

Formation de base en allaitement maternel



Conception

Lucie Guilbault, infirmière, M.SC Santé communautaire, consultante en allaitement

Coordination

Marika Arbour	Conseillère en gestion des ressources humaines, Service de la planification et du développement de la main d'œuvre, ministère de la Santé et des Services sociaux
Nathalie Lévesque	Répondante en allaitement maternel, Service de la promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux
Linda Langlais	Agente de planification, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Francine Trickey	Chef de secteur Tout-petits, familles et communauté, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Sous la direction de

Lilianne Bertrand	Chef de service, Service de la promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux
-------------------	---

Crédits des photos de la couverture

Suzanne Dionne, Laurence Boucheron, Martin Carmel, Défi Allaitement 2006, DSP-ASSS Montréal

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/allaitement

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53597-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53598-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

Remerciements

La réalisation de cette formation et la production de ce guide des formateurs n'auraient pas été possibles sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes, dont le nom figure ci-dessous. Nous tenons à les remercier très sincèrement pour leur engagement dans cette initiative de formation.

Nous tenons également, à remercier toutes les personnes qui ont gracieusement accepté de partager, avec nous, les outils et le contenu de leur formation. Ce matériel a largement contribué à la conception de l'ensemble des documents produits pour la formation nationale en allaitement maternel.

Révision des textes et des présentations PowerPoint

Ginette Bélanger	Consultante en allaitement, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Suzanne Dionne	Médecin-conseil, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Hélène Doucet	Agente de planification, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Linda Langlais	Agente de planification, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Bernard Laporte	Dentiste-conseil, Service de la promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-José Legault	Médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Mejda Shaiek	Agente de planification, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Charles Tétrault	Agent administratif, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Révision linguistique : Francine Bordeleau

Membres du comité-conseil

Micheline Beaudry	Professeure titulaire associée, Université Laval
Ginette Bélanger	Consultante en allaitement, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Manon Campagna	Consultante en allaitement, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Diane Choquet	Infirmière assistante au supérieur immédiat, CSSS d'Argenteuil
Manon Gingras	Médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Linda Langlais	Agente de planification, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Michel Lévy	Dentiste-conseil, Institut national de santé publique du Québec
Jean-Claude Mercier	Pédiatre, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Répondantes régionales en allaitement

Dalal Badlissi	Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Danielle Beaudin	Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean
Martine Bienvenu	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Marie-Josée Boulianne	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Roselyne Collard	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Josée Couturier	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Marie-Josée Gauthier	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Laura Haiek	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Olivia Hernandez-Sanchez	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Linda Langlais	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Nicole Lapointe	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Francine Maltais	Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
Josée Martel	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Anne-Marie Ménard	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Karoline Paquet	Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James
Lydia Rocheleau	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Monik St-Pierre	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Étant donné que le MSSS a voulu que la formation réseau comprenne un volet spécialement destiné aux médecins et aux hygiénistes dentaires, le comité-conseil a recommandé l'évaluation des besoins en formation pour ces deux types de professionnels.

Médecins	Julie Choquet, Hôpital de LaSalle Suzanne Dionne, CSSS de la Haute-Yamaska Perle Feldman, Hôpital général juif de Montréal Fanny Herdson-Edery, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord Céline Lafrenière, CSSS des Seigneuries Jean-Claude Mercier, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale Anjana Srinivasan, Hôpital général juif de Montréal Marguerite Thébault, CSSS Lac-des-Deux-Montagnes
Hygiénistes dentaires	Diane Bureau, CSSS Pierre-Boucher Manon Longuépée, CSSS Lucille-Teasdale Michèle Roux, CSSS Lucille-Teasdale
Dentiste-conseil	Chantal Galarneau, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Table des matières

Formation nationale en allaitement maternel	9
Objectif général de la formation	9
Contenu de la formation	10
Matériel recommandé pour réaliser la formation	11
Chapitre 1 L'histoire de l'allaitement	13
1.1 Historique de l'allaitement	13
1.2 Début de l'alimentation artificielle	13
1.3 L'allaitement et les années 2000	16
Chapitre 2 Les recommandations en matière d'allaitement	19
2.1 Recommandations de l'OMS et de l'UNICEF	19
2.1.1 L'allaitement exclusif	20
2.1.2 Bienfaits pour l'enfant	20
2.1.3 Bienfaits pour la mère	21
2.1.4 La poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà	22
2.1.5 L'effet dose-réponse	22
2.2 Prises de position en faveur de l'allaitement maternel	22
2.3 Énoncés et positions d'associations et ordres professionnels au sujet de l'allaitement maternel ...	23
Chapitre 3 Les objectifs et les stratégies du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'allaitement.....	29
3.1 Les objectifs	29
3.2 Les stratégies.....	30
Chapitre 4 L'Initiative des amis des bébés et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	35
4.1 L'Initiative des amis des bébés (IAB).....	35
4.1.1 L'Initiative des amis des bébés.....	36
4.1.2 L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).....	36
4.1.3 Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS, 1989)	36
4.1.4 Les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté (Comité canadien pour l'allaitement, 2002).....	37
4.1.5 Le processus d'évaluation et d'agrément.....	38
4.1.6 Les avantages de l'IAB	39
4.2 Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	40
4.2.1 Historique	40
4.2.2 Le Code.....	41
4.2.3 Buts	41
4.2.4 Résumé	41
4.2.5 Produits couverts.....	42
4.2.6 Instances visées	42
4.2.7 Exemples de respect du Code	43
4.2.8 Mises en situation	43
Chapitre 5 Quelques notions de base en allaitement.....	47
5.1 L'allaitement, un geste universel	47
5.2 Anatomie et physiologie de la lactation.....	48
5.3 Les hormones de la lactation	49
5.4 Développement de la glande mammaire et du processus de lactation	49
5.5 Facteurs favorisant le maintien de la lactogénèse.....	50
5.5.1 Efficacité d'une tétée	51
5.5.2 Fréquence des tétées.....	51
5.6 Spécificités du lait maternel.....	51
5.7 Évolution du volume et de la composition du lait pendant la lactation	53

5.8	Conséquences et risques du non-allaitement.....	54
5.8.1	Risques du non-allaitement pour l'enfant	54
5.8.2	Risques du non-allaitement pour la mère.....	55
5.8.3	Conséquences du non-allaitement pour la famille et la société	56
5.9	Situations où l'allaitement est contre-indiqué	57
	Chapitre 6 La communication aidante en allaitement	61
6.1	Notions de communication aidante	61
6.1.1	Situer le discours sur l'allaitement	61
6.1.2	Écouter pour mieux comprendre	62
6.1.3	Recourir à des questions ouvertes.....	63
6.1.4	Manifester de l'intérêt	64
6.1.5	Montrer de l'empathie.....	65
6.1.6	Renforcer la confiance de la mère	66
6.1.7	Transmettre de l'information.....	67
6.1.8	Accompagner et suggérer vs conseiller	68
6.1.9	Assurer le soutien et le suivi de la mère.....	68
6.2	Activité d'intégration des notions de communication aidante	69
	Chapitre 7 L'implantation de l'Initiative des amis des bébés	73
	Objectifs particuliers prévus pour chacune des étapes/conditions	74
7.1	Condition 1/Étape 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant	75
7.2	Condition 2/Étape 2 : Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.....	76
7.3	Condition 3/Étape 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.....	77
7.3.1	Le modèle de Prochaska.....	80
7.3.2	Femmes enceintes demandant une attention particulière	82
7.3.3	Préparation prénatale à l'allaitement	82
7.3.4	Mise en situation : Informer et soutenir la femme enceinte	83
7.3.5	Interventions auprès de la femme enceinte qui a pris la décision de ne pas allaiter	86
7.4	Condition 4 : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance/Étape 4 : Aider les mères à amorcer et à poursuivre l'allaitement	87
7.4.1	Comportements instinctifs du nouveau-né	87
7.4.2	Contact peau à peau.....	88
7.4.3	Accouchement par césarienne	90
7.5	Condition 5 : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles sont séparées de leur nourrisson	91
7.5.1	Comportements du nouveau-né.....	91
7.5.2	Signes démontrant que le bébé est prêt à téter.....	92
7.5.3	Mise au sein.....	92
7.5.4	L'action de téter	93
7.5.5	Comment soutenir le sein.....	93
7.5.6	La mise au sein amorcée par le bébé.....	94
7.5.7	Le bris de succion.....	95
7.5.8	Signes qui démontrent une prise du sein inadéquate	96
7.5.9	Signes qui indiquent que le bébé tète efficacement	96
7.5.10	Signes qui peuvent indiquer que le bébé ne tète pas efficacement.....	97
7.5.11	Les différentes positions d'allaitement.....	97
	Position « madone inversée »	98
	Position couchée.....	98
	Position traditionnelle.....	99
	Position « football »	99
7.5.12	Assistance à la mère dans la mise au sein (approche « Hands off »)	100

7.5.13	Expression manuelle du lait maternel.....	101
7.5.14	Expression à l'aide d'un tire-lait.....	102
7.5.15	Conservation du lait maternel	104
7.5.16	Soins des seins	104
7.5.17	Besoins alimentaires de la mère qui allaite	105
7.6	Condition 6 : Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication <i>médicale</i> /Étape 5 : Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments solides au moment opportun	105
7.6.1	Motifs justifiant cette condition et cette étape	105
7.6.2	L'offre de suppléments.....	106
7.6.3	Questions pratiques avant d'envisager la supplémentation	107
7.6.4	Indications médicales à la supplémentation.....	107
	Raisons médicales acceptables de supplémentation - mère	107
	Raisons médicales acceptables de supplémentation – bébé.....	108
7.6.5	Dispositifs d'aide à l'allaitement maternel et méthodes de supplémentation	109
	Exercice d'expérimentation des méthodes de supplémentation.....	111
7.6.6	Hypoglycémie néonatale	111
7.6.7	Étape 5 : La poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments complémentaires.....	112
7.6.8	Étape 6 : Offrir une ambiance accueillante aux familles de bébés allaités.....	113
7.7	Condition 7 : Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour	113
7.7.1	L'importance de la cohabitation.....	113
7.7.2	L'hyperbilirubinémie.....	115
7.7.3	Dormir avec bébé	116
	Avantages du partage du lit et précautions à prendre.....	117
7.8	Condition 8 : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.....	118
7.8.1	Avantages de l'allaitement à la demande	118
7.8.2	Fréquence des tétées.....	118
7.8.3	Durée des tétées	118
7.9	Condition 9 : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette	119
7.9.1	Motifs justifiant cette condition	119
7.9.2	Utilisation de la tétine	119
7.10	Condition 10 : Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique/Étape 7 : Encourager la coopération entre le personnel, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale	120
	Chapitre 8 L'allaitement dans des situations particulières	125
8.1	Les situations particulières chez le bébé	125
8.1.1	Allaitement de plus d'un bébé	125
8.1.2	Bébé présentant des besoins particuliers	127
8.1.3	Perception d'insuffisance de production lactée.....	129
8.1.4	Gain de poids insuffisant	131
	Signaux d'alerte	133
8.1.5	Bébé somnolent	134
8.1.6	Pleurs excessifs du bébé	135
8.1.7	Bébé refusant le sein	137
8.1.8	Allaitement et santé dentaire de l'enfant.....	138
	Développement de la carie dentaire.....	138
	Allaitement et carie de la petite enfance.....	139
	Soutien à l'allaitement	140
	Une dent propre ne carie pas.....	141

8.2	L'allaitement dans des situations particulières chez la mère.....	141
8.2.1	Augmentation et réduction mammaire.....	141
	L'allaitement et l'augmentation mammaire	141
	L'allaitement et la réduction mammaire.....	142
8.2.2	L'engorgement mammaire.....	142
	Plénitude normale.....	143
	Engorgement.....	143
	Exercice — Question de pratique.....	145
	Pratiques pouvant réduire les symptômes de l'engorgement et prévenir l'engorgement grave.....	145
8.2.3	Mamelons plats ou invaginés	146
8.2.4	Douleur aux seins et aux mamelons	147
	Mamelons blessés	147
	Gerçures et crevasses.....	148
	Ankyloglossie (frein de langue court)	150
	Canal bloqué	151
	Ampoule de lait.....	152
	Mastite infectieuse	153
	Prévention de la mastite	154
	Abscessus au sein	155
	Infection aux mamelons	155
	Candidose (Infection fongique)	155
	Traitement de la candidose.....	158
	Vasospasme	159
	Phénomène de Raynaud.....	160
	Problèmes de peau	160
8.2.5	Allaitement et médicaments.....	161
	Ressources pour les professionnels de la santé concernant la médication pendant la lactation.....	162
8.2.6	Allaitement et retour au travail	162
	Chapitre 9 Supervision clinique - Sessions pratiques	165
9.1	Observer et assister la mère pendant une mise au sein.....	165
9.1.1	Observer et assister la mère pendant une mise au sein – Guide d'observation.....	167
9.2	Aborder l'allaitement avec une femme enceinte	169
9.2.1	Aborder l'allaitement avec une femme enceinte – Guide d'observation	171
9.2.2	Aborder l'allaitement avec une femme enceinte – Aide-mémoire pour le participant	173
9.3	Observer ou expliquer la technique d'expression manuelle et la conservation du lait maternel... ..	175
9.3.1	Technique d'expression manuelle du lait maternel – Guide d'observation	177
	Annexe 1 Jeu du brise-glace	179
	Annexe 2 Tableau « Allaiter votre bébé – Guide pour les mères qui allaitent ».....	183
	Annexe 3 Compétences minimales attendues selon la catégorie d'intervenants.....	187
	Annexe 4 Jeu du panier d'épicerie	191
	Annexe 5 Médication	197
	Annexe 6 Questionnaire d'évaluation de la formation.....	205
	Annexe 7 Certificat de participation	209
	Annexe 8 Instructions – Sein tricoté à la main	213

Formation nationale en allaitement maternel

Contexte

Par l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise à augmenter la prévalence de l'allaitement à la naissance, sa durée et son exclusivité, dans le but ultime d'améliorer la santé de la population québécoise. Dans ce dessein, l'ensemble des établissements du réseau de la santé est sollicité et mis à contribution.

Dans ses démarches d'implantation de l'IAB, tout établissement doit permettre à son personnel de développer les compétences nécessaires à la transformation de l'environnement de soins afin de le rendre conforme à l'Initiative des amis des bébés. Les familles profitent ainsi de pratiques de soins qui protègent, soutiennent et encouragent l'allaitement.

Pour aider les établissements à avoir des pratiques d'excellence basées sur des données probantes, le MSSS rend accessible un programme de formation de base sur la conduite à tenir en matière d'allaitement. Ce programme de formation s'adresse aux membres du personnel qui interviennent auprès des femmes enceintes, des parturientes, des mères et de leur famille.

Objectif général de la formation

Cette formation de base en allaitement vise à outiller le personnel afin qu'il puisse offrir aux mères et à leur famille un soutien adéquat en allaitement.

