites et systématiques lors des examens limite les déviations (erreurs systématiques) et réduit les effets attribuables au hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables sur lesquels il est possible de tirer des conclusions et de prendre des décisions (Clarke et Oxman, 1999).

Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (1998, 2002) recommande que les bébés soient exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de la vie. Au Canada, au cours des deux dernières décennies, le taux de début de l'allaitement maternel a oscillé de 64 % (1979) à 73 % (1994). Le taux d'allaitement exclusif pendant quatre mois a varié de 37 % (1979) à 60 % (1994); pour comparer, le taux d'allaitement exclusif pendant six mois a également augmenté, passant de 27 % (1979) à 30 % (1994) (Santé Canada, 1996; Hogan, 2001).

Les avantages de l'allaitement pour la mère et pour le bébé sont bien étudiés et bien documentés (AWHONN, 2000; ICSI, 1996; Santé Canada, 2000; ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997; OMS, 1998). Le lait maternel contient tous les fluides et les nutriments nécessaires pour une croissance optimale (Heinig, Nommsen, et Peerson, 1993; Humenick, 1987; Tyson, Burchfield, et Sentence, 1992; Woolridge, Ingram, et Baum, 1990). En particulier, le lait maternel contient des acides gras oméga-3, soit l'acide docosahexanoïque (DHA) et l'acide alpha-linolénique (ALA), qui sont importants pour le développement de la rétine et du cerveau pendant le dernier trimestre de la grossesse et pendant la première année après la naissance (Jorgensen, Holmer, Lund, Hernell et Michaelsen, 1998). Le lait maternel synthétique disponible au Canada n'est pas additionné d'acides gras oméga-3, et les bébés qui reçoivent cet aliment doivent synthétiser eux-mêmes le DHA et l'ALA à partir de précurseurs. Des études randomisées ont démontré qu'à deux et quatre mois après la naissance, les bébés en bonne santé nés à terme nourris au sein ont une meilleure acuité visuelle que les bébés auxquels on a donné du lait pour nourrissons synthétique standard (Jorgensen et al., 1998; Makrides, Neumann, Simmer, Pater et Gibson, 1995).



Dans les pays développés, les études ont prouvé que l'allaitement conférait une protection contre les infections gastrointestinales et l'otite moyenne (Beaudry, Dufour, Marcoux, 1995; Howie et al., 1990). Un rapport publié par le service de recherche économique de l'U.S. Department of Agriculture a estimé qu'il serait possible d'économiser 3,6 milliards de dollars consacrés actuellement au traitement de l'otite moyenne, de la gastroentérite et de l'entérocolite nécrosante néonatale, si les taux d'allaitement aux États-Unis correspondaient aux recommandations actuelles (Weimer, 2001).

Il est possible que l'allaitement confère une certaine protection contre le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Une méta-analyse de 23 études semble indiquer que l'allaitement coupait de moitié le risque de SMSN (McVea, Turner et Pepler, 2000). Toutefois, les auteurs ont averti que ces études présentaient de nombreux problèmes, y compris une fausse classification des cas de SMSN, des données inexactes concernant la durée de l'allaitement (et particulièrement de l'allaitement partiel), et le manquement à contrôler pour plusieurs facteurs confusionnels connus (comme le statut socioéconomique, l'éducation de la mère, la position dans laquelle le bébé dort et l'exposition à la fumée secondaire). Une relation de protection directe n'est donc pas prouvée (Bernshaw, 1991; Ford, 1993; Kraus, Greenland et Bulterys, 1989; McVea et al., 2000). Dans le cas de bébés ayant des antécédents familiaux d'allergies, l'allaitement exclusif pendant quatre mois semble avoir un effet protecteur (Burr et al., 1993; Chandra, 1997; Lucas, Brooke, Morley et Bamford, 1990; Saarinen et Kajosaari, 1995). Toutefois, l'allaitement ne semble pas réduire l'incidence d'allergie chez les bébés qui n'ont pas d'antécédents familiaux positifs (Lucas, et al., 1990). On ne s'entend pas pour dire si l'allaitement maternel protège contre le diabète insulino-dépendant, si la protection provient du délai de l'introduction du lait de vache ou si l'apparition du diabète insulino-dépendant découle de facteurs environnementaux sans relation (voir Ellis et Atkinson, 1996 et Heinig, 1997, pour des discussions des données probantes). Les dentistes font remarquer que l'allaitement maternel est important pour le bon développement de la cavité buccale du bébé (Palmer, 1998).



Dans le cas des mères, des données contradictoires proviennent d'études cas-témoin et d'études par cohortes concernant une relation inverse entre l'allaitement maternel et le risque de cancer du sein. Certaines études semblent indiquer que cet effet de protection ne touche que les femmes dont le cancer apparaît avant la ménopause, que l'âge à la première lactation pourrait être important, et que la parité et la durée de l'allaitement maternel sont pertinents. Une étude cas-témoin effectuée en Chine, où l'allaitement maternel dure généralement plus longtemps qu'en Amérique du Nord, semble indiquer que le risque de cancer du sein chez les femmes qui allaitent pendant 2 ans est la moitié de celui des femmes qui n'ont allaité que pour une période entre 1 et 6 mois (Zheng et al., 2000). De plus, la durée à vie de l'allaitement maternel était également associée à un risque de cancer du sein beaucoup moins élevé. Une étude cas-témoin effectuée à New York a découvert un lien plus faible entre l'allaitement maternel et le risque de cancer du sein (Freudenheim et al., 1997). Chez les femmes post-ménopausées, l'allaitement maternel conférait une protection si la première lactation se produisait avant l'âge de 25 ans (quoiqu'il y ait une corrélation importante avec l'âge à la première naissance, et il n'est pas clair lequel des deux est le plus important) A l'opposé, chez les femmes non ménopausées atteintes de cancer du sein, l'âge à la première lactation n'a aucune importance. Deux études par cohortes n'ont trouvé aucune association entre la lactation et le risque de cancer du sein, tandis que l'étude par cohortes la plus récente a découvert que le risque de cancer du sein était considérablement moins élevé chez les femmes qui avaient produit du lait (Tryggvadottir, Tulinius, Eyfjord et Sigurvinsson, 2001).

Les ouvrages semblent également indiquer que les bienfaits possibles pour la santé des mères pouvaient inclure une réduction des fractures de la hanche après la ménopause, un risque réduit de cancer des ovaires et moins de saignements après l'accouchement (Weimer, 2001). De plus, de nombreux travaux de recherche indiquent que l'allaitement maternel présente des bienfaits pour la santé mentale des mères, comme des sentiments d'attachement envers leur nouveau-né, en plus d'avantages sur le plan économique (Montgomery et Splett, 1997). L'allaitement maternel peut avoir d'autres impacts sur la santé de la mère et du bébé, mais ces questions ne sont pas bien étayées dans les travaux de recherche et ne font pas partie de cette discussion.

L'importance de l'allaitement maternel dans le monde entier a été traduite en initiatives majeures à l'échelle mondiale, comme l'action commune entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et l'« Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} » (IHAB) au nom si approprié. Parmi les autres initiatives et actions favorisant l'allaitement maternel, on peut citer la « Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel » de l'OMS/UNICEF (1990), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, le Groupe de travail de l'OMS sur la croissance des nourrissons, le rapport « Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services » de l'OMS/UNICEF (1989) et les campagnes promotionnelles pendant la Semaine mondiale de l'allaitement maternel. Veuillez vous reporter à l'annexe A pour obtenir une liste des déclarations sur l'allaitement maternel examinées par le groupe d'élaboration de la ligne directrice.

En abordant les recommandations sur l'allaitement maternel à l'intention des infirmières, de l'équipe de soins de santé et des établissements de santé, le groupe d'élaboration a eu recours au cadre présenté dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) comme outil permettant de structurer l'élaboration de ce document. La Charte aborde cinq domaines clés : la politique publique, les environnements favorables, l'action communautaire, l'acquisition de compétences personnelles et la réorientation des services de santé. Les professionnels de la santé doivent plaider en faveur d'une politique publique saine grâce à des changements législatifs, des mesures économiques et des changements aux convictions et aux pratiques organisationnelles. Afin de réaliser ces changements, les professionnels de la santé doivent être au courant des facilitateurs et des inhibiteurs en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques. La santé dépend des interactions qui existent entre les individus et leur environnement. Pour cette raison, pour favoriser la bonne santé, nous devons examiner sans cesse tous les facteurs qui ont un impact sur le milieu de travail et de vie des individus. L'action communautaire est une stratégie fondamentale en matière de promotion de la santé qui nécessite la participation active de la communauté, afin de déterminer ses priorités en matière de santé, de décider les stratégies appropriées à employer pour cibler les priorités déterminées et de mettre en œuvre ces stratégies. Les professionnels de la santé peuvent améliorer les aptitudes à la vie quotidienne de la communauté en fournissant des informations et une éducation pertinentes et actuelles sur la santé, que peuvent utiliser les individus pour prendre des décisions et faire des choix éclairés concernant leur propre santé. Tous les secteurs de santé partagent la responsabilité de favoriser la santé de l'ensemble de la communauté en ayant recours à différentes voies (p. ex., économique, politique, sociale, environnementale). Les individus, les groupes communautaires, les établissements de santé, les professionnels de la santé et les différents niveaux de gouvernement doivent collaborer afin de développer un système de soins de santé qui contribue aux besoins en matière de santé de la communauté et y répond (OMS, 1986).

Les professionnels de la santé ont recours à différentes stratégies pour augmenter le nombre de femmes qui allaitent. L'allaitement maternel dépend de nombreux facteurs liés à la mère, au nourrisson et à l'environnement. Les études ont révélé que la plupart des femmes prennent leur décision concernant l'allaitement avant ou pendant la grossesse (Caulfield et al., 1998; Hills-Bonczyk, Avery, Savik, Potter et Duckett, 1993; Humphreys, Thompson et Miner, 1998; Janke, 1993; Leff, Schriefer, Hogan et DeMarco, 1995; Wright, Bauer, Naylor, Sutcliffe et Clarke, 1998). La brévitité de l'hospitalisation après la naissance, qui fait en sorte que les femmes reçoivent leur congé avant que l'allaitement maternel soit bien établi, a un impact sur le maintien de l'allaitement. Ces mères ont donc besoin de plus d'aide uniforme, experte et immédiate de la part des professionnels de la santé (Caulfield et al., 1998; Hart, Bax et Jenkins, 1980; Houston, Howie, Cook et McNeilly, 1981; Humenick, Hill et Spiegelberg, 1998; Janke, 1993; Jenner, 1988; Leff et al., 1995; Morrow et al., 1999; Pugh et Milligan, 1998; Saunders et Carrol, 1988; Schafer, Vogel, Viegas et Hausafus, 1998; Sciacca, Dube, Phipps et Rafliff, 1995a; Serafino-Cross et Donovan, 1992; Wright et al., 1998). Toutefois, les ouvrages scientifiques se contredisent concernant la durée optimale du séjour à l'hôpital après la naissance et l'impact ultérieur sur l'allaitement maternel. Certaines des différentes stratégies qui

favorisent et soutiennent l'allaitement maternel ont été reconnues dans les ouvrages et comprennent une éducation avant et après la naissance, des visites à domicile, des lignes téléphoniques de conseil, le soutien par des compagnes et des mesures d'incitation.

Plusieurs études de recherche ont déterminé les variables qui influencent le taux d'allaitement. Certaines de ces variables sont susceptibles à des interventions, tandis que d'autres ne peuvent pas être modifiées. Parmi les variables non modifiables, on peut citer la race, le statut social, l'ethnicité, l'éducation, l'état matrimonial, l'âge et les antécédents d'allaitement maternel, y compris si la mère elle-même a été allaitée. Les variables suivantes peuvent être sensibles à une intervention : intention d'allaiter, moment de la première tétée, engagement envers l'allaitement maternel, attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel, idéologie culturelle, exposition à des femmes qui allaitent et système de soutien social. Des résultats contradictoires sont signalés dans les ouvrages scientifiques concernant la relation entre la parité, la participation à un cours prénatal et le statut d'emploi de la mère et l'allaitement maternel (Arlotti, Cottrell, Lee et Curtin, 1998; Brent, Redd, Dworetz, D'Amico et Greenberg, 1995; Duckett, 1992; Giugliani, Caiaffa, Vogelhut, Witter et Perman, 1994; Hart et al., 1980; Hill, 1987; Humphreys et al., 1998; Janke, 1993; Jenner, 1988; Leff et al., 1995; Piper et Parks, 1996; Sciacca, Phipps, Dube et Rafliff, 1995b, Wilmoth et Elder, 1995).

Deux mesures principales du résultat sont indiquées dans les ouvrages sur l'allaitement maternel : la durée de l'allaitement et l'incidence de l'allaitement (Arlotti et al., 1998; Brent et al., 1995; Duckett, 1992; Giugliani et al., 1994; Hart et al., 1980; Hill, 1987; Houston et al., 1981; Humenick et al., 1998; Humphreys et al., 1998; Janke, 1993; Leff et al., 1995; Michelman, Faden, Gielen & Buxton, 1990; Morrow et al., 1999; Piper et Parks, 1996; Pugin, Valdes, Labbok, Perez et Aravena, 1996; Saunders et Carroll, 1988; Sciacca et al., 1995a; Serafino-Cross et Donovan, 1992; Wright et al., 1998). L'incidence de l'allaitement est généralement mesurée au moment où la mère reçoit son congé de l'hôpital, tandis que la durée de l'allaitement est mesurée le plus fréquemment à 2 semaines, 4 semaines, 3 mois et 6 mois après la naissance (Hart et al., 1980; Morrow et al., 1999; Piper et Parks, 1996; Saunders et Carroll, 1988; Wilmoth et Elder, 1995).

Les études sur l'allaitement maternel citent différentes définitions de la mesure de la durée. Arlotti et al. (1998) ont défini la durée de l'allaitement maternel comme étant la période allant du début jusqu'à ce que le nourrisson ne reçoive plus de lait maternel. D'autres chercheurs ont établi une distinction entre l'allaitement prédominant et l'allaitement exclusif, où l'exclusivité a été définie comme le fait de fournir uniquement du lait maternel et d'exclure tout supplément (Arlotti et al., 1998; Bender, Dusch et McCann, 1998; Hills-Bonczyk et al., 1993; Morrow et al., 1999; Wilmoth et Elder, 1995). Wilmoth et Elder (1995) ont utilisé les indicateurs de l'allaitement recommandés par l'OMS : taux d'allaitement exclusif; taux d'allaitement prédominant; taux d'alimentation complémentaire opportune; taux d'allaitement continu; et taux d'utilisation du biberon. Wright et al. (1998) ont sélectionné les catégories suivantes pour mesurer la durée de l'allaitement : jamais allaité, lait maternel et préparation pour nourrissons {lait pour nourrissons synthétique} dès la naissance, allaité exclusivement pendant une période

quelconque, et allaité exclusivement (c.-à-d. n'a jamais reçu de préparation pour nourrissons {lait pour nourrissons synthétique}). À l'opposé, Piper et Parks (1996) ont divisé la durée de l'allaitement en deux catégories : allaité pendant un maximum de 6 mois et allaité pendant plus de 6 mois. Dans les études examinées, la durée de l'allaitement a été comparée avec plusieurs variables indépendantes, y compris l'emploi de la mère (Duckett, 1992; Jenner, 1988), les compagnes conseillères (Arlotti et al., 1998; Saunders et Carroll, 1988), les professionnels de la santé (Hill, 1987; Houston et al., 1981; Humenick et al., 1998; Leff et al., 1995; Michelman, Faden, Gielen et Buxton, 1990; Pastore et Nelson, 1997; Serafino-Cross & Donovan, 1992), l'éducation sur l'allaitement maternel (Arlotti et al., 1998; Brent et al., 1995; Sciacca et al., 1995a), et le soutien social (Giugliani et al., 1994; Humphreys et al., 1998; Sciacca et al., 1995a). Duckett (1992) et Humphreys et al. (1998) ont défini l'intention d'allaiter comme un indicateur global du résultat qui est mesuré avant la naissance. Humphreys et al. (1998) ont démontré une association positive entre cet indicateur et le début et la durée réelles de l'allaitement. Les facteurs permettant de prédire l'intention d'allaiter comprennent la conviction de la mère concernant le résultat de l'allaitement et les convictions et les attitudes référentes concernant l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon (Duckett, 1992).

Les recommandations faites par le groupe d'élaboration sont orientées de façon à aider les infirmières dans des établissements de soins de santé à mettre en œuvre les recommandations fondées sur les données probantes. Toutefois, plusieurs recommandations faites dans le cadre des paramètres de la charte d'Ottawa et de l'initiative de l'OMS/UNICEF ne sont actuellement appuyées que par peu de données probantes. Ces lacunes dans la recherche comprennent : le manque d'études qui évaluent l'impact des changements de la politique publique sur l'adoption de l'allaitement maternel (p. ex., durée du séjour à l'hôpital, congés de maternité, lois sur les droits de la personne); le manque d'études qui évaluent l'impact d'interventions conçues pour rendre les environnements plus propices à l'allaitement (p. ex., restaurants, initiatives en milieu de travail) et le manque d'études qui évaluent l'impact de l'augmentation des taux d'allaitement sur le système de soins de santé (p. ex., nouvelles hospitalisations pendant la première année, coûts des médicaments associés à l'otite moyenne).

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

Recommandation • 1

Les infirmières souscrivent à l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB), lancée conjointement en 1992 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). L'IHAB indique que les établissements de soins de santé doivent satisfaire les « dix conditions pour le succès de l'allaitement ». (*Niveau de données probantes III*)

Se reporter à l'annexe B pour obtenir des détails sur les documents du Comité canadien pour l'allaitement, intitulés « The Breastfeeding Committee for Canada Welcomes You to the Baby-Friendly™ Initiative (BFI) » et « L'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire : Guide canadien de mise en œuvre ».

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB) demande aux établissements de soins de santé de satisfaire aux dix étapes suivantes pour la promotion réussie de l'allaitement maternel :

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

Discussion des données probantes

Lors d'un examen systématique, Fairbank et al. (2000) ont déterminé que les changements institutionnels des pratiques dans les hôpitaux afin d'encourager l'allaitement maternel peuvent s'avérer efficaces pour augmenter tant le début que la durée de l'allaitement. Ces changements peuvent comprendre des interventions indépendantes, comme la cohabitation, ou un ensemble d'interventions, comme la cohabitation, le contact précoce et l'éducation. Chacune des dix conditions est appuyée par différents niveaux de données probantes. Ces dix conditions ont été acceptées par des milliers d'hôpitaux du monde entier et ont été accréditées par l'IHAB. Des renseignements sur les données probantes disponibles pour chacune des dix conditions sont disponibles dans le document de l'Organisation mondiale de la Santé (1998) intitulé « Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement ». Ce rapport indique que les données les plus importantes concernent les conseils et le soutien donnés à la mère (condition 2, éducation avant la naissance; condition 5, montrer à la mère comment allaiter, et condition 10, soutien continu après le congé de l'hôpital). Les données les moins importantes concernent le moment optimal de la première tétée, soit la condition 4. Les éléments les plus importants sont le contact précoce et l'allaitement dès que le nourrisson se montre prêt à téter, dans les deux premières heures. La condition 7, la cohabitation, et la condition 8, l'allaitement à la demande, sont étroitement liées et indiquent une augmentation des taux d'allaitement maternel, un plus grand attachement au bébé, une production plus rapide de lait maternel, moins de pleurs de la part des bébés, moins d'engorgement des seins, aucune augmentation des mamelons endoloris et une plus grande prise de poids. La condition 6, l'utilisation de suppléments, et la condition 9, l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes, sont également étroitement liées. Une relation causale avec l'arrêt de l'allaitement maternel et l'utilisation de suppléments ou de tétines artificielles n'a pas été justifiée par la documentation scientifique. Cependant, il est possible que l'utilisation de tétines artificielles soit un indicateur de difficultés liées à l'allaitement maternel ou d'un manque de confiance et d'un besoin de soutien accru de la part du personnel soignant. Des preuves tangibles indiquent que la remise de trousse de lait maternel synthétique au congé de l'hôpital entraîne un arrêt précoce de l'allaitement.

L'impact de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}, c'est-à-dire l'examen des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » et du « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » en tant que tout n'a pas été signalé dans la documentation scientifique. Une étude effectuée par DiGirolama et Grummer-Strawn (2001) a évalué l'impact des pratiques amies des bébés^{MC} et de la fin de l'allaitement maternel avant 6 semaines. Cette étude a découvert que les facteurs de risque les plus forts pour la fin précoce de l'allaitement maternel étaient le début tardif de l'allaitement maternel et l'utilisation de suppléments. Lvoff, Lvoff et Klaus (2000) ont étudié l'effet de l'Initiative amis des bébés^{MC} et l'abandon des nourrissons en Russie. Les résultats de cette étude ont indiqué que pour les six années qui ont suivi la mise en oeuvre de l'IHAB, une réduction marquée de l'abandon de nouveau-nés a été observée. Une autre étude effectuée par Kramer et al. (2001) a révélé qu'après avoir donné le cours de formation en gestion de la lactation de l'IHAB au personnel soignant au Bélarus, la durée de l'allaitement maternel a augmenté. L'étude a également révélé une réduction importante du risque d'infections gastrointestinales et d'eczéma atopique.

Un rapport préparé pour UNICEF par Relucio-Clavano (1981) documente l'impact d'une politique « sans préparation » {lait pour nourrissons synthétique} (avant la mise en oeuvre de l'IHAB) dans un hôpital des Philippines. Après 4 ans, le taux de début de l'allaitement maternel de l'hôpital a augmenté, passant de 26 à 87 pour cent, les décès chez les nouveau-nés ont chuté de 47 pour cent, les maladies ont diminué de 58 pour cent et la diarrhée de 79 pour cent. Tel que présenté dans la description des bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et pour le bébé, cela peut se traduire en économies de coûts potentielles pour l'établissement. La documentation scientifique présente des preuves limitées indiquant que les hôpitaux qui adoptent les pratiques de l'IHAB bénéficient d'économies de coût. Toutefois, dans un rapport examiné (Relucio-Clavano, 1981), un hôpital des Philippines aurait économisé plus de 100 000 \$US, soit 8 % de son budget, après une année d'accréditation par l'IHAB.

Recommandation • 1.1

Les infirmières ont un rôle à jouer pour favoriser les « milieux conviviaux pour l'allaitement », en :

- en préconisant la mise en place d'établissements et de systèmes favorables, par exemple les garderies, les zones « maman et bébé » pour l'allaitement, des zones publiques pour l'allaitement, une aide disponible 24 heures sur 24 offerte aux familles qui éprouvent des difficultés avec l'allaitement; et
- en encourageant l'action communautaire relative à l'allaitement maternel. *(Niveau de données probantes III)*

Discussion des données probantes

Les infirmières ont un rôle à jouer pour favoriser les « milieux conviviaux pour l'allaitement », en :

- 1) en préconisant la mise en place d'établissements et de systèmes favorables, par exemple les garderies, les zones « maman et bébé » pour l'allaitement, des zones publiques pour l'allaitement, une aide disponible 24 heures sur 24 offerte aux familles qui éprouvent des difficultés avec l'allaitement, etc.
- 2) en encourageant l'action communautaire relative à l'allaitement maternel, dans le cadre d'activités comme :
 - « Fournir des informations au sujet des ressources communautaires et des groupes de soutien de l'allaitement maternel comme La Leche League et les groupes de soutien communautaires » (AWHONN, 2000, p. 14).
 - « Encourager la discussion sur l'allaitement maternel dans les programmes scolaires sur la santé, dès le niveau primaire. Remplacer dans les manuels les images de l'alimentation au biberon par des images d'allaitement maternel » (ICSI, 1996, p. 23).
 - « Renseigner les employeurs au sujet des bienfaits de l'allaitement maternel et comment fournir un milieu de travail propice au maintien de l'allaitement maternel » (ICSI, 1996, p. 23). Comme bon nombre de mères qui retournent au travail souhaitent continuer à allaiter leur enfant, les milieux de travail doivent favoriser l'allaitement maternel. Comme les mères retournent au travail à différents moments après la naissance (selon la situation individuelle et les souhaits),

les modifications à apporter au milieu de travail fourniront des installations propices pour toutes les mères qui allaitent.

- « Renseigner les professionnels et le public concernant leurs responsabilités en vertu du Code de l'OMS et des pratiques contraires à l'éthique de commercialisation de l'industrie des préparations {lait pour nourrissons synthétique} » (ICSI, 1996, p. 24).
- « Encourager les parents à trouver un réseau qui favorise l'allaitement maternel » (ICSI, 1996, p. 58).
- Encourager le recours aux compagnes conseillères, qui peuvent avoir un effet très positif sur les taux de début et la durée de l'allaitement maternel (Fairbank et al., 2000).
- « Envisager d'intégrer des conseillères non professionnelles ayant suivi une formation dans les programmes d'allaitement maternel » (AWHONN, 200, p. 5).
- Proposer des cours, des renseignements et de l'éducation hors des établissements de soins de santé traditionnels, dans des endroits comme les domiciles, les lieux de culte, les écoles, les quartiers locaux, etc. (AWHONN, 2000).
- S'assurer que les mères qui allaitent connaissent leurs droits. Les femmes qui allaitent « ont le droit d'allaiter leur enfant dans un lieu public. Personne ne doit vous empêcher d'allaiter votre enfant dans un lieu public ou vous demander de vous rendre dans un endroit plus " discret " » (Commission ontarienne des droits de la personne, 1999).

Reportez-vous à l'annexe C pour obtenir plus d'informations sur l'encouragement des actions communautaires.

Recommandation • 2

Les infirmières et les établissements de soins de santé adoptent la recommandation de l'OMS relativement à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec l'introduction d'aliments d'appoint et le maintien de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà par la suite. (Niveau de données probantes I)

Discussion des données probantes

L'examen systématique de l'Organisation mondiale de la Santé (2000) sur la durée optimale de l'allaitement maternel comparait l'allaitement maternel exclusif pendant quatre à six mois avec l'allaitement pendant six mois. L'examen comprenait 3 000 références, mais n'a trouvé que deux petites études contrôlées et dix-sept études par observation. Il vaut la peine de noter que les preuves sont limitées et la recommandation est faite en ayant recours à des déductions, à d'autres résultats indiqués provenant d'études qui ne faisaient pas partie de l'échantillon, ainsi qu'à la pondération des risques par rapport aux bienfaits de l'allaitement maternel exclusif, particulièrement la réduction potentielle de la morbidité et de la mortalité.

Un examen Cochrane plus récent (Kramer et Kakuma, 2002) a été mené avec pour objectif principal d'évaluer les effets sur la santé, la croissance et le développement de l'enfant, et sur la santé maternelle, de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois par rapport à l'allaitement maternel pendant trois à

quatre mois avec l'allaitement maternel mixte par la suite jusqu'à six mois. Ces conclusions indiquent que, tout en reconnaissant que les nourrissons individuels doivent être gérés individuellement, les données disponibles n'indiquent aucun risque apparent associé à la recommandation de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, comme politique générale. Après cet examen, l'OMS et l'Assemblée mondiale de la Santé ont inclus dans leur énoncé de stratégie mondiale que tous les gouvernements devaient veiller à ce que « le secteur de la santé et les autres secteurs pertinents protègent, favorisent et soutiennent l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et le maintien de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà » (OMS, 2002, p. 10). Plusieurs implications pour la pratique ont été désignées par le Effective Public Health Practice Project (2002) du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) en relation avec ces résultats, y compris : la nécessité de fournir des soins de santé et un soutien appropriés aux individus; une prise en charge individualisée de la santé de la mère et du bébé; le soutien aux mères qui n'allaitent pas afin d'optimiser la santé de leur bébé; et la nécessité de la mise en place de processus afin de s'assurer que l'état du bébé est surveillé régulièrement.

La plupart des professionnels de la santé font la promotion de l'ancienne recommandation de longue date selon laquelle l'allaitement maternel devrait durer entre 4 et 6 mois. Il est important de transmettre aux infirmières ces nouvelles données probantes et la recommandation de l'OMS qui l'accompagne pour un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, afin de s'assurer que les consommateurs reçoivent tous les mêmes conseils. Reportez-vous à l'annexe B pour obtenir les détails de L'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire : Guide canadien de mise en œuvre.

Recommandation • 3

Les infirmières doivent procéder à une évaluation exhaustive de l'allaitement maternel chez la mère/le bébé/la famille, avant et après la naissance, afin de faciliter l'intervention et l'élaboration d'un plan d'allaitement. (Niveau de données probantes III)



Recommandation • 3.1

Parmi les composants clés de l'évaluation prénatale, on doit inclure :

- les variables personnelles et démographiques pouvant influencer les taux d'allaitement maternel;
- l'intention d'allaiter;
- l'accès au soutien de l'allaitement maternel, y compris les personnes les plus proches et les pairs;
- l'attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel chez les prestataires de soins de santé, les personnes les plus proches et les pairs; et
- les facteurs physiques, y compris les seins et les mamelons, pouvant avoir un impact sur la capacité d'allaiter d'une femme.

(Niveau de données probantes III)

34

Un exemple d'outil d'évaluation prénatale est fourni dans l'annexe D. Veuillez noter que cet outil est fourni uniquement à titre d'exemple – sa fiabilité et sa validité n'ont pas été testées.

Discussion des données probantes

Les infirmières qui travaillent avec des populations prénatales doivent évaluer les variables personnelles et démographiques des femmes, telles que *l'âge* inférieur à 20 ans et un *statut socioéconomique* peu élevé, qui sont associées à des taux plus faibles de début et de maintien (Hartley et O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998; Kessler, Gielen, Diener-West et Paiger, 1995; Kistin, Benton, Rao et Sullivan, 1990).

L'intention d'allaiter doit également être évaluée avant la naissance. Balcazar, Trier et Cobas (1995) ont trouvé une association entre l'exposition prénatale à des conseils sur l'allaitement maternel et une augmentation de l'expression de l'intention d'allaiter chez les femmes mexicaines-américaines et les femmes blanches non hispaniques (AWHONN, 2000). Le niveau de confiance, ou d'*auto-efficacité* de la mère relativement à ses plans d'allaiter, a un impact sur la durée de l'allaitement maternel (Chezem, Friesen et Boettcher, 2003; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001) et doit être pris en considération pendant l'évaluation prénatale. Les *facteurs physiques* de la femme doivent également être évalués, tels que les mamelons invaginés ou des cicatrices chirurgicales qui peuvent nuire à leur capacité d'allaiter (Biancuzzo, 1999; Riordan et Auerbach, 1999). La disponibilité du *soutien* fourni par les personnes les plus proches et les compagnes conseillères doit être évalué, car les deux peuvent avoir une influence positive sur la décision d'une femme de commencer ou de continuer à allaiter (Duffy, Percival et Kershaw, 1997; Morrow et al., 1999; Sciacca et al., 1995a).

Une fois les facteurs de risque déterminés, les femmes peuvent être ciblées afin de bénéficier d'interventions individualisées et sensibles sur le plan culturel visant à promouvoir l'allaitement maternel (Biancuzzo, 1999). Par exemple, les infirmières qui travaillent avec des adolescentes pourraient souligner les avantages pour la mère (par exemple, une perte de poids accrue) lorsqu'elles tentent de motiver leurs clientes à allaiter.