Afin d'atteindre cet objectif, la formation :

- présente des connaissances récentes en matière d'allaitement;
- permet de comprendre la situation de l'allaitement au Québec au moyen d'un bref historique;
- permet d'avoir une compréhension de « l'Initiative des amis des bébés »;
- invite les participants à réfléchir et, au besoin, à modifier leurs attitudes et leurs perceptions à l'égard de l'allaitement pour mieux le protéger, le soutenir et l'encourager;
- permet aux participants d'acquérir les compétences nécessaires au soutien des mères dans la prise de décisions éclairées, l'amorce et la poursuite de l'allaitement.

Cette formation a été élaborée sur la base des conditions pour le succès de l'allaitement de l'Initiative des amis des bébés. Elle s'inspire largement du programme de 20 heures conçu par l'Organisation mondiale de la Santé (2006), et ce, dans sa structure, sa durée et son approche pédagogique. Au cours de cette formation, les intervenants sont amenés à réfléchir sur leurs pratiques. Dans leurs apprentissages, ils sont invités à tenir compte de leur expérience et à participer activement à des discussions, à des mises en situation, à des démonstrations et à des séances pratiques.

Aux participants et participantes qui donnent des soins directs en allaitement (ex. : médecins, sage-femmes, infirmières, infirmières auxiliaires, nutritionnistes, etc.), la formation offre un contenu théorique de 15,5 heures et un complément de 4,5 heures d'expérimentation en milieu de soins, élément essentiel à l'intégration des connaissances.

Aux participants et participantes qui ne donnent pas de soins directs en allaitement (ex. : travailleuses sociales, psycho-éducatrices, hygiénistes dentaires, etc.), elle propose un programme équivalent à sept heures de formation.

Tous les sujets sont abordés avec l'ensemble du personnel, qu'il œuvre en soutien direct à l'allaitement ou non. La différence entre les deux programmes réside dans le temps consacré aux interventions de soutien à l'amorce et à la poursuite de l'allaitement; on permet ainsi aux intervenants qui donnent des soins directs d'approfondir davantage ces notions et d'être mieux outillés pour le rôle qu'ils exercent.

Contenu de la formation

Les thèmes abordés dans la formation se répartissent comme suit :

- Chapitre 1 : L'histoire de l'allaitement
- Chapitre 2 : Les recommandations en matière d'allaitement
- Chapitre 3 : Les objectifs et les stratégies du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'allaitement
- Chapitre 4 : L'Initiative des amis des bébés et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- Chapitre 5 : Quelques notions de base en allaitement
- Chapitre 6 : La communication aidante en allaitement
- Chapitre 7 : L'implantation de l'Initiative des amis des bébés
- Chapitre 8 : L'allaitement dans des situations particulières
- Chapitre 9 : La supervision clinique – session pratique

Chaque chapitre débute par la présentation du ou des sujets à couvrir, des objectifs particuliers visés dans le chapitre et du temps alloué à sa réalisation. Viennent ensuite l'ensemble des informations formant le corps de la présentation (contenu de la formation, déroulement proposé, présentations PowerPoint).

Toutes les informations relatives au déroulement de la formation, notamment les messages qui s'adressent au formateur, sont écrites en italique, ce qui permet de les différencier du contenu de la formation (informations à transmettre aux participants). Pour en faciliter le repérage, ces messages sont présentés sur un fond grisé dans le texte.

La forme interactive est fortement encouragée. Il est proposé au formateur de ne pas lire intégralement les éléments d'information du document, mais plutôt de les utiliser en tenant compte du profil des participants et des diapositives projetées. Si le temps le permet, le formateur est invité à ajouter des mises en situation ou des exercices tirés de sa propre expérience clinique.

Il est possible de fractionner les chapitres en plus petits segments. Par exemple, les chapitres 2 et 3 pourraient facilement être divisés et présentés en deux parties distinctes. Le chapitre 7 pourrait également être présenté par condition, par étape ou par thème (ex. : l'expression manuelle du lait).

Ce programme de formation de base ne peut couvrir en profondeur tous les sujets reliés à l'allaitement maternel. Il offre cependant un canevas sur lequel on peut construire. Lorsque la formation est destinée à du personnel spécialisé, le formateur peut approfondir davantage les sujets présentés après avoir pris connaissance des documents cités à la fin de chaque chapitre. S'il est possible d'ajouter du temps à la formation, le formateur peut également aborder des volets complémentaires en réponse aux besoins exprimés. Ces compléments de formation ne doivent cependant pas remplacer les sujets couverts dans la formation de base.

Enfin, il serait souhaitable de réaliser des activités complémentaires à la formation (rencontre de discussion, présentation de cas, retour sur une situation ou un sujet vu au cours de la formation initiale) car celles-ci favoriseront l'intégration des connaissances à la pratique.

Matériel recommandé pour réaliser la formation

- Équipement nécessaire pour les présentations PowerPoint (projecteur, portable, écran)
- Un tableau blanc ou « flipchart », avec des crayons-feutres
- Des poupées de la dimension d'un bébé âgé de quelques mois (prévoir une poupée pour deux participants)
- Des seins tricotés (prévoir un sein pour deux participants)
- Un exemplaire des courbes de croissance de l'OMS
- Quelques oreillers ou coussins
- Un galon à mesurer pour le périmètre crânien (avec et sans le nom de préparations commerciales pour nourrisson)
- Une seringue de 30 ml ou 50 ml avec embout coupé et piston inversé
- Une téterelle
- Des exemples de publicité de préparations commerciales pour nourrisson
- Du matériel utilisé pour la supplémentation (tube au sein, gobelet, cuillère, seringue). En prévoir une quantité suffisante pour l'expérimentation deux par deux
- Des modèles de tire-lait manuel et électrique (si possible)
- Un bol de grosseur moyenne (démonstration de l'expression manuelle du lait maternel)
- Une petite couverture de coton (pour emmailloter le bébé)
- Un exemplaire d'une politique en allaitement
- Une copie des énoncés et positions de différents associations et ordres professionnels au sujet de l'allaitement maternel

Mot de bienvenue et introduction à la formation – durée : 15 minutes

Présentation du formateur, des participants et de la formation – durée : 15 minutes

Prévoyez quelques minutes pour vous présenter avant d'aborder le premier sujet de la formation.

Demandez aux participants de se présenter à leur tour. Vous pouvez utiliser le jeu du brise-glace, à l'annexe 1.

Présentez la formation dans son ensemble, ses objectifs et la manière dont se déroulera la session de formation.

Chapitre 1 L'histoire de l'allaitement

Objectif visé :

Au terme de cette présentation, les participants pourront expliquer l'évolution du mode d'alimentation des nourrissons québécois et ses conséquences.

Durée : 60 minutes

Présentation des diapositives : L'histoire de l'allaitement

1.1 Historique de l'allaitement

On estime que 99,9 % de la population humaine a été allaitée. Ce mode d'alimentation des nourrissons a été le seul pratiqué pendant des siècles, ce qui a contribué à la survie de l'espèce. À travers les peuples et l'histoire, on peut constater que les femmes allaitent leurs bébés pour des périodes variant de deux à sept ans.

Dans le passé, des contenants confectionnés à partir de peaux d'animaux ou de poterie ont été découverts dans des tombes d'enfants. On présume que ces bébés n'ont pas été allaités, qu'ils ont été alimentés avec du lait provenant d'espèce animale et qu'ils n'ont pas survécu à ces pratiques. L'usage du biberon tel qu'on le connaît de nos jours était peu répandu avant le début du XX^e siècle. Lorsqu'une mère mourait, on se tournait plutôt vers une autre mère pour allaiter le bébé.

1.2 Début de l'alimentation artificielle

À Montréal, au début du XX^e siècle, un bébé sur quatre mourait avant d'avoir 1 an. Les statistiques étaient augmentées par les décès des enfants nés de filles-mères, qui se retrouvaient à la crèche. Ainsi, entre 1889 et 1896, environ 88 % des nouveau-nés qui étaient à la crèche de l'Hôpital de la Miséricorde de Montréal mouraient dans la première année (Beaudry et autres, 2006). Ces enfants n'étaient pas allaités.

Avec l'urbanisation, les gens avaient besoin des produits de la campagne pour se nourrir. Les bébés n'y échappaient pas et recevaient du lait transporté de la campagne à la ville dans des conditions insalubres.

Entre 1910 et 1915, le United States Children's Bureau a commandité plusieurs études sur la mortalité des enfants des grandes villes. Chacune de ces études a démontré que les bébés nourris avec tout autre lait que du lait maternel couraient de trois à cinq fois plus de risques de mourir que les bébés allaités (Riordan, 2005).

Entre 1912 et 1925, les taux de mortalité infantile au Québec se maintenaient au-dessus de 120 pour 1 000 naissances vivantes, comparativement à 80 pour l'Ontario et à 100 pour le Canada. La grande majorité des bébés mouraient des suites de la diarrhée et d'autres maladies infectieuses. Déjà, à cette époque, plusieurs médecins établissaient un lien entre un taux de mortalité infantile élevé et le non-allaitement (Beaudry et autres, 2006).

Au Québec, en 1925, une étude réalisée à Montréal confirme ce lien entre surmortalité et alimentation au biberon (dans Baillargeon, 2004). De plus, selon les témoignages de l'époque, les mères canadiennes-françaises allaitaient moins que les autres.

Pour aviser la population des risques du non-allaitement et inciter les Canadiennes-Françaises à allaiter leur bébé, une image parue dans le Bulletin sanitaire du Québec de 1912 montrait qu'un seul bébé sur dix survivait à l'alimentation artificielle. Une affiche, distribuée en 1912 également, exposait les bienfaits de l'allaitement par rapport aux risques que comportait l'utilisation du lait de vache. Elle illustre le long chemin parcouru par le lait de vache (de la ferme à la ville) et indiquait tous les risques de contamination (manipulation, transport, conservation) et de mortalité infantile que cela pouvait comporter. On souhaitait ainsi encourager les femmes à ne pas utiliser le biberon.

Question	<i>Qui a mis sur le marché la première préparation commerciale pour nourrisson?</i>
-----------------	---

En 1868, Henri Nestlé, un marchand suisse, a élaboré un produit composé de sucre, de farine et de lait de vache, et a commercialisé son produit sous l'allégation « scientifiquement complet ». Ce « lait » a été mis sur le marché sans aucune étude préalable sur les conséquences de son utilisation sur la santé des bébés.

Au début du XX^e siècle, la technologie progressait. On pouvait alors fabriquer des biberons en verre et des tétines en caoutchouc, ce qui permettait un meilleur nettoyage et la stérilisation. L'alimentation artificielle devenait ainsi moins risquée. Ces nouveaux produits et méthodes ont grandement facilité le développement des substituts du lait maternel et leur utilisation, surtout dans les pays industrialisés.

Le début du XX^e siècle correspond également à une période où plusieurs femmes travaillaient dans les manufactures pendant de longues heures. Lors de la Première Guerre mondiale, les femmes ont été propulsées vers le marché du travail pour maintenir l'économie. D'autres personnes s'occupaient alors de leurs enfants.

À la fin de la guerre, les femmes sont retournées à la maison s'occuper des enfants. Comme le montre une affiche des Services de santé de la Ville de Montréal datant du début des années 1930, on encourageait les mères à allaiter. Cette affiche a été distribuée dans toutes les cliniques de nourrissons. Malgré cette publicité, la pratique de donner le biberon s'installait progressivement dans les mœurs.

Remarque	<i>À cette époque, on connaissait déjà plusieurs des bienfaits de l'allaitement maternel de même que les risques du non-allaitement.</i>
-----------------	--

Les jeunes soldats qui ont participé à la Seconde Guerre mondiale ont été de la première génération de bébés à avoir été alimentés au biberon.

C'est particulièrement dans les années entourant ce conflit que l'utilisation des substituts du lait maternel s'est répandue, supplantant l'allaitement. L'alimentation au biberon a été de plus en plus associée à la modernité et au progrès. À cette époque, des poitrines plantureuses et provocantes sont apparues sur les affiches. L'érotisation du sein est-elle une conséquence du non-allaitement?

Dans les pays où l'allaitement est pratique courante, le sein n'est guère considéré comme un objet érotique. Dans certains pays d'Afrique, par exemple, les jambes et les fesses sont les parties du corps féminin qui attirent le plus les hommes. Dans plusieurs pays musulmans, les femmes, voilées, allaitent en public sans gêne aucune.

Après la Deuxième Guerre mondiale, les médecins d'Amérique du Nord ont commencé à recommander l'alimentation au biberon. On croyait faire pour le mieux en utilisant un contenu stérile et en contrôlant la quantité de lait consommée par le nourrisson.

Les compagnies de préparations commerciales pour nourrisson étaient en plein essor et finançaient un grand nombre de recherches sur le lait maternel. Elles visaient ainsi à mieux le connaître pour mieux le copier. Avec les années, les compagnies ont tenté d'améliorer leurs produits, le font encore de nos jours et continueront à le faire. De grandes sommes d'argent sont investies pour tenter de reproduire la composition du lait maternel. Malgré toutes ces années d'études et les progrès réalisés, la composition des préparations commerciales demeure toujours inférieure à celle du lait maternel, puisque plusieurs de ses constituants ne peuvent être reproduits.

Ces entreprises ont également compris l'importance de la publicité comme moyen pour faire mousser les ventes de leurs produits et décourager l'allaitement. Elles ont donc :

- subventionné la formation des professionnels de la santé et fait la promotion de leurs produits auprès de ces mêmes professionnels;
- mené des campagnes intensives auprès des mères (expositions d'affiches, dons d'échantillons, livrets sur les soins à donner au bébé, etc.). Les compagnies misaient sur le fait que les mères sont préoccupées par la santé de leurs enfants. De plus, elles présentaient l'allaitement comme étant difficile et proposaient leurs produits comme étant une alimentation digne de confiance pour les enfants.

Ces stratégies de marketing sont toujours employées pour promouvoir l'utilisation des préparations commerciales pour nourrisson et, par conséquent, diminuer la pratique de l'allaitement maternel.

Question	<i>À quelle époque la pratique de l'allaitement a-t-elle été la plus faible au Québec?</i>
Réponse	<i>Les Québécois nés dans les années 1950 à 1980 sont devenus une génération d'enfants nourris au biberon.</i>

Autrefois, les femmes accouchaient chez elles, assistées par un médecin ou une sage-femme. À la suite des découvertes de Pasteur durant les années 1950, la crainte des microbes, et par conséquent la guerre menée contre eux sont devenues très fortes. Les accouchements ont été médicalisés. Les femmes devaient donc accoucher à l'hôpital. Après la naissance, on les séparait de leur bébé, du jamais vu dans le monde des mammifères.

Les mères étaient hospitalisées pendant plusieurs jours, alitées et encouragées à se reposer pendant toute cette période. Elles ne pouvaient qu'entrevoir leur bébé à travers les vitres de la pouponnière. Les bébés recevaient de l'eau sucrée et des substituts. Ils étaient soumis à un horaire de boires rigide, c'est-à-dire aux trois-quatre heures. Les bébés étaient placés en isolement dans la pouponnière. C'est seulement à la sortie de l'hôpital que l'on remettait les bébés aux mères. Il leur était alors très difficile d'amorcer l'allaitement avec succès. De plus, celles qui voulaient allaiter étaient rarement encouragées à le faire. On leur recommandait plus souvent qu'autrement l'alimentation artificielle. Rappelez-vous tout ce que vos mères, tantes et grand-mères vous ont raconté de cette période : les professionnels de la santé leur disaient qu'elles avaient un lait trop riche, trop pauvre, qu'elles devaient se reposer, etc.