Recommandation • 3.2

Parmi les composants clés de l'évaluation postnatale, on doit inclure :

- les médicaments intrapartum;
- le niveau d'inconfort physique de la mère;
- l'observation du positionnement, de la prise du sein et de la succion;
- les signes de transfert du lait;
- la capacité du parent à reconnaître les signes de faim du bébé;
- l'interaction entre la mère et le bébé et la réponse de la mère aux signes de faim;
- la perception de la mère relativement aux signes de satisfaction/satiété du bébé;
- la capacité de la femme à reconnaître les personnes les plus proches qui sont disponibles et qui soutiennent sa décision d'allaiter;
- l'expérience vécue lors de l'accouchement; et
- l'évaluation physique du bébé.

(Niveau de données probantes III)

35

Discussion des données probantes

L'évaluation des tétées des nourrissons est un élément critique de la prise en charge de la lactation pendant la période postnatale. Les éléments à observer lors de la tétée comprennent la position du nourrisson au sein, la prise du sein, la succion et les signes de transfert du lait. Les femmes ont besoin d'information afin d'apprendre à reconnaître les signaux de faim et de satisfaction/satiété du nourrisson et à déterminer si le nourrisson obtient assez de lait maternel (Brandt, Andrews et Kvale, 1998; Hill, Humenick, Argubright et Aldag, 1997; Matthews, Webber, McKim, Banoub-Baddour et Laryea, 1998). McCarter-Spaulding and Kearney (2001) ont effectué une étude corrélationnelle descriptive qui examinait la relation entre l'auto-efficacité du rôle parental et la perception relative à une quantité insuffisante de lait. Les résultats indiquent que les mères qui perçoivent qu'elles possèdent les compétences nécessaires pour s'occuper d'un nourrisson perçoivent également que la quantité de lait maternel qu'elles produisent est suffisante. La confiance en soi, la connaissance et les compétences associées à l'allaitement maternel peuvent avoir un impact positif sur la durée de l'allaitement (Blyth et al., 2002; Chezem et al., 2003; McCarter-Spaulding et Kearney, 2001).



Recommandation • 3.3

Les établissements sont encouragés à élaborer, à adopter ou à adapter des outils d'évaluation qui englobent des éléments clés de l'évaluation et qui répondent aux besoins de leur établissement.

(Niveau de données probantes III)

Discussion des données probantes

Plusieurs outils d'évaluation qui abordent différents aspects du soutien et des soins de la mère qui allaite et de son nourrisson ont été élaborés (Bar-Yam, 1998; Dennis et Faux, 1999; Hill et Humenick, 1996; Johnson, Brennan et Flynn-Tymkow, 1999; Matthews et al., 1998; Nyquist, Rubertsson, Ewald et Sjoden, 1996; Riordan, 1998; Riordan et Koehn, 1997; Schlomer, Kemmerer et Twiss, 1999). En outre, très peu d'études ont été effectuées dans le but de comparer différents outils d'évaluation dans le domaine de l'allaitement maternel. Riordan et Koehn (1997) ont initialement comparé trois outils visant à mesurer l'efficacité de l'allaitement maternel, à savoir IBFAT; Mother Baby Assessment Tool – MBA et l'outil d'évaluation LATCH) et ont constaté que des développements/révisions supplémentaires et de nouvelles mises à l'essai seraient requises avant que des recommandations puissent être faites concernant la pratique clinique. Par la suite, Riordan, Bibb, Miller et Rawlins (2001) ont examiné la validité de l'outil LATCH en le comparant avec d'autres mesures de l'efficacité de l'allaitement maternel et en déterminant son efficacité à prédire la durée de l'allaitement jusqu'à huit semaines après la naissance. Les résultats indiquent que la validité de l'outil LATCH est étayée, quoique des tests supplémentaires de la validité du construct soient justifiés.

Les outils d'évaluation varient également d'un établissement à l'autre, en fonction du temps pendant la période allant de la préconception jusqu'après la naissance pendant laquelle l'infirmière est en contact avec la mère ou le nourrisson. Cela indique la nécessité pour des outils d'évaluation qui sont exhaustifs afin de satisfaire les exigences de la pratique à différents moments ou l'exigence d'outils exhaustifs spécifiques pour des stades spécifiques du continuum. De plus, de courts outils d'évaluation conviviaux sont également requis pour faciliter leur utilisation par les infirmières praticiennes. L'annexe E fournit quelques renseignements sur les outils d'évaluation après la naissance.



Recommandation • 4

Les infirmières renseigneront les couples en âge d'avoir un enfant, les mères/les couples/les familles qui attendent un enfant, afin de les aider à prendre une décision éclairée concernant l'allaitement. L'éducation doit inclure, au minimum, les aspects suivants :

- les avantages de l'allaitement (*niveau I*);
- les questions relatives au mode de vie (*niveau III*);
- la production de lait (*niveau III*);
- les positions pour l'allaitement (*niveau III*);
- la prise du sein/le transfert du lait (*niveau II-2*);
- la prévention et la prise en charge des problèmes (*niveau III*);
- les interventions médicales (*niveau III*);
- quand demander de l'aide (*niveau III*); et
- où obtenir des renseignements et des ressources supplémentaires (*niveau III*).

37

L'éducation fournie par l'infirmière doit tenir compte des facteurs sociaux, économiques et autres des mères/couples/familles qui attendent un enfant et sera basée sur les principes de l'apprentissage des adultes (AWHONN, 2000).

Avantages de l'allaitement maternel (*Niveau de données probantes I*)

Discussion des données probantes

« Dans les pays développés, il a été prouvé à maintes reprises qu'entre le tiers et la moitié des femmes décident comment elles nourriront leur bébé avant même de tomber enceintes » (OMS, 1998, p. 23). Avant la naissance, les professionnels de la santé doivent aborder l'importance de l'allaitement maternel exclusif, les avantages de l'allaitement maternel et l'ABC de la prise en charge de l'allaitement maternel, et veiller à ce que les femmes ne reçoivent pas d'éducation en groupe sur l'alimentation avec une préparation {lait pour nourrissons synthétique} (OMS, 1998).

Les avantages de l'allaitement maternel ont été abondamment documentés dans les ouvrages scientifiques et recommandés par de nombreux organismes; pour cette raison, il s'agit de la méthode privilégiée d'alimentation des nourrissons (AWHONN, 2000; ICSI, 1996; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; Santé Canada, 2000; Ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997; OMS, 1998). Le lait maternel contient tous les fluides et les nutriments nécessaires pour une croissance optimale (Heinig, Nommsen et Peerson, 1993; Humenick, 1987; Tyson, Burchfield et Sentence, 1992; Woolridge, Ingram et Baum, 1990). Tel que discuté dans le contexte, les études récentes dans les pays développés ont prouvé que l'allaitement maternel confère une protection contre les infections gastro-intestinales et l'otite moyenne (Beaudry et. al., 1995; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; Howie et. al., 1990). L'allaitement maternel confère une certaine protection contre le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et plusieurs études ont proposé un lien

entre l'allaitement et la protection contre le SMSN. Toutefois, à l'exception d'une étude effectuée en Nouvelle-Zélande (Ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997), ces études n'ont pas été contrôlées pour la position du bébé pendant le sommeil et l'exposition à la fumée secondaire. Une relation de protection directe n'est donc pas encore prouvée (Bernshaw, 1991; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; Ford, 1993; Kraus et al., 1989). Dans le cas de bébés ayant des antécédents familiaux d'allergies, l'allaitement exclusif pendant quatre mois semble avoir un effet protecteur (Burr et al., 1993; Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998; Chandra, 1997; Lucas et al., 1990; Saarinen et Kajosaari, 1995). Toutefois, l'allaitement ne semble pas réduire l'incidence d'allergie chez les bébés qui n'ont pas d'antécédents familiaux positifs (Lucas, et al., 1990).

38

Le groupe d'élaboration, lors de sa recherche de la documentation et de son examen critique de plusieurs lignes directrices sur les pratiques cliniques, s'est entendu pour dire que dans certaines circonstances particulières, l'allaitement maternel n'était pas recommandé. L'allaitement est possible pour la grande majorité des mères et leurs enfants; toutefois, la galactosémie chez l'enfant, la toxicomanie chez la mère, la tuberculose active chez la mère ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez la mère sont des situations particulières et le caractère approprié de l'allaitement maternel doit être évalué au cas par cas. Toutefois, les avantages de l'allaitement maternel pour la nutrition, l'immunologie et les gains psychosociaux l'emportent généralement sur la nécessité de cesser l'allaitement. Les lecteurs peuvent se reporter à l'ouvrage de Riordan, Lawrence and Motherisk (voir la liste de référence) pour une discussion plus poussée de ce sujet.



Habitudes de vie (Niveau de données probantes III)

Fournir des renseignements uniformes sur les effets potentiels des facteurs suivants sur l'allaitement maternel :

- a) Les médicaments associés à des interventions médicales;
- b) La consommation d'alcool;
- c) Le tabagisme;
- d) Les drogues illicites; et
- e) La caféine.

Discussion des données probantes

a) Les médicaments associés à des interventions médicales

Les informations concernant les effets sur l'allaitement des médicaments pris par la mère changent constamment et dépendent de nombreux facteurs. Toutefois, on s'entend pour dire que la concentration dans le lait maternel du médicament pris par la mère est généralement inférieure à 1 % de la dose maternelle (ICSI, 1996; Scarborough Breastfeeding Network, 1999). À l'heure actuelle, il n'existe qu'un nombre limité de médicaments qui sont contre-indiqués lors de l'allaitement maternel. Il existe généralement des solutions de rechange sûres à ces médicaments. Parmi les sources clés de renseignements à jour sur les médicaments et l'allaitement maternel, on peut citer :

- Le programme Motherisk de The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (www.motherisk.org);
- HALE, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.
- HALE, T. (1999). *Clinical therapy in breastfeeding patients*. (1^{ère} éd). Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.

b) La consommation d'alcool

L'alcool est transféré dans le lait maternel à une concentration semblable au transfert dans le sérum maternel. Une consommation excessive d'alcool nuit à la production de lait. De plus, l'alcool peut également déprimer le réflexe d'éjection du lait. Quelques études ont indiqué que les mères qui sont des « buveuses mondaines » (qui boivent peu) peuvent minimiser la quantité d'alcool transférée dans le lait maternel en se limitant à une consommation deux heures avant l'allaitement; le corps de la mère a ainsi le plus de temps possible pour métaboliser l'alcool (Riordan et Auerbach, 1993). À jeun, la concentration d'alcool dans le lait maternel atteint son maximum en 30 à 60 minutes, par rapport à entre 60 et 90 minutes si l'alcool est consommé avec de la nourriture (Scarborough Breastfeeding Network, 1999).

c) Le tabagisme

On trouve de la nicotine dans le lait maternel des mères qui fument et des mères exposées à la fumée secondaire. Avec une exposition excessive à la nicotine dans le lait maternel, le nourrisson peut éprouver des problèmes gastro-intestinaux, avoir un rythme cardiaque plus rapide, être plus irritable et prendre moins de poids. La mère qui allaite peut observer une réduction de la quantité de lait produite et de l'éjection du lait (ICSI, 1996; Ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997; Scarborough Breastfeeding Network, 1999). Toutefois, l'allaitement maternel est la méthode recommandée d'alimentation du nourrisson. Les mères qui fument doivent être encouragées à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de cigarettes. Pour réduire les effets indésirables du tabac si la mère continue à fumer, elle devrait fumer immédiatement après l'allaitement, ce qui laisse plus longtemps pour métaboliser la nicotine. De plus, pour limiter l'exposition du bébé à la fumée secondaire, les habitants de la maison qui fument devraient fumer à l'extérieur (ICSI, 1996; Ministère de la Santé, Manatu Hauora, Nouvelle-Zélande, 1997; Scarborough Breastfeeding Network, 1999).

d) Les drogues illicites

L'allaitement maternel n'est peut-être pas la méthode d'alimentation recommandée pour le nourrisson si la mère prend des drogues illicites (p.ex., héroïne, cocaïne et marijuana). La concentration de ces drogues dans le lait maternel, même si les quantités consommées sont très petites, peut avoir des effets indésirables pour le nourrisson. Les nourrissons ne doivent pas non plus être exposés à la fumée émise par la marijuana. Toutefois, une discussion des avantages de l'allaitement maternel avec les mères qui prennent des drogues illicites pourrait les encourager à cesser la consommation de ces drogues (ICSI, 1996; Hale, 2000; Lawrence, 1994; Moretti, Lee et Ito, 2000).

e) La caféine

Une consommation occasionnelle de caféine est approuvée par l'American Academy of Pediatrics (Watson, 1994).



Production de lait (Niveau de données probantes III)

Faciliter le développement de connaissances sur l'allaitement maternel en fournissant à la cliente des informations uniformes sur l'anatomie et la physiologie du sein, y compris :

- les structures externes,
- les structures internes,
- les influences des hormones sur le sein, et
- la production de lait.

Discussion des données probantes

L'éducation des familles qui allaitent au sujet de la production de lait ne représente qu'un élément d'une éducation complète sur l'allaitement maternel. Bien que la documentation n'indique pas spécifiquement l'importance de renseigner les familles qui allaitent sur ce sujet, on peut supposer que le fait de comprendre comment le lait maternel est produit serait un atout pour soutenir la compréhension générale des familles et leur sentiment de confort concernant l'allaitement maternel.

Fairbank et al. (2000) ont discuté de l'efficacité des interventions qui favorisent le début de l'allaitement maternel, et ont constaté que « de petits cours d'éducation sanitaire, donnés à de petits groupes informels pendant la période précédant la naissance, peuvent s'avérer des interventions efficaces pour augmenter les taux de début de l'allaitement, et dans certains cas la durée de l'allaitement, chez des femmes ayant différents revenus et provenant de différents groupes ethniques » (p. vi). Fairbank et al. (2000) ont également proposé que « certaines indications laissent entendre que l'éducation sanitaire en tête à tête peut s'avérer efficace pour augmenter les taux de début chez les femmes à faible revenu, et particulièrement chez les femmes qui ont exprimé le désir d'allaiter » (p. 48). Ces indications soutiendraient davantage les infirmières dans leur rôle de facilitatrices des connaissances sur l'allaitement maternel des clients, grâce à la mise en œuvre de ces stratégies d'intervention.

Positions pour l'allaitement maternel (Niveau de données probantes III)

Les infirmières aident les mères à trouver différentes positions pour l'allaitement maternel avec lesquelles elles se sentent à l'aise ou qu'elles peuvent essayer. Pour obtenir une description des différentes positions pour l'allaitement, accompagnées d'illustrations, consultez l'annexe E.

Discussion des données probantes

Les infirmières doivent fournir à la mère des renseignements uniformes afin qu'elle puisse choisir une position pour l'allaitement maternel qui soit confortable et efficace tant pour elle que pour son nourrisson. Plusieurs lignes directrices examinées par le groupe d'experts décrivent un certain nombre de positions efficaces pour l'allaitement (AWHONN, 2000; International Lactation Consultant Association, 1999; Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998).

Prise du sein/Transfert du lait (Niveau de données probantes II-2)

Des renseignements permettant d'évaluer l'efficacité de la prise du sein, du transfert du lait et de l'allaitement maternel sont fournis dans l'annexe G. Les infirmières doivent inclure des informations et une éducation sur la prise du sein, comment prendre le sein, comment reconnaître que le bébé a bien pris le sein, comment reconnaître que le bébé reçoit du lait, comment reconnaître les signes de bonne succion et comment reconnaître les signes de faim.

Discussion des données probantes

La production de lait, le transfert du lait et le confort des mamelons dépendent tous d'une bonne prise du sein. Plusieurs ressources examinées par le groupe d'experts décrivaient comment obtenir une prise du sein et un transfert du lait efficaces (ICSI, 1996; ILCA, 1999; Newman et Pitman, 2000; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998).

Une bonne prise du sein est attestée par la bouche grande ouverte du bébé, les lèvres retroussées vers l'extérieur, le menton appuyé sur le sein et la lèvre inférieure couvrant une plus grande partie de l'aréole que la lèvre supérieure (Ziemer, Paone, Schupay et Cole, 1990). Les indications qui indiquent un transfert du lait efficace comprennent : le bébé tête et avale de façon rythmique; on peut voir et entendre le bébé avaler; on peut voir une petite quantité de lait/colostrum dans la bouche; le bébé est satisfait après la tétée; des tiraillements non douloureux du sein; une fuite de lait du sein opposé; la somnolence de la mère; et le ramollissement du sein après la tétée (Biancuzzo, 1999; Brandt, Andrews et Kvale, 1998; Chute et Moore, 1996; Hill et al., 1997; Matthews et al., 1998).

Le bébé qui obtient suffisamment de lait au sein tête de façon très caractéristique. Le transfert du lait peut être évalué en observant le bébé au sein afin de déceler les signes suivants de bonne prise du sein et de bon transfert du lait : le bébé ouvre assez grand la bouche en tétant lentement et régulièrement; à l'ouverture maximale de la bouche, une pause peut être observée si l'on regarde le menton du bébé; le bébé referme la bouche. Le schéma est le suivant : *ouvrir – téter – pause – avaler*. Chacune de ces pauses correspond à une bouche pleine de lait; plus la pause est longue, plus le bébé obtient de lait (Newman, 1998).

La prévention et la prise en charge des problèmes (niveau de données probantes III);

Les infirmières doivent reconnaître les familles et les éduquer concernant la prévention et la prise en charge des problèmes potentiels suivants relatifs à l'allaitement maternel :

- Mamelons fissurés, sanglants, endoloris, plats ou invaginés;
- Engorgement des seins;
- Mastite, obstruction des canaux galactophores;
- Maladie de la mère (p. ex., VIH, CMV, hépatite B, streptocoque B, chirurgie mammaire);

- Maladie du bébé (p. ex., jaunisse du nouveau-né, photothérapie, hypoglycémie, stress dû au froid, bébés prématurés, candidose buccale, séparation de la mère, bec-de-lièvre);
- Bébé adopté;
- Naissances multiples;
- Le bébé refuse le sein ou ne parvient pas à le prendre correctement;
- Tétée inefficace;
- Quantité de lait insuffisante;
- Quantité de lait excessive; et
- Réflexe d'éjection (descente) du lait

L'annexe H présente un « Arbre de décision immédiat postpartum » afin d'évaluer l'allaitement maternel, encourager les interventions efficaces et éviter que des problèmes n'apparaissent.

43

Discussion des données probantes

L'Institut canadien de la santé infantile (1996) suggère qu'une connaissance des difficultés potentielles associées à l'allaitement maternel et une réaction rapide de la part des professionnels de la santé peuvent permettre d'éviter les problèmes et de favoriser le succès de l'allaitement maternel.

Aux fins de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires et pour rester dans le cadre de sa portée définie, le groupe d'élaboration s'entend pour dire que les lecteurs doivent consulter les autorités et les sources actuelles relatives à l'allaitement maternel concernant la prise en charge des problèmes liés à l'allaitement maternel. Bien que d'autres études doivent être effectuées concernant la prise en charge des problèmes liés à l'allaitement maternel, dans le cas des problèmes présentés dans la présente ligne directrice, les lecteurs peuvent se reporter aux lignes directrices suivantes sur l'allaitement maternel (AWHONN, 2000; ICSI, 1996; Santé Canada, 2000; ILCA, 1999; Scarborough Breastfeeding Network, 1999) ainsi qu'à d'autres sources fondées sur les données probantes (Newman et Pitman, 2000; Riordan et Auerbach, 1999).

Il existe une lacune dans les données probantes qui soutiennent directement l'éducation à elle seule comme pouvant permettre de régler les problèmes liés à l'allaitement maternel. Toutefois, on peut supposer que plus les familles qui allaitent ont de connaissances concernant l'allaitement maternel et la prise en charge des préoccupations, des durées plus longues et une expérience d'allaitement maternel plus positives seraient à prévoir (Fairbank et al., 2000).

Interventions médicales (Niveau de données probantes III)

L'infirmière renseignera les familles concernant les interventions médicales suivantes utilisées pendant la période intrapartum et leur effet potentiel sur l'expérience d'allaitement maternel initiale :

- Médicaments utilisés pendant le travail, comme les narcotiques;
- Épidurale;
- Césarienne; et
- Extraction par ventouse obstétricale ou forceps en cas d'accouchement.

Discussion des données probantes

Les bébés nés de mères qui ont reçu des narcotiques ou une épidurale lors du travail peuvent éprouver des difficultés à téter pendant la première période après l'accouchement. Un examen des études (AWHONN, 2000) a révélé que les effets des médicaments intrapartum sur l'expérience d'allaitement maternel varient selon le moment de l'administration des médicaments et la quantité administrée. Après une césarienne, l'allaitement maternel doit commencer dès que la mère se sent physiquement capable de le faire. Dans le cas d'une anesthésie locale, le début de l'allaitement maternel ne doit pas être retardé. Dans le cas d'une anesthésie générale, l'allaitement maternel doit être débuté dès que la mère reprend conscience (Gonzales, 1990; OMS, 1998).

À l'heure actuelle, il n'existe pas suffisamment de données probantes relatives à l'induction, à l'utilisation des forceps et à d'autres facteurs, tel que la longueur et la difficulté du travail, sur l'allaitement maternel. Les infirmières doivent évaluer ces facteurs et tenir compte de la façon dont ils pourraient affecter l'expérience de l'allaitement maternel.



Quand demander de l'aide (Niveau de données probantes III)

Les infirmières doivent fournir aux familles des informations clés, écrites et verbales, concernant quand demander de l'aide. Il est important de souligner aux familles que la présence de signes individuels n'indique pas généralement l'existence d'un problème, mais que la reconnaissance d'une tendance indique qu'une intervention de la part d'un professionnel de la santé est requise. Parmi les renseignements fournis aux familles, on peut citer ce qui suit :

RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION DES FAMILLES – QUAND DEMANDER DE L'AIDE

Perte de poids supérieure à 7 % ou perte de poids continue après le troisième jour

Les infirmières doivent expliquer aux familles que l'idéal est que le poids du bébé soit toujours mesuré sur le même pèse-personne lors de chaque évaluation. Les pèse-personnes ont un certain degré de variabilité, et le fait de toujours prendre le poids sur le même appareil permet d'effectuer des comparaisons exactes. Il n'est pas prévu que les familles calculent elles-mêmes cette perte de poids, et elles ne doivent pas être encouragées à le faire, mais les infirmières doivent connaître les calculs nécessaires.

Moins de trois selles en 24 heures

Méconium après le quatrième jour

Moins de 6 couches mouillées en 24 heures après le quatrième jour

Discutez avec la famille de la différence entre des couches trempées et des couches tachées. Avec les couches jetables très absorbantes, c'est parfois difficile à juger.

Le bébé est somnolent, agité ou irritable

Aucune déglutition audible lors de l'allaitement

Refus de s'alimenter

Aucun changement de la taille ou du volume des seins de la mère le cinquième jour

Mamelons endoloris

L'engorgement n'est pas soulagé par l'allaitement

Aucune prise de poids du bébé le cinquième jour

Le poids à la naissance n'a pas été repris vers l'âge de 2 à 3 semaines

Discussion des données probantes

Les infirmières doivent travailler avec le prestataire de soins primaires de la famille afin de s'assurer que les parents peuvent reconnaître les signes qui indiquent qu'une aide immédiate et une évaluation supplémentaire de l'allaitement maternel sont nécessaires. Ces signes sont les suivants : perte de poids supérieure à 7 % (poids toujours pris sur le même pèse-personne); perte de poids continue après le troisième jour; moins de trois selles en 24 heures; méconium après le quatrième jour; moins de 6 couches mouillées en 24 heures après le quatrième jour; bébé somnolent, agité ou irritable; aucune déglutition audible lors de l'allaitement; refus de s'alimenter; aucun changement de la taille ou du volume des seins de la mère le cinquième jour; mamelons endoloris; engorgement non soulagé par l'allaitement; aucune prise de poids du bébé le cinquième jour; le poids à la naissance n'a pas été repris vers l'âge de 2 à 3 semaines (Huggins et Billon, 1993; Humenick, Hill et Wilhelm, 1997; Merlob, Aloni, et Prager, 1994; Neifert, 1998; Nyhan, 1952; Powers et Slusser, 1997; Righard et Alade, 1990; Shrago, 1996)

Où obtenir des renseignements et des ressources supplémentaires *(Niveau de données probantes III)*.

Les femmes qui allaitent et leur famille doivent savoir où obtenir de l'aide supplémentaire et de l'information sur l'allaitement maternel. Les infirmières doivent connaître les différentes ressources sur l'allaitement maternel disponibles dans la communauté locale. Ces ressources comprennent, notamment, les consultantes en lactation, La Leche League, les unités de santé publique, les infirmières en soutien communautaire, les médecins, les cliniques d'allaitement maternel et les sages-femmes. L'annexe I fournit une liste des ressources d'éducation recommandées, tandis que l'annexe J fournit un cadre permettant de trouver les services de soutien locaux pour l'allaitement maternel.

Les femmes et leur famille doivent être sensibles à l'importance du soutien pour que l'expérience de l'allaitement maternel soit réussie. Les partenaires partagent souvent les tâches ménagères, mais le renforcement positif fréquent et la sensibilité aux sentiments de frustration et de découragement de la mère sont les facteurs qui se sont avérés les plus utiles. Les partenaires doivent être encouragés à explorer leurs sources de soutien, y compris l'un et l'autre, leur famille, leurs amis et leur communauté, avant la naissance du bébé. Le soutien des prestataires de soins de santé est essentiel pour un allaitement maternel réussi (ICSI, 1996).

Discussion des données probantes

Les services de soutien ont été associés à une augmentation de la durée de l'allaitement maternel (AWHONN, 2000).

Recommandation • 5

Les cours d'éducation sur la santé donnés à de petits groupes informels, donnés avant la naissance, ont un meilleur impact sur les taux de début de l'allaitement maternel que les documents sur l'allaitement à eux seuls ou combinés avec des méthodes d'enseignement formelles et non interactives. *(Niveau de données probantes I)*

Les infirmières peuvent proposer des renseignements sur l'allaitement maternel pendant la grossesse (premier trimestre) par l'entremise des moyens suivants :

- Cours en groupe (Duffy et al., 1997; Kistin et al., 1990; Pugin et al., 1996; Wiles, 1984);
- Groupes de compagnes (Caulfield et al., 1998; Long et al., 1995; Morrow et al., 1999); et
- Enseignement individualisé (Caulfield et al., 1998; Hartley et O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998).

Discussion des données probantes

Fairbank et al. (2000), dans leur examen systématique, ont trouvé 19 études qui examinaient l'effet sur le taux de début des interventions autonomes en éducation de la santé. Bien que quelques interprétations prudentes des résultats aient été découvertes, on peut conclure que l'information présentée uniquement sous forme de documents sur l'allaitement maternel ne réussira pas à changer les comportements. Fairbank et al. (2000) ont également fait rapport dans leur examen systématique sur un essai clinique randomisé effectué par Kistin et al. (1990) qui soutient l'éducation sanitaire individualisée et l'éducation sanitaire donnée en groupe. Ils ont trouvé des différences relatives aux pratiques d'allaitement maternel : la réception d'une éducation sanitaire en groupe a fait augmenter les taux de début chez celles qui planifiaient d'allaiter, tandis que la réception d'une éducation sanitaire individualisée a affecté les taux de début de celles qui planifiaient l'alimentation au biberon. Bien que les preuves soient limitées, les établissements doivent tenir compte de la conception de leur séance d'éducation sur l'allaitement maternel après une évaluation de leur population cible. Trois autres essais cliniques randomisés effectués par Rossiter (1994), Wiles (1984) et Thorley et al. (1997) appuyaient tous le recours à l'éducation en groupe.

Les compagnes conseillères peuvent fournir une éducation et un soutien efficaces dès la période prénatale, comme l'atteste l'augmentation de 15 à 25 pour cent des taux de début chez les populations urbaines et rurales à faible revenu (Caulfield et al., 1998; Kistin et al., 1994; Lang, Lawrence et Orme, 1994; Morrow et al., 1999), et l'augmentation de 40 à 60 pour cent de la durée (Morrow et al., 1999). Il existe également une relation positive entre la participation à des cours prénataux et le début de l'allaitement maternel (Kistin et al., 1990). Le fait d'encourager la mère à allaiter, même lors d'une seule visite prénatale, peut avoir un effet positif sur le début de l'allaitement maternel (Balcazar et al., 1995; Duffy et al., 1997). Une étude effectuée par Pugin et al. (1996) a évalué l'effet d'un programme de promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux, avec et sans éducation prénatale spécifique. On a conclu que l'éducation prénatale sur l'allaitement maternel constituait un élément important et significatif du soutien de l'allaitement maternel, particulièrement chez les femmes qui n'ont aucune expérience précédente de l'allaitement maternel. L'intervention a pu jouer un rôle important concernant les mythes, les problèmes et le soutien communs lors des discussions en groupe.



Recommandation • 5.1

L'évaluation des programmes d'éducation doit être effectuée afin d'évaluer l'efficacité des cours prénataux sur l'allaitement maternel. *(Niveau de données probantes II-2)*

Discussion des données probantes

AWHONN (2000) propose que les plans d'éducation soient évalués pour les facteurs suivants : appropriés à l'âge et à la culture, renseignements spécifiques à la communauté, et informations exactes qui comprennent les avantages de l'allaitement maternel.

Recommandation • 6

Les infirmières procèdent à une évaluation exhaustive de l'allaitement maternel pour la mère/le bébé avant le congé de l'hôpital. *(Niveau de données probantes III)*

48

L'annexe K fournit des exemples d'outils d'évaluation au congé de l'hôpital qui peuvent être utilisés pour faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile.

Recommandation • 6.1

Si la mère et l'enfant reçoivent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures qui suivent la naissance, une évaluation de suivi en personne doit être effectuée dans les 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital par une professionnelle de la santé qualifiée, comme une infirmière en santé publique ou une infirmière communautaire spécialisée en soins de la mère/du nouveau-né. *(Niveau de données probantes III)*

Discussion des données probantes

En l'absence de données probantes issues de la recherche, le groupe d'experts approuve les lignes directrices émises par la Société canadienne de pédiatrie (2000). Pour obtenir un résumé de ces lignes directrices, reportez-vous à l'annexe L. Spécifiquement, le groupe d'experts souhaite insister sur le fait que si la mère et le bébé reçoivent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, une évaluation de suivi doit être effectuée en personne, dans les 48 heures qui suivent le congé. L'évaluation doit être effectuée par une professionnelle de la santé qualifiée, comme une infirmière en santé publique ou une infirmière communautaire spécialisée en soins de la mère/du nouveau-né. Toutefois, le groupe d'élaboration est d'accord pour affirmer que certaines mères bénéficieraient d'une visite à domicile et d'une évaluation de l'allaitement maternel dès 24 heures après leur congé de l'hôpital. Les mères désignées comme étant à risque peuvent avoir besoin d'un suivi plus étroit, peu après le congé de l'hôpital.