On en est venu à associer l'utilisation du biberon à l'aisance économique. On disait que les femmes allaitaient parce qu'elles étaient moins instruites, qu'elles vivaient à la campagne ou que leur mari n'avait pas les moyens d'acheter du lait et des biberons.

C'est à la fin des années 1960 que la prévalence de l'allaitement à la naissance a atteint son niveau le plus bas, soit 26 % au Canada et 11 % au Québec (Beaudry et autres, 2006).

Pendant les années 1970, 1980 et 1990, on a assisté à une remontée de la pratique de l'allaitement. Les femmes ont redécouvert l'aspect naturel et les bienfaits de l'allaitement. Il s'en trouve sûrement parmi vous. Plusieurs femmes ont cependant connu des expériences malheureuses, parce qu'elles ont commencé l'allaitement dans un hôpital qui soutenait encore une culture et une pratique du biberon.

À cette époque, dans la majorité des établissements de santé, on imposait aux mamans qui allaitaient des pratiques telles :

- des tétées limitées à cinq minutes la première journée, à dix minutes la deuxième journée, à quinze minutes la troisième...;
- des boires aux quatre heures;
- la préparation des mamelons;
- la pesée du bébé avant et après chaque tétée;
- la supplémentation presque systématique des bébés, à la pouponnière après la tétée, avec un biberon de préparation commerciale;
- la séparation d'avec le bébé pendant la nuit afin que les mères puissent se reposer; on ne leur amenait pas leur bébé durant cette période.

Beaucoup de mères se sont alors retrouvées avec des problèmes d'allaitement et des bébés qui n'arrivaient pas à prendre le sein.

1.3 L'allaitement et les années 2000

Au cours des dernières années, de nouvelles recherches ont permis de confirmer les propriétés exceptionnelles du lait maternel et les bienfaits du geste d'allaiter. De plus, les chercheurs continuent à s'intéresser à l'allaitement maternel et à actualiser les connaissances quant à ses effets sur la santé de la population.

Tous les grands organismes de santé dans le monde recommandent maintenant l'allaitement comme mode d'alimentation optimal pour l'enfant.

Le nombre de Québécoises qui déclarent avoir allaité un enfant âgé de moins de 2 ans a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, passant de 11 % à la fin des années 1960 à 56,7 % en 1994-1995 (Santé Canada, 2003); elles sont maintenant 85 % à allaiter pendant leur séjour au service de maternité (Institut de la statistique du Québec, 2006). Selon les données de l'enquête provinciale réalisée en 2005-2006, 67 % des Québécoises allaitent à 2 mois, 56 % à 4 mois et 47 % à 6 mois. Ces taux se rapprochent des objectifs du MSSS (qui seront vus en détail plus loin dans la formation).

En revanche pour ce qui est de l'allaitement exclusif, l'écart est plus grand entre la situation actuelle et les objectifs visés par le MSSS. En effet, les données de la même enquête montrent que seulement 52 % des Québécoises allaitent exclusivement pendant leur séjour au service de maternité, 35 % à 2 mois, 20 % à 4 mois et 3 % à 6 mois.

Actuellement, plusieurs nouvelles mères n'ont pas été allaitées et n'ont pas beaucoup de modèles de femmes qui allaitent dans leur entourage. De plus, certaines pratiques des professionnels de la santé rendent l'allaitement plus compliqué qu'il ne l'est en réalité.

Ainsi, le travail doit se poursuivre pour protéger et soutenir l'allaitement par la mise en place de pratiques qui favorisent l'allaitement exclusif et le prolongement de sa durée.

Proposez le jeu des points	<p><i>Les règles du jeu sont les suivantes :</i></p> <p><i>Demandez aux participants de dessiner neuf points, comme proposé sur la diapositive.</i></p> <p><i>Le jeu consiste à tracer un rectangle et un X à l'intérieur du rectangle en touchant aux neuf points, et ce, d'un trait de crayon continu (c'est-à-dire sans soulever le crayon). Il est interdit de passer sur une ligne déjà tracée.</i></p>
Après les avoir laissés faire pendant quelques minutes, faites l'exercice avec eux.	
Demandez-leur ce qu'ils en pensent	<p><i>Rappelez-leur qu'on ne leur a jamais dit qu'il fallait demeurer dans la boîte.</i></p>
But du jeu	<p><i>Faire prendre conscience aux participants qu'il est difficile de sortir de son schème de pensée, de sa zone de confort. Il est difficile de sortir des connaissances que nous a procurées notre formation de base et des pratiques avec lesquelles nous sommes le plus à l'aise. Cela vaut parfois la peine de s'ouvrir aux nouveautés, de changer nos façons de faire pour le mieux-être des femmes enceintes, des mères, de leurs enfants et de leur famille.</i></p> <p><i>Demandez aux participants de s'ouvrir aux nouveautés qui s'offrent à eux dans le contexte de cette formation.</i></p>

Références

- BAILLARGEON, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, les éditions du Remue-ménage, 373 p.
- BAUMSLAG, N., et D.L. MICHELS (1995). *Milk, Money and Madness, The Culture and Politics of Breastfeeding*, Westport (CT), Bergin & Garvey, 288 p.
- BEAUDRY, M., S. CHIASSON et J. LAUZIÈRE (2006). *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 570 p.
- DOUCET, S. (2007). « Les enfants de Justine », *Gazette des femmes*, vol. 28, n° 5, p. 38-39.
- DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et E. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5, p. 21-47.
- DUPONT, L. (2007). « Sainte-Justine 1907-2007 : D'hier à aujourd'hui », *Recherche en santé*, n° 39, p. 20-24.
- LETT, D., et M.F. MORET (2006). *Une histoire de l'allaitement*, Paris, Éditions de la Martinière, 159 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 71 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ff52dbec0b2ed788852566de004c8584/134a35e195595a8485256acb0053a12f?OpenDocument>].
- RIORDAN, J. (2005). *Breastfeeding and Human Lactation*, 3^{éd.}, Toronto, Jones & Bartlett, 819 p.
- SANTÉ CANADA (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, p. 9., [En ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cph-rspc03/index_f.html].
- STUART-MACADAM, P., et K.A. DETTWYLER (1995). *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, New York, Walter de Gruyter, 430 p.

Chapitre 2 Les recommandations en matière d'allaitement

Objectifs visés :

Au terme de cette présentation, chaque participant :

- connaîtra les recommandations de l'OMS/UNICEF en matière d'allaitement maternel et sera en mesure d'en expliquer les fondements;
- connaîtra les recommandations diffusées par son ordre professionnel en matière d'allaitement.

Durée : 30 minutes

Présentation des diapositives : Les recommandations en matière d'allaitement

L'allaitement maternel contribue de façon importante à la santé des enfants. Dans les pays en développement, on estime que l'allaitement pourrait prévenir 13 % des décès des enfants de moins de 5 ans (Jones, 2003). Dans les pays industrialisés, l'effet est moins spectaculaire mais n'invalide pas pour autant son importance pour la santé des enfants.

2.1 Recommandations de l'OMS et de l'UNICEF

L'OMS/UNICEF a adopté, en 2002, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Son but est d'améliorer l'état nutritionnel, la croissance, le développement, la santé et ainsi la survie des nourrissons et des jeunes enfants, par l'entremise d'une alimentation optimale. Elle vise entre autres à « créer un environnement permettant aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants d'effectuer en toutes circonstances des choix en pleine connaissance de cause concernant les pratiques d'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et d'appliquer ces choix ».

Cette stratégie réaffirme la pertinence de diverses recommandations antérieures et de plus, établit de nouvelles cibles opérationnelles prioritaires pour tous les gouvernements. Déjà, en 2001, à la suite du rapport d'un comité d'experts mandaté par l'OMS (OMS, 2001), l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) recommandait de « protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois » et d'« assurer l'apport d'aliments de compléments sûrs et adaptés, avec la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà » (OMS, 2001).

Question	<i>Qu'entend-on par allaitement exclusif?</i>
-----------------	---

2.1.1 L'allaitement exclusif

Définition : l'allaitement exclusif consiste à nourrir le nourrisson uniquement de lait maternel, sans aucun ajout d'autres boissons ou aliments, pas même de l'eau. En revanche, on peut lui administrer des gouttes ou des sirops de vitamines, minéraux ou médicaments, lorsque nécessaire (OMS, 1996).

Question	<i>À votre avis, donner au bébé du lait maternel exprimé contrevient-il à l'allaitement exclusif?</i>
Réponse	<i>Non.</i>
Question	<i>À votre avis, pourquoi recommande-t-on l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois?</i>

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie du nourrisson en raison de ses nombreux bienfaits, tant pour l'enfant que pour la mère.

Bienfaits généraux de l'allaitement pour la mère et l'enfant :

- offre un moment d'interaction privilégié entre la mère et son enfant;
- semble augmenter, chez la mère, le sentiment d'estime de soi et de confiance en son potentiel et en ses capacités (MSSS, 2001).

2.1.2 Bienfaits pour l'enfant

- Assure de manière optimale la croissance et le développement du nourrisson et du jeune enfant. Il a été démontré que les besoins nutritionnels du nourrisson (0-6 mois) sont pleinement satisfaits par les nutriments contenus dans le lait maternel (OMS, 2001).
- Réduit l'incidence et la gravité de plusieurs maladies infectieuses, telles que la méningite bactérienne, la bactériémie, la gastroentérite, l'infection des voies respiratoires inférieures, l'otite et la dermatite topique (IP, 2007; AAP, 2005). L'allaitement exclusif pendant six mois a un effet protecteur contre les infections digestives (OMS, 2001).
- Réduit les hospitalisations pour diarrhée et infections des voies respiratoires inférieures, même dans les pays industrialisés (Quigley, 2007).
- Améliore le développement cognitif de l'enfant : selon la plus grande étude hasardisée jamais réalisée sur le sujet, l'allaitement prolongé et exclusif favorise le développement cognitif, tel que mesuré par les tests de quotient intellectuel et l'évaluation des enseignants réalisés à l'âge de 6½ ans (Kramer, 2008).

2.1.3 Bienfaits pour la mère

Selon d'autres études (OMS, 2001), l'allaitement :

- retarde le retour des menstruations;
- diminue le risque de cancer du sein et des ovaires.

Question	<i>Connaissez-vous des mères qui ont allaité exclusivement jusqu'à 6 mois?</i>
-----------------	--

Selon les statistiques les plus récentes (ISQ, 2005-2006), seulement 3 % des mères allaitent exclusivement pendant les six premiers mois.

Question	<i>D'après vous, qu'est-ce qui explique que peu de mères allaitent exclusivement pendant les six premiers mois?</i>
-----------------	---

<p><i>Mettez l'accent sur l'absence de mise en place de pratiques favorables à l'allaitement exclusif.</i></p> <p><i>Exemples de pratiques favorables :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>contact peau à peau;</i>• <i>première tétée précoce après la naissance;</i>• <i>cohabitation mère et bébé 24 heures par jour;</i>• <i>allaitement à la demande sans suppléments.</i> <p><i>Mettez aussi l'accent sur l'influence :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>des perceptions et croyances des professionnels sur leurs interventions auprès des mères;</i>• <i>de l'entourage des mères sur le soutien à l'allaitement;</i>• <i>des croyances des parents sur le fait, par exemple, que si le bébé mange, il dormira plus longtemps la nuit.</i>

L'intervenant a un rôle important à jouer afin de permettre aux mères d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois.

Question	<i>Donnez des exemples d'interventions de protection, de soutien et d'encouragement à l'allaitement exclusif jusqu'à six mois applicables à votre pratique.</i>
-----------------	---

2.1.4 La poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà

Questions	<i>Que pensez-vous de la recommandation d'allaiter jusqu'à 2 ans et au-delà?</i>
	<i>Laissez-les exprimer librement leur opinion sur le sujet.</i>
	<i>À votre avis, quels sont les bienfaits d'allaiter un bambin?</i>

La poursuite de l'allaitement maternel est recommandée jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà (aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent) afin de permettre à la mère et à son enfant de continuer à bénéficier des nombreux bienfaits immunologiques, émotionnels et nutritionnels de l'allaitement.

En effet, le lait maternel demeure une source importante de nutriments nécessaires à la croissance du nourrisson et du jeune enfant. À titre d'exemple, les acides gras polyinsaturés à longue chaîne et les acides aminés contenus dans le lait maternel favorisent la croissance du cerveau du nourrisson, lequel est en phase accélérée de développement pendant la petite enfance. De plus, les facteurs immunitaires que contient le lait maternel contribuent à protéger le jeune enfant contre les infections présentes en milieu de garde.

2.1.5 L'effet dose-réponse

Il existe un effet dose-réponse entre, d'une part, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel et, d'autre part, l'ampleur des bienfaits constatés. Ainsi, plus la durée et l'exclusivité de l'allaitement tendent vers les recommandations mondiales, plus l'effet sur la santé est notable. Cet effet dose-réponse a été rapporté pour plusieurs infections de la petite enfance, telles que la gastroentérite, les infections des voies respiratoires, la méningite, la bactériémie et l'infection urinaire (Beaudry et autres, 2006). De plus, il est relié à la diminution du risque de diabète de type 2 et de cancer du sein chez la mère (IP, 2007).

Selon une recension systématique de la littérature réalisée par l'OMS en 2002, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant a été jugé sécuritaire d'un point de vue populationnel.

L'introduction graduelle d'une alimentation complémentaire sécuritaire et appropriée est recommandée à partir de 6 mois, afin de satisfaire aux besoins grandissants de l'enfant et de prévenir, notamment, une carence nutritionnelle en fer.

2.2 Prises de position en faveur de l'allaitement maternel

À la suite des recommandations de l'OMS/UNICEF, plusieurs associations et ordres professionnels ont pris position pour soutenir et protéger l'allaitement maternel.

Question	<i>Pouvez-vous nommer des organismes ou associations professionnelles qui ont pris position en faveur de l'allaitement?</i>
-----------------	---

Complétez les réponses obtenues par la présentation chronologique des associations et ordres professionnels qui ont pris position en faveur de l'allaitement. Faites remarquer aux participants que plusieurs associations ont procédé à la mise à jour de leur position initiale, ce qui témoigne de l'évolution rapide des connaissances sur l'allaitement.

2.3 Énoncés et positions d'associations et ordres professionnels au sujet de l'allaitement maternel

Question	<p><i>Pouvez-vous résumer les recommandations de quelques-unes de ces associations, notamment de votre association professionnelle?</i></p> <p><i>Afin d'aider les participants à résumer la position de leur ordre professionnel ou de leur association professionnelle, donnez-leur une copie du texte diffusé par leur ordre ou association. Assurez-vous que les positions des ordres ou associations professionnels des participants présents ont toutes été résumées avant de poursuivre.</i></p>
Enchaîner avec ces questions	<p><i>Dans cette prise de position, qu'est-ce qui vous semble le plus important, le plus surprenant ou le plus difficile à réaliser?</i></p> <p><i>Savez-vous que votre code de déontologie vous demande d'adhérer aux positions prises par votre ordre professionnel?</i></p>

Ma vie privée :

Je fais les choix qui me conviennent, qui ont du sens pour moi, dans mon contexte personnel, culturel et familial; je me respecte dans mes forces et mes limites; je suis à l'écoute de ce que je ressens.