Recommandation • 6.2

Le congé de l'hôpital de la mère et du bébé après 48 heures doit être suivi par un appel téléphonique dans les 48 heures qui suivent le congé. *(Niveau de données probantes III)*

Discussion des données probantes

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, par l'entremise du programme Bébés en santé; enfants en santé, stipule qu'une professionnelle de la santé doit communiquer avec toutes les nouvelles mères dans les 48 heures qui suivent leur congé de l'hôpital, et que les mères qui y consentent reçoivent une visite à domicile (ministère de la Santé de l'Ontario, 1997). Ce contact téléphonique doit inclure une évaluation de la mère, qui doit tenir compte de sa santé physique, de son alimentation, du soin des seins, de son rôle parental, de ses systèmes de soutien, de sa santé émotionnelle, de la supervision médicale et des autres déterminants de la santé. L'évaluation téléphonique du nouveau-né doit se concentrer sur l'alimentation et la nutrition de celui-ci, son état de santé général, y compris la miction et les selles, le soin du nouveau-né et la supervision médicale. De plus, la santé et le bien-être des autres membres de la famille et leur adaptation au nouveau bébé doivent être vérifiés. Les renseignements concernant les ressources communautaires qui soutiennent le rôle de parent (p. ex., cliniques d'allaitement maternel, groupes parent-bébé, centres pour les parents) doivent être fournis pendant le contact téléphonique.

Lors d'une étude de cinq sites en Ontario sur la santé et le recours aux services sociaux après la naissance, Sword et al. (2001) ont signalé que les mères et les nouveau-nés en bonne santé dépendent principalement des soins de santé primaires et des services infirmiers communautaires dans les quatre premières semaines qui suivent le congé de l'hôpital. Les tendances relatives à l'utilisation varient d'un site à l'autre et dépendent des mères, des nouveau-nés et des tendances relatives à la pratique de prestataires de soins. Il a également été signalé que pendant leur premier mois de maternité, il existait beaucoup de lacunes dans les informations dont disposaient les mères en bonne santé et qui sont pertinentes pour le recours approprié aux services de santé et sociaux. Des implications spécifiques relatives à l'allaitement maternel à l'intention des décideurs, des directeurs de programmes, du personnel qui fournit les services et du public sont inclus dans l'Ontario Mother and Infant Survey (Sword, 2001).

Les études ont également démontré la valeur des services de visite à domicile, tant avant qu'après la naissance. Ciliska et al. (1999) ont procédé à un examen systématique afin d'évaluer l'efficacité des visites à domicile comme stratégie de livraison d'un programme pour les clientes pendant la période prénatale et la période postnatale. Vingt articles pertinents, présentant douze études de bonne à moyenne qualité, ont été découverts. Les études étaient tous des essais sauf une, qui était effectuée par cohortes et qui était considérée comme étant de qualité moyenne. Deux études ciblaient les clientes prénatales, et quatre comprenaient des interventions pendant la période prénatale et la période postnatale. Les interventions les plus efficaces étaient celles qui impliquaient de multiples organismes communautaires et les services de soins primaires; qui étaient plus intensives, avec des visites à domicile hebdomadaires du moins au début, soit pendant la grossesse soit après la naissance du bébé; et qui avaient un impact plus important sur celles qui seraient considérées comme étant à risque parce qu'elles étaient défavorisées sur le plan social. Parmi les implications pour la pratique,

on peut citer : de multiples stratégies d'intervention est la méthode qui s'avère la plus efficace; et les interventions auprès de femmes qui présentent un risque élevé, en raison de leur situation sociale, de leur âge, de leur revenu ou de leur éducation, ont un impact plus important que celles axées sur des clientes plus favorisées.

Recommandation • 7

Des infirmières qui possèdent de l'expérience et des compétences en allaitement maternel doivent donner un soutien aux mères. Ce soutien doit être établi pendant la période prénatale, se poursuivre après la naissance et doit comprendre un contact en personne. (Niveau de données probantes I)

50

La durée de tels programmes de soutien doit être déterminée en se basant sur les besoins locaux (les données probantes relatives à la durée des programmes de soutien ne sont pas concluantes).

Discussion des données probantes

Sikorski, Renfrew, Pindoria et Wade (2001) ont examiné treize études qui se penchaient sur l'efficacité des services de soutien à l'allaitement maternel sur la durée de l'allaitement. Les études incluses dans l'examen étaient soit randomisées, soit contrôlées et quasi-randomisées. Dans ces études, le soutien à l'allaitement maternel offert aux mères s'ajoutait aux soins normalement reçus par les mères. Par conséquent, le soutien a été fourni spécifiquement pour faciliter le maintien de l'allaitement maternel. Dans les études analysées, le soutien à l'allaitement maternel a été fourni soit pendant la période prénatale et la période postnatale, soit exclusivement pendant la période postnatale. Douze études impliquaient un soutien en personne à l'allaitement maternel, tandis qu'une étude se penchait sur le soutien téléphonique fourni par des bénévoles. Les résultats des études ont démontré que le soutien à l'allaitement maternel fourni par des professionnelles de la santé qui possèdent des compétences spécifiques relatives à l'allaitement maternel, faisait en sorte que les mères allaitaient pendant deux mois et que plus de mères allaitent exclusivement jusqu'à deux mois. En particulier, les interventions de soutien à l'allaitement maternel proposées pendant la période prénatale et la période postnatale s'avéraient plus efficaces que les interventions qui n'avaient lieu que pendant la période postnatale. Toutefois, il apparaît, dans les études examinées, que l'efficacité des interventions de soutien sur la durée de l'allaitement maternel à plus long terme (plus de deux mois) reste peu claire. De plus, l'efficacité du soutien téléphonique fourni par des bénévoles n'était pas confirmée. Une étude récente, effectuée par Steel O'Connor et al. (2003), a comparé les visites à domicile routinières effectuées par une infirmière en santé publique avec un appel téléphonique de dépistage afin de déterminer si une intervention future s'avère nécessaire. Leur conclusion : « un élément critique du premier contact téléphonique est une évaluation prudente de la nécessité d'une intervention future par une infirmière en santé publique » (p. 103).

Recommandation • 7.1

Les organismes doivent songer à établir et à soutenir des programmes de soutien par les pairs, seuls ou en combinaison avec un enseignement individualisé, avant et après la naissance. *(Niveau de données probantes I)*

Discussion des données probantes

Dans l'examen systématique de Fairbank et al., (2000), deux essais contrôlés randomisés (Kistin et al., 1994; McInnes, 1998) ont été reconnus. Les deux essais contrôlés randomisés ont trouvé des données probantes en faveur des programmes de soutien par les compagnes pour aider les femmes à commencer l'allaitement maternel et à maintenir l'allaitement exclusif pendant au moins six semaines, ainsi que pour les aider à allaiter de façon efficace. Le soutien des compagnes ne changeait pas le comportement des femmes qui avaient décidé d'avoir recours au biberon.

51

Recommandations relatives à la formation

Recommandation • 8

Les infirmières fournissant un soutien à l'allaitement maternel doivent recevoir une éducation obligatoire en allaitement maternel afin de développer les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour mettre en œuvre la politique relative à l'allaitement maternel et pour soutenir les mères qui allaitent. *(Niveau de données probantes II-2)*

Une éducation en matière d'allaitement maternel doit :

1. inclure un contenu qui facilite l'acquisition de compétences cliniques, d'une base théorique et d'attitudes réflexives. L'annexe M contient des exemples d'exercices qui facilitent l'autoréflexion dans le cadre de la séance d'éducation.
2. être basée sur une structure qui inclut :
 - l'Initiative amis des bébés^{MC};
 - les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* de l'OMS/UNICEF;
 - la pratique fondée sur les données probantes;
 - les théories relatives à l'apprentissage des adultes; et
 - l'acquisition de compétences, du niveau débutant au niveau expert.



B. Le contenu spécifique doit inclure des informations concernant l'évaluation de l'allaitement maternel, le soutien et la prise en charge des problèmes.

Des exemples de programmes sont disponibles aux endroits suivants :

- Le module d'éducation sur l'allaitement maternel de l'OMS, intitulé « Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly™ Hospital: An 18-hour course for maternity staff ».
- Breastfeeding Education Series – Perinatal Partnership Program of Eastern & Southeastern Ontario.
- Les universités/collèges d'arts et de technologies appliqués.
- Les ressources pédagogiques – sites Web, revues, vidéos, cours en ligne sur l'allaitement maternel, etc.

52

L'annexe I fournit une liste de ressources Internet, de vidéos et de textes recommandés. L'annexe N fournit une liste de cours en ligne concernant l'allaitement maternel.

Discussion des données probantes

Les études ont indiqué une corrélation positive entre l'augmentation des connaissances sur l'allaitement maternel et les compétences des prestataires de soins de santé et l'augmentation des taux de début de l'allaitement maternel (Balcazar et al., 1995; Hartley et O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998; Rajan & Oakley, 1990). Toutefois, il est malheureux que les programmes de sciences de la santé ne consacrent qu'un minimum de temps à la formation de base en allaitement maternel, faisant ainsi en sorte que les professionnelles de la santé sont mal préparés à fournir des conseils ou de l'aide en matière d'allaitement maternel (ICSI, 1996; OMS, 1998). Par conséquent, les organismes de soins de santé doivent prendre l'initiative de fournir à leur personnel soignant une formation adéquate en allaitement maternel. Cela facilitera la prestation de conseils efficaces en matière d'allaitement maternel, afin que les mères bénéficient d'informations sur l'allaitement maternel qui sont uniformes et favorables (AWHONN, 2000; ISCI, 1996).

Pour faire la promotion efficace de l'allaitement maternel, la formation des professionnelles de la santé doit être orientée de manière à accroître leurs connaissances et leurs compétences, ainsi qu'à changer leurs attitudes concernant l'allaitement maternel. Les études ont démontré que pour que la formation soit efficace, elle doit être obligatoire et approuvée par la haute direction grâce à la mise en œuvre d'une politique sur l'allaitement maternel (Iker et Morgan, 1992; Stokamer, 1990; Winikoff, Myers, Laukaran et Stone, 1987). L'OMS/UNICEF (1992) ont recommandé que les prestataires de soins de santé reçoivent, au minimum, dix-huit heures de formation sur l'allaitement maternel et trois heures de pratique clinique. De plus, la formation doit incorporer au moins huit des dix conditions du Code de l'OMS.

Deux études se sont penchées sur l'efficacité de la formation. Altobelli, Baiocchi-Ureta et Larson (1991) ont mesuré, neuf mois après la formation, l'efficacité d'un cours de formation de personnel d'une durée de vingt heures qui avait recours à du matériel pédagogique normalisé. Ils ont signalé une amélioration du contact initial entre la mère et le nouveau-né et de l'attachement au sein, ainsi qu'une réduction du recours à des suppléments à l'alimentation. Westphal, Taddei, Venancio et Bogus (1995) ont examiné l'efficacité d'un cours de formation intensif sur l'allaitement maternel d'une durée de trois semaines. Grâce au recours à un test préalable et à un test ultérieur, ils ont constaté que la plupart des participantes démontraient une amélioration considérable de leurs connaissances et de leur attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel. De plus, les chercheurs ont administré le test ultérieur aux participantes six mois plus tard et ont constaté un haut niveau de rétention de l'information apprise. Les deux études ont permis de déterminer qu'une éducation accrue n'est efficace que si elle est accompagnée par des changements de l'attitude des praticiens et des augmentations du niveau de compétences.

L'intégration de stratégies d'amélioration de l'auto-efficacité (p. ex., occasions d'observer une autre femme pendant qu'elle allaite) à des interactions avec les clientes peut permettre d'augmenter la qualité des soins fournis par les infirmières (Blyth et al., 2002). L'établissement d'une relation thérapeutique est la clé de l'inclusion de ces types de stratégies à des interactions avec les mères qui allaitent et doit être considérée comme partie intégrante de toute stratégie d'éducation. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario fournit une orientation dans le document *Standard for the Therapeutic Nurse-Client Relationship* (2000), et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002a) soutient les soins fondés sur les données probantes dans la ligne directrice sur les pratiques exemplaires intitulée *Établissement de la relation thérapeutique*.

Le groupe d'élaboration s'entend pour dire que les infirmières qui souhaitent travailler pour obtenir une désignation d'International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) doivent bénéficier d'encouragement et de soutien. L'accréditation de l'International Board of Lactation Consultant Examiners est la norme reconnue pour la maîtrise qui a été établie par les experts dans le domaine de la lactation (International Board of Lactation Consultant Examiners, 2001).



Recommandations relatives à l'organisme et à la pratique

Recommandation • 9

Les établissements doivent revoir leurs programmes d'éducation sur l'allaitement afin de les rendre appropriés pour les membres du public et, au besoin, apporter les changements nécessaires en se basant sur les recommandations fournies dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. (Niveau de données probantes III)

Il faut tenir compte des facteurs sociaux, économiques et culturels.

Recommandation • 10

Les établissements/organismes doivent travailler en vue d'obtenir l'accréditation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}. (Niveau de données probantes III)

Consultez l'annexe O pour obtenir des renseignements concernant le processus d'accréditation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}.

Recommandation • 11

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers repose sur une planification, des ressources, et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. Les organismes peuvent souhaiter élaborer un plan de mise en œuvre qui inclut :

- Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à l'éducation.
- L'implication de tous les membres (dans un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre.
- Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre.
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices.

À cet égard, la RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Cette trousse est recommandée pour l'orientation de la mise en œuvre des *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières*.

(Niveau de données probantes III)

Consultez l'annexe P pour obtenir une description de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* de la RNAO.

Évaluation et surveillance

On conseille aux organismes qui font la mise en œuvre des recommandations présentées dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de tenir compte de la manière dont la mise en œuvre et son impact seront surveillés et évalués. Le tableau suivant, basé sur le cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (2003c) de la RNAO résume quelques indicateurs proposés relativement à la surveillance et à l'évaluation :

	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Pour évaluer les soutiens au sein de l'organisme qui permettent aux infirmières de promouvoir l'allaitement maternel de façon appropriée. 	<ul style="list-style-type: none"> Pour évaluer les changements de la pratique qui mènent à une amélioration des pratiques relatives à l'allaitement maternel. 	<ul style="list-style-type: none"> Pour évaluer l'impact de la mise en œuvre des recommandations.
Organisme/ Unité	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de ressources d'éducation des patientes qui respectent les recommandations des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Examen des recommandations des lignes directrices par les comités de l'organisme chargés des politiques ou des pratiques ou de l'accréditation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB). 	<ul style="list-style-type: none"> Progrès vers l'accréditation IHAB depuis la mise en œuvre de la ligne directrice et des éléments des progrès que les administrateurs attribuent à la mise en œuvre de la ligne directrice. Un outil normalisé est utilisé pour la documentation d'une évaluation de l'allaitement maternel. 	<ul style="list-style-type: none"> Les politiques et les procédures relatives à la promotion de l'allaitement maternel se conforment à la ligne directrice.
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'infirmières à temps plein, à temps partiel et occasionnelles qui assistent à des séances d'éducation sur l'allaitement maternel. Nombre moyen d'heures d'éducation sur l'allaitement maternel depuis la mise en œuvre de la ligne directrice. 	<ul style="list-style-type: none"> Les connaissances auto-évaluées des infirmières relatives à l'allaitement maternel. Les niveaux de sensibilisation moyens auto-déclarés des infirmières des sources d'aiguillage dans la communauté en matière de soutien de l'allaitement maternel. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des nourrissons allaités qui ont reçu un supplément à l'hôpital. Preuves de la documentation dans le dossier de santé concernant : <ul style="list-style-type: none"> L'évaluation prénatale; L'évaluation postnatale; L'éducation de la famille; et L'aiguillage dans la communauté.
Mère qui allaite		<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des mères qui signalent une évaluation prénatale de l'allaitement maternel effectuée par une infirmière. Pourcentage des mères qui signalent une évaluation postnatale de l'allaitement maternel effectuée par une infirmière. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des femmes primipares qui commencent l'allaitement maternel à l'hôpital. Pourcentage des femmes multipares qui commencent l'allaitement maternel à l'hôpital. Pourcentage des mères (primipares et multipares) qui allaitent exclusivement à 8 semaines (2 mois) après la naissance. Pourcentage des mères qui accèdent à des sources d'aiguillage dans la communauté.
Coûts financiers	<ul style="list-style-type: none"> Prestation de ressources financières et humaines adéquates. 		

Des exemples d'outils d'évaluation qui ont été utilisés pour recueillir des données sur certains des identificateurs déterminés ci-dessus lors de la mise à l'essai de la mise en œuvre et de l'évaluation de cette ligne directrice sont disponibles à l'adresse www.rnao.org/bestpractices.

Mise en œuvre

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires a fait l'objet d'une mise à l'essai dans un hôpital et une unité de santé publique de Sudbury, en Ontario. Il est possible que les leçons tirées et les résultats de la mise à l'essai de la mise en œuvre soient uniques à ces organismes, et il est reconnu que leur expérience ne peut pas nécessairement être généralisée à d'autres établissements. Toutefois, il existe de nombreuses stratégies que les sites de mise à l'essai ont trouvé utiles pendant la mise en œuvre, et ceux qui souhaitent procéder à la mise en œuvre de cette ligne directrice voudront peut-être tenir compte de ces conseils. Voici un résumé de ces stratégies :

- Trouver une personne qui accepte de prendre la tête du projet et qui est en mesure de consacrer du temps à sa mise en œuvre. Si l'initiative de mise en œuvre englobe plus d'un établissement, chaque établissement doit songer à trouver sa propre infirmière ressource. Cette infirmière fournira un soutien, des compétences cliniques et une direction à la mise en œuvre, et devrait posséder un excellent entente et de solides compétences en facilitation et en gestion de projet.
- Avoir recours à une approche systématique de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'initiative des lignes directrices. Un plan de travail est utile pour assurer le suivi des activités et des échéanciers.
- Avant qu'un changement de pratiques puisse être attendu et que les recommandations relatives à la ligne directrice puissent être mises en œuvre, il faut tenir compte des attitudes, des valeurs et des convictions du personnel soignant concernant l'allaitement maternel. Le recours à des exercices de pratique réflexive et à des approches d'apprentissage transformationnel était la clé du programme élaboré pour la mise à l'essai (voir l'annexe M).



- Fournir au personnel des occasions d'assister à des programmes d'éducation interactifs sur l'allaitement maternel, fondés sur les principes de l'apprentissage des adultes, qui intègrent les approches suivantes, en plus du contexte des politiques entourant l'allaitement maternel. Le cours de 18 heures d'INFACT est fortement recommandé pour tous les membres du personnel qui peuvent y assister.
- Le travail d'équipe et la collaboration grâce à une approche interdisciplinaire sont essentiels, et tous les services et les établissements qui s'occupent de jeunes familles doivent être inclus dans le processus. Songez à créer une équipe de mise en œuvre qui inclut non seulement l'organisme qui procède à la mise en œuvre de la ligne directrice, mais d'autres comme les partenaires communautaires (sources d'aiguillage), les groupes de soutien, les programmes prénataux et postnataux et les diététistes.

En plus des conseils susmentionnés, la RNAO a publié des ressources pour la mise en œuvre qui sont disponibles sur son site Web. Une trousse d'outil pour la mise en œuvre des lignes directrices peut s'avérer utile, si elle est utilisée de façon appropriée. Une brève description de cette trousse est disponible dans l'annexe P et la trousse elle-même peut être téléchargée gratuitement à l'adresse www.rnao.org/bestpractices. Des ressources pour la mise en œuvre élaborées par le site de mise à l'essai de Sudbury, en Ontario, sont également disponibles sur le site Web pour aider les individus et les organismes à procéder à la mise en œuvre de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Ces ressources sont spécifiques au site de mise à l'essai et ont été mises à disposition comme exemples d'une adaptation locale de la mise en œuvre des recommandations.



Processus de mise à jour et de révision des Lignes directrices

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour les Lignes directrices sur la pratique exemplaire en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) tous les trois ans après la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans qui sépare la préparation et la révision, le personnel de la RNAO affecté au programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires effectuera un suivi régulier des examens systématiques et des essais contrôlés randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats obtenus, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la date de la période de révision. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision, laquelle sera formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et cas d'expérience provenant des sites de mise en place.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices pour la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais aléatoires, ainsi que des autres éléments pertinents de la littérature dans ce domaine.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La nouvelle version des lignes directrices sera diffusée selon les structures et les processus établis.

Références bibliographiques

ALTOBELLI, L., N. BAIOCCHI-URETA, et E. LARSON. (1991). *A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Rapport final (non publié)* The John Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) et le The Population Council (New York).

American Dietetic Association (1997). Position of the American Dietetic Association: Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(6), p. 662-666.

ARLOTTI, J. P., B. H. COTTRELL, S. H. LEE, et J. J. CURTIN (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *Journal of Community Health Nursing*, 15(3), p. 163-178.

Association of Registered Nurses of Newfoundland (2000). *Guidelines: Registered nurse competencies to protect, promote and support breastfeeding*. St. John's, Newfoundland: Association of Registered Nurses of Newfoundland (ARRN House).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: Prenatal care through the first year. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [En ligne]. Disponible : <http://www.awhonn.org>.

Australian College of Paediatrics (1998). Policy statement on breastfeeding: The Australian College of Paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(5), p. 412-413.

BAKER, C., S. OGDEN, W. PRAPAIPANICH, C. K. KEITH, L. C. BEATTIE, et L. NICKLESON (1999). Hospital consolidations: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), p. 11-20.

BALACAZAR, H., C. M. TRIER, et J. A. COBAS (1995). What predicts breastfeeding intention in Mexican-American and non-Hispanic white women? Evidence from a national survey. *BIRTH*, 22(2), p. 74-80.

BAR-YAM, N. B. (1998). Workplace lactation support, Part 1: A return-to-work breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 14(3), p. 249-254.

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

BENDER, D. E., E. DUSCH, et M. F. MCCANN (1998). From efficacy to effectiveness: Selecting indicators for a community-based lactational amenorrhoea method promotion programme. *Journal of Biosocial Science*, 30(2), p. 193-225.

BERNSHAW, N. (1991). Does breastfeeding protect against sudden infant death syndrome? *Journal of Human Lactation*, 7(2), p. 73-79.

BIANCUZZO, M. (1999). *Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses*. St. Louis : Mosby.

BLACK, N., M. MURPHY, D. LAMPING, M. MCKEE, S. SANDERSON, J. ASKHAM ET AL. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), p. 236-248.

BLYTH, R., R. CREEDY, C. DENNIS, W. MOYLE, J. PRATT, et S. DEVRIES (2002). The effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *BIRTH*, 29(4), p. 278-284.

BRANDT, K. A., C. M. ANDREWS, et J. KVALE (1998). Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(2), p. 169-174.

Comité canadien pour l'allaitement (2001a). Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc5.html>.

Comité canadien pour l'allaitement (2001b). Using the Baby-Friendly™ Hospital Initiative self-appraisal tool & analyzing the results. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc39.html>.

Comité canadien pour l'allaitement (2003a). The Baby-Friendly™ Initiative in community health services: A Canadian implementation guide. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>.

Comité canadien pour l'allaitement (2003b). Hospital/Maternity facility guidelines for the implementation of the WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Hospital Initiative (BFHI) in Canada. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc33.html>

Comité canadien pour l'allaitement (2003b). The Breastfeeding Committee for Canada welcomes you to the Baby-Friendly™ Initiative (BFI). Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc41.html>

BRENT, N. B., B. REDD, A. DWORETZ, F. D'AMICO, et J. J. GREENBERG (1995). Breast-feeding in a low-income population. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149(7), p. 798-803.

BURR, M. L., E. S. LIMB, M. J. MAGUIRE, L. AMARAH, B. A. ELDRIDGE, J. C. LAYZELL ET AL. (1993). Infant feeding, wheezing and allergy: A prospective study. *Archives of Disease in Childhood*, 68(6), p. 724-728.

Institut canadien de la santé infantile (1996). *National breastfeeding guidelines for healthcare providers*. Ottawa : Institut canadien de la santé infantile.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1999). Position statement: Breastfeeding. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) [en ligne]. Disponible : <http://206.191.29.104/pages/resources/brstfeed.htm>

Société canadienne de pédiatrie (2000). La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme. Énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Société canadienne de pédiatrie ([en ligne]. Disponible : <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn96-02.htm>.

Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.

CAULFIELD, L. E., S. M. GROSS, M. E. BENTLEY, Y. BRONNER, L. KESSLER, J. JENSEN ET AL. (1998). WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American women in Baltimore: Effects on breastfeeding initiation and continuation. *Journal of Human Lactation*, 14(1), p. 15-22.

CHANDRA, R. K. (1997). Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 24(4), p. 380-388.

CHEZEM, J., C. FRIESEN, et J. BOETTCHER (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1), p. 40-47.

CHUTE, G., et L. S. MOORE (1996). Newborn nutrition. In K. R. Simpson et P. A. Creehan (éditeurs), *Perinatal Nursing* (p. 337-354). Philadelphie : Lippincott-Raven.

CILISKA, D., S. HAYWARD, M. DOBBINS, G. BRUNTON, et J. UNDERWOOD (1999). Transferring public-health nursing research to health-system planning: Assessing the relevance and accessibility of systematic reviews. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(1), p. 23-36.

CLARKE, M. D., A. D. OXMAN (éditeurs) (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0*. In *Review Manager (RevMan) (programme d'ordinateur)*. Version 4.0 (mise à jour en juillet 1999). Oxford : The Cochrane Collaboration.

CLUZEAU, F., P. LITTLEJOHNS, J. GRIMSHAW, et G. FEDER (1997). Appraisal instrument for clinical guidelines. St. George's Hospital Medical School [en ligne]. Disponible : <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/clinline.htm>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2000). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship*. Toronto : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

DENNIS, C. L., et S. FAUX (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing and Health*, 22(5), p. 399-409.

DIGIROLAMA, A., et L. GRUMMER-STRAWN (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *BIRTH*, 28(2), p. 94-100.

DUCKETT, L. (1992). Maternal employment and breastfeeding. *NAACOG's Clinical Issues*, 3(4), p. 701-712.

DUFFY, E. P., P. PERCIVAL, et E. KERSHAW (1997). Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery*, 13(4), p. 189-196.

Effective Public Health Practice Project (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. PHRED [en ligne]. Disponible : <http://www.hamilton.ca/PHCS/EPHPP/Research/Summary/2002/OptimalBreastfeeding.pdf>.

ELLIS, T. M., et M. A. ATKINSON (1996). Early infant diets and insulin-dependent diabetes. *Lancet*, 347(9013), p. 1464-1465.

FAIRBANK, L., S. O'MEARA, M. RENFREW, M. WOOLRIDGE, A. SOWDEN, et S. LISTER-SHARP, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, 4(25), p. 1-57.

FIELD, M. J., et K. N. LOHR (éditeurs) (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.

FORD, R. P. (1993). Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 22(5), p. 885-890.

FREUDENHEIM, J. L., J. R. MARSHALL, J. E. VENA, K. B. MOYSICH, P. MUTI, R. LAUGHLIN ET AL. (1997). Lactation history and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 146(11), p. 932-938.

GARTNER, M. L., S. L. BLACK, P. A. EATON, et A. R. LAWRENCE (1997). Breastfeeding and use of human milk. American Academy of Pediatrics [En ligne]. Disponible : <http://www.aap.org/policy/re9729.html>.

GIUGLIANI, E. R., W. T. CAIAFFA, J. VOGELHUT, F. R. WITTER, et J. A. PERMAN (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 10(3), p. 157-161.

GONZALES, R. B. (1990). A large scale rooming-in program in a developing country: The Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 31(Suppl 1), p. 31-34.

HALE, T. (1999). *Clinical therapy in breastfeeding patients*. (1ère éd). Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.

HALE, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.

HART, H., M. BAX, et S. JENKINS (1980). Community influences on breastfeeding. *Child Care, Health and Development*, 6(3), p. 175-187.

HARTLEY, B. M., et M. E. & O'CONNOR (1996). Evaluation of the "Best Start" breast-feeding education program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150(8), p. 868-871.

Santé Canada (1996). *Report of the 1994-1995 National Population Health Survey: Nutrition component (rev)*. Ottawa : Santé Canada. Unité des programmes de nutrition, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.

Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ottawa : Santé Canada.

HEFTI, R. (1996). Breastfeeding: A community responsibility. World Alliance for Breastfeeding Action [en ligne]. Disponible : <http://www.waba.org.br/folder96.htm>.

HEINIG, M. J. (1997). Staying abreast of the latest scientific controversies: Infant feeding and insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Human Lactation*, 13(2), p. 91-92.

HEINIG, M. J., L. A. NOMMSEN, et J. M. PEERSON (1993). Energy and protein intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first year of life and their association with growth velocity: The DARLING study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 58(2), p. 152-161.

HILL, P. D. (1987). Effects of education on breastfeeding. *Maternal-Child Nursing Journal*, 16(2), p. 145-156.

HILL, P. D., et S. S. HUMERNICK (1996). Development of the H & H lactation scale. *Nursing Research*, 45(3), p. 136-140.

HILL, P. D., S. S. HUMENICK, T. M. ARGUBRIGHT, et J. C. ALDAG (1997). Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. *Public Health Nursing*, 14(4), p. 227-234.

HILLS-BONCZYK, S. G., M. A. AVERY, K. SAVIK, S. POTTER, et L. J. DUCKETT (1993). Women's experiences with combining breast-feeding and employment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38(5), p. 257-266.

HOGAN, E. S. (2001). Overcoming barriers to breastfeeding: Suggested breastfeeding promotion programs for communities in Eastern Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health*, 92(2), p. 105-108.

HOUSTON, M. J., P. W. HOWIE, A. COOK et A. S. & MCNEILLY (1981). Do breastfeeding mothers get the home support they need? *Health Bulletin*, 39(3), p. 166-172.

HOWIE, P. W., J. S. FORSYTH, S. A. OGSTON, A. CLARK, et C. D. FLOREY (1990). Protective effect of breastfeeding against infection. *British Medical Journal*, 300(6716), p. 11-16.

HUGGINS, K., et S. F. BILLON (1993). Twenty cases of persistent sore nipples: Collaboration between a lactation consultant and dermatologist. *Journal of Human Lactation*, 9(3), p. 155-160.

HUMENICK, S. S. (1987). The clinical significance of breastmilk maturation rates. *BIRTH*, 14(4), p. 174-179.

HUMENICK, S. S., P. D. HILL, et P. L. SPLEGELBERG (1998). Breastfeeding and health professional encouragement. *Journal of Human Lactation*, 14(4), p. 305-310.

HUMENICK, S. S., P. D. HILL, et S. WILHELM (1997). Postnatal factors encouraging sustained breastfeeding among primiparas and multiparas. *Journal of Perinatal Education*, 6(3), p. 33-45.

HUMPHREYS, A. S., N. J. THOMPSON, et K. R. MINER (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: The role of social support and previous experience. *BIRTH*, 25(3), p. 169-174.

IKER, C. E., et J. MORGAN (1992). Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of Human Lactation*, 8(3), p. 131-135.

International Board of Lactation Consultant Examiners (2001). About the International Board of Lactation Consultant Examiners. IBLCE [en ligne]. Disponible : http://www.ibcle.org/About_US.htm

International Lactation Consultant Association (1991). Position paper on infant feeding. International Lactation Consultant Association [En ligne]. Disponible : <http://www.ilca.org/pubs/pospapers/InfantFeedingPP.pdf>.

International Lactation Consultant Association (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh, Caroline du Nord : International Lactation Consultant Association.

JANKE, J. R. (1993). The incidence, benefits and variables associated with breastfeeding: Implications for practice. *Nurse Practitioner*, 18(6), p. 22-32.