1^{er} tiroir

2^e tiroir

3^e tiroir

Ma vie professionnelle en équipe :

Je fais partie d'une des professions de la santé et à ce titre, je m'aligne sur les connaissances, les orientations et les directives du système de soins de santé pour que l'équipe, le service où je travaille puisse agir dans la cohérence.

Ma vie professionnelle avec la clientèle :

Je suis au service des personnes que je rencontre; j'écoute et je respecte ce qu'elles ressentent; je leur donne une information complète et à jour; je ne pose aucun jugement sur les choix personnels; je respecte les décisions qui ont du sens pour les personnes, dans leur contexte personnel, culturel et familial

**The American College of Obstetricians and Gynecologists
Breastfeeding: Maternal and infants aspects (2007)**

« Le Collège américain des obstétriciens et gynécologues soutient fermement l'allaitement maternel. Il fait appel et recommande à ses membres, aux autres professionnels de la santé qui prennent soin des mères et de leurs enfants, aux établissements de santé et aux employeurs de soutenir les mères dans la décision d'allaiter leurs enfants. Les obstétriciens, gynécologues et les autres professionnels de la santé qui interviennent auprès des femmes enceintes devraient communiquer régulièrement à celles-ci des informations exactes sur l'allaitement maternel et être préparés à soutenir efficacement les mères allaitantes qui pourraient être aux prises avec des difficultés d'allaitement. »

« Le Collège américain des obstétriciens et gynécologues recommande que l'allaitement exclusif se poursuive jusqu'à ce que l'enfant ait à peu près l'âge de 6 mois. Une plus longue expérience d'allaitement est, bien sûr, bénéfique [...]. À partir de cet âge, [le Collège] conseille l'introduction graduelle des solides, tout en poursuivant l'allaitement maternel aussi longtemps que possible. [...] Il recommande aux professionnels d'encourager et de permettre au plus grand nombre possible de mères d'allaiter et de les aider à poursuivre l'allaitement. » (Traduction libre)

**American Academy of Paediatrics
Breastfeeding and the use of human milk (2005)**

« Le lait humain est propre à l'espèce et tout substitut en diffère de façon marquée, ce qui rend le lait humain particulièrement supérieur pour l'alimentation infantile. L'allaitement exclusif est la référence ou le modèle normatif auquel doivent être comparés tous les autres modes d'alimentation en ce qui a trait à la croissance, la santé, le développement et à tout autre effet à court ou à long terme. »

« L'AAP recommande l'allaitement exclusif pour les premiers six mois de vie et la poursuite de l'allaitement au moins pendant la première année de vie de l'enfant. Elle recommande à ses membres et aux autres professionnels de la santé de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel ». (Traduction libre d'extraits du document)

**Société canadienne de pédiatrie
Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois (2005)
(Document ré-approuvé en février 2008)**

« La Société canadienne de pédiatrie recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie des nourrissons à terme et en santé. Le lait maternel est l'aliment optimal pour les nourrissons, et l'allaitement peut se poursuivre jusqu'à deux ans, ou même plus tard. »

**Collège des médecins de famille du Canada
Énoncé de politique sur l'alimentation infantile (2004)**

« Les bienfaits de l'allaitement maternel et les risques connus de l'allaitement artificiel sont bien documentés.

Par conséquent, reconnaissant que l'allaitement maternel joue un rôle unique et important dans le développement sain des nourrissons et des jeunes enfants, et qu'aucun substitut ne peut offrir l'équilibre complexe des nutriments, des anticorps et des facteurs de croissance qui font du lait maternel l'aliment parfait, que les femmes ont le droit de faire un choix éclairé concernant l'alimentation infantile à partir de renseignements complets et précis, que le rôle du médecin en est un d'influence, d'autorité et de confiance, le Collège des médecins de famille du Canada endosse la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. »

**Agriculture et agroalimentaire Canada
Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire – En réponse au Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation (1998)**

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

**Ministère de la Santé et des Services sociaux
L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices (2001)**

« Le MSSS prend position en faveur de l'allaitement maternel; il affirme son intention de le protéger et le soutenir dans le but de continuer à améliorer la santé des Québécois et recommande de promouvoir l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins un an et, ensuite, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent. Vers l'âge de six mois, on peut commencer à ajouter des aliments complémentaires. »

**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Allaitement maternel (1998)**

« L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec convient de la nécessité de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel. Il préconise l'allaitement maternel comme la seule source alimentaire du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois, qu'il soit né à terme et en santé ou prématuré, malade et hospitalisé. Il recommande que l'allaitement maternel soit encouragé jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de deux ans, même s'il a commencé à manger d'autres aliments. »

Ordre professionnel des diététistes du Québec
Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel (2002)

« L'OPDQ endosse les lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec et affirme son intention d'œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé des Québécoises et des Québécois.

À cet effet, l'OPDQ recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à au moins un an avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés. L'allaitement peut ensuite continuer aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent.

L'OPDQ entend œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement afin de donner aux femmes désireuses d'allaiter toutes les chances de réussir dans leur démarche. L'OPDQ soutient le droit à l'information sur l'allaitement et la possibilité pour les femmes d'allaiter leur enfant. »

Regroupement des sages-femmes du Québec
Énoncé de principe sur l'allaitement (2002)

« Les sages-femmes croient que l'allaitement constitue avant tout une relation entre une mère et son enfant, en continuité physiologique et affective avec la grossesse et l'accouchement.

Étant convaincues que l'allaitement procure de nombreux bienfaits à long terme à la mère et à son bébé, les sages-femmes se joignent aux autres professionnels du réseau de la santé afin de promouvoir l'allaitement auprès de chaque famille et auprès de la collectivité. »

Association canadienne des sages-femmes
Position statement on breastfeeding (2007)

« L'association canadienne des sages-femmes endosse les recommandations qui soutiennent que les enfants devraient être allaités exclusivement pendant les six premiers mois de vie et qu'idéalement, l'allaitement devrait se poursuivre après que d'autres aliments soient introduits ». (Traduction libre d'extraits du document)

Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec (2004)

« Considérant les lignes directrices établies par le MSSS en matière d'allaitement maternel au Québec et considérant l'une des conditions émises par l'OMS/UNICEF, à savoir, d'interdire la promotion des produits pour nourrisson, des sucres, des tétines et des biberons lors de l'enseignement prénatal et postnatal de groupe, l'OPHDQ recommande que l'hygiéniste dentaire puisse fournir, sur demande et sur une base individuelle, des informations et conseils concernant les sucres et tétines, adaptés aux besoins spécifiques de la personne concernée. »

American Heart Association (2005)

Santé Canada (1998, 2004)

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2000)

Collège des médecins du Québec (2000)

Association des pharmaciens du Canada (2001)

Ordre des diététistes du Canada (1998, 2004)

Chapitre 3 Les objectifs et les stratégies du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'allaitement

Objectif visé :

Au terme de cette présentation, chaque participant connaîtra les objectifs et les stratégies du MSSS en matière d'allaitement.

Durée : 30 minutes

Présentation des diapositives : Les recommandations en matière d'allaitement (suite)

Présentez les objectifs du MSSS en ce qui concerne l'allaitement et les stratégies mises en place pour atteindre ces objectifs.

Mettez surtout l'accent sur l'objectif d'allaitement exclusif.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît les bienfaits de l'allaitement maternel pour la santé de la mère, la santé et le développement de son enfant et pour la société.

3.1 Les objectifs

C'est en 1997 que l'allaitement est apparu pour la première fois dans les Priorités nationales de santé publique (1997-2002); on y favorisait la mise en place d'interventions visant à encourager les mères à allaiter. Les objectifs fixés étaient une prévalence de l'allaitement :

- de 80 % à la sortie de l'hôpital;
- de 60 % à trois mois de vie de l'enfant;
- de 30 % à six mois de vie de l'enfant.

Faites remarquer aux participants que ces objectifs n'étaient pas accompagnés de moyens (ex. : d'une stratégie) pour les atteindre, ce qui pourrait expliquer qu'ils n'aient pas été atteints à l'échéance prévue.

En revanche, le Programme national de santé publique 2003-2012 propose une stratégie (l'Initiative des amis des bébés).

En 2001, le MSSS a publié le document *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*. Son objectif général était qu'en 2007, la prévalence de l'allaitement maternel soit : de 85 % à la sortie des services de maternité, de 70 % au deuxième mois, de 60 % au quatrième mois, de 50 % au sixième mois, et de 20 % à un an de la vie de l'enfant. Dans ce contexte, l'expression « allaitement maternel » signifiait que le bébé recevait du lait maternel sans tenir compte de la quantité, du mode d'administration ou de la fréquence des tétées.

Les objectifs intermédiaires des Lignes directrices étaient :

- pour 2003, l'instauration d'un système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte à la sortie des services de maternité, à 2, 4, 6 et 12 mois, pour la province et pour chaque région sociosanitaire;
- pour 2003, la mise en place, par le MSSS et ses établissements, des conditions (temps, espace et soutien) favorisant l'allaitement maternel parmi leur personnel;
- pour 2004, l'amorce, par tous les services de maternité et tous les CLSC, du processus afin d'être désignés « Amis des bébés »;
- pour 2005, l'implantation en nombre suffisant, dans chaque région, de groupes de soutien à l'allaitement, de façon à ce que chaque service de maternité et chaque CLSC puisse y diriger ses mères;
- pour 2007, qu'au moins 20 services de maternité et 40 CLSC soient reconnus « Amis des bébés »;
- pour 2007, des taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie des services de maternité, de 40 % au deuxième mois, de 30 % au quatrième mois et de 10 % au sixième mois de la vie de l'enfant.

Les Lignes directrices, dont l'échéance était fixée à 2007, restent en vigueur jusqu'à la publication de nouvelles lignes directrices.

3.2 Les stratégies

Le MSSS a retenu quatre stratégies pour protéger, soutenir et encourager l'allaitement : l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) dans les établissements du réseau de la santé en est la principale (l'Initiative sera vue en détail dans un autre volet de la formation).

Références

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997). « Breastfeeding and the Use of Human Milk – Work Group on Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 100, n° 6, p. 1035-39. [En ligne]. [<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/6/1035>].
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997). « Breastfeeding and the Use of Human Milk: Policy statement », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2, p. 496-506.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (2005). « Dietary Recommendations for Children and Adolescents - A Guide for Practitioners : Consensus Statement From the American Heart Association », *Circulation*, vol. 112, n° 13, p. 2061-75. [En ligne]. [<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/112/13/2061>]
- ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*, 54^e Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA 54.2, Point 13.1 de l'ordre du jour du 18 mai. [En ligne]. [<http://www.ibfan.org/french/resources/who/whares542-fr.html>].
- BEAUDRY M., S. CHIASSON, J. LAUZIÈRE (2006). « Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste », Québec, Presses de l'Université du Québec, 570 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, p. 40. [En ligne]. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf]
- IP, S., et autres (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment no. 153*. AHRQ Publications no. 07-E007, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 406 p. [En ligne]. [<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>]
- JONES G., et autres (2003). « Child Survival Series: BASICS II », *The Lancet*, vol. 362, n° 9377, p. 65-71.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 71 p. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ff52dbec0b2ed788852566de004c8584/134a35e195595a8485256acb0053a12f?OpenDocument>]
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1996). *Global Data Bank on Breastfeeding and Complementary Feeding* (banque de données), Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Report of the Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 10 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 52 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 36 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ/UNICEF (2006). *Baby-friendly Hospital Initiative revised, updated and expanded for integrated care - Section 3, Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 237 p.

QUIGLEY M.A., Y.J. KELLY, A. SACKER (2007). « Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study », *Pediatrics*, vol. 119, n° 4, p. e837-e842.

Santé Canada (2004). *Les suppléments de vitamine D chez les nourrissons allaités au sein - Recommandation de Santé Canada 2004*, Ottawa, Santé Canada, 4 p. [En ligne].
[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/vita_d_supp_f.pdf]

Pour en connaître davantage au sujet de ces recommandations et prises de position :

AGRICULTURE ET AGROALIMENTAIRE CANADA (1998). *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire - En réponse au Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation*, Gouvernement du Canada – Groupe consultatif mixte pour la sécurité alimentaire, 62 p. [En ligne].
[http://www.agr.gc.ca/index_f.php?s1=misb&s2=fsec-seca&page=action.]

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – WORK GROUP ON BREASTFEEDING (2005). « Breastfeeding and the Use of Human Milk », *Pediatrics*, vol. 100, p. 1035-1039.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (2007). « Special report from ACOG, Breastfeeding : Maternal and infant aspects - Committee on Health Care for Underserved Women », *Committee on Obstetric Practice*, vol. 12, n° 1 (supplément), 16 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DES SAGES-FEMMES (2007). « Position statement on breastfeeding ». 2 p. [En ligne]. [http://www.canadianmidwives.org/pdf/BF_position_Dec2007.pdf]

BAILLARGEON, D. (2004). « Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970 », Montréal, les éditions Remue-ménage, 373 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2004). « Énoncé de politique sur l'alimentation infantile ». 4 p. [En ligne].
[http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/Final_04Infant_Feeding_Policy_Statement_fr.pdf]

KRAMER, M.S., F. ABOUD, E. MIRONOVA, et autres (2008). « Breastfeeding and Child Cognitive Development », *Archives of General Psychiatry*, vol. 65, n° 5, p. 578-584.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 75 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>]

ORDRE PROFESSIONNEL DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (2004). *Mots d'Ordre*, Bulletin de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1998). « Allaitement maternel ». [En ligne]. [http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/allaitement/allaitement.htm]

ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (2002). « Position de l'OPDQ pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel ». 12 p. [En ligne].
[http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=411]

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé. [En ligne].
[www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/print]

REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC (2002). « Énoncé de principe sur l'allaitement ». 1 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2005). « Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois », *Paediatrics & Child Health*, vol. 10, n° 3, p. 148. [En ligne].
[<http://aappolicy.aappublications.org/cqj/reprint/pediatrics;100/6/1035>]

Chapitre 4 L'Initiative des amis des bébés et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Objectifs visés :

Au terme de cette section, les participants seront en mesure d'expliquer ce qu'est l'Initiative des amis des bébés en énonçant :

- au moins cinq de ses caractéristiques;
- quelques-unes de ses retombées pour les bébés qui ne sont pas allaités.

Les participants seront également en mesure d'expliquer en leurs propres mots ce qu'est le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel :

- en illustrant les bénéfices qu'apporte le respect du Code sur la pratique de l'allaitement;
- en donnant quelques exemples de pratiques qui respectent le Code ou non.

Durée : 1 heure 30 minutes

Présentation des diapositives : Les recommandations en matière d'allaitement (suite)

4.1 L'Initiative des amis des bébés (IAB)

En vue d'atteindre l'objectif du MSSS voulant que pour 2004, « tous les services de maternité et tous les CLSC aient amorcé le processus afin d'être désignés Amis des bébés », les établissements de santé du Québec sont en processus d'implantation de l'Initiative, et ce, à différents niveaux selon les milieux.

Questions	<i>Que savez-vous de l'Initiative des amis des bébés? Quelles actions ont déjà été entreprises dans votre milieu de travail en vue de son implantation?</i>
<i>Complétez ou rectifiez les réponses obtenues en utilisant la définition suivante.</i>	

4.1.1 L'Initiative des amis des bébés

L'Initiative des amis du bébé (IAB) est une stratégie globale de pratiques qui visent à offrir, à tous les bébés, le meilleur départ dans la vie, et ce, en créant un environnement favorable à l'allaitement maternel.

L'IAB s'adresse aux établissements de santé qui offrent des services aux familles comprenant des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants en bas âge.

Elle n'exerce pas de pression sur les mères afin qu'elles allaitent, mais elle donne aux établissements la responsabilité d'offrir des services de qualité en matière d'alimentation infantile.

À l'origine, l'Initiative ne visait que les centres de maternité et portait l'appellation de « Initiative Hôpitaux amis des bébés » (IHAB). Au Canada, l'appellation « Initiative des amis des bébés (IAB) » a été privilégiée afin d'inclure les centres de santé communautaires.

4.1.2 L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB)

L'IHAB est une stratégie mondiale instaurée conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1991. Elle inclut le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, lesquels sont basés sur des données probantes. De plus, elle a été scientifiquement démontrée comme étant efficace pour augmenter la prévalence, l'exclusivité et la durée de l'allaitement et ainsi, favoriser une meilleure santé de la population (Kramer, 2001).

Présentez globalement les Dix conditions sans entrer dans les détails. Elles seront vues plus loin dans la présentation.

4.1.3 Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS, 1989)

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

Étant donné que les mères ne font qu'un court séjour à l'hôpital et que le soutien de la communauté est également nécessaire pour que les femmes puissent continuer à allaiter avec succès, l'Initiative hôpitaux amis des bébés a été modifiée au Canada, en 1998, pour devenir l'Initiative des amis des bébés (IAB), et ce, afin de bien marquer le désir d'influencer non seulement les services de maternité mais aussi les autres milieux que la mère, le père et la famille fréquentent. En somme, on reconnaît ainsi que l'allaitement et les soins de la mère et de l'enfant ne se limitent pas au seul contexte hospitalier (MSSS, 2001). Les **Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté** ont été conçues dans cette perspective. Cette stratégie élargie regroupe, en sept étapes, les meilleures pratiques de soins pour la mère et son enfant en milieu communautaire.

Présentez globalement les Sept étapes sans entrer dans les détails. Elles seront vues plus loin dans la présentation.

4.1.4 Les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté (Comité canadien pour l'allaitement, 2002)

1. Adopter une politique sur l'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel soignant et des bénévoles.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique sur l'allaitement maternel.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à initier et à poursuivre l'allaitement.
5. Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments solides au moment opportun.
6. Offrir une ambiance accueillante aux familles de bébés allaités.
7. Encourager la coopération entre le personnel, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale.

Précisez aux participants que la philosophie et les fondements des Dix conditions et des Sept étapes sont les mêmes.

*Spécifiez que les maisons de naissance doivent se soumettre aux Dix conditions **et** aux Sept étapes.*

En définitive, s'inscrire dans une démarche IAB, c'est :

- favoriser la prise d'une décision éclairée en matière d'alimentation infantile;
- soutenir les mères à développer les habiletés requises pour allaiter exclusivement les six premiers mois, et pour continuer à allaiter jusqu'à 2 ans et au-delà, en introduisant une alimentation complémentaire appropriée;
- soutenir les mères qui n'allaitent pas afin qu'elles alimentent leur nourrisson de façon sécuritaire; en effet, avec l'instauration de l'IAB, il n'est pas attendu que toutes les mères allaiteront;
- protéger l'allaitement maternel en interdisant, entre autres, la promotion des préparations pour nourrisson auprès de la clientèle.

Question	<i>Quelles sont les pratiques de soins, contenues dans le programme IAB, dont bénéficient l'ensemble des mères, y compris celles qui n'allaitent pas?</i>
Réponses	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Contact peau à peau précoce.</i> 2. <i>Cohabitation, proximité parents/nouveau-nés.</i> 3. <i>Alimentation à la demande.</i> 4. <i>Enseignement personnalisé aux parents.</i> 5. <i>Orientation vers les ressources communautaires à la sortie de la maternité.</i>

4.1.5 Le processus d'évaluation et d'agrément

L'IAB prévoit un plan d'agrément qui vise à évaluer la mise en place de normes de qualité en matière d'allaitement dans les établissements. Le processus de reconnaissance officielle nécessite l'atteinte de taux d'allaitement, une revue de documentation, une pré-évaluation (facultative) sur les lieux de l'établissement et enfin, lorsque celui-ci indique qu'il est prêt, une évaluation externe. L'établissement reçoit sa reconnaissance « Ami des bébés » uniquement après avoir réussi le processus d'évaluation.

Pour être reconnu « Ami des bébés », un service de maternité doit satisfaire aux exigences suivantes :

- respecter les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel;
- respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel;
- avoir un taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie du lieu de naissance;
- passer avec succès le processus d'évaluation et d'agrément.

Pour être reconnu « Ami des bébés », un CLSC doit satisfaire aux exigences suivantes :

- respecter les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté;
- respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel;
- avoir un taux d'allaitement de 75 % au moment du premier contact postnatal;
- passer avec succès le processus d'évaluation et d'agrément.

En 2006, plus de 19 600 établissements offrant des services de maternité dans plus de 152 pays étaient officiellement désignés établissements « Ami des bébés ».

Au Québec, en mars 2008, un total de 13 hôpitaux, maisons de naissance et CLSC étaient officiellement désignés « Ami des bébés ».

4.1.6 Les avantages de l'IAB

Plusieurs études rapportent l'efficacité de cette stratégie. Parmi celles-ci, l'étude réalisée au Bélarus par Kramer et son équipe, en 2001, a permis de comparer les effets de la mise en oeuvre des Dix conditions pour le succès de l'allaitement avec les pratiques et politiques habituelles d'alimentation infantile. L'échantillon était composé d'une trentaine de maternités, et de plus de 16 000 dyades mère-enfant. Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- une durée supérieure de l'allaitement pendant la première année de vie de l'enfant;
- un nombre supérieur d'enfants allaités exclusivement à trois mois de vie (43,3 % *vs* 6,4 %) et à six mois de vie (7,9 % *vs* 0,6 %);
- une proportion moindre d'enfants souffrant d'infection gastro-intestinale (9,1 % *vs* 13,2 %) et de dermatite atopique (3,3 % *vs* 6,3 %) pendant la première année de vie de l'enfant.

Une autre enquête réalisée en 2001 aux États-Unis (Merewood, 2005) a montré que dans les centres hospitaliers certifiés « Ami des bébés », comparativement à la moyenne nationale :

- la prévalence de l'allaitement à la naissance était plus élevée dans les 28 centres (83,8 % *vs* 69,5 %);
- la prévalence de l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier était plus élevée dans 16 de ces centres (78,4 % *vs* 46,3 %).

Au Québec, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins a vu augmenter ses taux d'allaitement depuis l'implantation de l'IAB (48 % *vs* 80 % au moment de la certification en 1999). Cette augmentation s'est maintenue dans le temps. En effet, au moment de sa recertification en 2004, il affichait un taux de 91 % d'allaitement exclusif à la sortie du lieu de naissance.

Le CLSC d'Argenteuil, premier CLSC à être certifié « Ami des bébés » au Canada, en 2004, a connu en six ans une augmentation de l'amorce de l'allaitement parmi ses usagères. Son taux est passé de 54 % en 1997-1998 à 77 % en 2003-2004.

Question	<i>Et dans votre centre, où en êtes-vous?</i>
<i>Posez la question aux participants et prenez quelques minutes pour permettre des échanges sur la question.</i>	

Questions	<i>Selon vous, quelles sont les conditions ou les étapes qui semblent ou qui ont été les plus faciles à implanter?</i> <i>Quelles sont les conditions ou les étapes qui semblent ou qui sont les plus difficiles à implanter?</i>
------------------	--

Si le contexte et le temps le permettent, vous pouvez également amener les participants à réfléchir sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

Question synthèse avant d'aller plus loin

Question	<i>Comment expliqueriez-vous à un ou une collègue ce qu'est l'Initiative des amis des bébés?</i>
-----------------	--

Pour en savoir davantage sur l'Initiative des amis des bébés et sa mise en application, vous pouvez consulter les sites Internet de l'UNICEF : [http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html] et de l'OMS : [www.who.int/fr/index.html].

4.2 Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Présentation des diapositives : Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

4.2.1 Historique

Considérant que l'allaitement maternel au sein est le mode d'alimentation idéal, parce qu'il permet la croissance et le développement sains de l'enfant, et constatant le lien entre la publicité des substituts du lait maternel et le déclin de l'allaitement, à l'échelle mondiale, dans les années 1970, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981.

Seuls les délégués des pays membres ont participé au vote sur l'adoption du Code. Cependant, des experts médicaux, des représentants des fabricants d'aliments pour bébé, des agents de la santé, des représentants d'organismes voués à la défense de l'allaitement et des associations de consommateurs étaient aussi présents, chacun d'entre eux tentant d'influencer le vote des pays participants.

Ce Code est l'aboutissement de longues et intenses négociations. Il s'agit du minimum sur lequel les diverses parties ont réussi à s'entendre. Il n'a pas autant de poids qu'un règlement ou une convention. Le Code est une recommandation de l'AMS, mais comme le soulignait le D^r Sami Shubber, conseiller juridique à l'OMS, « bien que les recommandations n'aient pas force obligatoire, elles ont un poids moral ou politique » dans la mesure où elles représentent un jugement collectif des membres de l'organisation internationale suprême en matière de santé sur une question de santé ».

4.2.2 Le Code

Le Code existe depuis déjà 25 ans. Il s'agit d'un ensemble de recommandations dont l'esprit est d'encadrer les activités de commercialisation de tout produit utilisé comme aliment de substitution au lait maternel. Il n'interdit ni leur production, ni leur utilisation. Pour mieux comprendre, on pourrait comparer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel au Code de la route, qui balise la conduite automobile : il n'empêche pas la conduite d'une auto mais crée un environnement pour que son usage soit le plus sécuritaire possible.

4.2.3 Buts

« [...] *contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.* » (OMS/UNICEF, 1981)

4.2.4 Résumé

Bien que les codes veuillent créer des environnements favorables, il n'en demeure pas moins que leur libellé est souvent négatif : « ne pas », « interdire »...

Exemples du Code de la route : interdiction de conduire sans ceinture de sécurité, ne pas dépasser 30/50/100 km à l'heure, ne pas circuler si le feu est rouge... Il en est de même du Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

(Tiré de *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, 2001)

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillon ni d'approvisionnement gratuit ou à bas prix).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pot, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et les coûts associés à l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée et que les emballages ne comportent pas de termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

4.2.5 Produits couverts

Le présent Code s'applique à la commercialisation des produits suivants ainsi qu'aux pratiques qui s'y rapportent :

- substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrisson;
- autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel (ex. : céréales, purées, jus, tisanes);
- biberons et tétines.

Il est à noter que par l'entremise du Code, l'AMS recommande aux manufacturiers de produire des préparations commerciales de haute qualité et que l'étiquetage de leurs produits soit conforme (art. 9 du Code).

4.2.6 Instances visées

Les gouvernements des pays signataires

Ils ont la responsabilité de prendre les mesures nécessaires pour donner effet aux principes et aux buts du Code, y compris l'adoption de lois et la mise en application d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées. Les gouvernements ont également la responsabilité du contrôle de l'application du Code. Le Canada a toujours misé sur les mesures volontaires prises par les intervenants ou les établissements. Aucun règlement ni aucune loi n'ont été promulgués dans le pays. Au Québec, le Code doit être indirectement respecté, en raison de la Loi sur la santé publique qui incite les établissements à implanter l'Initiative des amis des bébés : pour être Ami des bébés, l'établissement doit en effet se conformer au Code.

Les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code

Ils ont la responsabilité de faire en sorte que leurs pratiques de commercialisation et leurs conduites soient conformes aux principes et aux buts du Code à tous égards.

Les institutions, les regroupements professionnels, le personnel et les professionnels des établissements de santé

Ils ont la responsabilité de voir au respect du Code dans leur établissement et d'attirer l'attention des fabricants ou des distributeurs sur les activités qui seraient incompatibles avec les principes et le but du Code, afin que des mesures appropriées puissent être prises. Plusieurs recommandations s'adressent directement à eux.

Ces recommandations les incitent à encourager et à protéger l'allaitement maternel :

- en n'acceptant, des fabricants de substituts du lait maternel et des distributeurs de ces produits, que de l'information scientifique qui s'en tient aux faits, et qui ne fait pas la promotion de leurs produits;
- en refusant tout échantillon de préparation pour nourrisson ou d'autres produits visés par le Code ainsi que tout matériel ou ustensile servant à leur préparation ou à leur utilisation. Cela comprend toute publicité de ces produits retrouvée dans des revues ou dépliants destinés aux parents ou apposée sur de l'équipement médical. Les fabricants sont autorisés à donner du matériel portant leur nom, mais pas celui de leurs produits;

- en ne faisant aucune publicité ni aucune forme de promotion de ces produits auprès du grand public;
- en refusant de remettre aux futurs parents et aux parents tout échantillon de préparation commerciale pour nourrisson ou d'un autre produit visé par le Code, et tout cadeau qui fait la promotion de ces produits;
- en refusant, eux ainsi que les membres de leur famille, tout avantage (argent, vacances, cadeaux, etc.) qui serait offert par les fabricants ou les distributeurs de substituts du lait maternel;
- en déclarant à leur établissement toute contribution faite en leur faveur par les fabricants et les distributeurs de substituts du lait maternel : bourse d'études, voyage d'études, participation à une formation, un congrès ou une conférence, bourse de recherche et autres activités semblables.

4.2.7 Exemples de respect du Code

À partir de matériel que vous avez ramassé, présentez quelques exemples de situations de respect du Code et/ou demandez aux participants de vous en nommer.

Exemples :

- *l'utilisation des courbes de croissance de l'OMS, diffusées sur son site Internet;*
- *l'utilisation d'un ruban à mesurer le périmètre crânien des enfants fait par un centre de santé ou par un organisme de soutien à l'allaitement;*
- *affichage, dans les corridors et les salles d'attente d'un établissement, de photos/images de mamans qui allaitent ou de papas portant leur bébé;*
- *tableau expliquant les étapes du développement du nourrisson sur lequel apparaît le nom d'une compagnie sans le nom de la préparation commerciale pour nourrisson;*
- *absence de publicité qui idéalise l'alimentation au biberon et l'utilisation de préparations commerciales pour nourrisson;*
- *tasses, crayons ou blocs-notes comportant le nom du centre hospitalier, de la maison de la famille ou d'un groupe d'entraide.*

4.2.8 Mises en situation

Mise en situation

Une représentante du produit « Comlac » vient vous rencontrer et vous offre des dépliants d'information et des affiches en couleurs sur l'alimentation et le développement du nouveau-né. Elle vous remet des échantillons gratuits et un présentoir pour votre salle d'attente. En plus, elle vous offre des rubans colorés pour mesurer le périmètre crânien des bébés en spécifiant que « c'est le modèle préféré de tous les professionnels de la santé! ».