JENNER, S. (1988). The influence of additional information, advice and support on the success of breastfeeding in working class primiparas. *Child Care, Health and Development*, 14(5), p. 319-328.

JENSEN, D., S. WALLACE, et P. KELSAY (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23(1), p. 27-32.

JOHNSON, T. S., R. A. BRENNAN, et C. D. FLYNN-TYMKOW (1999). Principles and practice: A home visit program for breastfeeding education and support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(5), p. 480-485.

JORGENSEN, J. H., G. HOLMER, P. LUND, O. HERNELL, et K. R. MICHAELSEN (1998). Effect of formula supplemented with docosahexaenoic acid and gamma-linoleic acid on fatty acid status and visual acuity in term infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 26(4), p. 412-421.

KESSLER, L. A., A. C. GIELEN, M. DIENER-WEST, et D. M. PAIGER (1995). The effects of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation*, 11(2), p. 103-109.

KISTIN, N., D. BENTON, S. RAO, et M. SULLIVAN (1990). Breast-feeding rates among black urban low-income women: Effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5), p. 741-746.

KRAMER, M. S., B. CHALMERS, E. HODNETT, Z. SLEVKOVSKAYA, I. DZIKOVICH, S. SHAPIRO ET AL. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285(4), p. 413-420.

KRAMER, M. S., et R. KAKUMA (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library, numéro 4, 2002*. Oxford : Update Software.

KRAUS, J. F., S. GREENLAND, et M. BULTERYYS (1989). Risk factors for sudden infant death syndrome in the United States Collaborative Perinatal Project. *International Journal of Epidemiology*, 18(1), p. 113-120.

Lactation Institute, The (1993). *Breast assessment for lactation*. Encino, Californie : The Lactation Institute.

LANG, S., S. LAWRENCE, et R. L. ORME (1994). Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 71(4), p. 365-369.

LAWRENCE, P. B. (1994). Breast milk: Best source of nutrition for term and preterm infants. *Pediatric Clinics of North America*, 41(5), p. 925-941.

LAWRENCE, R. & R. LAWRENCE (1999). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. St. Louis : Mosby.

LEFF, E. W., J. SCHRIEFER, J. F. HAGAN, et P. A. DEMARCO (1995). Improving breastfeeding support: A community health improvement project. *Journal of Quality Improvement*, 21(10), p. 521-529.

LONG, D. G., M. A. FUNK-ARCHULETA, C. J. GEIGER, A. J. MOZAR, et J. N. HEINS (1995). Peer counsellor program increases breastfeeding rates in Utah Native American WIC population. *Journal of Human Lactation*, 11(4), p. 279-284.

LOTHIAN, J. A. (1995). It takes two to breastfeed: The baby's role in successful breastfeeding. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(4), p. 328-334.

LUCAS, A., O. G. BROOKE, R. MORLEY et M. BAMFORD (1990). Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: Randomized prospective study. *British Medical Journal*, 300(6728), p. 837-840.

LVOFF, N., V. LVOFF, et M. KLAUS (2000). Effect of the Baby-Friendly Initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154(5), p. 474-477.

MAKRIDES, M., M. NEUMANN, K. SIMMER, J. PATER, et R. GIBSON (1995). Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? *Lancet*, 345(8963), p. 1463-1468.

MATTHEWS, K., K. WEBBER, E. MCKIM, S. BANOUB-BADDOUR, et M. LARYEA (1998). Maternal infant-feeding decisions: Reasons and influences. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2), p. 177-198.

MATTHEWS, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), p. 154-165.

MCCARTER-SPAULDING, D., et M. KEARNEY (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(5), p. 515-522.

MCINNES, R. J. (1998). Breast feeding does not always work. All mothers should be offered help and support to breast feed. *British Medical Journal*, 316(7137), p. 1093.

MCVEA, K. L., P. D. TURNER, et D. K. PEPLER (2000). The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *Journal of Human Lactation*, 16(1), p. 13-20.

MERLOB, P., R. ALONI, et H. PRAGER (1994). Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Israel Journal of Medical Science*, 30(8), p. 646-648.

MICHELMAN, D. F., R. R. FADEN, A. C. GIELEN, et K. S. BUXTON (1990). Pediatricians and breastfeeding promotion: Attitudes, beliefs, and practices. *American Journal of Health Promotion*, 4(3), p. 181-186.

Ministère de la Santé Manatu Hauora (1997). *Infant feeding: Guidelines for New Zealand health workers*. Wellington, Nouvelle-Zélande : ministère de la Santé.

MONTGOMERY, D. L., et P. L. SPLETT (1997). Economic benefit of breast feeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(4), p. 379-385.

MORETTI, M., A. LEE, et S. ITO (2000). Which drugs are contraindicated during breastfeeding? Practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 46, p. 1753-1757.

MORROW, A., M. L. GUERRERO, J. SHULTS, J. J. CALYA, C. LUTTER, J. BRAVO ET AL. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet*, 353(9160), p. 1226-1231.

Motherisk (2003). Motherisk program at The Hospital for Sick Children. Motherisk [en ligne]. Disponible : <http://www.motherisk.org/>

MULFORD, C. (1992). The mother-baby assessment (MBA): An "Apgar Score" for breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 8(2), p. 79-82.

National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [En ligne]. Disponible : <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp30.pdf>.

NEIFERT, M. (1998). The optimizations of breast-feeding in the perinatal period. *Clinics in Perinatology*, 25(2), p. 303-326.

NEWMAN, J., et T. PITMAN (2000). Getting off to a good start. In *Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding* (p. 43-58). Toronto : Harper Collins Books.

NEWMAN, J. (1996). Case reports: Decision tree and postpartum management for preventing dehydration in the "breastfed" baby. *Journal of Human Lactation*, 12(2), p. 129-135.

NEWMAN, J. (1998). Supporting the people who support breastfeeding – Is my baby getting enough milk? Bright Future Lactation Resource Centre. [En ligne]. Disponible : <http://www.bflrc.com/newman/breastfeeding/enough2.htm>

NYHAN, W. L. (1952). Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics*, 10 p. 141-425.

NYQVIST, K. H., C. RUBERTSSON, U. EWALD, et P. O. SJODEN (1996). Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS). *Journal of Human Lactation*, 12(3), p. 207-219.

Direction des politiques et de l'éducation de la Commission ontarienne des droits de la personne. (1999). *Vos droits avant, pendant et après la grossesse*. Ottawa : Commission ontarienne des droits de la personne.

Ministère de la Santé de l'Ontario/Direction de la santé publique (1997). *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*. Toronto : Gouvernement de l'Ontario.

Association pour la santé publique de l'Ontario (1993). *Breast-feeding position paper*. Toronto : Association pour la santé publique de l'Ontario.

Association pour la santé publique de l'Ontario (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto : Gouvernement de l'Ontario.

PALMER, B. (1998). The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: A commentary. *Journal of Human Lactation*, 14(2), p. 93-98.

PASTORE, M. T., et A. NELSON (1997). A breastfeeding drop-in center survey evaluation. *Journal of Human Lactation*, 13(4), p. 291-298.

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario – Breastfeeding Steering Committee (2001). « *Supporting breastfeeding . A breastfeeding education series*. Breastfeeding Program Development Steering Committee.

PIPER, S., et P. L. PARKS (1996). Predicting the duration of lactation: Evidence from a national survey. *BIRTH*, 23(1), p. 7-12.

POWER, N. G., et W. SLUSSER (1997). Breastfeeding update 2: Clinical lactation management. *Pediatrics in Review*, 18(5), p. 147-161.

PUGH, L., et R. MILLIGAN (1998). Nursing intervention to increase the duration of breastfeeding. *Applied Nursing Research*, 11(4), p. 190-194.

PUGIN, E., C. VALDES, M. H. LABBOK, A. PEREZ, et R. ARAVENA (1996). Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation*, 12(1), p. 15-19.

RAJAN, L., et A. OAKLEY (1990). Infant feeding practice in mothers at risk of low birth weight delivery. *Midwifery*, 6(1), p. 18-27.

Registered Nurses Association of British Columbia (1996). Breastfeeding: Promotion, protection and support. *Position Statement*, p. 31-32.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002b). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002b). Policy statement: Breastfeeding. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (en ligne). Disponible : http://www.nao.org/html/PDF/Policy_Statement_Breastfeeding.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002c). *Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

RELUCIO-CLAVANO, N. (1981). The results of a change in hospital practices. *UNICEF*, 55/56, p. 139-165.

RIGHARD, L., et M. O. ALADE (1990). Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *BIRTH*, 9(4), p. 185-189.

RIORDAN, J. (1998). Predicting breastfeeding problems. These tools may - or may not - help assess high-risk mother-baby couples. *AWHONN Lifelines*, 2(6), p. 31-33.

RIORDAN, J., et K. G. AUERBACH (1993). *Breastfeeding and human lactation*. Boston : Jones & Bartlett.

RIORDAN, J., et K. G. AUERBACH (1999). *Breastfeeding and human lactation*. (2e édition) Boston : Jones & Bartlett.

RIORDAN, J., D. BIBB, M. MILLER, et T. RAWLINS (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 17(1), p. 20-23.

RIORDAN, J., et M. KOEHN (1997). Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26(2), p. 181-187.

ROSSITER, J. C. (1994). The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), p. 369-379.

- SAARINEN, U. M., et M. KAJOSAARI (1995). Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: Prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*, 346(8982), p. 1065-1069.
- SAUNDERS, S. E., et J. CARROLL (1988). Post-partum breast feeding support: Impact on duration. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(2), p. 213-215.
- Scarborough Breastfeeding Network (1999). *Breastfeeding protocols for healthcare providers*. Toronto : Service de santé publique de Toronto.
- SCHAFER, E., M. K. VOGEL, S. VIEGAS, et C. HAUSAFUS (1998). Volunteer peer counsellors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *BIRTH*, 25(2), p. 101-106.
- SCHLOMER, J. A., J. KEMMERER, et J. J. TWISS (1999). Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *Journal of Human Lactation*, 15(1), p. 35-39.
- SCIACCA, J. P., D. A. DUBE, B. L. PHIPPS, et M. I. RAFLIFF (1995A). A breastfeeding education and promotion program: Effects on knowledge, attitudes and support for breastfeeding. *Journal of Community Health Nursing*, 20(6), p. 473-490.
- SCIACCA, J. P., B. L. PHIPPS, D. A. DUBE, et M. I. RAFLIFF (1995B). Influences on breast-feeding by lower-income women: An incentive-based, partner-supported educational program. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(3), p. 323-328.
- SERAFINO-CROSS, P., et P. R. DONOVAN (1992). Effectiveness of professional breastfeeding home-support. *Journal of Nutrition Education*, 24(3), p. 117-122.
- SHRAGO, L. (1996). The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life. In *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) Conference syllabus*. Anaheim, Californie : AWHONN.
- SIKORSKI, J., M. RENFREW, S. PINDORIA, et S. WADE (2001). Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, numéro 4, 2002. Oxford : Update Software.
- Society of Pediatric Nursing of the Royal College of Nursing (1998). Breastfeeding guidelines for pediatric units. *Pediatric Nursing*, 10(1), p. 28-35.
- STEEL O'CONNOR, K., D. MOWAT, H. SCOTT, P. CARR, J. DORLAND, et K. F. YOUNG TAI (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. *Canadian Journal of Public Health*, 94(2), p. 98-103.
- STOKAMER, C. L. (1990). Breastfeeding promotion efforts. Why some do not work. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 31(Suppl 1), p. 61-68.
- SWORD, W., S. WATT, A. GAFNI, S. KYONG, P. KRUEGER, J. ROBERTS ET AL. (2001). Postpartum health and social service utilization: A five-site Ontario study. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [en ligne]. Disponible : http://www.chsrf.ca/docs/finalrpts/2002/system/sword_e.pdf.
- THORLEY, K., T. ROUSE, et I. CAMPBELL (1997). Results of seeing mothers as partners in antenatal care. *British Journal of Midwifery*, 5, p. 546-550.
- TRYGGVADOTTIR, L., H. TULINIUS, J. E. EYFJORD, et T. SIGURVINSSON (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 154(1), p. 37-42.
- TYSON, J., J. BURCHFIELD, et F. SENTENCE (1992). Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics*, 89(2), p. 215-220.
- U.S. Preventive Services Task Force (1996). *Guide to clinical preventive services*. (2e édition) Baltimore : Williams & Williams.
- WATSON, L. (1994). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *American Academy of Pediatrics*, 93(1), p. 137-150.

WEIMER, J. (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. U.S. Department of Agriculture [en ligne]. Disponible : <http://ers.usda.gov/publications/fanrr13/>

WESTPHAL, M., J. TADDEI, S. VENANCIO, et C. BOGUS (1995). Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 73(4), p. 461-468.

OMS/UNICEF (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible : http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF

OMS/UNICEF (1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Genève : A Joint WHO/UNICEF Statement.

OMS/UNICEF (1990). *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale* Florence, Italie : OMS/UNICEF.

OMS/UNICEF (1992). *Le conseil en allaitement: cours de formation* Genève : OMS/UNICEF.

WILES, L. (1984). The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 13(4), p. 253-257.

WILMOTH, T. A., et J. P. ELDER (1995). An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social Science Medicine*, 41(4), p. 579-594.

WINIKOFF, B., D. MYERS, V. H. LAUKARAN, et R. STONE (1987). Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital. *Pediatrics*, 80(3), p. 423-433.

WOOLRIDGE, M. W., J. C. INGRAM, et J. D. BAUM (1990). Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet*, 336(8712), p. 395-397.

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1996). *Global databank on breastfeeding*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1998). *Santé et développement de l'enfant – Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève : Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (2000). Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Résultats d'un examen systématique de l'OMS. Note pour la presse N° 7. Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible : <http://www.who.int/inf-pr-2001/fr/note2001-07.html>

Organisation mondiale de la Santé (2002). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. (Rapport N° A55/15). Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé et Wellstart International (2001). *The Baby-Friendly Hospital Initiative, monitoring and reassessment: Tools to sustain progress*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

WRIGHT, A. L., M. BAUER, A. NAYLOR, E. SUTCLIFFE, et L. CLARK (1998). Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. *Pediatrics*, 101(5), p. 837-844.

ZHENG, T., L. DUAN, Y. LIU, B. ZHANG, Y. WANG, Y. CHEN ET AL. (2000). Lactation reduces breast cancer risk in Shandong Province, China. *American Journal of Epidemiology*, 152(12), p. 1129-1135.

ZIEMER, M. M., J. P. PAONE, J. SCHUPAY, et E. COLE (1990). Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), p. 732-743.

Bibliographie

AUERBACH, G. K. (2001). Evidence-based care and the breastfeeding couple: Key concerns. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), p. 205-211.

AUERBACH, K. (2000). *Current issues in clinical lactation*. Londres : Jones & Bartlett Publishers International.

AUERBACH, K., et J. RIORDAN (2000). *Clinical lactation*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

Comité canadien pour l'allaitement (2001b). The WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Initiative in the Community. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : www.geocities.com/HotSprings/falls/1136/webdoc43.htm

Comité canadien pour l'allaitement (2001d). Vision, mission, & objectives. Comité canadien pour l'allaitement (en ligne). Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc17.html>.

BROWN, S., R. SMALL, B. GABER, A. KRASSTEV, et P. DAVIS (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, numéro 4, 2002. Oxford : Update Software.

Institut canadien de la santé infantile (1995). *Survey of routine maternity care and practices in Canadian hospitals*. Ottawa : Institut canadien de la santé infantile.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2000). *Medication administration standards*. Toronto : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

CREEDY, D., C. L. DENNIS, R. BLYTH, W. MOYLE, J. PRATT, et S. DEVRIES (2003). Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: Data from an Australian sample. *Research in Nursing and Health*, 26(2), p. 143-152.

DEARDEN, K., M. ALTAYE, I. DE MAZA, M. DE OLIVA, M. STONE-JIMENEZ, B. BURKHALTER ET AL. (2002). The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Pan American Journal of Public Health*, 12(3), p. 193-201.

DENNIS, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), p. 195-201.

Department of Reproductive Health and Research – Organisation mondiale de la Santé (1999). *Selecting reproductive health indicators: A guide for district managers – field testing version*. Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible : <http://www.who.int/rht/documetns/RHT-HRP97-25/rht9725.htm>

DZAKPASU, S., et K. TROUTON (1994). Système canadien de surveillance périnatale. Santé Canada. [En ligne]. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/factshts/brstfd_e.html

ENKIN, M. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford : University Press.

EVANS, K., R. EVANS, et K. SIMMER (1995). Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatrica*, 84(8), p. 849-852.

Circonscription sanitaire de Grey Bruce. *Mandatory guidelines for public health regarding breastfeeding (Draft)*. *Circonscription sanitaire de Grey Bruce et d'Owen Sound*, (sous presse).

GROMADA, K. (1999). *Breastfeeding and caring for twins or more: Mothering multiples*. Illinois : La Leche League International.

HALE, T. (2000). Anesthetic medications in breastfeeding mothers. *Journal of Human Lactation*, 15(3), p. 185-194.

Santé Canada (1997a). *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.

Santé Canada (1997b). *Allaitement maternel : Bibliographie choisie et recueil de documentation*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.

Santé Canada (1999). Le point sur l'allaitement au Canada. Santé Canada [en ligne]. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca>

KISTIN, N., R. ABRAMSON, et P. DUBLIN (1994). Effect of peer counsellors on breastfeeding initiation, exclusivity and duration among low-income urban women. *Journal of Human Lactation*, 10(1), p. 11-15.

La Leche League (1997a). *The breastfeeding answer book*. Illinois : La Leche League International.

La Leche League (1997b). *The womanly art of breastfeeding*. (6e édition) Illinois : La Leche League International.

La Leche League (1999a). *Breastfeeding booklet series*. Illinois : La Leche League International.

La Leche League (1999b). *Breastfeeding your premature baby*. Illinois : La Leche League International.

LUDINGTON-HOE, S. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. Toronto : Bantam Books.

MATTHEWS, M. K. (1998). Breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(3), p. 236-238.

MCCALLUM, P., et S. HOTZ (1997). *Helping pregnant and postpartum women and their families to quit or reduce smoking*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.

MCKEEVER, P., B. STEVENS, K. MILLER, J. WATSON MACDONNELL, S. GIBBINS, D. GUERRIERE ET AL. (2002). Home versus hospital breastfeeding support for newborns: A randomized controlled trial. *BIRTH*, 29(4), p. 258-265.

MOLINA TORESS, M., R. DAVILA TORRES, A. PARRILLA RODRIGUEZ, et C. L. DENNIS (2003). Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: Data from a Puerto Rican population. *Journal of Human Lactation*, 19(1), p. 35-42.

The mother-friendly childbirth initiative: The first consensus initiative of the Coalition for Improving Maternity Services (1997). *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), p. 59-63.

NHS Centre for Review and Dissemination (2000). *Effective health care: Promoting the initiation of breastfeeding*. Londres : Royal Society of Medicine Press.

Association pour la santé publique de l'Ontario (1999). *Postpartum implementation guidelines for the Healthy Babies Healthy Children Program*. Toronto : Gouvernement de l'Ontario.

PALMER, G. (1988). *The politics of breastfeeding*. London : Pandora Press.

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (1997). *Breastfeeding your baby*. Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario.

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (2000). *Benchmarking study: Assessing client satisfaction with hospital perinatal services*. Ottawa : Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario.

PHILLIPS, C. (1997). *Mother-baby nursing*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

RENFREW, M., C. FISHER, et S. ARMS (1990). *Breastfeeding: Getting breastfeeding right for you*. Californie : Celestial Arts.

RIGHARD, L. (1998). Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *BIRTH*, 25(1), p. 40-44.

SEARS, W., et M. SEARS (2000). *The breastfeeding book: Everything you need to know about nursing your child*. New York : Little Brown.

SHEESHKA, J., B. POTTER, E. NORRIE, R. VALAITIS, G. ADAMS, et L. KUCZYNSKI (2001). Women's experiences of breastfeeding in public places. *Journal of Human Lactation*, 17(1), p. 31-38.

STACEY, C. D., M. J. JACOBSEN, et A. M. O'CONNOR (1999). Nurses guiding breast cancer – related decisions: A decision support framework. *Innovations in Breast Cancer Care*, 4(3), p. 71-81.

STEWART, M., G. DUNKLEY, et L. MICHELIN (2000). Benchmarking: Breastfeeding support in public health. Public Health Research Education and Development Programs. [En ligne]. Available: <http://www.gov.on.ca/health>

U.S. Department of Agriculture (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. U.S. Department of Agriculture [en ligne]. Disponible : <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf>

WIESSINGER, D. (1998). A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. *Journal of Human Lactation*, 14(1), p. 12-17.

WOOLRIDGE, M. (1986). The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 2(4), p. 164-171.



Annexe A :

Stratégie de recherche des données probantes existantes

ÉTAPE 1 – Recherche dans les bases de données

Une première recherche dans les bases de données afin de trouver les lignes directrices existantes sur l'allaitement maternel a été effectuée au début de l'année 2001 par une entreprise spécialisée en recherches de la documentation pour des organismes, des chercheurs et des consultants dans le domaine de la santé. Une recherche ultérieure des bases de données MEDLINE, CINAHL et Embase dans les articles publiés entre le 1^{er} janvier 1995 et le 28 février 2001 a été effectuée en utilisant les termes suivants (en anglais) : « allaitement maternel », « lignes directrices sur la pratique », « ligne directrice sur la pratique », « ligne directrice sur la pratique clinique », « lignes directrices sur la pratique clinique », « normes », « énoncés de consensus », « consensus », « lignes directrices fondées sur les données probantes » et « lignes directrices sur les pratiques exemplaires ». De plus, une recherche des examens systématiques dans la base de données de la Cochrane Library a été effectuée en utilisant ces mêmes termes.

ÉTAPE 2 – Recherche sur Internet

Un inforobot de recherche Web (metacrawler.com), plus d'autres informations disponibles fournies par l'équipe de projet, a été utilisé pour créer une liste de 42 sites Web connus pour la publication ou le stockage de lignes directrices sur les pratiques cliniques. Une recherche a été effectuée sur les sites suivants au début de l'année 2001 :

- Agency for Healthcare Research and Quality : www.ahrq.gov
- Alberta Clinical Practice Guidelines Program : www.amda.ab.ca/general/clinical-practice-guidelines/index.html
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org/>
- Best Practice Network : www.best4health.org
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : www.hlth.gov.bc.ca/mssp/protoguide/index.html
- Canadian Centre for Health Evidence : www.cche.net
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : www.cihi.ca/index.html
- Base d'informations de l'Association médicale canadienne : www.cma.ca/eng-index.htm
- Canadian Task Force on Preventative Health Care : www.ctfphc.org/
- Action Cancer Ontario : www.cancercare.on.ca

- Centre for Clinical Effectiveness – Monash University, Australie
<http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/evidence/>
- Centers for Disease Control and Prevention : www.cdc.gov
- Centre for Evidence-based Child Health : <http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>
- Centre for Evidence-based Medicine : <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>
- Centre for Evidence-based Mental Health : <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/>
- Centre for Evidence-based Nursing :
www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm
- Centre for Health Services Research : www.nci.ac.uk/chsr/publicn/tools/
- Core Library for Evidence-Based Practice : <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/core.html>
- CREST : <http://www.n-i.nhs.uk/crest/index.htm>
- Evidence-based Nursing : <http://www.bmjpub.com/data/ebn.htm>
- Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca
- Health Care Evaluation Unit: Health Evidence Application and Linkage Network (HEALNet) :
<http://healnet.mcmaster.ca/nce>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) : www.ices.on.ca/
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) : www.icsi.org
- Journal of Evidence-based Medicine : <http://www.bmjpub.com/data/ebm.htm>
- McMaster Evidence-based Practice Centre : <http://hiru.mcmaster.ca/epc/>
- Site EBM de McMaster University : <http://hiru.hirunet.mcmaster.ca/ebm>
- Medical Journal of Australia : <http://mja.com.au/public/guides/guides.html>
- Medscape Multispecialty: Practice Guidelines : www.medscape.com/Home/Topics/multispecialty/directories/dir-MULT.PracticeGuide.html
- Medscape Women's Health : www.medscape.com/Home/Topics/WomensHealth/directories/dir-WH.PracticeGuide.html
- National Guideline Clearinghouse : www.guideline.gov/index.asp
- National Library of Medicine : <http://text.nlm.nih.gov/ftsr/gateway>
- Netting the Evidence: A SCHARR Introduction to Evidence Based Practice on the Internet :
www.shef.ac.uk/uni/academic/
- New Zealand Guideline Group : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- Primary Care Clinical Practice Guideline : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>
- Royal College of Nursing : www.rcn.org.uk
- The Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/Sitelis3.asp>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm
- TRIP Database : www.tripdatabase.com/publications.cfm
- Turning Research into Practice : <http://www.gwent.nhs.gov.uk/trip/>
- University of California : www.library.ucla.edu/libraries/biomed/cdd/clinprac.htm
- www.ish.ox.ac.uk/guidelines/index.html

Une personne a fait des recherches sur chacun de ces sites. La présence ou l'absence de lignes directrices a été notée pour chacun des sites faisant l'objet de la recherche – il était parfois indiqué que le site ne contenait pas de lignes directrices, mais un renvoi était effectué vers un autre site Web ou une autre source pour l'obtention des lignes directrices. Dans tous les cas, une version complète du document de lignes directrices a été obtenue.

ÉTAPE 3 – Recherche manuelle/Contributions du groupe d'experts

Il a été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs archives personnelles afin de trouver les lignes directrices qui n'avaient pas été trouvées dans le cadre de la stratégie de recherche ci-dessus. Dans un cas rare, un document de lignes directrices a été trouvé par les membres du groupe d'experts, et non par l'entremise de la base de données ou de la recherche sur Internet. Il s'agissait d'une ligne directrice qui avait été élaborée par des groupes locaux et qui n'avait pas encore été publiée. Les résultats de cette stratégie n'ont pas révélé d'autres lignes directrices sur la pratique clinique.

ÉTAPE 4 – Critères de sélection de base

La méthode de recherche décrite ci-dessus a permis d'obtenir huit lignes directrices, plusieurs examens systématiques et de nombreux articles concernant l'allaitement maternel. La dernière étape visant à déterminer si les lignes directrices sur la pratique clinique seraient évaluées de façon critique consistait à appliquer les critères suivants :

- Les lignes directrices étaient rédigées en anglais;
- Les lignes directrices étaient datées de 1996 ou plus tard;
- Les lignes directrices concernaient strictement le sujet en question;
- Les lignes directrices étaient fondées sur les faits, c.-à-d. elles contenaient des références, des descriptions de faits, les sources des faits; et
- Les lignes directrices étaient disponibles et pouvaient être consultées.

Il a été jugé que les huit lignes directrices étaient appropriées pour une évaluation critique utilisant l'Appraisal Instrument for Clinical Guidelines de Cluzeau et al. (1997).



RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Le tableau suivant présente les résultats de la stratégie de recherche. Il a été jugé que les huit lignes directrices étaient appropriées pour une évaluation critique.

TITRE DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES CONSULTÉES ET ÉVALUÉES DE FAÇON CRITIQUE

Association of Registered Nurses of Newfoundland (2000). *Guidelines: Registered Nurse competencies to protect, promote and support breast-feeding*. St. John's, Newfoundland: Association of Registered Nurses of Newfoundland (ARRN House).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). *Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [en ligne]. Disponible : <http://www.awhonn.org>.

Institut canadien de la santé infantile (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Ottawa : Institut canadien de la santé infantile.

GARTNER, M. L., S. L. BLACK, P. A. EATON, et A. R. LAWRENCE (1997). *Breastfeeding and the use of human milk*. American Academy of Pediatrics, *Pediatrics*, 100(6), p. 1035-9.

Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

International Lactation Consultant Association (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh, Caroline du Nord : International Lactation Consultant Association.

Ministère de la Santé Manatu Hauora (1997). *Infant feeding: Guidelines for New Zealand health workers*. Wellington, Nouvelle-Zélande : ministère de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1998). *Santé et développement de l'enfant – Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève : Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. Organisation mondiale de la Santé.

En plus des lignes directrices indiquées ci-dessus, le groupe d'experts a examiné plusieurs déclarations relatives à l'allaitement maternel. Parmi celles-ci, on peut citer :

DÉCLARATIONS

American Dietetic Association (1997). Position of the American Dietetic Association: Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(6), p. 662-666.

Australian College of Paediatrics (1998). Policy statement on breastfeeding: The Australian College of Paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(5), p. 412-413.

Comité canadien pour l'allaitement (2001). *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement*. [en ligne]. Disponible : <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc5.html>.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1999). Position statement: Breastfeeding. [en ligne]. Disponible : <http://206.191.29.104/pages/resources/brstfeed.htm>

International Lactation Consultant Association (1991). Position paper on infant feeding. [en ligne]. Disponible : <http://www.ilca.org/pubs/pospapers/InfantFeedingPP.pdf>

Association pour la santé publique de l'Ontario (1993). Breastfeeding position paper. Toronto : Association pour la santé publique de l'Ontario.

Registered Nurses Association of British Columbia (1996). *Breastfeeding: Promotion, protection and support*. Registered Nurses Association of British Columbia, Position Statement, 31-32.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002b). Policy statement: Breastfeeding. [en ligne]. Disponible : http://www.rnao.org/html/PDF/Policy_Statement_Breastfeeding.pdf

Annexe B :

Initiative amis des bébés^{MC} (IAB)

Deux documents provenant du Comité canadien pour l'allaitement (CCA) fournissent une introduction à l'Initiative amis des bébés^{MC}. Ces documents sont reproduits avec l'autorisation du Comité canadien pour l'allaitement.

The Breastfeeding Committee for Canada Welcomes You to the Baby-Friendly™ Initiative (reproduit intégralement) www.breastfeedingcanada.ca/webdoc41.html

L'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire : Guide canadien de mise en œuvre (résumé) www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf

76

Le Comité canadien pour l'allaitement vous souhaite la bienvenue à l'Initiative amis des bébés^{MC} (IAB)

Reproduit avec la permission du Comité canadien pour l'allaitement.

En quoi consiste l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB) de l'OMS/UNICEF?

L'IHAB est une campagne mondiale lancée en 1991 par l'OMS et le Fonds international de secours à l'enfance des Nations unies (UNICEF), en réponse à la déclaration d'Innocenti (1990). Ce programme encourage et reconnaît les hôpitaux et les maisons de naissance qui offrent aux mères et aux bébés un niveau de soins optimal. Un hôpital/un service de maternité ami des bébés^{MC} est axé sur les besoins du nouveau-né et permet aux mères de donner à leur nouveau-né le meilleur départ possible dans la vie. Concrètement, un hôpital ou un service de maternité ami des bébés^{MC} encourage et aide les femmes à commencer et à continuer à allaiter leur bébé, et reçoit une reconnaissance particulière pour l'avoir fait. Depuis la mise sur pied du programme, plus de 14 800 hôpitaux du monde entier ont reçu la désignation « ami des bébés^{MC} ».

L'IHAB protège, favorise et soutient l'allaitement maternel grâce aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*, élaborées par UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé. Pour obtenir la désignation « amis des bébés^{MC} », les hôpitaux et les services de maternité doivent :

1. Avoir une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel soignant.
2. Former tout le personnel des soins de santé afin qu'il acquière les compétences nécessaires pour la mise en œuvre de cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation, même si elles sont séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Pratiquer la cohabitation. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la formation de groupes de soutien à l'allaitement maternel et en informer les mères dès leur congé de l'hôpital ou de la clinique.