Questions	<p><i>Que pensez-vous de la situation?</i></p> <p><i>Est-ce une situation à laquelle vous faites souvent face?</i></p> <p><i>Que feriez-vous?</i></p>
------------------	---

Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accueillir la représentante.</i> • <i>Demander de l'information scientifique se limitant aux faits. C'est à l'équipe de santé d'informer les parents et de les renseigner sur l'alimentation au biberon si le bébé en a besoin ou si la mère décide de ne pas allaiter.</i> • <i>Refuser le matériel promotionnel. Il s'agit d'une tactique couramment utilisée pour faire de la publicité auprès des femmes enceintes, de leur conjoint et des parents, en utilisant le professionnel de la santé comme intermédiaire.</i> • <i>En parler aux collègues. Leur rappeler l'existence d'une politique en allaitement maternel dans l'établissement, ou en instaurer une.</i> • <i>Si le matériel a été expédié par la poste, le retourner à la compagnie avec une lettre explicative. À la place, installer du matériel qui fait la promotion de l'allaitement et qui présente les groupes de soutien à l'allaitement et leurs coordonnées.</i>
-----------------	--

Mise en situation

L'agence de publicité « Fortunée » vous envoie gratuitement cinq caisses de la toute nouvelle revue prénatale « Futurs Parents ». En la feuilletant, vous remarquez qu'elle contient des articles d'information très intéressants pour les futurs parents, en plus de publicités de fabricants de céréales pour bébés.

Questions	<p><i>Que pensez-vous de cette situation?</i></p> <p><i>Que ferez-vous?</i></p>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vérifier quel public vise la publicité.</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Si la publicité s'adresse sans équivoque à des bébés de plus de 6 mois, la revue peut être distribuée aux parents.</i> ○ <i>Si elle s'adresse à des bébés de moins de 6 mois :</i> <ul style="list-style-type: none"> — <i>ne pas distribuer la revue aux futurs parents rencontrés dans le cadre des activités. Donner plutôt de l'information sur l'allaitement maternel et les ressources de soutien à l'allaitement de la région;</i> — <i>retourner les revues à l'agence de publicité;</i> — <i>informer l'agence de l'existence et des dispositions du Code, et l'enjoindre à le respecter; si plus d'information est désirée, orienter vers des sites Web (ex. : [www.ibfan.org]);</i> — <i>la revue pourrait être distribuée si elle est conforme au Code (dans la mesure où elle contient des articles pouvant être utiles aux familles!);</i> — <i>en parler aux collègues. Leur rappeler l'existence d'une politique en allaitement maternel dans l'établissement, ou en instaurer une, afin que tous les intervenants sachent comment réagir s'ils sont sollicités personnellement.</i>

Mise en situation

Une représentante de « Nourriprob, super + » vous contacte afin d'organiser sur votre lieu de travail un dîner pour vous présenter les nouveaux produits de la compagnie. Elle vous assure qu'elle s'occupera de tout, y compris de fournir le lunch pour tous, et qu'à la fin de la présentation, elle fera tirer un livre sur l'allaitement!

Questions	<i>Comment réagissez-vous?</i> <i>Que ferez-vous?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>L'offre de cadeaux (le lunch et le livre) est une tactique couramment utilisée par les représentants d'entreprises pharmaceutiques pour rencontrer les professionnels de la santé et faire directement auprès d'eux la publicité de leurs produits.</i>• <i>Refuser l'offre telle que proposée en précisant à la représentante que l'établissement et son personnel respectent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.</i>• <i>Inviter la représentante à fournir à la personne désignée de l'établissement (infirmière chef, conseillère clinique ou autre), en ce qui concerne ces produits, une information scientifique qui s'en tient aux faits.</i>• <i>En parler à ses collègues afin que la situation ne se reproduise pas avec un autre membre du personnel. Leur rappeler l'existence d'une politique en allaitement maternel dans l'établissement, ou en instaurer une.</i>

Pour en savoir davantage sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel :

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1981). *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 24 p., [En ligne].
[www.emro.who.int/morocco/docs/fr/Code_international_OMS_fr.pdf].

THE INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (2005). *Protégeons la santé de nos bébés. Manuel pour les professionnels de la santé : Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (3e éd.), Genève, International Baby Food Action Network - Geneva Infant Feeding Association (GIFA), 73 pages. [En ligne].

[<http://infactcanada.ca/InfactHomePage.htm>]

[<http://www.ibfan.org/french/gatefrench.html>]

[<http://www.ibfan.org/english/activities/training/icdc00.html>]

Références

KRAMER, M.S., et autres (2001). « Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) : a randomized trial in the Republic of Belarus », *Journal of American Medical Association*, vol. 285, n° 4, p. 413-420.

MEREWOOD, A., et autres (2005). « Breastfeeding rates in US Baby-friendly hospitals : Results of a national survey », *Pediatrics*, vol. 116, n° 3, p. 628-34.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). « L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 75 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1981). *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 24 p. [En ligne]. [www.emro.who.int/morocco/docs/fr/Code_international_OMS_fr.pdf]

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 32 p.

SOKOL, E. J. (2005). *The Code Handbook: A Guide to Implementing the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes* (2e éd.), Penang (Malaisie), International Code Documentation Center, 395 p.

THE INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN) (2005). *Protégeons la santé de nos bébés. Manuel pour les professionnels de la santé : Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (3e éd.), Genève, International Baby Food Action Network - Geneva Infant Feeding Association (GIFA), 73 p. [En ligne]. [www.ibfan.org].

Chapitre 5 Quelques notions de base en allaitement

Objectifs visés :

Au terme de cette section, les participants seront en mesure d'expliquer, en leurs mots, à un collègue ou à une mère :

- Le processus de production du lait maternel à partir des principaux éléments de l'anatomie et de la physiologie du sein.
- L'importance et quelques spécificités du lait maternel sur les plans nutritionnel et immunologique.
- Les risques du non-allaitement pour l'enfant, la mère, la famille et la société.
- Les facteurs qui favorisent la réussite de l'initiation de l'allaitement et de sa poursuite.
- Les situations où l'allaitement est contre-indiqué.

Il est souhaitable d'effectuer un survol rapide des informations portant sur l'anatomie et la physiologie de la lactation lorsqu'on s'adresse à du personnel qui ne prodigue pas de soins directs en allaitement.

Durée : 2 heures 30 minutes

Présentation des diapositives : Quelques notions de base en allaitement

5.1 L'allaitement, un geste universel

Malgré les différences culturelles de croyances et de styles de vie, l'allaitement se pratique dans le monde depuis toujours.

L'allaitement maternel est la suite naturelle et physiologique de la grossesse et de l'accouchement.

À la naissance, la mère et son nouveau-né ont besoin d'entrer en contact l'un avec l'autre et d'apprendre à se connaître. Lorsque le bébé est mis nu contre la peau de sa mère, il retrouve son homéostasie plus rapidement (température corporelle, rythme cardiaque, etc.). De plus, ce contact peau à peau lui permet de manifester un comportement instinctif dont l'aboutissement est la tétée précoce. Parmi les étapes à accomplir, le nouveau-né rampe de lui-même jusqu'au sein. Dans la majorité des cas, il tète spontanément sans assistance. Il suffit de lui laisser la possibilité et le temps d'accomplir ces gestes. Chaque bébé a son propre rythme.

5.2 Anatomie et physiologie de la lactation

La nature prépare la lactation tout au long de la vie, et plus particulièrement au cours de la grossesse, ce qui fait qu'à la naissance de son bébé, une mère est en mesure de lui fournir ce dont il a besoin.

À l'aide des illustrations, expliquez les caractéristiques de chacun de ces éléments.

Le mamelon : est constitué d'un tissu malléable qui s'étire pour épouser la forme de la bouche du bébé. Il contient une dizaine de pores par lesquels le lait s'écoule.

L'aréole : de par sa couleur foncée, elle servirait de repère visuel au bébé. Le bébé doit prendre une grande partie de l'aréole dans sa bouche afin d'avoir une prise adéquate du sein.

Les glandes de Montgomery : sécrètent une huile lubrifiante qui hydrate et nourrit la peau de l'aréole et du mamelon.

L'alvéole : unité sécrétrice à l'intérieur du sein, formée de deux rangées de cellules. Les cellules sécrétoires produisent le lait maternel sous l'effet de la prolactine. Celles-ci sont enveloppées par une rangée de cellules musculaires qui se contractent sous l'effet de l'ocytocine pour éjecter le lait dans la bouche du bébé (réflexe d'éjection du lait).

Les alvéoles sont regroupées en **lobules**, qui sont à leur tour regroupés en **lobes**. Chaque sein contient plusieurs lobes. Chaque lobe est relié au mamelon par un **canal lactifère**.

On a longtemps cru à la présence de sinus lactifères (élargissement des canaux lactifères à la hauteur de l'aréole). Des images produites par ultrasons ont démontré que cette structure n'existe pas (Ramsay, 2004).

Un réseau artériel, veineux et lymphatique assure l'alimentation, la défense et l'apport en oxygène de la structure du sein. Il assure également la transmission des nutriments essentiels à la fabrication du lait maternel.

Pendant la grossesse et l'allaitement, on observe une augmentation de l'apport sanguin dans le sein. Cet afflux est plus prononcé pendant la montée laiteuse, ce qui pourrait en grande partie expliquer l'engorgement qui accompagne cette période de la lactation.

Le tissu adipeux détermine la forme et la dimension du sein, et n'est pas relié à la capacité de produire et d'emmagasiner le lait.

Pendant la tétée, le bébé stimule les terminaisons nerveuses du mamelon et de l'aréole, ce qui envoie un influx nerveux vers le système hypothalamo-hypophysaire de la mère. Cette stimulation nerveuse entraîne la sécrétion de l'ocytocine et de la prolactine par l'hypophyse. La succion du mamelon et de l'aréole constitue donc un élément important du développement et du maintien de la lactation.

5.3 Les hormones de la lactation

La **progestérone** et les **œstrogènes** stimulent le développement de la glande mammaire (lobules, alvéoles, canaux), et ont un effet inhibiteur sur la production lactée pendant la grossesse. La chute de leurs concentrations plasmatiques après l'accouchement entraîne le déclenchement de la sécrétion de prolactine et ainsi, de la production lactée.

La **prolactine** a comme rôle la synthèse et la sécrétion du lait. Son mécanisme d'action entraîne la suppression de l'ovulation et l'aménorrhée pendant les premiers mois d'allaitement exclusif. Les variations quotidiennes du volume de lait sécrété ne dépendent pas de la concentration plasmatique de la prolactine mais plutôt de mécanismes au niveau du sein, tels la fréquence de stimulation des mamelons et la quantité de lait exprimée par le nourrisson.

L'**ocytocine** provoque le réflexe d'éjection du lait maternel. Voir ou entendre son bébé, ou encore penser à lui peut stimuler la libération de l'ocytocine, tandis qu'un stress physique ou psychologique important (ex. : une forte douleur ou une très grande émotion) ainsi que la consommation d'alcool ou de tabac peuvent l'inhiber. Une même tétée peut s'accompagner de plus d'un réflexe d'éjection, bien qu'ils ne soient pas nécessairement ressentis par la mère.

5.4 Développement de la glande mammaire et du processus de lactation

Le développement de la glande mammaire se poursuit depuis l'embryogénèse jusqu'à l'âge adulte. Durant la période d'embryogénèse, des mamelons surnuméraires peuvent se développer.

La lactogénèse

Processus par lequel la glande mammaire sécrète le lait maternel.

L'amorce de la lactogénèse

Vers le milieu de la grossesse, la glande mammaire commence à sécréter un liquide riche en sodium, en chlore, en immunoglobulines et en lactoferrine : c'est le colostrum. Certaines femmes en remarquent l'écoulement.

L'activation de la lactogénèse : la montée de lait

Après la naissance, l'expulsion du placenta provoque la chute de la progestérone et des œstrogènes, ce qui active la lactogénèse. Ce déclenchement n'est pas provoqué par la succion du bébé au sein mais bien par la chute hormonale, à condition que le placenta soit complètement expulsé.

Une importante augmentation de la production de lait se produit environ 36 à 72 heures suivant la naissance : c'est la « montée de lait ». La mère remarque alors une augmentation du volume de ses seins, accompagnée d'une sensation de chaleur et d'une sensibilité au toucher. La couleur du lait passe graduellement du jaune orangé au blanc.

Question	<i>Qu'est ce qui pourrait retarder la montée de lait?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La rétention de fragments placentaires</i> • <i>La césarienne d'urgence</i> • <i>Un stress important</i> • <i>Des ovaires polykystiques</i> • <i>Les analgésiques administrés pendant le travail</i> • <i>L'obésité</i> • <i>Le diabète de type 1</i> <p><i>(Riordan, 2005)</i></p>

La majorité des femmes, qu'elles allaitent ou non, ressentent une montée de lait. Chez les femmes qui n'allaitent pas (absence de stimulation des seins), la prolactine retourne à son niveau initial dans les deux semaines qui suivent l'accouchement, et ce, avec ou sans traitement pour supprimer la lactation. Les glandes mammaires cessent graduellement leur production de lait.

Ainsi, la stimulation produite par la succion du bébé et le drainage du sein sont primordiaux pour le *maintien* de la lactation. Le moment de la première tétée et la fréquence des tétées pendant les deux premiers jours comptent parmi les facteurs qui favorisent une production lactée adéquate. Il est donc important que le bébé puisse accéder au sein le plus tôt possible après sa naissance et qu'il tète fréquemment par la suite, afin de stimuler la production du lait.

5.5 Facteurs favorisant le maintien de la lactogénèse

Une fois la lactogénèse activée, généralement après quelques jours, c'est le drainage du sein qui détermine une production adéquate du lait. La fréquence et l'efficacité des tétées favorisent la stimulation optimale de la glande mammaire, ce qui assure le maintien de la lactation. Plus le sein est sollicité, plus sa production de lait est élevée. À l'inverse, une baisse de la stimulation des seins cause une diminution de la production lactée. La production lactée suit en fait le principe de l'offre et de la demande. Ce principe est important et doit être compris par tous les intervenants en soutien à l'allaitement (et par la mère qui allaite).

Le bébé détermine le nombre et la fréquence des tétées en fonction de ses besoins. La mère reconnaît les signes qui indiquent que son bébé est prêt à téter et le met alors au sein.

Questions	<p><i>Comment expliqueriez-vous à une mère le principe de l'offre et de la demande?</i></p> <p><i>Comment lui expliqueriez-vous ce qui favorise la production lactée?</i></p>
------------------	---

5.5.1 Efficacité d'une tétée

Pour être efficace, la tétée doit permettre au bébé de soutirer tout le lait dont il a besoin. Pour ce faire, il doit prendre dans sa bouche le mamelon, et aussi une grande partie de l'aréole.

Signes qui démontrent l'efficacité d'une tétée :

- observation du bébé qui avale;
- observation d'une légère pause au moment de l'ouverture maximale de la bouche du bébé;
- élimination adéquate des selles et urines du bébé (expliquez leur nombre selon l'âge à l'aide du tableau « Allaiter votre bébé : Guide pour les mères qui allaitent » de l'annexe 2);
- gain de poids du bébé adéquat selon son âge;
- sensation de la mère que ses seins sont plus souples après la tétée.

5.5.2 Fréquence des tétées

La fréquence des tétées est déterminante pour augmenter et maintenir la production lactée. En d'autres termes, plus les seins sont sollicités, plus ils reçoivent le message de produire du lait. En deça de 6 mois, on s'attend à ce que le bébé tète au moins 8 à 12 fois par 24 heures.

Il n'existe pas de nombre maximal de tétées. Il est important que le bébé puisse en déterminer le nombre en fonction de ses besoins, et ceux-ci évoluent au fil de son développement. Tant qu'il sera tout petit, la mère allaitera le bébé au moment de ses éveils. Avec le temps et l'observation de son bébé, la mère apprendra à reconnaître les signes de faim de son bébé et le nourrira à ce moment pour répondre à ses besoins. C'est ce qu'on appelle l'allaitement à la demande.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer la fréquence et la durée des tétées, certains auteurs mentionnent la capacité de stockage du sein.

5.6 Spécificités du lait maternel

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selon vous, la composition des préparations pour nourrisson est-elle équivalente à celle du lait maternel?</i> • <i>Que diriez-vous à un ou une collègue qui croit qu'elles sont comparables?</i>
Réponses	<i>Voir les sections suivantes.</i>

Le lait maternel humain répond spécifiquement aux besoins du bébé humain. C'est d'ailleurs à partir de la composition du lait maternel que les scientifiques définissent les besoins du bébé par rapport à divers nutriments.

En plus de fournir tous les nutriments nécessaires au développement du nourrisson (glucides, lipides, protéines, vitamines et minéraux), le lait humain contient plusieurs composants non reproductibles en laboratoire, tels que des cellules vivantes, des enzymes, des facteurs de croissance, des hormones, des immunoglobulines, des agents anti-inflammatoires (dont des cytokines), antibactériens, antiparasitaires et antiviraux. Ces éléments protègent le bébé allaité contre les bactéries, les virus et d'autres agents pathogènes qui se trouvent dans son milieu de vie. L'activité protectrice de ces éléments peut se faire directement sur les muqueuses des micro-organismes au contact du lait maternel, ou indirectement en favorisant le développement optimal des fonctions immunitaires du bébé.

Les composants du lait maternel s'adaptent aux particularités du système digestif du nourrisson et résistent à l'acidité naturelle de ses sucs gastriques. De plus, leur action sur les micro-organismes se fait en l'absence de toute réaction inflammatoire susceptible d'endommager les tissus du nourrisson.

Même si les analyses biologiques du lait humain n'ont pas fini d'en identifier tous les constituants, on en connaît assez sur sa composition pour pouvoir reconnaître son aspect unique. À titre d'exemple :

- il est riche en lactose et en taurine, nutriments importants pour le développement du cerveau du bébé;
- il est beaucoup moins riche en protéines que le lait de la lapine, dont le bébé devra être rapidement en mesure de marcher et de courir;
- il est beaucoup moins riche en matières grasses que le lait de la lionne de mer ou de la baleine, dont les bébés devront s'envelopper rapidement d'une épaisse couche de graisse isolante;
- il contient du fer en quantité optimale qui répond aux besoins du nourrisson; ce fer se retrouve sous une forme active, très facilement assimilable. Le niveau d'absorption du fer est d'autant plus élevé que l'allaitement est exclusif. En effet, dès l'introduction d'autres aliments dans l'alimentation du nourrisson, le taux d'absorption du fer diminue.

Voici quelques précisions sur le lait maternel.

- La mère végétarienne pourrait produire un lait déficient en vitamine B12.
 - La vitamine B12 est essentielle au développement du système nerveux central du bébé.
 - Un suivi avec une diététiste est recommandé.
- Santé Canada (2004) recommande d'administrer un supplément de 400 UI de vitamine D par jour aux bébés allaités.
 - Raisons :
 - le lait maternel contient de petites quantités de vitamine D (de 15 UI à 40 UI par litre);
 - la source principale de vitamine D pour les humains est reliée à l'exposition de la peau aux rayons ultraviolets du soleil, et l'exposition des enfants canadiens aux rayons solaires est insuffisante, étant donné :
 - la situation géographique du Canada (latitude nordique, saisons),
 - l'utilisation d'écrans solaires (prévention du cancer de la peau).
 - une persistance des cas de rachitisme (déficience en vitamine D causant un ramollissement des os et des plaques de croissance) est observée chez des enfants vivant au Canada.

5.7 Évolution du volume et de la composition du lait pendant la lactation

Le volume, la composition et la texture du lait maternel varient en fonction de l'âge et des besoins particuliers du bébé. Ainsi, durant les premiers jours de post-partum, le lait passe du colostrum, qui est de couleur jaune orangé, de texture visqueuse et produit en petite quantité, au lait mature qui est de couleur blanc bleuté, de texture plus liquide et produit en quantité plus abondante. Ces variations sont associées à l'âge gestationnel du bébé, au stade de la lactation, à l'intensité de l'allaitement (fréquence et durée des tétées), à la qualité des tétées (prise du sein, transfert de lait au bébé), et aux caractéristiques individuelles de la mère et de l'enfant.

Environ 36 heures après la naissance, d'autres composants du lait mature apparaissent dans le lait, notamment le lactose, les protéines (surtout la caséine) et les lipides.

Si la mère accouche prématurément, son colostrum sera plus riche en immunoglobuline A sécrétoire (IgAs), en lysozyme, en lactoferrine, en macrophages, en lymphocytes et en neutrophiles, comparativement à la mère qui accouche à terme. Ainsi le prématuré, plus vulnérable, bénéficie d'une plus grande protection contre les infections. De plus, ses besoins en acides aminés seront comblés grâce aux concentrations plus élevées des neuf acides aminés essentiels à son développement, dont la taurine, la glycine, la leucine et la cystine. Le lait maternel du bébé prématuré sera également plus riche en protéines, en calories, en calcium et en phosphore. Le lait maternel peut nécessiter d'être fortifié dans le cas des grands prématurés.

La composition du lait maternel varie aussi au cours de la tétée. À titre d'exemple, sa concentration en lipides est plus élevée en fin de tétée.

La quantité de lait produite augmente rapidement pendant les premiers jours suivant la naissance. En effet, elle est inférieure à 100 ml (2 à 20 ml par tétée) dans les premières 24 heures, ce qui correspond à la capacité gastrique du nouveau-né. Vers le quatrième jour, elle augmente à environ 500 ml par 24 heures. Elle s'ajuste par la suite à la demande du bébé.

Le goût et l'odeur du lait maternel changent selon les aliments consommés par la mère. Ce phénomène semble avoir un effet positif sur l'acceptation ultérieure des aliments solides par le bébé allaité.

L'OMS a établi une classification pour les modes d'alimentation du nourrisson. Elle considère l'allaitement maternel comme étant le premier choix.

1^{er} choix = Excellence/norme = allaitement maternel au sein

2^e choix = Lait maternel donné à l'enfant autrement qu'au sein

3^e choix = Lait maternel d'une autre mère (provenant d'une banque de lait)

4^e choix = Préparations pour nourrisson

5.8 Conséquences et risques du non-allaitement

Comparativement aux bébés allaités, ceux qui reçoivent des préparations pour nourrisson, ainsi que leur mère, sont plus à risque de développer certaines maladies. Les risques du non-allaitement pour le développement de l'enfant, pour la famille et la société ont fait l'objet de nombreuses études. L'expression anglaise *dose-response* illustre le phénomène de risque accru relié au non-allaitement sur la santé du nourrisson. En effet, moins l'enfant reçoit de lait maternel, plus grand est son risque de développer certaines maladies et affections. D'où l'importance de suivre les recommandations mondiales en allaitement maternel, soit d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie et de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, après l'introduction des autres aliments appropriés.

Lorsque l'enfant n'est pas allaité, il se trouve à être nourri de produits incomplets, faits à partir de lait non humain et dont la composition ne s'adapte pas à ses besoins selon son âge. De par leur composition, ces produits présentent, entre autres, des déficiences en facteurs de croissance, en immunoglobulines, en hormones et en enzymes propres à l'être humain. De telles déficiences ne peuvent être sans conséquences. Aucun substitut n'est équivalent au lait maternel.

5.8.1 Risques du non-allaitement pour l'enfant

- Maladies infectieuses :
 - Infection gastro-intestinale
 - Otite moyenne aiguë
 - Infection grave des voies respiratoire inférieures (bronchite, pneumonie, etc.)
 - Entérocolite nécrosante (chez le bébé prématuré)
 - Dermatites atopiques(Ip, 2007)

- Maladies non infectieuses :
 - Asthme
 - Surplus de poids et obésité
 - Syndrome de mort subite du nourrisson
 - Diabète de types 1 et 2(IP, 2007)
 - Hypercholestérolémie
 - Leucémie
 - Maladie de Hodgkin
 - Lymphome(AAP, 2005)

Certaines formes de malocclusion dentaire seraient plus fréquentes chez les enfants non allaités.

- De plus, le bébé qui reçoit des préparations commerciales pour nourrisson est plus à risque de consommer un produit altéré ou contaminé :
 - Au cours de la fabrication :
 - Erreurs d'ingrédients (ex. carence en vitamines)
 - Erreurs de mesure
 - Erreurs d'étiquetage
 - Contamination chimique ou bactérienne (ex. : *Enterobacter sakazakii*, salmonelle)

Plusieurs rappels de préparations commerciales pour nourrisson se produisent chaque année. Par exemple, en 2006, la compagnie Ross a rappelé les produits « Similac Advance » et « Alimentum biberon prêt à servir », parce qu'ils ne contenaient pas suffisamment de vitamine C. Pour connaître les rappels des fabricants des préparations pour nourrisson, consulter le site Internet [www.naba-breastfeeding.org/images/Recalls.pdf].
 - Durant la préparation et la conservation du produit par une personne qui prend soin du bébé :
 - Erreur de dilution
 - Contamination
 - Mauvaise lecture des étiquettes (ex. : prêt-à-servir vs concentré, date de péremption)
 - Conservation d'un produit reconstitué à la température ambiante au-delà d'une heure

5.8.2 Risques du non-allaitement pour la mère

- Cancer du sein
- Cancer des ovaires
- Diabète de type 2
- Dépression post-partum (Ip, 2007)
- Hémorragie puerpérale
- Grossesses rapprochées (AAP, 2005)

Méthode MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) : l'allaitement maternel a un effet contraceptif, à condition que les trois conditions suivantes soient réunies :

- aucune menstruation ou perte sanguine après le 56^e jour suivant l'accouchement;
- allaitement exclusif à la demande, jour et nuit, d'un enfant de moins de 6 mois (l'enfant ne consomme aucun autre lait ou aliment);
- bébé ne dort pas plus de six heures consécutives.

Si l'une de ces trois conditions n'est pas présente, il est recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive efficace.

5.8.3 Conséquences du non-allaitement pour la famille et la société

Pour la famille :

- Dépenses engagées pour l'achat de préparations pour nourrisson, de biberons et autres accessoires reliés à ce type d'alimentation.

Question	<i>Selon vous, combien en coûte-t-il aux parents pour l'achat de préparations pour nourrisson, de biberons et autres accessoires reliés à ce type d'alimentation?</i>
Réponse	<i>Donnez la réponse à l'aide du tableau.</i>

Pour la société :

- Dépenses supplémentaires associées au coût des services de santé nécessaires pour soigner les bébés et les jeunes enfants malades.
 - Au Québec, en 1998, on a estimé que si 60 % des nourrissons avaient été allaités exclusivement durant trois mois (au lieu des 18 % qui l'étaient alors), cinq millions de dollars auraient pu être épargnés en soins de santé pour les trois principales maladies qui touchent les enfants pendant leur première année de vie (Guillemette et Badlissi, 2001).
- Augmentation de l'absentéisme au travail des parents pour cause de maladie des enfants.
- Augmentation de la quantité de déchets produits et enfouis dans l'environnement.

Question	<i>Selon vous, y a-t-il une différence entre: « Les bienfaits de l'allaitement » et « les risques du non-allaitement »?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'allaitement est la norme.</i> • <i>C'est la substitution du mode d'alimentation prévu par la nature qui nécessite d'être évaluée, à savoir si elle comporte ou non des risques pour la population.</i> • <i>L'expression « les bienfaits de l'allaitement » laisse sous-entendre que le lait maternel et les préparations pour nourrisson sont deux choix équivalents et que l'allaitement est plutôt un « boni ».</i> • <i>L'expression « les conséquences du non-allaitement » laisse sous-entendre que le choix autre que la norme comporte des risques.</i>

Questions	<p><i>Que répondriez-vous à un ou une collègue qui vous dit :</i></p> <p><i>« Vous faites sentir les mères mal à l'aise en leur disant qu'il y a des risques pour leur santé et celle de leur bébé si elles n'allaitent pas .»</i></p>
Réponses	<p><i>Le rôle des professionnels de la santé est de donner aux mères une information exacte et à jour sur l'allaitement maternel afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant. Leur rôle est ensuite de les soutenir dans leur décision, et ce, sans porter de jugement.</i></p> <p><i>L'information de plus en plus abondante sur les risques du non-allaitement entraîne inévitablement un certain sentiment de culpabilité chez les mères qui prennent la décision de ne pas allaiter.</i></p> <p><i>Les résultats de recherche s'appliquent à une échelle populationnelle. Il faut faire preuve de prudence quand on les applique à l'échelle de l'individu.</i></p> <p><i>Il peut être intéressant de faire l'analogie avec la culpabilité ressentie par les fumeurs, alors que les preuves scientifiques quant aux risques liés au tabagisme se multiplient.</i></p>

Pour en savoir davantage sur le processus de la lactation, sur la composition du lait maternel, les bienfaits de l'allaitement et les risques du non-allaitement, consulter le document suivant:

M. BEAUDRY, S. CHIASSON et L. LAUZIÈRE (2006). *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 570 p.

5.9 Situations où l'allaitement est contre-indiqué

Bien que l'allaitement maternel soit optimal pour la santé et le développement de l'enfant, il existe quelques rares situations où l'allaitement n'est pas recommandé pour l'enfant.

Selon le Comité québécois en allaitement (2006), ces conditions sont :

Chez l'enfant :

- Anomalies congénitales du métabolisme (ex. : galactosémie (le lactose du lait maternel est digéré en galactose et glucose), leucinose).

Chez la mère :

- Contre-indications absolues :
 - psychose;
 - VIH/sida, et qu'il est possible de donner au bébé une alimentation de substitution acceptable, pratique, financièrement abordable, sécuritaire et disponible à long terme;
 - consommation de médicaments contre-indiqués (ex. : antimétabolites);
 - utilisation de drogues illicites IV (ex. : héroïne);
 - utilisation régulière de drogues illicites par inhalation (ex. : cocaïne);
 - prise chronique d'alcool en grande quantité.
- Contre-indications temporaires :
 - lésions actives d'herpès sur un mamelon (elle ne peut allaiter de ce sein jusqu'à disparition complète des lésions);
 - consommation, pendant une courte période, de substances et de médicaments radioactifs contre-indiqués pendant l'allaitement;
 - utilisation occasionnelle de drogues illicites par voie orale ou par inhalation (étude au cas par cas nécessaire);
 - consommation d'alcool en grande quantité de façon ponctuelle.