Un hôpital ou un service de maternité ayant la désignation « amis des bébés^{MC} » adhère également au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (1981). Le Code cherche à protéger l'allaitement maternel en assurant la commercialisation éthique des substituts du lait maternel {lait pour nourrissons synthétique} par l'industrie. Le Code inclut ces dix dispositions importantes :

1. Interdire la promotion de ces produits auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux mères.
3. Interdire la promotion de ces produits dans les établissements de soins de santé, y compris la distribution d'échantillons gratuits ou peu coûteux.
4. Interdire le recours à des représentants des fabricants pour donner des conseils aux mères.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion écrite ou illustrée qui idéaliserait l'alimentation artificielle, y compris des photos de bébés sur les étiquettes des produits.
7. S'assurer que les professionnels de la santé reçoivent une information scientifique qui se limite aux faits.
8. Exiger que toute information sur les aliments commerciaux pour bébés, y compris l'étiquette, mentionne clairement les bienfaits de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
9. Interdire la promotion des produits inadéquats pour les bébés, comme le lait concentré sucré.
10. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité et que les conditions climatiques et d'entreposage du pays dans lequel ils sont utilisés sont prises en compte.

Pourquoi avons-nous besoin de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB)?

L'IHAB est un programme coordonné qui permet aux hôpitaux, aux services de maternité et aux communautés de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel. C'est une norme internationale acceptée qui permet aux hôpitaux ou aux services de maternité d'évaluer leurs politiques et leurs pratiques relatives à l'allaitement maternel. La mise en œuvre de l'IHAB renforce les soins axés sur les familles et démontre l'engagement envers ceux-ci; de plus, il a été démontré qu'elle augmentait la satisfaction de la famille avec les soins reçus. Là où elle a été mise en œuvre, l'IHAB est parvenue à augmenter les taux de début et la durée de l'allaitement maternel.

Les données probantes indiquent que :

- L'allaitement maternel fournit des soins nutritionnels, immunologiques et émotionnels optimaux pour la croissance et le développement des bébés et des enfants. Au-delà de la petite enfance, les bienfaits comprennent une contribution à la protection contre de nombreuses maladies infantiles.
- L'allaitement maternel contribue à la bonne santé des femmes en conférant à certaines d'entre elles une protection contre le cancer du sein, le cancer des ovaires et l'ostéoporose, et en augmentant l'intervalle entre les naissances.
- L'allaitement maternel est un droit de la personne fondamentale. Pour les femmes, l'allaitement maternel contribue de façon positive à leur égalité sociale et économique, ainsi qu'à leur estime d'elles-mêmes et à leur image corporelle. Pour les enfants, le fait d'obtenir le droit de bénéficier des normes les plus élevées en matière de santé est facilité par l'allaitement maternel.
- L'allaitement maternel a des avantages économiques positifs pour la famille et pour la société. Il assure une source d'alimentation sûre, sécuritaire et autonome. Lorsque les bébés et les mères sont en meilleure santé, il est possible de réaliser des économies considérables en soins de santé.
- Les taux d'allaitement maternel au Canada varient. Les taux de début sont faibles parmi certains groupes régionaux et socio-économiques. La durée de l'allaitement maternel est également une source de préoccupation au Canada.
- La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel sont requis de la part de tous les secteurs de la société. Tous les niveaux de gouvernement, ainsi que les groupes de consommateurs et de professionnels de la santé, doivent valoriser l'allaitement maternel.



Comment l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} a-t-elle progressé au Canada?

En 1996, le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) a déterminé que l'IHAB de l'OMS/UNICEF était une stratégie primaire pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Les lignes directrices mondiales de l'OMS/UNICEF relatives à l'IHAB indiquent que chaque pays doit désigner une autorité nationale pour l'IHAB, afin de faciliter l'évaluation et la surveillance des progrès de l'IHAB à l'intérieur de ses frontières. Au Canada, le Comité canadien pour l'allaitement est l'autorité nationale pour l'IHAB et mettra en œuvre l'IHAB en partenariat avec des comités pour la mise en œuvre provinciale et territoriale de l'IAB.

En juin 1999, l'Hôpital Brome-Missiquoi-Perkins de Cowansville, au Québec, a été le premier à obtenir la désignation d'hôpital ami des bébés^{MC} au Canada.

En mars 2003, St. Joseph's Healthcare à Hamilton, en Ontario, a été désigné comme le deuxième hôpital ami des bébés^{MC} au Canada.

Sommes-nous prêts pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}?

Les hôpitaux et les services de maternité peuvent s'engager à améliorer les politiques et les pratiques en matière d'allaitement maternel. Pour faciliter le processus de mise en œuvre de l'IHAB au Canada, le CCA et UNICEF Canada ont procédé à une évaluation des besoins afin d'évaluer l'état actuel des activités relatives à l'IHAB au Canada et pour en déterminer les orientations futures. La grande majorité des personnes interrogées avait entendu parler de l'IHAB, participait à des activités de promotion de l'IHAB et travaillait à la mise en œuvre des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. La quasi-totalité des répondants appuyait les concepts de l'IHAB et la majorité serait prête à participer à une mise en œuvre concertée de l'initiative au niveau national.

Comment les hôpitaux et les services de maternité peuvent-ils se préparer pour l'IHAB?

Le processus de désignation de l'IHAB nécessite une évaluation préalable sur place, effectuée après qu'un hôpital ou un service de maternité indique qu'il est prêt. Cela est suivi d'une évaluation externe. Ce n'est qu'après que l'établissement a réussi cette évaluation externe qu'il peut recevoir la désignation d'Hôpital ami des bébés^{MC}.

- Communiquez avec le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés^{MC} de votre province ou territoire ou avec le Comité canadien pour l'allaitement pour obtenir des trousse d'information sur le processus de mise en œuvre de l'IHAB. Cette trousse inclut un outil d'auto-évaluation à l'intention de l'hôpital, désigné comme outil d'auto-évaluation et d'éducation, qui aide le personnel à déterminer les stratégies qui permettront de satisfaire les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
- Une fois qu'ils auront adhéré aux Dix conditions et au Code, les hôpitaux et les services de maternité pourront demander d'être pris en considération en vue d'une évaluation.

Quelle est l'importance d'une communauté amie des bébés^{MC}?

Au Canada, le nom de l'IHAB a été adapté et est devenu l'Initiative des amis des bébés^{MC} (IAB), afin de refléter le continuum des soins donnés aux mères qui allaitent et aux bébés à l'extérieur de l'hôpital. Avec l'appui d'un hôpital ami des bébés^{MC} et de sa communauté, la mère recevra le soutien dont elle a besoin de toute la communauté pour assurer le développement entier et sain de son enfant. Une communauté amie des bébés est une communauté qui encourage et soutient le désir d'allaiter des femmes, où les femmes reçoivent les droits auxquels elles ont droit relativement à la maternité, et où la promotion commerciale des substituts du lait maternel {lait pour nourrissons synthétique} et de la culture d'alimentation au biberon sont remises en question. Un milieu ami des bébés^{MC} est un milieu où les conditions de travail des femmes reflètent le rôle de la mère en matière de santé et de développement de la famille et de la communauté. C'est un milieu où la valeur du temps et de l'énergie consacrés par les femmes à l'allaitement maternel et toutes les autres responsabilités des soins de santé donnés aux enfants sont reconnus comme une contribution essentielle, qui assure la survie de sa famille, de sa communauté et de la société.

Quelles ressources sont disponibles pour aider au processus?

Le CCA et les Comités provinciaux-territoriaux de mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés^{MC} sont disponibles pour fournir des consultations et l'aide d'experts aux hôpitaux et aux services de maternité lors de leur préparation en vue du processus d'évaluation de l'IHAB. Un plan de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement maternel dans les établissements de soins de santé communautaires est en cours de développement. Les individus et les organismes qui n'ont pas d'affiliation avec les hôpitaux ou les services de maternité peuvent également obtenir de l'aide pour augmenter la sensibilisation à l'IAB dans votre communauté. Des ressources, du matériel et des documents supplémentaires sont disponibles par l'entremise d'UNICEF Canada.

Joignez-vous aux nombreux Canadiens et Canadiennes qui travaillent à établir l'allaitement maternel comme la norme culturelle pour l'alimentation des bébés au Canada. L'Initiative amis des bébés^{MC} aidera les groupes et les individus sur ce parcours.

L'Initiative amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaires : Guide canadien de mise en œuvre

SOMMAIRE

Reproduit avec la permission du Comité canadien pour l'allaitement.

L'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire : Guide canadien de mise en œuvre a été rédigé pour faciliter la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire. Ce processus, inédit au Canada, est fondé sur *Les sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire (le Plan en sept étapes)* du Comité canadien pour l'allaitement (CCA). Le guide canadien est adapté d'un document de la Baby Friendly Initiative de Grande-Bretagne, *Seven Point Plan for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Community Health Care Settings* (UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 1999). Le présent document vise à fournir de l'information à jour et pertinente en vue d'aider les services de santé communautaire à se préparer au processus d'évaluation et de désignation Ami des bébés^{MC}. Il présente des informations et des directives sur le Plan en sept étapes et sur les principaux éléments évalués. Le guide a été conçu pour les intervenants en santé qui travaillent auprès des femmes enceintes, des femmes qui allaitent et de leur famille, dans le contexte des services de santé communautaire. D'autres employés et bénévoles qui œuvrent dans ces services pourront trouver certains éléments du présent guide utiles dans leurs contacts avec ces groupes. Ce guide constitue le principal document d'information au Canada sur l'Initiative des amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaire. Il n'a pas pour but de servir de guide complet sur l'allaitement maternel; il existe déjà à ce propos d'excellents documents qui peuvent compléter ce guide et aider les services de santé communautaire à mieux protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.



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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.
2. Donner à tous les intervenants en santé les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement maternel.
3. Renseigner les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement maternel et sur sa pratique.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement maternel exclusif et à le poursuivre jusqu'à six mois.
5. Encourager la poursuite de l'allaitement maternel après six mois avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés au régime du bébé au moment opportun.
6. Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités.
7. Encourager la collaboration entre les intervenants en santé, les groupes d'entraide à l'allaitement maternel et la communauté locale.

82

Adaptation autorisée de : UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 1999.

Pour obtenir le document complet, veuillez vous rendre sur le site Web du Comité canadien pour l'allaitement, à l'adresse www.breastfeedingcanada.ca



Annexe C :

Promotion de l'action communautaire

Le programme d'action d'où est tiré ce sommaire est entièrement disponible à l'adresse :

HEIFTI, R. (2001). *Breastfeeding: A community responsibility*. World Alliance for Breastfeeding Action.

[En ligne]. Disponible : <http://www.waba.org.br/folder96.htm>

L'allaitement : une responsabilité communautaire.

« Le choix que fait une femme concernant la meilleure manière de nourrir son enfant est un choix personnel. Toutefois, comme aucune femme ne vit complètement isolée, de nombreux facteurs influencent sa décision. Les membres de la famille, les travailleurs de la santé, les médias, les institutions religieuses, les traditions sociales, le lieu de travail et sa propre éducation peuvent tous influencer sur sa décision d'allaiter, ainsi que sur sa capacité à poursuivre l'allaitement maternel pendant la durée optimale. Chaque femme doit pouvoir compter sur le plein soutien des personnes qui l'entourent afin de réussir à commencer et à continuer l'allaitement maternel. C'est à l'ensemble de la communauté qu'il incombe de veiller à ce que la meilleure nutrition et la meilleure santé possible soient disponibles à tous ses membres, y compris aux plus jeunes » (Heifti, 2001, p. 1).

Une communauté est constituée des personnes proches (ou celles qui sont en mesure de donner un soutien, même si elles ne sont pas physiquement proches) dans la famille, le quartier et le lieu de travail. Les femmes se sentent soutenues lorsque la communauté accepte volontiers de les voir allaiter en public; leur fournit de l'aide pour surmonter les obstacles; offre des installations permettant l'allaitement au travail; et lorsque les professionnels de la santé adoptent une position éthique contre la promotion des substituts du lait maternel {lait pour nourrissons synthétique} et ont recours à leur influence pour soutenir les femmes dans leur décision d'allaiter. Les individus au sein d'une communauté peuvent joindre leurs forces pour soutenir la mère qui allaite, et peuvent ainsi se faire les moteurs du changement (Heifti 2001, p. 1).

L'occasion d'évaluer nos propres communautés et les attitudes exprimées au sein de celles-ci pour voir si elles favorisent l'allaitement maternel, est une étape importante de la défense d'une cause. Un modèle de la défense d'une cause a été utilisé pour fournir des suggestions spécifiques d'action communautaire.

Le modèle de la défense d'une cause

Évaluer (regarder)

Parlez aux individus afin de déterminer comment est prise la décision d'allaiter un bébé. Pendant cette évaluation, tenez compte des points de vue des écoles, des familles, des restaurants et des commerces (lieux publics), des professionnels de la santé et des établissements où ils travaillent, des groupes sociaux, des clubs et des organismes, des institutions religieuses, du gouvernement et des lieux de travail. Déterminez dans quelle mesure ces différents secteurs comprennent l'importance de l'allaitement maternel, non seulement pour la mère et l'enfant, mais également pour toute la communauté.

Analyser (réfléchir)

Une fois que vous avez recueilli vos données, réfléchissez à ce que vous avez découvert. Y a-t-il des lacunes? Des renseignements contradictoires? De fausses informations? Est-ce que certains domaines fonctionnent bien? Quelles activités permettent de soutenir le succès?

Agir (faire)

L'étape suivante consiste à concevoir des activités basées sur ce que vous avez découvert. Si de fausses informations existent, fournissez des informations exactes. Si aucun groupe d'entraide à l'allaitement maternel n'est disponible, déterminez si un organisme local pourrait en mettre un sur pied. Parlez aux décideurs dans les organismes de soins de santé, le gouvernement, les établissements scolaires et les institutions religieuses afin de discuter des lacunes et des possibilités de changement.

Pour obtenir une discussion complète des questions à poser à chaque étape du modèle et des renseignements sur ce que nous savons déjà, veuillez vous rendre sur le site Web de la World Alliance for Breastfeeding Action à l'adresse www.waba.org.br/folder96.htm.

ANNEXE D :

Outil d'évaluation prénatal

Veillez noter que l'outil qui figure sur la page est fourni uniquement à titre d'exemple – sa fiabilité et sa validité n'ont pas été testées.

Outil d'évaluation prénatal pour l'allaitement

Données démographiques

Nom de la mère _____

Âge de la mère _____ Semaines de grossesse _____

Situation familiale _____ Langue _____

Emploi _____ Niveau de scolarité _____

Taille du soutien-gorge	Forme des seins	Description des seins	Taille de l'aréole	Diamètre du mamelon
Avant la grossesse : Taille actuelle : <input type="checkbox"/> Sein droit plus gros <input type="checkbox"/> Sein gauche plus gros <input type="checkbox"/> De la même taille		<input type="checkbox"/> Plats <input type="checkbox"/> Arrondis <input type="checkbox"/> Droits <input type="checkbox"/> Flasques <input type="checkbox"/> Ne produisent pas de lait <input type="checkbox"/> Fermes <input type="checkbox"/> Pleins	Rayon à partir de la base du mamelon <input type="checkbox"/> Petit (1,5 à 2 cm) <input type="checkbox"/> Moyen (2,5 cm) <input type="checkbox"/> Gros (2,5 à 4 cm) <input type="checkbox"/> Très gros (5 cm et plus)	<input type="checkbox"/> Petit (0,5 cm) <input type="checkbox"/> Moyen (1 cm) <input type="checkbox"/> Gros (1,25 cm) <input type="checkbox"/> Très gros (2 cm)
Longueur du mamelon	Sein, mamelon et aréole		Plan de naissance	Expérience d'allaitement antérieure
(A=Au repos, S=Stimulé, C=Comprimé) <input type="checkbox"/> Invaginés <input type="checkbox"/> 0 cm <input type="checkbox"/> 0,25 cm <input type="checkbox"/> 0,5 cm <input type="checkbox"/> 0,75 cm <input type="checkbox"/> 1 cm <input type="checkbox"/> 1,25 cm	<input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Mamelon invaginé <input type="checkbox"/> Mamelon à fossette de Marmet <input type="checkbox"/> Mamelon replié de Thorpes <input type="checkbox"/> Mamelon invaginé de Dancheck <input type="checkbox"/> Mamelon en framboise <input type="checkbox"/> Mamelon fissuré <input type="checkbox"/> Mamelons surnuméraires <input type="checkbox"/> Forme inhabituelle <input type="checkbox"/> Réduction <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Masses <input type="checkbox"/> Fibrokystique <input type="checkbox"/> Compressibilité – tissu derrière mamelon <input type="checkbox"/> Difformités <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Épidurale <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Cohabitation <input type="checkbox"/> Congé précoce	
			Prestataire de soins de santé	Médicaments
			<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Obstétricien <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Consultante en lactation <input type="checkbox"/> Autre	
Information culturelle	Évaluation des besoins	Attitude	Habitudes de vie	Médicaments
	<input type="checkbox"/> Informationnel <input type="checkbox"/> Émotionnel <input type="checkbox"/> Matériel <input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Personnes les plus proches <input type="checkbox"/> Prestataires de soins <input type="checkbox"/> Pairs	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Activité physique <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Ordonnance <input type="checkbox"/> En vente libre <input type="checkbox"/> Drogues
Objectifs				
Ressources offertes				
Plan d'allaitement				
Signature : _____			Date : _____	
Adapté avec l'autorisation de : The Lactation Institute (1993) Breast Assessment for Lactation: © Chele Marmet, MA, IBCLC & Ellen Shell, MA, IBCLC. Lactation Forms: A Guide to Lactation Consultant Charting. Lactation Institute Press. 16430 Ventura Blvd. Ste 303, Encino, CA. 91436 USA. 818-995-1913. http://lactationinstitute.org				

Annexe E : Outils d'évaluation post-partum

Outil d'évaluation post-partum	Référence
Outil d'évaluation de l'allaitement du nouveau-né (IBFAT)	Voir la page suivante MATTHEWS, M.K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. <i>Midwifery</i> , 4(4), p. 154-165.
LATCH – Breastfeeding Charting System [®]	JENSEN, D., S. WALLACE, et P. KELSAY (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing</i> , 23(1), p. 27-32.
Formulaire d'évaluation mère-enfant (MBA)	MULFORD, C. (1992). The mother-baby assessment (MBA): An "Apgar Score" for breastfeeding. <i>Journal of Human Lactation</i> , 8(2), p. 79-82.



Outil d'évaluation de l'allaitement du nouveau-né (IBFAT)

Réimprimé de : Matthews, M.K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), p. 154-165, avec l'autorisation d'Elsevier.

Outil d'évaluation de l'allaitement du nouveau-né (IBFAT)

Cochez le résultat qui correspond le mieux au comportement du bébé lors de cette tétée.

	3	2	1	0
Pour que le bébé se nourrisse :	A mis le bébé au sein, car aucun effort n'a été requis.	Recours à une légère stimulation, comme le dévêtir, le tapoter ou lui faire faire un rot.	A dévêtu le bébé, l'a mis en position assise en le berçant, a frictionné vigoureusement le corps ou les membres du bébé au début de la tétée et pendant celle-ci	N'a pu être éveillé.
Chercher le sein	Le bébé a immédiatement cherché le sein de façon efficace.	A eu besoin d'encouragement.	N'a pas cherché le sein adéquatement, même avec de l'encouragement.	N'a pas cherché le sein.
Temps écoulé entre le moment où le bébé est mis au sein et le moment où il prend le sein et se met à téter?	Entre 0 et 3 minutes	Entre 3 et 10 minutes	Plus de 10 minutes	N'a pas tété.
Rythme de succion	Bonne succion sur un sein ou les deux seins.	Succion intermittente, mais a eu besoin d'encouragement.	Succion inadéquate ou faible, efforts de succion pendant de courtes périodes.	Aucune succion.

ÉVALUATION DE LA MÈRE

Comment vous sentez-vous concernant la façon dont le bébé a tété lors de cette tétée?

3 – Très satisfaite 2 – Satisfaite 1 – Plutôt satisfaite 0 – Pas satisfaite

IBFAT attribue à cinq facteurs une note de 0, 1, 2 ou 3. Les résultats vont de 0 à 12.

La note de l'évaluation de la mère n'est pas prise en considération dans le score IBFAT.

Annexe F : Positions d'allaitement

La position « madone »

La position « madone » est une position couramment utilisée. Pour prendre le bébé, la mère peut soutenir son sein avec la main contraire au côté où le bébé est allaité, le pouce et les autres doigts loin de l'aréole. En utilisant le bras du côté où le bébé est allaité, la mère soutient la tête et le corps du bébé tout près d'elle. Le bébé devrait se trouver à la hauteur du sein; les oreillers sont utiles pour offrir davantage de support. La mère tourne l'enfant vers elle de manière à ce que le nez, le menton, le ventre et les genoux du nouveau-né la touchent. La mère peut mettre le bras inférieur du nouveau-né sous son sein pour qu'il ne gêne pas la prise du sein.



La position « madone inversée »

La mère doit s'asseoir confortablement en ajoutant au besoin des oreillers pour soutenir son dos et ses bras, pour ensuite placer le bébé sous son sein. L'utilisation d'un tabouret peut être bénéfique. La mère peut soutenir son sein avec les doigts placés à la base du sein, loin de l'aréole. Il faut tenir le bébé avec le bras du côté opposé au sein utilisé. Les épaules et le cou du bébé sont soutenus par la main de sa mère et le bébé fait face à cette dernière. Si la mère tient l'arrière de la tête du nouveau-né avec la main, il est possible que ce dernier tente de se retirer lorsqu'il est mis au sein. La tête et le cou du bébé doivent être légèrement en extension de façon à ce que le menton touche le sein (Biancuzzo, 1999; Lothian, 1995).



Illustrations reproduites avec la permission de la Ville d'Ottawa.

La position couchée

La mère doit s'étendre sur le côté avec un ou deux oreillers pour soutenir sa tête et son bras fléchi vers le haut. Elle peut utiliser au besoin des oreillers pour soutenir son dos et ses jambes. Le bébé devrait être en position couchée, faisant face à la mère, la tête suffisamment basse pour que le mamelon de cette dernière soit à la hauteur du nez du bébé. Le cou du bébé devrait être en extension pour qu'un contact visuel avec la mère soit possible (Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998). La main de la mère devrait être placée entre les omoplates du bébé. La mère peut approcher le bébé vers son abdomen et attendre. Le bébé étirera la tête et ouvrira la bouche de lui-même pour prendre le sein.



89

Position « ballon de football »

La mère doit être assise confortablement, suivant la description de la position « madone ». Le bébé devrait être placé sur un oreiller aux côtés de la mère et du côté du sein qu'elle offrira. Des oreillers supplémentaires peuvent être utilisés pour élever le bébé à la hauteur du sein. Le bébé devrait être blotti au côté de sa mère et tenu comme un ballon de football, les fesses contre le dossier de la chaise et les jambes derrière le bras de la mère (Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998). Le dos du bébé doit être soutenu par le bras de la mère et ses épaules par la main de la mère (éviter de tenir la tête du bébé).



Illustrations reproduites avec la permission de la Ville d'Ottawa.

Annexe G : Prise du sein, transfert de lait et allaitement efficace

International Lactation Consultant Association (ILCA).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Prise du sein (ILCA)

Observez le nourrisson pour déceler les signes de bonne prise du sein :

- bouche grande ouverte
- lèvres retroussées vers l'extérieur
- le nez, les joues et le menton touchent (ou touchent presque) le sein

Transfert du lait (ILCA)

Observez le nourrisson pour déceler les signes de transfert du lait :

- le bébé tête de façon rythmique et cesse pour se reposer entre chaque succion et déglutition
- déglutition audible
- bras et jambes détendus
- bouche humide
- satisfait après les tétées

Observez la mère pour déceler les signes de transfert du lait :

- sensation de tiraillement fort qui n'est pas douloureuse
- soif
- contractions utérines ou écoulement accru des lochies pendant ou après l'allaitement, pendant les 3 à 5 premiers jours
- écoulement de lait du sein opposé pendant l'allaitement
- sentiment de détente ou de somnolence
- ramollissement du sein pendant l'allaitement
- le mamelon est allongé après la tétée, mais n'est pas pincé ou éraflé

Comportements du nourrisson (AWHONN)

Signaux donnés lorsqu'il a faim :

- Cherche le sein
- Porte la main à la bouche
- Mouvements ou sons de succion
- Se suce les doigts ou les mains
- Ouvre la bouche en réponse à une stimulation tactile

Transition entre les états de comportement (du sommeil à la somnolence, puis à l'éveil tranquille)

Parmi les signaux de satisfaction/satiété du nourrisson, on peut citer :

- Pendant la tétée, une réduction progressive du nombre de suctions
- Le bébé fait la moue, s'éloigne du sein et relâche le mamelon
- Corps détendu
- Jambes étendues
- Absence de signaux de faim
- Sommeil, état de contentement
- Petite quantité de lait visible dans la bouche

Fréquence et durée (ILCA)

Fréquence et durée des tétées :

- On peut s'attendre à au moins 8 à 12 tétées en 24 heures
- Certains nourrissons veulent le sein toutes les 3 heures, le jour comme la nuit, alors que d'autres regroupent les tétées, se nourrissant toutes les heures pendant 4 à 6 heures avant de dormir pendant 4 à 6 heures
- On peut s'attendre à ce que le nourrisson tète pendant 15 à 20 minutes sur le premier sein et pendant 10 à 15 minutes sur le deuxième, mais il ne faut pas s'en faire si le nourrisson est satisfait après le premier sein.
- Au besoin, réveiller un nourrisson somnolent pour l'allaiter jusqu'à ce qu'une tendance appropriée soit établie en matière de gain de poids
- On peut s'attendre à ce que la fréquence des tétées diminue au fur et à mesure que le nourrisson vieillit

Urine (AWHONN)

- Urine une fois pendant les premières 24 heures
- Urine 3 fois ou plus dans les 24 heures suivantes
- Urine 6 fois ou plus dès la quatrième journée

Selles (AWHONN, ILCA)

- Une selle pendant les premières 24 heures (AWHONN)
- 1 à 2 selles dès la troisième journée (AWHONN)
- 3 selles ou plus dès la quatrième journée (AWHONN)
- Les selles devraient passer du méconium à une couleur jaune avec une consistance molle et aqueuse dès la quatrième journée (ILCA)

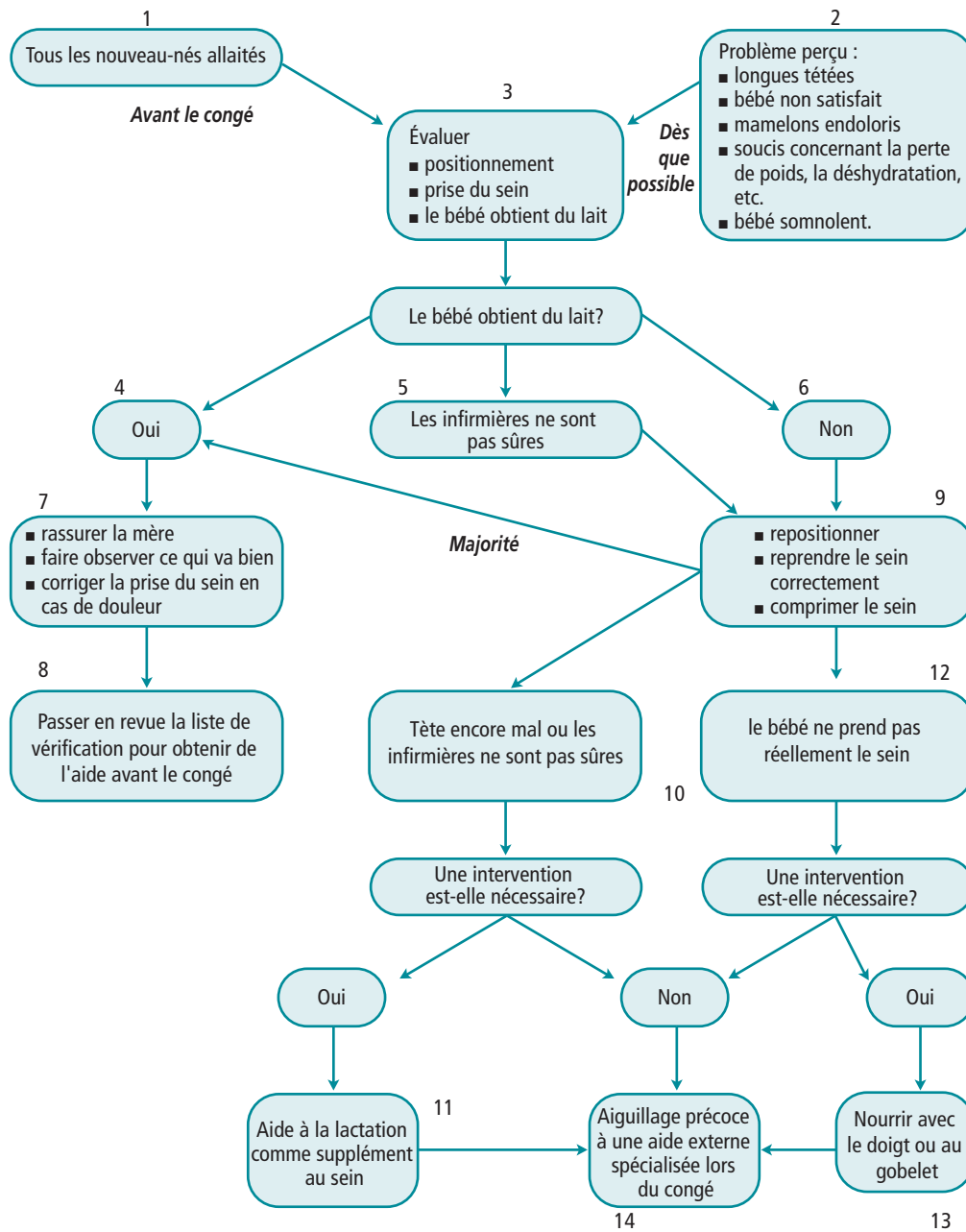
Poids (ILCA)

- On peut s'attendre à une perte de poids inférieure à 7 % pendant la première semaine
- Le nourrisson devrait avoir repris son poids à la naissance avant l'âge de 14 jours
- Gain de poids prévu de 4 à 8 onces (120 à 240 grammes) par semaine, jusqu'à ce que le nourrisson ait doublé son poids à la naissance

Allaitement maternel inefficace (ILCA)

- Le nourrisson a perdu plus de 7 % de son poids
- Perte de poids continue après le 3^e jour
- Moins de 3 selles en 24 heures
- Méconium après le quatrième jour
- Moins de 6 couches mouillées en 24 heures après le quatrième jour
- Nourrisson irritable et agité, ou qui est somnolent et refuse de téter
- Aucune déglutition audible pendant les tétées
- Aucun changement visible du poids ou de la grosseur des seins et aucun changement visible du volume et de la composition du lait avant entre le 3^e et le 5^e jour
- Mamelons toujours endoloris ou de plus en plus endoloris
- L'engorgement n'est pas soulagé par l'allaitement
- Le nourrisson n'a pas commencé à prendre de poids le 5^e jour
- Le nourrisson n'a pas repris son poids à la naissance le 14^e jour

Annexe H : Arbre de décision immédiat postpartum



Arbre de décision immédiat postpartum. La même approche peut être adoptée pour prendre des décisions relatives à l'allaitement maternel quel que soit l'âge du bébé, mais des modifications peuvent s'avérer nécessaires en fonction de l'âge et des problèmes éprouvés.

Reproduit avec la permission du Dr J. Newman, Toronto (Ontario).

Annexe I : Ressources d'éducation sur l'allaitement maternel

Sites Web contenant des ressources sur l'allaitement maternel

(Dernière mise à jour des URL : 9 mai 2003)

- Archives de LACTNET@PEACH.EASE.LSOFT.COM – *Informations et discussion sur la lactation* (<http://peach.ease.lsoft.com/archives/lactnet.html>)
- Comité canadien pour l'allaitement (www.breastfeedingcanada.ca/)
- Breastfeeding.com (www.breastfeeding.com/)
- Breastfeeding Online (www.breastfeedingonline.com/)
- Bright Future Lactation Resource Center Ltd (www.bflrc.com)
- Institut canadien de la santé infantile (www.cich.ca/)
- Association canadienne des consultantes en lactation (www.clca-accl.ca/)
- Société canadienne de pédiatrie (www.cps.ca/)
- Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca)
- Infant Feeding Action Coalition – INFACIT (www.infactcanada.ca/)
- International Lactation Consultant Association – ILCA (www.ilca.org/)
- La Leche League International (www.lalecheleague.org/)
- Motherisk (www.motherisk.org/)
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (www.rnao.org/bestpractices/)
- Statistique Canada (www.statcan.ca/)
- The American Academy of Pediatrics (www.pediatrics.org/)
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance – UNICEF (www.unicef.org/)
- World Alliance for Breastfeeding Action (<http://www.waba.org.br/>)
- Organisation mondiale de la Santé – OMS (www.who.ch/)

Vidéos sur l'allaitement maternel

Delivery Self Attachment

Dr Lennart Righard
Geddes Productions
PO BOX 41761
Los Angeles, CA 90041-0761 États-Unis

téléphone : 323-344-8045
télécopieur : 323-257-7209
courriel : orders@geddesproduction.com

Breastfeeding: Coping with the First Week Breastfeeding: Dealing with Problems

Mark-It Television
7 Quarry Way
Stapleton,
Bristol BS16 1UP, Royaume-Uni

téléphone : (0117) 939-1117
télécopieur : (0117) 939-1118
courriel : sales@markittelevision.co.uk

The Art of Successful Breastfeeding: A Guide for Health Professionals

Dr Verity Livingstone
The Vancouver Breastfeeding Centre
690 West 11th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1M1

téléphone : 604-875-4678
télécopieur : 604-875-5017
courriel : vlivings@direct.ca

The Art of Breastfeeding – La Leche League

Bureau national
18C Industrial Drive
C.P. 29
Chesterville (Ontario) K0C 1H0

téléphone : 613-448-1842, 1-800-665-4324
télécopieur : 613-448-1845
courriel : laleche@igs.net



« Breastfeeding »
CD-ROM interactif

Susan Moxley, RN, MEd, IBCLC
courriel : sue.moxley@iam-net.com

Breastfeeding: How To

Canadian Learning Company
95 Vansittart Avenue
Woodstock (Ontario) N4S 6E3

téléphone : 519-537-2360, 1-800-267-2977
télécopieur : 519-537-1035

INFANT CUES – A Feeding Guide

Canadian Childbirth Teaching Aids
11716 267 Street
Maple Ridge (Colombie-Britannique) V2W
1N9

téléphone : 604-462-0457
télécopieur : 604-936-4216
courriel : ccta@childbirthedu.com

Breast is Best

Health Info, Video Vital as
Skovveien 33, Pb.5058
Majorstua, 0301 Oslo, Norvège

téléphone : 22 55 45 88
télécopieur : 22 56 19 91
courriel : health-info@videovital.no

**Teen Breastfeeding:
The Natural Choice
Volume 1: Why Breastfeed?
Volume 2: Starting Out Right!**

Cette vidéo souligne la nécessité que les adolescentes qui allaitent aient une saine alimentation. Le groupe de développement affirme d'un commun accord que la consommation occasionnelle d'alcool n'est pas contre-indiquée lors de l'allaitement maternel, et que les adolescentes qui allaitent ne sont assujetties à aucune restriction alimentaire.

Injoy Birth & Parenting Videos
1435 Yarmouth, Suite 102
Boulder, Colorado 80304

téléphone : 1-800-326-2082
courriel : custserv@injoyvideos.com



Lecture suggérée – Références en matière d'allaitement maternel

- AUERBACH, K. (2000). *Current issues in clinical lactation 2000*. London : Jones & Bartlett Publishers International.
- AUERBACH, K., et J. RIORDAN (2000). *Clinical lactation*. Boston : Jones & Bartlett Publishers.
- Institut canadien de la santé infantile. (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Institut canadien de la santé infantile.
- Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. (1998). *Nutrition for healthy term infants*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.
- ENKIN, M. et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3e édition. Oxford : University Press.
- GROMADA, K. (1999). *Breastfeeding and caring for twins or more: Mothering multiples*. Illinois : La Leche League International.
- HALE, T. (1999). *Clinical therapy in breastfeeding patients*. (1^{ère} éd). Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.
- HALE, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, Texas : Pharmasoft Medical Publishing.
- Santé Canada. (1997). *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.
- Santé Canada. (1997). *Allaitement maternel : Bibliographie choisie et recueil de documentation*. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Santé Canada. (1999). *Le point sur l'allaitement au Canada*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.
- Santé Canada. (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux.
- International Lactation Consultant Association. (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh, Caroline du Nord : International Lactation Consultant Association.

- La Leche League. (1997). *The breastfeeding answer book*. Illinois : La Leche League International.
- La Leche League. (1997). *The womanly art of breastfeeding*. 6e édition. Illinois : La Leche League International.
- La Leche League. (1999). *Breastfeeding Booklet Series*. Illinois : La Leche League International.
- La Leche League. (1999). *Breastfeeding your premature baby*. Illinois : La Leche League International.
- LAWRENCE, R. & R. LAWRENCE (1999). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. St. Louis : Mosby.
- LUDINGTON-HOE, S. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. Toronto : Bantam Books.
- NEWMAN, J. (2003). *Dr. Jack Newman's guide to breastfeeding*. Toronto : Harper Collins Publishers Ltd.
- PALMER, G. (1988). *The politics of breastfeeding*. London : Pandora Press.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (1997). *Breastfeeding your baby*. Ottawa : Perinatal Partnership of Eastern and Southeastern Ontario.
- PHILLIPS, C. (1997). *Mother-Baby Nursing*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- RENFREW, M., C. FISHER, et S. ARMS (1990). *Breastfeeding: Getting breastfeeding right for you*. Californie : Celestial Arts.
- RIORDAN, J., et K. AUERBACH (1999). *Breastfeeding and human lactation*. 2e éd. Boston : Jones & Bartlett Publishers.
- SEARS, W., et M. SEARS (2000). *The breastfeeding book: Everything you need to know about nursing your child*. New York : Little Brown.
- WIESSINGER, D. (1998). A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. *Journal of Human Lactation*, 14(1), p. 12-17.
- OMS/UNICEF. (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève : Organisation mondiale de la Santé/UNICEF.
- OMS/UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Genève : Organisation mondiale de la Santé/UNICEF.
- Organisation mondiale de la Santé. (1998). *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Annexe J : Services de soutien à l'allaitement maternel

Le tableau ci-dessous fournit un cadre qui permet de trouver les services de soutien à l'allaitement maternel disponibles aux mères qui allaitent et à leur famille dans les communautés locales.

Types de services	Coordonnées
Services des unités de santé publique	
Cliniques d'allaitement maternel dans les hôpitaux	
Pratique privée Consultantes en lactation	
Sites Web	
Accès aux lignes d'information médicale 1-800 concernant l'aide à l'allaitement maternel et les produits pertinents	
La Leche League	
Centre de consultation	
« Ligne d'urgence » pour les parents	
Télésanté Ontario	
Autre (spécifique aux services locaux)	

Annexe K : Outils d'évaluation lors du congé

Exemple 1 : Hôpital de Temiskaming

Reproduit avec l'autorisation de l'Hôpital de Temiskaming, New Liskeard, Ontario.

**SORTIE DE L'HÔPITAL D'UNE
PATIENTE EN OBSTÉTRIQUE
INSTRUCTIONS ET LISTE DE
VÉRIFICATION**

Médecin ayant effectué l'accouchement : _____

Médecin de famille : _____

Date de naissance : _____

Poids à la naissance : _____ Poids à la sortie : _____

Perte de poids par rapport au poids à la naissance : _____ %

L'infirmière en santé publique appellera pour organiser une visite à domicile dans les 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital.

Échelle APGAR : 1 minute _____ 5 minutes _____ Événements lors de la naissance : _____

Critères relatifs au congé de l'hôpital

Mère		Nourrisson	
Initiales		Initiales	
_____	L'outil de dépistage dans le cadre du Programme Bébés en santé; enfants en santé a été effectué.	_____	Le poids à la naissance doit être noté.
_____	Le fonctionnement de la vessie et des intestins a été évalué.	_____	Le poids au congé de l'hôpital doit être noté. <i>la perte de poids depuis la naissance doit être inférieure à 10 %</i>
_____	Capacité éprouvée à nourrir le bébé adéquatement. Si la mère allaite, le bébé est parvenu à prendre le sein correctement.	_____	Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis documentés).
_____	Réception des conseils relatifs à la contraception.	_____	Le bébé a uriné et est allé à la selle.
_____	Dans le cas d'une personne à risque, si le milieu est insatisfaisant à domicile (sécurité, abri, soutien, communication) des mesures ont été prises pour donner de l'aide (p. ex., assistance aux familles, services sociaux).	_____	Aucun saignement au moins 2 heures après la circoncision, si l'intervention a eu lieu.
_____	Réception d'un vaccin d'immunoglobuline Rh ou du vaccin ROR, si cela est indiqué.	_____	Dépistage métabolique terminé (> de 24 heures après la naissance) ou dispositions satisfaisantes organisées.
_____	Identification du médecin responsable du suivi qui est informé.	_____	Capacité de la mère d'assurer les soins systématiques (p., ex., soins du cordon ombilical).
_____	Consentement à la visite de l'infirmière en santé publique.	_____	Un siège d'auto pour bébés sera utilisé lors du congé de l'hôpital.

SI TOUS LES CRITÈRES NE SONT PAS SATISFAITS, LE MÉDECIN TRAITANT DOIT ÊTRE INFORMÉ AVANT LE CONGÉ DE L'HÔPITAL

Signature de l'infirmière autorisant le congé de l'hôpital

J'ai lu et compris les instructions qui figurent ci-dessus.

Signature de la patiente

Date

Exemple 2 : L'Hôpital d'Ottawa – Civic Campus

Reproduit avec l'autorisation de l'Hôpital d'Ottawa. Les individus qui souhaitent adapter cet outil peuvent le faire, avec la mention suivante : « Adapté de l'original développé par l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada ».

Adressographe

Naissance vaginale - nouveau-né

DATE ET HEURE DE LA NAISSANCE

/AA /MM /JJ à

CHEMIN CRITIQUE

	0 – 2 HEURES	2 – 24 HEURES (JOUR 1)	24 – 48 HEURES (JOUR 2)																														
Consultations	Autocollant TM	<ul style="list-style-type: none"> Travailleuse sociale PRN Consultante en lactation PRN Consultante en lactation PRN 	<ul style="list-style-type: none"> Travailleuse sociale PRN Consultante en lactation PRN Consultante en lactation PRN 																														
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> IM vitamine K 1 m date/heure _____ par _____ Appliquer onguent ophtalmique à l'érythromycine à chaque œil x 1 dose date/heure _____ par _____ 																																
Tests	<ul style="list-style-type: none"> Sans ombilical veineux si la mère pH neg par _____ Sang ombilical veineux PRN par _____ Gaz artériel du cordon par _____ Relevé du glucose PRN 	<ul style="list-style-type: none"> Relevé de la bilirubine PRN (Civic) Relevé du glucose PRN Test de la bilirubine totale initiale PRN 	<ul style="list-style-type: none"> PKU, date/heure _____ par _____ Relevé de la bilirubine PRN (Civic) Relevé du glucose PRN Test de la bilirubine totale initiale PRN 																														
Évaluations/ Traitements	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Soins infirmiers</th> <th>Normal</th> <th>Anormal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tête/cou</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>palais</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Torse/dos</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Extrémités</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Anus</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>organes génitaux</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Commentaires</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Heure</td><td></td><td>Initiales</td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Poids Vitalsigns q1h x2 	Soins infirmiers	Normal	Anormal	Tête/cou			palais			Torse/dos			Abdomen			Extrémités			Anus			organes génitaux			Commentaires			Heure		Initiales	<ul style="list-style-type: none"> Poids Circonférence de la tête _____ cm Signes vitaux q1h x 2, puis changement des signes vitaux Température avant le premier bain Premier bain date/heure _____ par _____ Soins standard du cordon Examen effectué par le médecin avant 24 heures <p>Soins de la circoncision:</p> <ul style="list-style-type: none"> heure de la circoncision _____ Observation pendant 4 heures pour saignements et miction Soins routiniers de la circoncision 	<ul style="list-style-type: none"> Poids Changement des signes vitaux Enlever l'agrafe du cordon date/heure _____ par _____ <p>Soins de la circoncision:</p> <ul style="list-style-type: none"> heure de la circoncision _____ Observation pendant 4 heures pour saignements et miction Soins routiniers de la circoncision
Soins infirmiers	Normal	Anormal																															
Tête/cou																																	
palais																																	
Torse/dos																																	
Abdomen																																	
Extrémités																																	
Anus																																	
organes génitaux																																	
Commentaires																																	
Heure		Initiales																															
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Initiate breastfeeding Initiate bottle feeding prn 	<ul style="list-style-type: none"> Allaitement sur demande - minimum de 6 fois en 24 hres Alimentation à la bouteille sur demande au moins 6 fois par 24 hres (15-60 mls par fois) 	<ul style="list-style-type: none"> Allaitement sur demande - minimum de 6 fois en 24 hres Alimentation à la bouteille sur demande au moins 6 fois par 24 hres (15-60 mls par fois) 																														
Élimination	<input type="checkbox"/> Miction initiale <input type="checkbox"/> Méconium initial	<input type="checkbox"/> Miction initiale <input type="checkbox"/> Méconium initial <input type="checkbox"/> Miction post-circoncision	<input type="checkbox"/> Miction post-circoncision																														
Planification du congé	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire RAMO <input type="checkbox"/> fourni (général) 	<p>Congé avant 24 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ordre de congé PKU, test sanguin pour thyroïde et renseignements de suivi Visite de suivi au médecin/à la sage-femme dans les 2 jours <input type="checkbox"/> Formulaire de congé Formulaire RAMO: <input type="checkbox"/> Fourni <input type="checkbox"/> Retourné ID N° bracelet ID _____ Signature de la mère _____ Initiales de l'infirmière _____ 	<input type="checkbox"/> Ordre de congé <ul style="list-style-type: none"> Visite de suivi au médecin/à la sage-femme dans les 7 jours Formulaire RAMO: <input type="checkbox"/> Retourné ID N° bracelet ID _____ Signature de la mère _____ Initiales de l'infirmière _____ 																														
Date et heure du congé		DATE (AA/MM/JJ) et HEURE _____ INITIALES _____	DATE (AA/MM/JJ) et HEURE _____ INITIALES _____																														
Progrès du patient correspondant au chemin clinique	<p>0–2 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>	<p>2–12 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p> <p>12–24 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>	<p>24–36 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p> <p>36–48 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>																														

Naissance vaginale - nouveau-né

Reproduit avec l'autorisation de l'Hôpital d'Ottawa. Les individus qui souhaitent adapter cet outil peuvent le faire, avec la mention suivante : « Adapté de l'original développé par l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada ».

Adressographe

102

RÉSULTATS POUR LE PATIENT			
Liste de problèmes relatifs au patient			
	1) Potentiel d'hyperbilirubinémie	4) Potentiel de difficultés cardiaques ou respiratoires	
	2) Potentiel de difficultés à s'alimenter	5) Potentiel de septicémie	
	3) Potentiel d'hypothermie (T < 36.5C) ou d'hyperthermie (T > 37.5C)	6) Potentiel de saignement post-circoncision	
	0 – 2 HEURES	2 – 24 HEURES (JOUR 1)	24 – 48 HEURES (JOUR 2)
Hyper bilirubinémie	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente aucun signe de jaunisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente aucun signe de jaunisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Jaunisse WNL • Relevé de la bilirubine WNL (Civic)
Nutrition/ Elimination	<ul style="list-style-type: none"> • Amorce l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> – lèche, cherche – prise et succion intermittentes • Signe du pli cutané normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorce l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> – au sein : prise efficace, succion intermittente – biberon : succion et déglutition coordonnées • Signe du pli cutané normal • Mictions – minimum ×1 • Évacuation méconium/selles 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum de 2 tétées efficaces <ul style="list-style-type: none"> – prise du sein efficace, succion soutenue • Alimentation au biberon efficace (succion et déglutition) • Miction – minimum ×1 • Évacuation méconium/selles • Perte de poids inférieure à 10 % du poids à la naissance
Hypo/Hyper thermie	<ul style="list-style-type: none"> • Maintient une température stable entre 36.5C – 37.5C 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintient une température stable entre 36.5C – 37.5C 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintient une température stable entre 36.5C – 37.5C
Difficultés cardiaques/ respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente aucun signe de difficultés cardiaques ou respiratoires <ul style="list-style-type: none"> – RC100–160/min – RR40–60/min – rythme et effort respiratoires normaux – pas de cyanose, de dilatation nasale ou de grognements 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente aucun signe de difficultés cardiaques ou respiratoires <ul style="list-style-type: none"> – RC100–160/min – RR40–60/min – rythme et effort respiratoires normaux – pas de cyanose, de dilatation nasale ou de grognements 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne présente aucun signe de difficultés cardiaques ou respiratoires <ul style="list-style-type: none"> – RC100–160/min – RR40–60/min – rythme et effort respiratoires normaux – pas de cyanose, de dilatation nasale ou de grognements
Septicémie	<ul style="list-style-type: none"> • Température WNL • Pas d'apnée • Maintient sa couleur WNL • Pas de vomissements • Cordon : humide et attaché 	<ul style="list-style-type: none"> • Température WNL • Pas d'apnée • Maintient sa couleur WNL • Pas de vomissements • Cordon : humide et attaché 	<ul style="list-style-type: none"> • Température WNL • Pas d'apnée • Maintient sa couleur WNL • Pas de vomissements • Cordon : sèche
Saignements post-circoncision		<ul style="list-style-type: none"> • Aucune indication de saignement 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune indication de saignement
Progrès du patient correspondant au chemin clinique	<p>0–2 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>	<p>2–12 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p> <p>12–24 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>	<p>24–36 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p> <p>36–48 hres: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date (a/m/j) _____ par _____</p> <p>Initiales _____</p>

Nutrition et élimination

Critères d'évaluation du nouveau-né au sein

Position:

- La mère indique qu'elle est confortable : dos, pieds et bras soutenus (tête soutenue en position couchée)
- Tête et corps du nouveau-né soutenus au niveau du sein (Les oreillers sont généralement utiles en position de madone et de ballon de football pour soutenir le bras de la mère et tient la tête et le corps du nouveau-né)
- Nouveau-né tourné complètement sur le côté, avec le nez, le menton, l'abdomen et les genoux touchant la mère)
- Tête du nouveau-né en position neutre (hanche, épaule et oreille alignées)
- Le nouveau-né reste proche grâce au soutien du bras et de la main de la mère le long de son dos et de ses fesses
- Sein de la mère soutenu avec la main en coupe : pouce et doigts éloignés de l'aréole

Reproduit avec l'autorisation de l'Hôpital d'Ottawa. Les individus qui souhaitent adapter cet outil peuvent le faire, avec la mention suivante : « Adapté de l'original développé par l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada ».

Adressographe

Année/Mois _____		JOUR																	
✓ Premier côté X Deuxième côté		HEURE																	
CÔTÉ DROIT	Sein																		
	POSITION	Madone inversée																	
		Madone																	
		Football																	
		Couchée																	
	RÉACTION DU BÉBÉ	Prise du sein																	
		Succion minimale																	
		Succion soutenue																	
		Suce et avale																	
		Pas de prise du sein																	
		Trop somnolent																	
		Réticent																	
CÔTÉ GAUCHE	Madone inversée																		
	Madone																		
	Football																		
	Couchée																		
	RÉACTION DU BÉBÉ	Prise du sein																	
		Succion minimale																	
		Succion soutenue																	
		Suce et avale																	
		Pas de prise du sein																	
		Trop somnolent																	
		Réticent																	
	AIDE	Autonome																	
Minimale																			
Moyenne																			
Maximale																			
SELLES	Tétée observée par l'infirmière																		
	Tétée observée par la patiente																		
	Lait maternel exprimé (EBM)																		
	Préparation:																		
	Initiales de l'infirmière																		
URINE	Méconium																		
	Transitionnel																		
	Aspect caillé																		
	Jaunes																		
	Vertes																		
✓ pour chaque selle																			
URINE	Normale																		
	Cristaux d'acide urique																		
	✓ pour chaque miction																		

Annexe L :

Lignes directrices de la Société canadienne de pédiatrie concernant la facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme

Énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, entièrement disponible à l'adresse <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn96-02.htm>

Le tableau 1 a été reproduit avec la permission de la Société canadienne de pédiatrie.

Résumé

Le présent énoncé vise à fournir des lignes directrices aux médecins et au reste du personnel soignant afin d'influencer les politiques et les pratiques liées au congé des bébés à terme et en santé et de leur mère ainsi que le suivi ultérieur au sein de la collectivité.

Recommandations

1. Les soins aux mères et aux nourrissons doivent être personnalisés et envisagés dans une perspective familiale. Dans le cas de nombreux accouchements sans complications, un séjour en milieu hospitalier de 12 à 48 heures suffit si la mère et le bébé sont en santé, si la mère peut s'occuper de son bébé et si le suivi par une infirmière communautaire est assuré à domicile. En l'absence de ces impératifs, les mères devraient pouvoir choisir un séjour d'au moins 48 heures à l'hôpital avec leur enfant après un accouchement vaginal normal. Les femmes dont l'accouchement a présenté des complications, incluant une césarienne, devraient pouvoir profiter d'un séjour plus long.
2. Dans le cas d'un congé moins de 48 heures après l'accouchement, il faudrait se conformer aux lignes directrices établies au tableau 1. Chaque hôpital peut disposer de critères plus précis selon les besoins de la population et de la région qu'il dessert.

3. Lorsque le congé est accordé moins de 48 heures après l'accouchement, ce congé doit s'inscrire dans le cadre d'un programme qui assure une évaluation continue et convenable de la mère et du nourrisson. Cette évaluation doit être effectuée par un médecin ou un autre professionnel compétent possédant la formation et l'expérience nécessaires de soins à la mère et au nourrisson. Une évaluation personnelle à domicile est favorisée pour toutes les mères et leur enfant. Si l'on se fie aux mères qui viennent d'accoucher pour se rendre à la clinique ou au cabinet, le suivi risque d'être perturbé en raison d'une absence de compliance. Cette visite ne remplace pas l'évaluation complète du médecin, mais porte sur les aspects qui exigent une intervention précoce (comme les problèmes d'alimentation, la jaunisse, les signes d'infection, etc.). Ces programmes doivent garantir la possibilité d'évaluation, y compris la fin de semaine, afin :
 - l'alimentation et l'hydratation de l'enfant et de soutenir la mère dans l'alimentation du nourrisson;
 - d'évaluer si le nourrisson souffre de jaunisse ou d'autres anomalies susceptibles d'exiger des investigations plus approfondies ou une évaluation médicale avant la date prévue;
 - d'exécuter des tests de dépistage ou d'autres études au besoin;
 - d'évaluer l'état de la mère relativement au processus involutif normal après l'accouchement;
 - d'évaluer et de soutenir l'intégration du bébé dans le milieu familial;
 - de réviser les projets de soins futurs et de préservation de la santé, y compris la vaccination systématique du nourrisson, l'identification des maladies et les évaluations de santé périodiques;
 - de mettre la famille en contact avec d'autres sources de soutien (p. ex. les services sociaux, les cours pour devenir des parents efficaces, le soutien à l'allaitement) au besoin.
4. La préparation au congé devrait être perçue comme faisant partie de l'éducation anténatale normale de toutes les femmes enceintes (et de leur famille) et comporter de l'information sur l'alimentation du nourrisson et la détection des problèmes néonataux comme la déshydratation et la jaunisse. Il faudrait renforcer ces aspects pendant le court séjour en milieu hospitalier.
5. Les hôpitaux pourvus d'un programme de congé précoce devraient travailler de concert avec des organismes de santé communautaire afin de vérifier l'issue des mères et de leur bébé et de garantir que les lignes directrices relatives au congé précoce sont convenables et bien utilisées.
6. Si le bébé doit être réadmis à l'hôpital dans les sept jours suivant sa naissance, ce dernier devrait être réadmis avec sa mère dans l'hôpital où il est né afin de favoriser la dyade mère-nourrisson. S'il faut réadmettre la mère, on devrait lui permettre de garder son enfant avec elle, le cas échéant.

Le tableau suivant résume les critères préalables au congé moins de 48 heures après l'accouchement.

Tableau 1 : Critères préalables au congé moins de 48 heures après l'accouchement

Mère	Nourrisson
<p>OBJECTIF : Pour que les femmes ayant accouché aient droit à un congé sécuritaire, elles doivent respecter des critères de base et profiter de dispositions convenables relativement à la continuité des soins en externe. Avant d'obtenir leur congé, elles doivent respecter les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Accouchement vaginal ■ Garantie de procéder aux soins du périnée ■ Aucune complication intrapartum ou postpartum exigeant une observation ou un traitement médicaux constants* ■ Mobilité et contrôle adéquat de la douleur ■ Reprise des fonctions de la vessie et de l'intestin ■ Réception d'un vaccin d'immunoglobuline Rh ou contre la rubéole, le cas échéant ■ Capacité démontrée de bien nourrir le nourrisson. En cas d'allaitement, le nourrisson a réussi à saisir adéquatement le sein ■ Réception des conseils relatifs à la contraception ■ Identification du médecin responsable du suivi qui est avisé, au besoin ■ La famille est accessible pour le suivi; la mère comprend le besoin de suivi pour son enfant et pour elle-même et connaît la date des rendez-vous ■ Si le milieu est insatisfaisant à domicile (sécurité, hébergement, soutien, communication), des mesures sont prises pour accéder à de l'aide (p. ex. soutien à domicile, services sociaux) ■ Connaissance et compréhension des services de soutien communautaires et hospitaliers, et possibilité d'accéder à ces services <p>* Les mères NE devraient PAS recevoir leur congé avant que leur état ne se soit stabilisé si elles ont subi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une hémorragie postpartum grave ou des saignements constants plus élevés que la normale; ■ une fièvre de 38 °C (constatée deux fois à au moins une heure d'intervalle) pendant le travail et après l'accouchement; ■ d'autres complications exigeant des soins constants. 	<p>OBJECTIF : Pour que les nourrissons aient droit à un congé sécuritaire, ils doivent respecter des critères de base et profiter de dispositions convenables relativement à la continuité des soins en externe. Le bébé doit être en santé selon le jugement clinique du médecin, et la mère doit avoir démontré la capacité raisonnable de prendre soin de son enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nourrisson à terme (de 37 à 42 semaines) dont la taille correspond à l'âge gestationnel ■ Adaptation cardiorespiratoire normale à la vie extra-utérine[†] ■ Aucune trace de septicémie[†] ■ Température stable au berceau (température axillaire entre 36,1 °C et 37 °C) ■ Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis documentés) ■ Examen physique par un médecin ou un autre membre compétent du personnel soignant dans les 12 heures précédant le congé afin de s'assurer que le nourrisson n'a pas besoin d'être maintenu davantage sous observation ou de subir un traitement intrahospitalier ■ Miction du nourrisson documentée ■ Aucun saignement au moins 2 heures après la circoncision, si l'intervention a eu lieu ■ Réception des médicaments et des vaccins nécessaires (p. ex., contre l'hépatite B) ■ Dépistage métabolique terminé (> de 24 heures après la naissance) ou dispositions satisfaisantes organisées en externe ■ Capacité de la mère d'assurer les soins systématiques (p. ex. du cordon) et de reconnaître les signes de maladie ou d'autres problèmes infantiles ■ Dispositions pour évaluer la mère et le bébé dans les 48 heures suivant leur congé ■ Identification du médecin responsable du suivi et organisation du rendez-vous dans la semaine suivant le congé <p>[†]Les nourrissons devant être intubés ou ayant besoin d'une ventilation assistée et ceux présentant un risque de septicémie devraient être maintenus sous observation en milieu hospitalier pendant au moins 24 heures</p>

Société canadienne de pédiatrie (1996). La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme [en ligne]. Disponible : <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn96-02.htm>

Annexe M : Exercices de pratique réflexive

Les exercices de pratique réflexive fournis comme exemples ci-dessous ont été élaborés dans le cadre du programme de formation de base pendant la mise à l'essai des Lignes directrices de la RNAO sur les pratiques exemplaires à l'intention des infirmières. L'exercice de mise en œuvre a souligné l'utilité des exercices de pratique réflexive et de l'apprentissage transformationnel afin d'aborder les attitudes, des valeurs et les convictions du personnel soignant concernant l'allaitement maternel. Il a été reconnu que ces facteurs devaient être abordés avant qu'un changement relatif aux pratiques puisse être possible et que les recommandations de la ligne directrice puissent être mis en œuvre avec succès.

108

Exercice d'introduction :

Vue d'ensemble

La pratique réflexive est « basée sur le concept voulant qu'une réflexion systématique et critique au sujet de votre pratique vous permet de déterminer les domaines auxquels vous devez travailler afin de maintenir vos compétences dans un environnement de soins de santé changeant »(Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2000, p. 6). Cette introduction aux pratiques exemplaires en allaitement maternel encourage l'apprenante à réfléchir aux valeurs, aux convictions et aux pratiques en matière de soins infirmiers afin de faire progresser sa croissance personnelle et professionnelle.

En classe :

1. Décrivez vos convictions au sujet de l'allaitement maternel. Ne craignez pas d'être franche, car cette réflexion est personnelle et privée.
2. Quelles sont les sources de vos convictions et de vos valeurs relatives à l'allaitement maternel?
3. Pensez à la dernière fois que vous avez aidé une mère à allaiter. Décrivez ce qui s'est passé lors de cette interaction cliente/infirmière.





Exercice de récapitulation :

Vue d'ensemble

Le but des séances d'éducation d'aujourd'hui était d'influencer la pratique des soins infirmiers, spécifiquement les soins de la dyade d'allaitement maternel. Pour examiner l'impact possible de la séance d'aujourd'hui sur votre pratique, il est utile de passer en revue la réflexion personnelle que vous avez faite comme introduction.

En classe :

1. Examinez de façon critique les sources de vos convictions et de vos valeurs relatives à l'allaitement maternel. S'agit-il de sources valides et appropriées sur lesquelles baser votre pratique?
2. Passez en revue l'occasion d'allaitement maternel que vous avez décrite dans votre réflexion en introduction. Vos gestes étaient-ils en accord avec les convictions et les valeurs que vous exprimez? Si vous pouviez revivre cette occasion, votre approche serait-elle différente? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui changerait?
3. Avez-vous déterminer des domaines à améliorer relativement à votre pratique clinique? Dans l'affirmative, comment pouvons-nous soutenir votre apprentissage grâce à des activités d'éducation?

Annexe N : Cours sur l'allaitement maternel disponibles sur Internet

Bon nombre de cours d'éducation permanente sont actuellement disponibles sur Internet. Les cours décrits ici constituent des exemples d'occasions de perfectionnement professionnel disponibles en ligne, qui appuient celles qui souhaitent améliorer leurs connaissances et leurs compétences en matière d'allaitement maternel. D'autres cours ou programmes en ligne en d'autres formats peuvent être disponibles par l'entremise d'établissements d'enseignement. Communiquez avec le collègue communautaire ou l'université de votre région pour obtenir la liste des cours proposés.

(Dernière mises à jour des URL : 9 mai 2003)

Breastfeeding Support Consultants (BSC) Center for Lactation Education

<http://www.bsccenter.org/>

Le Center for Lactation Education des BSC propose 12 cours de formation à distance. Tous les cours peuvent être entièrement suivis par l'étudiante à la maison et dans la communauté. L'apprenante pourra acquérir des compétences et des connaissances avancées qui lui permettront d'avoir une carrière comme consultante en lactation. Les consultantes en lactation professionnelles sont qualifiées pour renseigner et conseiller les mères qui allaitent, s'occuper de problèmes particuliers relatifs à l'allaitement, élaborer des programmes de soutien de l'allaitement maternel et former les prestataires de soins de santé. Des occasions d'emploi pourraient être disponibles comme membre du personnel d'un hôpital, d'une clinique ou de la pratique d'un médecin, ou encore en pratique privée. Une certification est disponible par l'entremise du International Board of Lactation Consultant Examiners.



Lactation Education Resources

<http://www.leron-line.com/>

Lactation Education Resources se consacre à fournir des programmes de formation en gestion de la lactation de qualité supérieure, ainsi que des documents pédagogiques innovants. L'entreprise propose des programmes de formation à celles qui souhaitent devenir des consultantes en lactation certifiées, et une formation continue à celles qui sont déjà certifiées. Des cours en ligne sont proposés comme formation continue aux infirmières, aux diététistes, aux consultantes en lactation et aux autres professionnelles que le sujet intéresse.

Dr Janice Riordan

<http://members.cox.net/jriordan/breastfeedingcourse.html>

L'école de soins infirmiers de la Wichita State University propose sur Internet un cours à unités de 3 heures, intitulé Breastfeeding and Human Lactation . Ce cours est ouvert aux étudiantes de deuxième ou de troisième cycle, en soins infirmiers ou pas, et se concentre sur des sujets cliniques qui préparent l'étudiante à pratiquer comme consultante en lactation et à obtenir la certification de l'IBCLC.

Le Vancouver Breastfeeding Centre – L'Université de la Colombie-Britannique

<http://www.breastfeeding1.com>

Le but de ce cours autodidacte est d'enseigner aux cliniciens une approche de la prévention, de la détection précoce et de la gestion de problèmes courants relatifs à l'allaitement maternel après l'accouchement. Le contenu est basé sur des études de cas cliniques. Il est conçu de façon amusante, avec un format de résolution de problèmes interactif et à plusieurs niveaux, et contient des illustrations.



Annexe O : Initiative des hôpitaux Ami des bébés^{MC} – Accréditation

Deux documents, fournis par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA) et concernant le processus d'accréditation pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés sont intégralement inclus dans cette annexe. Ces documents sont reproduits avec l'autorisation du Comité canadien pour l'allaitement.

- Using the Baby-Friendly™ Hospital Initiative Self-Appraisal Tool & Analyzing the Results <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc39.html>
- Hospital/Maternity Guidelines for the Implementation of the WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Hospital Initiative (BFHI) in Canada. <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc33.html>

112

Utilisation de l'outil d'auto-évaluation pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} et analyse des résultats

Reproduit avec la permission du Comité canadien pour l'allaitement.

Utilisation de l'outil d'auto-évaluation pour l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}

Tout hôpital/service de maternité qui souhaite devenir ami des bébés^{MC} doit commencer par évaluer ses pratiques actuelles relativement aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. L'outil d'auto-évaluation (disponible à l'adresse <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc40.pdf>) a été élaboré pour examiner les routines et politiques actuelles afin de les comparer avec les Dix conditions et les autres recommandations faites dans l'énoncé conjoint de 1989 de l'OMS /UNICEF intitulé *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*.

L'outil d'auto-évaluation est une liste de contrôle qui permet à un hôpital ou à un service de maternité de procéder à une courte évaluation initiale de ses pratiques relatives à l'allaitement maternel. L'achèvement de cette auto-évaluation initiale est la première étape du processus, mais ne confère pas à l'hôpital la qualité d'ami des bébés^{MC}. Cette liste de contrôle vous aidera à préciser les normes internationales de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB). Le personnel doit avoir recours à ces normes lors de l'évaluation de l'efficacité du programme d'allaitement maternel.

Analyse des résultats de l'auto-évaluation

Les hôpitaux sont encouragés à rassembler les principaux membres de leur personnel de gestion et clinique afin d'examiner les résultats de l'auto-évaluation. Le développement d'un plan d'action basé sur les résultats de l'auto-évaluation est l'étape suivante de l'obtention d'une désignation d'hôpital ami des bébés^{MC}.

Un hôpital qui a répondu de façon affirmative à un grand nombre de questions de l'outil d'auto-évaluation et dont le taux d'allaitement maternel exclusif entre la naissance et le congé est de 75 % pourrait souhaiter étudier les critères mondiaux pour obtenir les détails sur les normes internationales. L'hôpital souhaitera alors peut-être prendre des mesures supplémentaires afin d'obtenir la désignation d'hôpital ami des bébés^{MC} et de recevoir une reconnaissance mondiale. Cette distinction nécessite une évaluation effectuée par des évaluateurs de l'IHAB externes à l'établissement, au moyen des critères mondiaux.

Lorsqu'un hôpital est prêt à être évalué, une évaluation préliminaire est recommandée avant l'évaluation externe. Cela peut être organisé en communiquant avec votre Comité provincial/territorial de mise en œuvre de l'Initiative amis des bébés^{MC} (IHAB); si un tel comité n'a pas encore été mis sur pied, vous pouvez également communiquer avec le Comité canadien pour l'allaitement (CCA). Une fois le rapport d'évaluation préliminaire terminé avec succès, le Comité provincial/territorial de mise en œuvre de l'IHAB informera l'organisme national responsable de l'IHAB, à savoir le Comité canadien pour l'allaitement, qui prendra les dispositions pour l'évaluation externe.

Un hôpital qui a répondu de façon négative à un grand nombre de questions sur l'outil d'auto-évaluation, ou dont le taux d'allaitement maternel de la naissance au congé est encore inférieur à 75 %, pourrait souhaiter élaborer un plan d'action. Le but du plan pourrait être d'éliminer les pratiques qui nuisent au début de l'allaitement maternel exclusif et d'étendre celles qui le favorisent. Des informations peuvent être fournies par votre Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB, par exemple grâce à l'éducation du personnel ou à l'élaboration de pratiques au sein de l'hôpital.

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

Reproduit avec la permission du Comité canadien pour l'allaitement.

Processus d'auto-évaluation

La première étape significative vers la désignation « ami des bébés » est de remplir le formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux pour l'IHAB. Ce questionnaire est inclus dans le manuel # 2 de l'IHAB (voir annexe A). Les manuels # 1 et 2 de IHAB contiennent l'information nécessaire à l'évaluation des Dix conditions pour le succès de l'allaitement ainsi qu'un formulaire permettant aux hôpitaux/services de maternité de passer en revue leurs pratiques. Cette première auto-évaluation permet d'analyser plus facilement quelles pratiques sont favorables ou nuisibles à l'allaitement. En tout temps, l'établissement peut demander de l'information et des éclaircissements à son Comité provincial/territorial pour la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (IAB) ou au Comité canadien pour l'allaitement (*).

Le développement d'un comité multidisciplinaire peut aider l'hôpital/le service de maternité à aborder la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement.

Le rôle de ce comité peut consister à :

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

Une fois que cela a été accompli, l'hôpital/le service de maternité peut remplir le formulaire d'auto-évaluation de l'OMS/UNICEF.

La pré-évaluation

Lorsque les résultats de l'auto-évaluation sont principalement positifs, l'hôpital/le service de maternité peut demander au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB d'organiser une pré-évaluation. Le but de la pré-évaluation est de maximiser les chances de succès de l'évaluation externe. La pré-évaluation consiste en une évaluation brève mais intensive par un évaluateur IHAB assigné en collaboration avec le CCA. Il est fortement suggéré que cet évaluateur n'ait aucun lien présent ou passé avec l'établissement. La pré-évaluation comprend : des entretiens détaillés avec le personnel, la visite de l'hôpital et l'évaluation de son fonctionnement, l'examen de toute la documentation disponible sur les programmes d'enseignement pour le personnel, l'enseignement prénatal, l'allaitement et les politiques IHAB, etc. La pré-évaluation dure habituellement une journée entière.

Le processus de la pré-évaluation

1. Lorsque l'hôpital/le service de maternité se considère prêt pour la pré-évaluation, il peut en faire la demande au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*).
2. Le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à la pré-évaluation, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour la pré-évaluation de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada*.
3. Avec la demande de pré-évaluation, le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB envoie au CCA le contrat, le formulaire d'auto-évaluation complété ainsi qu'une somme de 100 \$ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*), le CCA choisit un évaluateur pour effectuer la pré-évaluation. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada*.
5. Une fois la pré-évaluation complétée, l'évaluateur soumet un rapport à l'hôpital/au service de maternité, au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) et au CCA.
6. Si des lacunes sont identifiées dans le rapport de pré-évaluation, le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) pourra fournir expertise et conseils à l'établissement sur la façon d'y remédier.

L'évaluation externe

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

Le processus de l'évaluation externe

1. Lorsque les résultats de la pré-évaluation sont principalement positifs, l'établissement pourra demander au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB d'organiser l'évaluation externe.
2. Le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à l'évaluation externe, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour l'évaluation externe de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada*.
3. Avec la demande d'évaluation externe, le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB envoie au CCA le contrat, le matériel exigé par les Règles mondiales de l'IHAB (*voir l'annexe B*), le rapport de pré-évaluation ainsi qu'une somme de 400 \$ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*), le CCA choisit un évaluateur en chef et une équipe d'évaluateurs pour effectuer l'évaluation externe. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada*.
5. Une fois l'évaluation externe complétée, l'équipe d'évaluateurs rencontre l'établissement pour lui faire part de ses observations. L'évaluateur en chef soumet un rapport complet de l'évaluation externe au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) et ce dernier l'achemine ensuite au CCA.

6. Après avoir consulté le rapport de l'évaluation externe, le CCA décide, en collaboration avec le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*), si l'établissement recevra la désignation « ami des bébés ». Le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) avise l'établissement des résultats de l'évaluation et lui envoie une copie du rapport de l'évaluation externe. Un certificat est remis à l'établissement et son nom est ajouté à la liste des hôpitaux amis des bébés du Canada.
7. À tous les deux ans suivant la désignation « ami des bébés », l'établissement devra fournir un rapport au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*), ceci dans le but de s'assurer que les Règles mondiales de l'IHAB sont toujours appliquées. Le format du rapport sera déterminé par le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*).
8. À tous les cinq ans suivant la désignation « ami des bébés », l'établissement devra se soumettre à une ré-évaluation pour conserver son statut. L'établissement signera un nouveau contrat et assumera les coûts supplémentaires qui y sont reliés.
9. Lorsqu'un hôpital n'a pas obtenu la désignation « ami des bébés », il peut soumettre, en dedans de 90 jours après réception du rapport de l'évaluation externe, un plan d'action avec échéancier visant à atteindre les critères des Règles mondiales de l'IHAB au Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*).
10. Sur réception du plan d'action et son échéancier, le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) remettra un Certificat d'engagement à l'établissement.
11. Si l'hôpital/le service de maternité n'obtient pas le statut « ami des bébés », le Comité provincial-territorial de mise en œuvre de l'IAB (*) lui fournira expertise et conseils pour combler les lacunes identifiées et ce, pendant un maximum de quatre ans suivant la date du contrat original.

(*) Le CCA assumera les responsabilités du comité provincial-territorial jusqu'à ce que celui-ci soit mis en place dans la province ou le territoire de l'établissement.

Annexe A

Ressources disponibles aux organismes et adresses suivants :

BFHI Manuals 1 and 2 (Le manuel #2 est disponible en français sous le titre de: L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés — exécution au niveau des hôpitaux.)

SOURCE : UNICEF CANADA 11e étage, 2200, rue Yonge, Toronto (Ontario) M4S 2C6

Tél. : 416-482-4444, Téléc. : 416-482-8035, courriel : secretary@unicef.ca

Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.

SOURCE : UNICEF CANADA 11e étage, 2200, rue Yonge, Toronto (Ontario) M4S 2C6

Tél. : 416-482-4444, Téléc. : 416-482-8035, courriel : secretary@unicef.ca

Protecting Infant Health: A health workers' guide to the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. 9e édition.

SOURCE : INFACCT CANADA 6 Trinity Square, Toronto (Ontario) M5G 1B1

Tél. : 416-595-9819, Téléc. : 416-595-9355, courriel : info@infactcanada.ca

Annexe B

Les documents suivants, exigés par les Règles mondiales de l'IHAB et certifiés par un dirigeant de l'hôpital/du service de maternité, doivent accompagner le contrat de l'évaluation externe signé :

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

Annexe P : Description de la Trousse

Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des Lignes directrices pour la pratique clinique

La mise en place réussie des lignes directrices pour la pratique clinique exemplaire repose sur une planification, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique. Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la Trousse comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique exemplaire dans un établissement de santé.

La « Trousse » offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Plus spécifiquement, la « Trousse » aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Définition d'une ligne directrice pour la pratique clinique bien élaborée et fondée sur des données probantes
2. Identification, évaluation et engagement des partenaires
3. Évaluation de l'état de préparation de l'établissement en vue de la mise en place de la ligne directrice.
4. Définition et planification de méthodes de mise en place fondées sur des données probantes.
5. Évaluation de la planification et de la mise en place.
6. Identification et obtention des ressources nécessaires à la mise en place.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La « Trousse » est une ressource essentielle à la gestion de ce processus.

La « trousse d'outils » est disponible par l'entremise de L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Ce document est disponible en format relié moyennant des frais minimes et il est également disponible gratuitement sur le site Web de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Pour obtenir plus d'informations ou un formulaire de commande ou pour télécharger la « trousse d'outils », veuillez vous rendre sur le site Web de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à l'adresse www.rnao.org/bestpractices.



Mars 2007

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Bâtir l'avenir des soins infirmiers

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières
–Supplément

Membres du groupe de révision

Maureen Kennedy inf.aut., B.Sc.Inf., IBLLC, M.Sc.Inf.

Chef d'équipe

Ottawa (Ontario)

Monique Stewart, inf.aut., M.inf.

Co-chef d'équipe

Ottawa (Ontario)

Barb Bowles inf.aut., B.Sc.Inf., PNC(C)

Infirmière soignante, Système de soins de santé de Niagara
Maternal Child Family Centre
St. Catharines (Ontario)

Anne-Marie Desjardins inf.aut., M.Sc.Inf.

Consultante en allaitement maternel
Etobicoke (Ontario)

Melissa Dougherty inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC, PNC(C),
M.Sc.Inf. (cand.)

Coordonnatrice, pratique professionnelle des soins
infirmiers

Hôpital Queensway Carleton
Ottawa (Ontario)

Sandra Dunn inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed., M.Sc.Inf.,
Ph.D. (cand.), IBCLC

Coordonnatrice périnatale, Perinatal Partnership Program
of Eastern and Southeastern Ontario
Ottawa (Ontario)

Joanne Gilmore inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Directrice, Healthy Families
Service de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Edith Kernerman IBCLC, RLC

Directrice, Newman Breastfeeding Clinic and Institute
Toronto (Ontario)

Denna Lee Leach, inf.aut., B.Sc.Inf., B.Ed.

Directrice de programmes, promotion de la santé
Circonscription sanitaire de Grey Bruce
Owen Sound (Ontario)

Tammy McBride, inf.aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Consultante en lactation au NICU
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Jack Newman M.D. FRCPC

Pédiatre, Newman Breastfeeding Clinic & Institute
Toronto (Ontario)

Jan Riordan ARNP, Ed.D., CS, FAAN, IBCLC

Professeure, Maternal-Child Women's Health
Wichita State University
Wichita (Kansas)

Laura Samaras inf.aut., IBCLC

Childbirth and Parenting Services
St Joseph's Health Centre
Clinique d'allaitement maternel
Toronto (Ontario)

Judy Sheeshka R.D., Ph.D.

Professeure agrégée, relations familiales et nutrition
appliquée
Université de Guelph
Guelph (Ontario)

Dawn Kingdon inf.aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (étudiante)

Animatrice d'équipe

Professeure adjointe, École de soins infirmiers de la
faculté de sciences de la santé
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Intégration du supplément

Le présent supplément à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, intitulé *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières*, est le résultat du processus de révision planifié qui a lieu tous les trois ans. Des informations supplémentaires ont été fournies pour fournir au lecteur des données probantes mises à jour qui appuient la pratique. Comme lors de la publication des lignes directrices initiales, le document doit être examiné et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client.

Dans l'ensemble, les taux de début de l'allaitement maternel ont augmenté au Canada au cours des dix dernières années, passant de 75 pour cent à 82 pour cent (Santé Canada, 2003). Bien que cette augmentation encourageante des taux soit observée dans tous les groupes d'âge, les jeunes femmes âgées de moins de 24 ans continuent de présenter des taux de début inférieurs à 70 pour cent (Santé Canada, 2003). Toutefois, moins de 40 pour cent des mères qui commencent à allaiter poursuivent l'allaitement pendant plus de six mois (Callen et Pinelli, 2004). L'abandon précoce de l'allaitement maternel avant les six mois recommandés par la Société canadienne de pédiatrie demeure donc une préoccupation majeure pour les professionnels de la santé.

Les recommandations présentées dans ce supplément continuent d'aborder ces préoccupations en se concentrant sur les interventions de la part des infirmières qui favorisent le début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel pour les nourrissons nés à terme (≥ 37 semaines). Ce supplément doit être utilisé conjointement avec les lignes directrices initiales, comme outil pour aider à la prise de décisions dans le cadre de soins individualisés administrés à la cliente et pour veiller à ce que les structures et les soutiens soient en place pour fournir les meilleurs soins possible.

En se basant sur des études publiées depuis les lignes directrices initiales, des recommandations plus spécifiques ont été formulées en matière d'interventions de soutien par les pairs, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés et les soins peau-à-peau. Bien que le soutien par les pairs offert en personne se soit avéré efficace auprès de femmes à faible revenu, un récent essai comparatif randomisé canadien a démontré que le soutien des pairs obtenu par téléphone pouvait aussi se montrer efficace pour augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel chez les femmes de tous les groupes socioéconomiques (Dennis et al., 2002). De même, d'autres données probantes concernant l'Initiative des hôpitaux amis des bébés semblent indiquer que cette intervention

en milieu hospitalier pourrait augmenter la durée (Braun et al., 2003), les taux de début (Phillip et al., 2003) et l'exclusivité de l'allaitement maternel, lorsqu'elle est combinée avec des visites de suivi à domicile (Coutinho et al., 2005). Bien que de nombreuses études sur les soins peau-à-peau se soient concentrées sur les avantages physiologiques lors de la transition vers la vie extra-utérine pour le nourrisson, une étude récente a constaté que les soins peau-à-peau pouvaient également améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel (Mikil-Kostyra et al., 2002).

Processus de révision

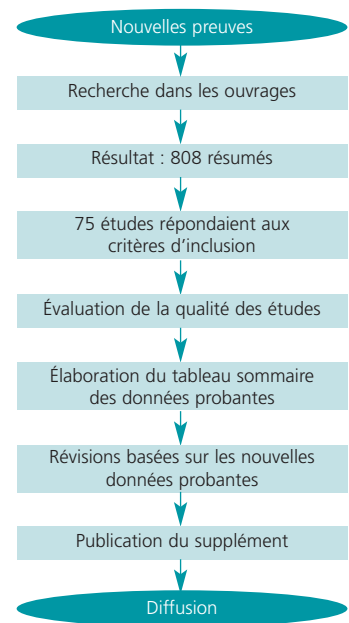
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'est engagée à veiller à ce que ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires soient basées sur les meilleures données probantes qui soient disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de surveillance et de révision a été établi et est effectué tous les

trois ans pour chaque ligne directrice. Les membres du groupe de révision (des experts provenant de différents cadres de pratique), ont pour mandat de réviser les lignes directrices, en se concentrant sur les recommandations et la portée originale des lignes directrices.

Les membres du groupe d'experts ont évalué d'un œil critique cinq lignes directrices sur l'allaitement maternel en utilisant la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (instrument AGREE) (AGREE Collaboration, 2001). Dans le cadre de cette révision, une ligne directrice a été choisie pour renseigner le processus de révision :

Société canadienne de pédiatrie (2005). *Recommandations pour les nourrissons allaités au sein*. Ottawa, Ontario : Santé Canada et Société canadienne de pédiatrie.

Processus d'examen/de révision Ordinoگرامme



La RNAO a élaboré des ressources qui sont conçues spécifiquement pour soutenir la mise en œuvre des présentes lignes directrices. Rendez-vous sur notre site Web à l'adresse www.rnao.org/bestpractices pour consulter et télécharger le document d'auto-apprentissage *L'allaitement maternel : concepts fondamentaux* et les *Breastfeeding Educational Resources : Mother/Infant Self Reflection Guide for Nurses*.

Résumé des données probantes

Ce qui suit reflète les changements apportés à la première publication (2003), basés sur le consensus du groupe de révision. Bon nombre des recommandations ont été renumérotées en raison des changements à leur séquence et leur contenu, ainsi que de l'ajout de nouvelles recommandations.

✓	non modifié
✎	modifié
+	renseignements supplémentaires
NOUVEAU	nouvelle recommandation

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

<p>Recommandation 1</p> <p>Les infirmières dans tous les cadres de pratique adoptent l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} (IHAB), lancée en 1982 conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et l'Initiative amis des bébés^{MC} dans les services de santé communautaires (Comité canadien pour l'allaitement). L'IHAB indique que les établissements de soins de santé doivent satisfaire les « dix conditions pour le succès de l'allaitement ».</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes II-3)</i></p>	✎
<p><i>Les éléments suivants ont été ajoutés à la discussion des données probantes.</i></p> <p>Certaines données indiquent que l'Initiative amis des bébés peut entraîner une augmentation du taux de début, de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement maternel.</p> <p>Autres ouvrages à l'appui Braun et al., 2003 (niveau II-3); Kramer, Chalmers et Hodnett, 2001 (niveau I); Philipp et al., 2003 (niveau II-3).</p>	+
<p>Recommandation 1.1</p> <p>Les infirmières ont un rôle à jouer pour favoriser les « milieux conviviaux pour l'allaitement » :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en préconisant la mise en place d'établissements et de systèmes favorables, par exemple les garderies, les zones « maman et bébé » pour l'allaitement, des zones publiques pour l'allaitement, une aide disponible 24 heures sur 24 offerte aux familles qui éprouvent des difficultés avec l'allaitement; et ■ en encourageant l'action communautaire relative à l'allaitement maternel. <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes III)</i></p>	✓
<p><i>L'information qui était précédemment le dernier point sur la page 32 a été réorganisée et doit être considérée comme le point 1, afin d'en souligner l'importance.</i></p> <p>Discussion des données probantes</p> <p>1) S'assurer que les mères qui allaitent connaissent leurs droits. Les femmes qui allaitent « ont le droit d'allaiter leur enfant dans un lieu public. Personne ne doit vous empêcher d'allaiter votre enfant dans un lieu public ou vous demander de vous rendre dans un endroit plus « discret » ». (Commission ontarienne des droits de la personne, 1999).</p>	+
<p>Recommandation 2</p> <p>Les infirmières et les établissements de soins de santé adoptent la recommandation de l'OMS relativement à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec l'introduction d'aliments d'appoint et le maintien de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà par la suite.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	✓
<p><i>Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion des données probantes.</i></p> <p>Discussion des données probantes</p> <p>Jusqu'à récemment, les professionnels de la santé favorisaient l'allaitement maternel pendant quatre à six mois pour les enfants en bonne santé nés à terme. La Société canadienne de pédiatrie a examiné les recommandations découlant de l'examen systématique de l'Organisation mondiale de la Santé, faisant l'objet d'une discussion à la page 32 des lignes directrices, et a décidé de s'aligner avec ces recommandations (SCP, 2005). La promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est considérée comme étant la politique idéale, compte tenu du fait que chaque nourrisson doit être pris en charge individuellement.</p>	+

Recommandation 3

Les infirmières devraient procéder à une évaluation exhaustive de l'allaitement maternel chez la mère/le bébé/la famille, avant et après la naissance, afin de faciliter l'intervention et l'élaboration d'un plan d'allaitement.

(Niveau de données probantes II-3)



La formulation de cette recommandation a été modifiée, ainsi que le niveau de données probantes, car de nouvelles données de recherche viennent appuyer la recommandation.

Les éléments suivants ont été ajoutés à la discussion des données probantes :

Discussion des données probantes

L'évaluation de l'allaitement maternel au début de la période postpartum peut alerter les professionnels de la santé à la présence de facteurs de risque qui, en l'absence d'une intervention ciblée, pourraient entraîner un abandon précoce de l'allaitement maternel.

Ouvrages à l'appui

Dennis, 2002; Kumar, Mooney, Wieser et Havstad, 2006.



Recommandation 3.1

Parmi les composants clés de l'évaluation prénatale, on on doit inclure :

- les variables personnelles et démographiques pouvant influencer les taux d'allaitement maternel;
- l'intention d'allaiter;
- l'accès au soutien de l'allaitement maternel, y compris les personnes les plus proches et les pairs;
- l'attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel chez les prestataires de soins de santé, les personnes les plus proches et les pairs; et
- les facteurs physiques, y compris les seins et les mamelons, pouvant avoir un impact sur la capacité d'allaiter d'une femme.

(Niveau de données probantes III)



Recommandation 3.2

Parmi les composants clés de l'évaluation postnatale, on on doit inclure :

- les pratiques et les interventions pendant l'accouchement, y compris les médicaments administrés;
- le niveau d'inconfort physique de la mère;
- l'observation du positionnement, de la prise du sein et de la succion;
- les signes de transfert du lait;
- la capacité du parent à reconnaître les signes de faim du bébé;
- l'interaction entre la mère et le bébé et la réponse de la mère aux signes de faim;
- la perception de la mère relativement aux signes de satisfaction/satiété du bébé;
- la capacité de la mère à reconnaître les personnes les plus proches qui sont disponibles et qui appuient sa décision d'allaiter;
- l'expérience vécue lors de l'accouchement;
- l'évaluation physique du nouveau-né; et
- l'autoefficacité de l'allaitement maternel (niveau I).

(Niveau de données probantes III, sauf indication contraire)



La formulation de cette recommandation a été modifiée. De plus, le contenu suivant a été ajouté à la discussion sur les données probantes, afin d'aborder la validité des outils d'évaluation et l'inclusion de l'autoefficacité comme composante de l'évaluation postnatale :

Discussion des données probantes

Une faible autoefficacité de l'allaitement maternel est un indicateur important de l'abandon précoce (Dennis et Faux, 1999; Dennis, 2002). L'échelle d'autoefficacité de l'allaitement (BSES-SF) est une courte échelle comptant 14 éléments qui est utilisée pour évaluer l'autoefficacité de l'allaitement maternel. Le score total peut être utilisé pour quantifier le niveau d'autoefficacité de l'allaitement par la mère et les scores pour les éléments individuels peuvent servir à établir les domaines spécifiques dans lesquels l'autoefficacité de la mère est insuffisante et une intervention ciblée est requise (Dennis, 2002). Cet outil a été éprouvé sur le plan psychométrique dans plusieurs études auprès de femmes canadiennes, australiennes, chinoises et espagnoles, et présente une fiabilité et une validité adéquates. Le BSES-SF a également été traduit en chinois et en espagnol.

Plusieurs outils d'évaluation qui abordent différents aspects du soutien et des soins de la mère qui allaite et de son nourrisson ont été élaborés (Bar-Yam, 1998; Dennis et Faux, 1999; Hill et Humenick, 1996; Johnson et al., 1999; Matthews et al., 1998; Nyquist, et al., 1996; Riordan, 1998; Riordan



et Koehn, 1997; Schlomer et al., 1999). Très peu d'études ont été effectuées dans le but de comparer différents outils d'évaluation dans le domaine de l'allaitement maternel. Riordan et Koehn (1997) ont initialement comparé trois outils visant à mesurer l'efficacité de l'allaitement maternel, à savoir IBFAT; Mother Baby Assessment Tool – MBA et l'outil d'évaluation LATCH, et ont constaté que des développements/révisions supplémentaires et de nouvelles mises à l'essai seraient requis avant que des recommandations puissent être faites concernant la pratique clinique. Par la suite, Riordan, Bibb, Miller et Rawlins (2001) ont examiné la validité de l'outil LATCH en le comparant avec d'autres mesures de l'efficacité de l'allaitement maternel et en déterminant son efficacité à prédire la durée de l'allaitement jusqu'à huit semaines après la naissance. Les résultats indiquent que la validité de l'outil LATCH est étayée, quoique des tests supplémentaires de la validité du construct soient justifiés. Pour obtenir une comparaison des outils d'évaluation de l'allaitement maternel, reportez-vous à l'annexe Q (page 13 du présent supplément).

Les outils d'évaluation varient également d'un établissement à l'autre, en fonction de la durée au cours de laquelle l'infirmière est en contact avec la mère ou le nourrisson pendant la période allant de la préconception jusqu'après la naissance. Cela indique la nécessité d'obtenir des outils d'évaluation qui sont exhaustifs afin de satisfaire les exigences de la pratique à différents moments, ou qui sont spécifiques pour des stades spécifiques du continuum. De plus, de courts outils d'évaluation conviviaux sont également requis pour faciliter leur utilisation par les infirmières praticiennes.

Recommandation 4

Les infirmières devraient renseigner les couples d'âge à avoir des enfants, ainsi que les mères/les couples/les familles qui attendent un enfant, afin de les aider à prendre une décision éclairée concernant l'allaitement. L'éducation doit inclure, au minimum, les aspects suivants :

- les avantages de l'allaitement (niveau I);
- les questions relatives au mode de vie (niveau III);
- la production de lait (niveau I);
- les positions pour l'allaitement (niveau I);
- la prise du sein/le transfert du lait (niveau I);
- la prévention et la gestion des problèmes (niveau III);
- les interventions médicales (niveau III);
- quand demander de l'aide (niveau III);
- où obtenir des renseignements et des ressources supplémentaires (niveau III);
- les avantages du contact peau-à-peau (niveau III); et
- la reconnaissance des signes de faim (niveau III).

La recommandation contient maintenant du contenu tiré de la recommandation 5 des lignes directrices initiales, laquelle a été supprimée. La formulation de cette recommandation a été modifiée, et des ajouts ont été apportés aux concepts devant être inclus dans l'éducation.




Les éléments suivants ont été ajoutés à la discussion des données probantes :



Discussion des données probantes




Une éducation prénatale est efficace pour augmenter les taux de début de l'allaitement maternel chez les femmes à faible revenu (Dyson et al., 2005; Fairbank et al., 2002; Haque et al., 2002). L'éducation prénatale, en combinaison avec un soutien à la lactation au début de la période postpartum, a un impact plus important sur les taux de début et la durée de l'allaitement maternel pendant jusqu'à 3 mois, particulièrement dans les groupes où le taux de début est peu élevé (Dyson et al., 2005; Guise et al., 2003). Il semble exister peu de différences d'efficacité entre les séances d'éducation en groupe et les séances individuelles, ou en fonction de la durée des séances (Guise et al., 2003).

Les programmes d'éducation qui sont efficaces pour augmenter le taux de début ou la durée de l'allaitement maternel :

- sont donnés par des consultantes en lactation ou des infirmières pendant la période prénatale (Guise et al., 2003) (Niveau I)
- sont basés sur un contenu structuré qui est toujours donné de la même façon, et présentent (i) le lait maternel comme l'aliment idéal pour les nouveau-nés, (ii) les avantages de l'allaitement maternel, (iii) la physiologie et l'anatomie de l'allaitement maternel (Guise et al., 2003). (Niveau I)
- comprennent une formation en aptitudes, comme les techniques de prise du sein et de positionnement (Forster et al., 2004; Guise et al., 2003). (Niveau I)
- comprennent une discussion du tirage et de la conservation du lait maternel (Guise et al., 2003). (Niveau I)
- comprennent une discussion des mythes, des attitudes, des craintes et des préoccupations communément exprimés (Forster et al., 2004; Guise et al., 2003). (Niveau I)

<p>Les approches de l'éducation qui NE SE SONT PAS avérées efficaces sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la documentation écrite à elle seule (Guise et al., 2003, Fairbank et al., 2002). (Niveau I) ■ une seule séance d'éducation structurée en tête à tête sur le positionnement et l'attachement au début de la période postpartum (Henderson et al., 2001; Labarere et al., 2003). (Niveau I) ■ une seule séance d'éducation en groupe au début de la période postpartum, même après une éducation prénatale (Lavender et al., 2005). (Niveau I) <p>Autres ouvrages à l'appui Graffy, 2005.</p>	
<p>Recommandation 4.1</p> <p>Les partenaires des femmes doivent être encouragés à assister à des cours d'éducation sur l'allaitement maternel. <i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	NOUVEAU
<p>Discussion des données probantes Les cours d'éducation qui renseignent les pères sur les avantages de l'allaitement maternel et les méthodes d'aider leur partenaire qui allaite peuvent augmenter les chances que la partenaire commence à allaiter (Wolfberg et al., 2004).</p>	
<p>Recommandation 5</p> <p>Les infirmières devraient procéder à une évaluation exhaustive de la mère/du bébé relative à l'allaitement maternel avant le congé de l'hôpital. <i>(Niveau de données probantes III)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été reformulée afin de la rendre plus claire.</i></p>	
<p>Recommandation 5.1</p> <p>Si la mère et l'enfant reçoivent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures qui suivent la naissance, une évaluation de suivi en personne doit être effectuée dans les 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital par une professionnelle de la santé qualifiée, comme une infirmière en santé publique ou une infirmière communautaire spécialisée en soins de la mère/du nouveau-né. <i>(Niveau de données probantes III)</i></p>	✓
<p>Recommandation 5.2</p> <p>Le congé de l'hôpital de mères et de nouveau-nés à faible risque au bout de 48 heures peut être suivie d'un appel téléphonique dans les 48 heures qui suivent la sortie de l'hôpital, plutôt que par une visite à domicile. <i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été reformulée afin d'indiquer qu'elle s'applique aux mères et aux nouveau-nés à faible risque.</i></p>	
<p><i>Les éléments suivants ont été ajoutés à la discussion des données probantes :</i></p> <p>Discussion des données probantes Pour les femmes et les nouveau-nés à faible risque, la durée de l'allaitement maternel à 6 mois ne semble pas être influencée par la méthode de suivi postpartum, c.-à-d. visite à domicile ou suivi par téléphone (O'Connor et al., 2003).</p>	+
<p>Recommandation 6</p> <p>Les infirmières doivent fournir des informations et un soutien émotionnel et physique aux mères qui allaitent, en manifestant une attitude qui indique leur soutien pour l'allaitement maternel. <i>(Niveau de données probantes II-3)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été modifiée pour souligner l'importance des attitudes des infirmières en matière d'allaitement maternel.</i></p>	
<p>Ouvrages à l'appui DiGirolamo, Grummer-Strawn et Fein, 2003.</p>	+

<p>Recommandation 7</p> <p>Les infirmières doivent soutenir les programmes d'entraide à l'allaitement maternel locaux, afin de veiller à ce que les femmes aient des pairs qui peuvent les soutenir.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	
<p>Discussion des données probantes</p> <p>Un soutien intensif par les pairs avant et après la naissance s'est avéré efficace pour augmenter le taux de début et l'exclusivité de l'allaitement maternel chez les femmes à faible revenu (Bonuck et al., 2005; Chapman et al., 2004). Le soutien par les pairs en personne pendant la période postnatale, combiné avec le soutien communautaire avant ou après la naissance, s'est avéré efficace pour augmenter le taux de début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel chez les femmes à faible revenu (Pugh et al., 2001; Pugh et al., 2002; Fairbank et al., 2000) et pour augmenter la durée de l'allaitement maternel chez les mères autochtones (Martens et al., 2002). Le soutien téléphonique des pairs s'est également avéré efficace pour augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel chez un échantillon communautaire de mères canadiennes (Dennis et al., 2002).</p>	+
<p>Recommandation 8</p> <p>Les infirmières devraient amorcer un contact peau-à-peau entre la mère et le nouveau-né immédiatement après la naissance dans le cadre des soins de routine continus.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes II-2)</i></p>	NOUVEAU
<p>Discussion des données probantes</p> <p>Le contact peau-à-peau dans les 10 minutes qui suivent la naissance et durant au moins 20 minutes peut augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, particulièrement lorsqu'il est accompagné de pratiques de maintien du bébé dans la chambre de sa mère (Mikiel-Kostyra et al., 2002).</p> <p>Pour obtenir des informations sur les ressources relatives au contact peau-à-peau (ou « méthode kangourou »), reportez-vous à l'annexe I (page 11 du supplément).</p>	
<p>Recommandations relatives à la formation</p>	
<p>Recommandation 9</p> <p>Les organismes doivent veiller à ce que les infirmières qui fournissent un soutien à l'allaitement maternel reçoivent une formation qui est appropriée au rôle qu'elles jouent relativement à l'allaitement maternel afin qu'elles puissent acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour mettre en œuvre la politique relative à l'allaitement maternel et pour soutenir les mères qui allaitent.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes III)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été changée pour souligner la responsabilité de l'organisme qui doit veiller à ce que les infirmières reçoivent une formation appropriée en allaitement maternel.</i></p>	

Recommandations relatives à l'organisme et à la pratique	
<p>Recommandation 10</p> <p>Les établissements/organismes doivent œuvrer pour obtenir une désignation de l'Initiative amis des bébés dans le cadre d'un plan exhaustif visant à améliorer les résultats en matière d'allaitement maternel.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été reformulée pour indiquer que l'Initiative amis des bébés est une désignation, plutôt qu'une accréditation.</i></p> <p>Ouvrages à l'appui Kramer, Chalmers et Hodnett, 2001.</p>	+
<p>Recommandation 11</p> <p>Les établissements doivent évaluer l'efficacité de leur soutien à l'allaitement maternel sur les taux de début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes III)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation reflète le contenu de la recommandation 5.1 du document initial. Cette recommandation a été modifiée pour souligner les composantes de l'allaitement maternel qui doivent être évaluées.</i></p>	+
<p>Recommandation 12</p> <p>Les organismes doivent établir et soutenir des programmes de soutien par les pairs.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau de données probantes I)</i></p>	
<p><i>Cette recommandation a été déplacée de sa position initiale de recommandation 7.1, afin de refléter le fait qu'elle a trait aux changements relatifs à l'organisme et à la pratique. La recommandation a été formulée afin de se concentrer exclusivement sur les programmes de soutien par les pairs.</i></p> <p>Ouvrages à l'appui Anderson, Damio, Young, Chapman et Perez-Escamilla, 2005; Pugh, Milligan, Frick, Spatz et Bronner, 2002; Pugh, Milligan et Brown, 2001.</p>	+
<p>Recommandation 13</p> <p>La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers repose sur une planification, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. Les établissements peuvent élaborer un plan de mise en œuvre qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à l'éducation. ■ L'implication de tous les membres (dans un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre. ■ Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre. ■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires. ■ Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices. <p>À cet égard, la RNAO, par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la <i>Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i> qui est basée sur les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus. Cette trousse est recommandée pour l'orientation de la mise en œuvre des <i>Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en allaitement maternel à l'intention des infirmières</i>.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Niveau III)</i></p>	✓

Stratégies de mise en œuvre

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le groupe d'experts chargés des lignes directrices ont compilé une liste de stratégies de mise en œuvre afin d'aider les organismes ou les disciplines de soins de santé qui souhaitent mettre en œuvre cette ligne directrice. Voici un résumé de ces stratégies. L'organisme doit :

- Avoir au moins une personne dédiée, comme une infirmière en pratique avancée ou une infirmière-ressource en soins cliniques, qui fournira le soutien, les compétences cliniques et le leadership requis. Cette personne doit avoir un excellent entregent et de solides compétences en facilitation et en gestion de projet.
- Procéder à une évaluation des besoins de l'établissement en matière de soutien de l'allaitement, afin de déterminer les connaissances actuelles et les besoins futurs en matière d'éducation.
- Créer une vision qui aidera à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies qui permettront de réaliser et de maintenir la vision.
- Mettre sur pied un comité de direction comprenant des intervenants et des membres interdisciplinaires clés qui s'engagent à prendre la tête de l'initiative de changement. Déterminer les objectifs à court et à long terme.
- Reconnaître et soutenir les champions désignés des pratiques exemplaires pour chaque unité, afin de favoriser et de soutenir la mise en œuvre. Célébrer les jalons et les réalisations, en reconnaissant le travail bien fait (Davies & Edwards, 2004).
- Fournir un soutien à l'établissement, par exemple faire en sorte que les structures soient en place pour faciliter les pratiques exemplaires en matière d'allaitement. Par exemple, en ayant une philosophie organisationnelle qui reflète la valeur des pratiques exemplaires grâce à des politiques et des procédures.
- Élaborer de nouveaux outils de documentation (Davies & Edwards, 2004).

Lacunes relatives à la recherche et implications

Voici certaines lacunes relatives à la recherche qui sont évidentes d'après l'analyse documentaire :

- (i) Aucun nouvel examen systématique n'a été publié depuis la publication des lignes directrices initiales. La nécessité se fait ressentir pour des examens mis à jour des données probantes existantes sur des sujets comme les interventions visant à favoriser le début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, les indicateurs de l'allaitement maternel en fonction de l'âge et de la situation socioéconomique, ainsi que les interventions données par des membres spécifiques du personnel de soins de santé.
- (ii) Bien que quelques outils d'évaluation de l'allaitement aient été élaborés (LATCH, IBFAT, MBAS), peu de travail de validation a été effectué. La nécessité se fait ressentir pour des outils d'évaluation de l'allaitement qui ont été testés rigoureusement.
- (iii) Une évaluation continue de l'Initiative amis des bébés sur le début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel est requise.
- (iv) La confiance/l'autoefficacité de la mère émerge comme facteur clé pour les résultats de l'allaitement maternel. Des études futures devraient se concentrer sur l'efficacité des interventions conçues pour améliorer la confiance/l'autoefficacité de la mère et les résultats relatifs à l'allaitement maternel.
- (v) Au Canada, peu d'études ont abordé les facteurs qui influencent l'allaitement maternel ou l'efficacité des interventions en matière d'allaitement maternel spécifiquement chez les femmes plus jeunes ou les femmes à faible revenu. Étant donné que c'est chez les femmes de ces deux groupes que les taux de début et la durée sont les moins importants, des études qui abordent ces questions aideraient les professionnels de la santé à planifier des stratégies d'intervention ciblées.
- (vi) Beaucoup d'études sur l'allaitement maternel sont nécessairement basées sur des cohortes ou des études avant-après. Lorsque c'est possible, des essais comparatifs randomisés devraient être utilisés pour évaluer l'efficacité des interventions sur le début, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel.



Annexes

Le processus de révision a reconnu la nécessité d'ajouter deux annexes supplémentaires, soit l'annexe P : Commission ontarienne des droits de la personne, et l'Annexe Q : Comparaison des outils d'évaluation de l'allaitement. De plus, des mises à jour aux annexes suivantes sont indiquées ci-dessous.

Annexe B : Initiative amis des bébés

Le site Web fourni pour « The Breastfeeding Committee for Canada Welcomes You to the Baby-Friendly™ Initiative (reproduit intégralement) » n'est plus actif. Veuillez vous rendre à l'adresse www.breastfeedingcanada.ca pour vous renseigner au sujet de l'Initiative amis des bébés.

Veuillez noter que l'Initiative amis des bébés est une désignation et non une accréditation, comme l'indiquait la publication initiale.

Annexe C : Promotion de l'action communautaire

Mise à jour du site Web :

HEIFTI, R. (2001). Breastfeeding : A community responsibility. World Alliance for Breastfeeding Action [en ligne] : ce document n'est plus disponible.

Annexe D : Outil d'évaluation prénatale

Annexe E : Outils d'évaluation postnatale

Jusqu'à maintenant, la plupart des outils d'évaluation de l'allaitement maternel n'ont pas démontré une fiabilité adéquate (Riordan et al., 2005). Pour que les infirmières puissent utiliser les outils relatifs à l'allaitement maternel avec exactitude, une formation concernant l'utilisation de ces outils est essentielle. La mise en œuvre d'outils pouvant être utilisés à grande échelle qui n'est pas accompagnée par une formation pourrait entraîner de grandes variations des résultats des évaluations, qui ne pourraient pas renseigner les efforts d'intervention. L'éducation relative à l'utilisation d'outils d'évaluation doit permettre, au minimum, de comprendre les critères utilisés dans l'outil et le système de notation.

Les outils d'évaluation fournis dans les présentes lignes directrices peuvent s'avérer utiles dans le cadre de la pratique ou simplement comme exemples, selon l'utilisateur. Veuillez consulter l'annexe Q pour obtenir une comparaison des outils d'évaluation de l'allaitement maternel figurant dans les lignes directrices initiales.

Annexe F : Positions d'allaitement

Les énoncés suivants doivent être ajoutés au début de cette annexe.

Un bon positionnement facilite une bonne prise du sein. Voici des exemples de positions qui peuvent aider à assurer une bonne prise du sein. Il est important de noter que quelle que soit la position choisie par la mère, la réussite est représentée par une mère et un bébé qui sont calmes, confortables et alertes.

Prise du sein amorcée par le bébé

La prise du sein amorcée par le bébé reconnaît que dès la naissance, le nouveau-né a des réflexes qui aident à faciliter l'allaitement. La technique à utiliser pour cette approche est disponible sur le site Web suivant : www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/bla.html

Annexe G : Prise du sein, transfert du lait et allaitement efficace

Jusqu'à maintenant, la plupart des outils d'évaluation de l'allaitement maternel n'ont pas démontré une fiabilité adéquate (Riordan et al., 2005). Pour que les infirmières puissent utiliser les outils relatifs à l'allaitement maternel avec exactitude, une formation concernant l'utilisation de ces outils est essentielle. La mise en œuvre d'outils pouvant être utilisés à grande échelle qui n'est pas accompagnée par une formation pourrait entraîner de grandes variations des résultats des évaluations, qui ne pourraient pas renseigner les efforts d'intervention. L'éducation relative à l'utilisation d'outils d'évaluation doit permettre, au minimum, de comprendre les critères utilisés dans l'outil et le système de notation.

Annexe I : Ressources d'éducation sur l'allaitement maternel

Adresses Web mises à jour :

- Archives de LACTNET@PEACH.EASE.LSOFT.COM Renseignements et discussions sur la lactation
<http://peach.ease.lsoft.com/scripts/wa.exe?A0=lactnet>
- The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). www.awhonn.org
- Ontario Breastfeeding Committee www.breastfeedingontario.org
- World Alliance for Breastfeeding Action www.waba.org.my
- Kangaroo Mother Care Promotions www.kangaroomothercare.com

Vidéos sur l'allaitement maternel

CD-ROM interactif sur l'allaitement maternel

Susan Moxley, inf.aut., M.Ed., IBCLC

N'est plus disponible

Dr Jack Newman's Visual Guide to Breastfeeding

Newman Breastfeeding Clinic and Institute

1255 Sheppard Ave East

Toronto (Ontario) Canada

M2K 1E2

télécopieur : 416-498-0012

courriel : dvd@drjacknewman.com

site Web : www.drjacknewman.com

Kangaroo Mother Care

Geddes Productions

PO BOX 41761

Los Angeles, CA 90041-0761

États-Unis

voix : 323-344-8045

télécopieur : 323-257-7209

courriel : orders@geddesproduction.com

Lecture suggérée – Références en matière d'allaitement maternel

International Lactation Consultant Association. (2005). Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh, NC:

International Lactation Consultant Association [en ligne] Disponible à l'adresse : <http://www.ilca.org/education/2005clinicalguidelines.php>

Annexe K : Outils d'évaluation lors du congé

Les outils d'évaluation lors du congé qui figurent dans cette annexe ne sont fournis qu'à titre d'exemples. Veuillez noter que ces outils d'évaluation sont conçus comme évaluations exhaustives de la mère et du bébé lors du congé, et l'évaluation de l'allaitement maternel constitue une petite partie de ces évaluations lors du congé.

Annexe N : Cours sur l'allaitement maternel disponibles sur Internet

Dre Janice Riordan

<http://members.cox.net/jriordan/breastfeedingcourse.html>

N'est plus disponible

Annexe O : Accréditation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés

Veuillez noter que l'Initiative amis des bébés est une désignation et non une accréditation, comme l'indiquait le document initial.

Annexe P : Politique de la Commission ontarienne des droits de la personne sur la discrimination fondée sur la grossesse et l'allaitement

La Commission ontarienne des droits de la personne a rédigé une politique qui aborde les droits des femmes qui sont enceintes ou qui allaitent. Vous pouvez consulter cette politique à l'adresse suivante : <http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policies/PregnancyPolicyFRENCH>



Annexe Q : Comparation des outils d'évaluation de l'allaitement maternel

Titre	Description	Fiabilité	Validité	Points forts	Limitations
LATCH (Jensen et al, 1994)	Cinq indicateurs de l'allaitement. « L » prend le sein; « A » déglutition audible; « T » type de mamelon; « C » confort du sein/du mamelon de la mère; « H » aide dont la mère a besoin. Les scores vont de 0 à 10.	Accord entre les évaluateurs se situant entre 85 et 90 pour cent pour les scores des mères, des conseillères en lactation et des chercheurs; accord entre les CL et les mères. $r = 0,53$ à $0,67$ (Adams & Hewell, 1997) et $r = 0,26$ (Riordan, 2001). Corrélations prises à deux parmi les évaluateurs qui sont CL : $0,11$, $0,46$, $0,48$ (Riordan, 1997).	Le score total a permis de prédire 7,3 pour cent de la variance en matière de durée, principalement en raison de l'indicateur relatif aux mamelons endoloris (Riordan et al., 2001). Corrélation modérée avec la durée $r = 0,26$ (Riordan, 1997). La déglutition audible à elle seule permettrait de prédire l'absorption de lait $R^2 = 29$ pour cent, $p < 0,001$. Kumar et al. (2006) ont constaté que les femmes qui avaient un score de >9 à 16-24 heures étaient 1,7 fois plus susceptibles d'allaiter à 6 semaines que les femmes qui présentaient des scores moins élevés.	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi tous les outils disponibles, celui-ci a fait l'objet des tests les plus exhaustifs en matière de fiabilité et de validité. • Court et facile à administrer. • Le seul outil jusqu'à maintenant ayant des scores « limite » définis, c.-à-d. les femmes qui obtiennent un score <9 à 16-24 heures sont plus susceptibles d'arrêter d'allaiter avant 6 semaines (Kumar et al., 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> • A une utilité limitée parce qu'il prédit l'arrêt de l'allaitement maternel causé exclusivement par des mamelons endoloris (Riordan et al., 2001). • La fiabilité entre évaluateurs est considérablement moins élevée lorsque les évaluateurs évaluent les tétées de façon indépendante (comme dans le cadre de la pratique clinique) plutôt qu'ensemble (Topf, 1988). • L'outil n'a pas été comparé avec l'absorption de lait.
Outil d'évaluation de l'allaitement du nouveau-né (IBFAT). (Matthews, 1988, 1998).	Pour évaluer et mesurer la compétence du nourrisson relativement à l'allaitement maternel Quatre indicateurs : prêt à se nourrir, cherche le sein, prend le sein et succion. Les scores vont de 0 à 12.	Accord de 91 pour cent relativement aux tétées coévaluées (Matthews, 1988). Corrélations prises à deux des scores des évaluateurs : $0,58$ (Riordan et Keohn, 1995). Corrélations prises à deux parmi les évaluateurs qui sont CL : $0,27$, $0,57$, $0,69$. (Riordan, 1997).	Observation dans le cadre de la pratique clinique (Matthews, 1988). Scores moins élevé chez les nouveau-nés dont les mères avaient reçu une analgésie pendant le travail ($p = 0,0019$) (Crowell, Hill et Humenick, 1994).	<ul style="list-style-type: none"> • Court et facile à utiliser 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord entre les évaluateurs est faible à moyen, c.-à-d. que différents évaluateurs évaluent différemment le même nouveau-né. • Évaluation limitée de la fiabilité et de la validité. • L'outil n'a pas été comparé avec l'absorption de lait.
Mother/Baby Assessment Score (MBA) (Mulford, 1992). N=71; 348 observations.	Pour évaluer les comportements de la mère et du nourrisson relativement à l'allaitement maternel. Pour les deux, l'allaitement maternel est évalué en fonction de cinq étapes : signal, positionnement, prise du sein, transfert du lait et fin. Scores de 0 à 10.	Corrélations prises à deux parmi les évaluateurs qui sont CL : $0,33$, $0,64$, $0,66$ (Riordan, 1997).	Observations dans le cadre de la pratique clinique (Mulford, 1992).		<ul style="list-style-type: none"> • L'accord entre les évaluateurs relativement aux critères se situe entre peu élevé et élevé. Accord peu élevé relativement aux facteurs associés au transfert du lait, élevé relativement à ceux qui concernent la préparation à l'allaitement de la mère et du bébé. • L'outil n'a pas été comparé avec l'absorption de lait.

CL = consultante en lactation

Références bibliographiques

- ADAMS, D., et S.D. HEWELL (1997). Maternal and professional assessment of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 113, p. 279-83.
- ANDERSON, A. K., G. DAMIO, S. YOUNG, D.J. CHAPMAN ET R. PEREZ-ESCAMILLA (2005). A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, p. 836-841.
- BAR-YAM, N. B. (1998). Workplace lactation support, Part II: Working with the workplace. *Journal of Human Lactation*, 14, p. 321-325.
- BONUICK, K. A., M. TROMBLEY, K. FREEMAN, et D. MCKEE (2005). Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, 116, p. 1413-1426.
- BRAUN, M. L. G., E.R.J. GIUGLIANI, M.E.M. SOARES, C. GIUGLIANI. A.P. DE OLIVEIRA, et C.M.M. DANELON (2003). Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 93, p. 1277-1279.
- BRAUN, M. A., M.M. PALMER (1985). A pilot study of oral-motor dysfunction in "at-risk" infants. *Physicians, Occupational Therapists, Pediatricians*, 86, 5(4), p. 13-25.
- CALLEN, J. et J. PINELLI (2004). Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A literature review. *Birth*, 31(4), p. 285-292.
- CASE-SMITH, J., P. COOPER, ET V. SCALA (1988). Feeding efficiency of premature neonates. *The American Journal of Occupational Therapy*, 43(4), p. 245-50.
- CHAPMAN, D., G. DAMIO, S. YOUNG, et R. PEREZ-ESCAMILLA (2004). Association of degree and timing of exposure to breastfeeding peer counseling services with breastfeeding duration. *Advances in Experimental Medicine & Biology*, 554, p. 303-306.
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2001). *Politique sur la discrimination fondée sur la grossesse et l'allaitement*. Commission ontarienne des droits de la personne. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policies/PregnancyPolicyFRENCH/pdf>
- COUTINHO, S. B., P.I. DE LIRA, L.M. DE CARVALHO, et A. ASHWORTH (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 366, p. 1094-1100.
- CROWELL, M.K., P.D. HILL, et S.S. HUMENICK (1994). Relationship between obstetric analgesia and time of effective breastfeeding. *Journal of Nurse-Midwifery*; 39, p. 150-56.
- DENNIS, C., E. HODNETT, R. GALLOP, et B. CHALMERS (2002). The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 166, p. 21-28.
- DENNIS, C. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, p. 12-32.
- DENNIS, C. L. et S. FAUX (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing and Health*, 22, p. 399-409.
- DYSON, L., F. MCCORMICK, et M.J. RENFREW J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Numéro 2, 2005. John Wiley & Sons, Ltd.
- FAIRBANK, L., D. LISTER-SHARPE, M.J. RENFREW, M.W. WOOLRIDGE, A.J.S. SOWDEN, J. et S. O'MEARA (2002). Promoting the initiation of breastfeeding. In : *The Cochrane Library*, Numéro 3, 2002. John Wiley & Sons, Ltd.
- FORSTER, D., H. MCLACHLAN, J. LUMLEY, C. BEANLAND, U. WALDENSTROM et L. AMIR (2004). Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: A randomized controlled trial. *Birth*, 31, p. 176-182.
- GUISE, J.M., V. PALDA, C. WESTHOFF, B.K. CHAN, M. HELFAND, T.A. LIEU et al. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. [Review] [61 refs]. *Annals of Family Medicine*, 1, p. 70-78.
- HAQUE, M.F., M. HUSSAIN, A. SARKAR. M.M. HOQUE, F.A. ARA, et S. SULTANA (2002). Breast-feeding counselling and its effect on the prevalence of exclusive breastfeeding. *Journal of Health, Population & Nutrition*, 20, p. 312-316.
- HEDBERG NYQVIST, K., P. SJODEN, U. EWALD (1999). The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development*, 55, p. 247-64.
- HEDBERG NYQVIST, K., C. RUBERTSSON, U. EWALD (1996). Development of the preterm infant breastfeeding behavior scale (PIBBS): A study of nurse-mother agreement. *Journal of Human Lactation*, 12, p. 207-219
- HENDERSON, A., G. STAMP, et J. PINCOMBE (2001). Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth*, 28, p. 236-242.
- HILL, P. D. et S.S. HUMENICK (1989). Insufficient milk supply. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 21, p. 145-148.
- JENSEN, D., S. WALLACE, et P. KELSAY (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23, p. 27-32.

- JOHNSON, T.S. R.A. BRENNAN, et C.D. FLYNN-TYMKOW (1999). A home visit program for breastfeeding education and support. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28, p. 480-485.
- KRAMER, M.S., B. CHALMERS, E.D. HODNETT, Z. SEVKOVSKAYA, I. DZIKOVICH, S. SHAPIRO, ET AL. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 285, p. 413-420.
- KUMAR, S.P., R. MOONEY, L.J. WIESER, et S. HAVSTAD (2006). The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 22, p. 391-397.
- LABARERE, J., V. BELLIN, M. FOURNY, J.C. GAGNAIRE, P. FRANCOIS, et J.C. PONS (2003). Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: A prospective randomised open trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110, p. 847-852.
- LAVENDER, T., L. BAKER, R. SMYTH, S. COLLINS, A. SPOFFORTH, et P. DEY (2005). Breastfeeding expectations versus reality: A cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, p. 1047-1053.
- MACMULLEN, N.J., et L.A. DULSKI (2000). Factors related to sucking ability in healthy newborns. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*, 29(4), p. 390-404.
- MARTENS, P. J. (2002). Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: An evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *Journal of Human Lactation*, 18, p. 236-246.
- MATTHEWS, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4, p. 154-65.
- MATTHEWS, M. K. (1998). Breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric and Gynecologic Neonatal Nursing*, 27, p. 236-238.
- MIKIEL-KOSTYRA, K., J. MAZUR, et I. BOLTRUSZKO (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 91, p. 1301-1306.
- MULFORD, C. (1992). The mother-baby assessment (MBA): An "Apgar Score" for breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 8(2), p. 79-82.
- O'CONNOR, K. O. S., D.L. MOWAT, H.M. SCOTT, P.A. CARR, J.L. DORLAND, et K.F.W. TAI (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: An examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Canadian Journal of Public Health*, 94, p. 98-103.
- PALMER, M.M., K. CRAWLEY, et I.A. BLANCO (1993). Neonatal oral-motor assessment scale: A reliability study. *Journal of Perinatology*, 13(1), p. 28-35.
- PHILIPP, B.L., K.L. MALONE, S. CIMO, et A. MEREWOOD (2003). Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics*, 112, e234-e236.
- PUGH, L.C., R.A. MILLIGAN, L.P. BROWN (2001). The breastfeeding support team for low-income, predominantly minority women: A pilot intervention study. *Health Care for Women International*, 22, p. 501-515.
- PUGH, L.C., R.A. MILLIGAN, K.D. FRICK, D. SPATZ, et Y. BRONNER (2002). Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth*, 29, p. 95-100.
- RIORDAN, J., D. BIBB, M. MILLER, et T. RAWLINS (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 17, p. 20-23.
- RIORDAN, J. (1998). Predicting breastfeeding problems. These tools may or may not help assess high-risk mother-baby couple. *AWHONN.Lifelines*, 2, p. 31-33.
- RIORDAN, J., et M. KOEHN (1997). Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26, p. 181-87.
- Santé Canada. (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa : ministère des Travaux Publics et des Services gouvernementaux. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H49-142-2003F.pdf>
- SCHLOMER, J.A. J. KEMMERER, et J. J. TWISS (1999). Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *Journal of Human Lactation*, 15, p. 35-39.
- SHRAGO, L.C., et D.L. BOCAR (1990). The infant's contribution to breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 19, p. 211-217.
- Société canadienne de pédiatrie (2005). Recommandations pour les nourrissons allaités au sein. Ottawa, Ontario : Santé Canada et Société canadienne de pédiatrie. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/index-fra.php>
- WOLFBURG, A.J., K.B. MICHELS, W. SHIELDS, P. O'CAMPO, Y. BRONNER, et J. BIENSTOCK (2004). Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 191, p. 708-712.

Septembre 2003

*Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en
allaitement maternel à l'intention des infirmières*



*Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de
longue durée de l'Ontario*



ISBN 0-920166-38-5



Registered Nurses
Association
of Ontario

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