Références

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2005). « Breastfeeding and the Use of Human Milk - Policy statement », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2, p. 496-506.
- AUERBACH, K.G., J. RIORDAN (1998). « Breastfeeding and Human Lactation », Canada, Jones & Bartlett (2e éd.), 874 p.
- BEAUDRY, M., S. CHIASSON, J. LAUZIÈRE (2006). « Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste », Québec, Presses de l'Université du Québec, 570 p.
- BUSINCO, L., G. BRUNO, P.G. GIAMPIETRO (1999). « Prevention and management of food allergy », *Acta Paediatrica*, vol. 88, suppl. 430, p. 104-109.
- COX, D.B., et autres (1999). « Breast growth and the urinary excretion of lactose during human pregnancy and early lactation: Endocrine relationship ». *Experimental Physiology*, vol. 84, n° 2, p. 421-434.
- GUILLEMETTE, A., D. BADLISSI (2001). « L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé », *Regard sur la santé publique lanadoise*, vol. 8, n° 1, p. 1-7
- IP, S., et autres (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment no. 153*, AHRQ Publications no. 07-E007. Rockville (MD), Agency for healthcare research and quality, 406 p. [En ligne].
[<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>]
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Breastfeeding promotion and support in a baby friendly hospital: A 20 hour course for maternity staff*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 237 p.
- PAQUET, G., et D. HAMEL (2003). *Conditions socioéconomiques et santé, section II - Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs* », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – de la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3. [En ligne].
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/175_InegalitesTout-Petits.pdf]
- RAMSAY, D.T., J.C. KENT, R.A. OWENS, P.E. HARTMANN (2004). « Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women », *Pediatrics*, vol. 113, n° 2, p. 361-367.
- RIORDAN, J. (2005). « Breastfeeding and human lactation » (3e éd.), Canada, Jones & Bartlett, 819 p.
- WALKER, M. (2006). « Breastfeeding management for the clinician: using the evidence ». Canada, Jones & Bartlett, 496 p.
- ZIEGLER, R.S. (1999). « Prevention of food allergy in infants and children », *Immunology & Allergy Clinician of North America*, vol. 19, n° 3, p. 619-646.

Chapitre 6 La communication aidante en allaitement

Objectifs visés :

Au terme de cette section, les participants :

- seront en mesure de résumer les éléments essentiels à l'établissement et au maintien d'une communication aidante que sont l'écoute, le respect, le non-verbal, l'apprentissage et la construction de la confiance;
- auront expérimenté ces principes dans le contexte de mises en situation propres à l'allaitement.

Durée : 1 heure 30 minutes

Présentation des diapositives : La communication aidante

Précisez aux participants que cette section ne vise pas à introduire de nouveaux concepts de communication aidante. Il s'agit simplement de sensibiliser les participants à leur application en contexte de soutien auprès de la femme enceinte ou qui allaite.

6.1 Notions de communication aidante

6.1.1 Situer le discours sur l'allaitement

Processus indispensable à l'établissement de relations avec autrui, la communication implique un émetteur et un récepteur, autrement dit, une personne qui parle et une autre qui écoute.

Lorsque j'écoute, je suis attentif à l'autre. J'entends les mots et je perçois le non-verbal. J'interprète ces informations, je leur donne un sens à partir de ce qui fait du sens pour moi (mes valeurs, mes croyances, mes expériences antérieures et ce qu'elles suscitent en moi). En matière de capacité d'écoute et d'ouverture à l'autre, chaque personne est différente.

Lorsque je parle, j'exprime une idée ou un sentiment au moyen des mots, je m'ouvre à l'autre. Je lui expose mes croyances, mes connaissances, mes valeurs, mes sentiments, ainsi que ma conception et mon interprétation des choses. Mon non-verbal en révèle tout autant que mes paroles sur ce que je suis et ce que je ressens.

L'intervenant est constamment en mode écoute et parlé (peut être plus souvent en mode parlé).

En tant qu'intervenant, on a le réflexe d'identifier un problème ou de poser rapidement un diagnostic, pour ensuite concentrer ses énergies et ses efforts à le régler, puis à amorcer un traitement en vue de la guérison.

La communication aidante implique une bonne dose d'écoute et d'ouverture à l'autre. Cela signifie de respecter la femme enceinte ou qui allaite, son conjoint et son entourage dans ce qu'ils sont, dans ce qu'ils disent et dans ce qu'ils vivent. Cela signifie aussi de respecter leurs valeurs, leurs croyances et leur culture sans être directif à leur égard.

En contexte de communication aidante, l'intervenant est dans une relation de professionnel à mère, c'est-à-dire au niveau du 3^e tiroir. Il ne s'adresse ni à un ami ni à un collègue.

Voir le texte et le schéma sur les trois tiroirs.

6.1.2 Écouter pour mieux comprendre

L'écoute implique la création d'un environnement propice à l'expression du vécu de l'autre. Voici des exemples de comportements verbaux et non verbaux qui facilitent l'écoute.

1. S'asseoir à la même hauteur que la personne.
2. Supprimer toute barrière physique entre les deux personnes (bureau, table, papiers sur ses genoux).
3. Porter attention à la personne, lui montrer qu'on l'écoute par des attitudes et gestes comme : lui sourire, la regarder, acquiescer à ses paroles.
4. Prendre le temps d'écouter la personne sans la bousculer ni regarder sa montre.
5. Toucher de manière appropriée. L'autre personne doit avoir pu démontrer, préalablement, qu'elle accepte d'être touchée. Par exemple, il faut demander la permission avant de toucher le sein d'une cliente.

Démonstration 1

Demandez à un participant d'expérimenter avec vous la situation suivante.

Le participant joue le rôle d'une mère. Cette mère est assise et tient son bébé dans une position d'allaitement.

Vous jouez le rôle de l'intervenant. Vous répétez la phrase : « Bonjour! Comment se déroule l'allaitement? » en prenant différentes attitudes non verbales (debout devant elle, assis à côté d'elle, assis devant elle, des papiers sur vos genoux, assis devant elle avec une table qui vous sépare, parler en regardant votre montre, parler en la touchant, etc.).

Discutez sur comment le non-verbal peut faire la différence. Demandez à la personne qui joue le rôle de la mère comment elle s'est sentie dans chaque cas. Demandez aux participants observateurs ce qu'ils ont appris.

6.1.3 Recourir à des questions ouvertes

Lorsque nous voulons en savoir davantage sur une situation, nous questionnons la personne. Nous n'avons pas besoin de poser plusieurs questions lorsque nous les formulons de manière ouverte, de façon à recevoir le maximum d'informations.

Les questions ouvertes débutent habituellement par : *comment, qu'est-ce que, quand, où, pourquoi*.
Exemple : Comment allaitez-vous votre enfant?

Quant aux questions fermées, on peut y répondre par oui ou par non. Elles débutent généralement par : *avez-vous, y a-t-il, est-ce que*. Comme le terme l'indique, elles ferment la porte à de plus amples informations. Dans certains cas, elles suggèrent même la réponse.

Démonstration 2

Demandez à un autre participant d'expérimenter avec vous la situation suivante.

Le participant joue le rôle d'une mère. Cette mère est assise et tient son bébé dans une position d'allaitement. Vous jouez le rôle de l'intervenant.

Intervenant : Bonjour! Est-ce que vous allez bien aujourd'hui?

Mère : Oui, nous allons bien.

Intervenant : Avez-vous des difficultés quelconques aujourd'hui?

Mère : Non, ça va bien.

Intervenant : Est-ce que le bébé boit souvent?

Mère : Oui.

Question	<i>Que remarquez-vous?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>L'intervenant a utilisé des questions fermées.</i>• <i>Il a obtenu peu d'informations.</i>• <i>Il est difficile de poursuivre la conversation.</i>

Démonstration d'une autre façon d'aborder la situation 2

Interchangez les rôles avec le même participant. Il joue cette fois le rôle de l'intervenant.

Intervenant : Bonjour! Comment allez-vous aujourd'hui?

Mère : Nous allons bien.

Intervenant : Expliquez-moi comment vous nourrissez votre bébé.

Mère : Je l'allaite souvent et je lui donne un biberon la nuit.

Intervenant : Pouvez-vous m'en parler davantage? Par exemple, pouvez-vous me dire ce que signifie souvent?

Mère : Je l'allaite en moyenne aux deux heures.

Intervenant : Vous l'allaitez en moyenne aux deux heures. Expliquez-moi comment ça se passe la nuit.

Mère : Mon bébé se réveille plusieurs fois et j'ai l'impression que je n'ai pas assez de lait. Je lui donne donc un biberon afin qu'il puisse se rendormir.

Question	<i>Qu'est-ce qui différencie cette deuxième présentation de la première?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"><i>• L'intervenant a eu recours à des questions ouvertes.</i><i>• Cela lui a permis d'obtenir plus d'informations et de mieux comprendre la situation vécue par la mère.</i><i>• L'intervention risque d'être plus appropriée puisque l'intervenant connaît mieux la situation vécue par la mère.</i>

6.1.4 Manifester de l'intérêt

Il est important d'encourager la mère à parler, de lui manifester de l'intérêt et de lui montrer notre compréhension de ses propos.

Question	<i>Comment peut-on démontrer à une personne qu'on est attentif à elle?</i>
Réponses	<i>On la regarde, on lui sourit, on fait des signes de tête en disant « Oui » ou « Hum! Hum! ». On reformule dans nos mots ce qu'elle vient de dire, on lui demande de poursuivre ou d'en dire davantage.</i>

6.1.5 Montrer de l'empathie

On montre de l'empathie envers la mère lorsqu'on tente de comprendre la situation à partir de son point de vue. On fait preuve de sympathie envers elle lorsqu'on regarde la situation à partir de notre point de vue. On aura compris qu'il y a toute une différence entre manifester de l'empathie et manifester de la sympathie.

Démonstration 3

Demandez à un autre participant d'expérimenter avec vous la situation suivante.

Le participant joue le rôle de la mère de la même manière qu'à la situation précédente. Vous jouez le rôle de l'intervenant.

Intervenant : Bonjour! Comment allez-vous aujourd'hui?

Mère : Depuis deux jours, mon bébé ne tète pas bien et je ne sais pas quoi faire.

Intervenant : Je comprends comment vous vous sentez. Quand mon bébé ne tétait pas bien, je me sentais très démunie, comme vous vous sentez présentement.

Mère : Ah! oui! Et que faisiez-vous lorsque votre bébé ne tétait pas bien?

Question	<i>Quelle était l'attitude de l'intervenant?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"><i>L'intervenant a manifesté de la sympathie plutôt que de l'empathie puisque l'attention n'était pas centrée sur ce que vivait la mère.</i><i>Le « centre » a été transféré de la mère à l'intervenant en regard de la même situation vécue par l'intervenant.</i>

Démonstration d'une autre façon d'aborder la situation

Interchangez les rôles avec le même participant. Il joue cette fois le rôle de l'intervenant.

Intervenant : Bonjour! Comment allez-vous aujourd'hui?

Mère : Depuis deux jours, mon bébé ne tète pas bien et je ne sais pas quoi faire.

Intervenant : Vous êtes préoccupée par le fait que votre bébé ne tète pas bien.

Mère : Oui. Cela m'inquiète car j'ai peur qu'il tombe malade s'il ne boit pas assez.

Question	<i>Quelle était l'attitude de l'intervenant?</i>
Réponse	<i>Il faisait preuve d'empathie et cela lui a permis de connaître les préoccupations de la mère.</i>

6.1.6 Renforcer la confiance de la mère

Il est important de favoriser la confiance de la mère en sa capacité d'allaiter. En effet, cette confiance lui permet de poursuivre l'allaitement et de faire face plus facilement aux pressions de son entourage.

Ainsi, l'intervenant peut reconnaître et approuver ce que la mère et son enfant accomplissent en allaitement. À titre d'exemple, il peut la féliciter quand celle-ci attend que le bébé ouvre grand la bouche avant de le mettre au sein. De plus, les mots utilisés par l'intervenant peuvent l'aider à se sentir compétente dans son rôle.

Il est important que l'intervenant accepte ce que la mère pense et ressent, sans approbation ni désapprobation, et sans jugement. Lorsque les propos de la mère sont non fondés, l'intervenant doit néanmoins les accepter dans un premier temps, pour les corriger ultérieurement au moment opportun. Le lien de confiance entre les deux est ainsi facilité et l'intervenant se trouve alors en meilleure position pour poursuivre l'intervention.

Démonstration 4A

Demandez à un autre participant d'expérimenter avec vous la situation suivante. Le participant joue le rôle de la mère.

Mère : Je donne à mon bébé un biberon de lait chaque soir parce que je n'ai pas assez de lait pour lui.

Intervenant : Je suis certain que vous avez assez de lait pour votre bébé. Votre bébé n'a pas besoin de biberon le soir.

Question	<i>L'intervenant a-t-il considéré ce que ressent la mère?</i>
Réponse	<i>Non, il a plutôt ignoré les sentiments de la mère et exprimé son désaccord. Il a voulu lui transmettre ses connaissances mais il l'a fait de manière inappropriée.</i>

Autre démonstration 4B

Avec l'aide du même participant, procédez à cette autre démonstration. Le participant joue le rôle de la mère.

Mère : Je donne à mon bébé un biberon de lait chaque soir parce que je n'ai pas assez de lait pour lui.

Intervenant : En effet, un biberon de lait donné le soir semble apaiser certains bébés.

Question	<i>L'intervenant a-t-il considéré ce que ressent la mère?</i>
Réponse	<i>Il entend ce que dit la mère mais il lui donne une réponse ne permettant pas de travailler sur la situation.</i>

Autre démonstration 4C

Avec l'aide du même participant, procédez à cette autre démonstration. Cette fois, le participant joue le rôle de l'intervenant.

Mère : Je donne à mon bébé un biberon de lait chaque soir parce que je n'ai pas assez de lait pour lui.

Intervenant : Je vois. Vous pensez que vous n'avez pas assez de lait maternel pendant la soirée.

Question	<i>L'intervenant a-t-il considéré ce que ressent la mère?</i>
Réponse	<i>Oui, l'intervenant accepte et reconnaît ce que dit la mère sans toutefois acquiescer ou désapprouver. Cela indique à la mère qu'elle est écoutée et l'incite à poursuivre la discussion.</i>

6.1.7 Transmettre de l'information

Offrir de l'information à la mère en fonction de son besoin d'apprentissage du moment.

Éviter les mots associés à un jugement tels que « bon », « mauvais », « correct », « incorrect », « assez », « peu », « adéquatement », « problème ». Ces mots peuvent donner à la mère l'impression qu'il y a une norme à atteindre ou que son bébé ne se comporte pas normalement. Voici des exemples : « Est-ce que vous tenez bien le bébé? », « Est-ce que votre bébé tète correctement? ».

Porter attention aux mots utilisés. Il est préférable que le langage soit limité à l'essentiel et qu'il soit simple, compréhensible et adapté à la situation.

Voici des expressions à éviter puisqu'elles comportent un jugement, parfois erroné : « C'est un bon bébé », « Bébé est fâché », « Il a la bouche trop petite », « Il ne veut pas ».

Voici un exemple d'information inappropriée couramment entendue : « Il faut laisser le bébé vider le premier sein avant de lui donner l'autre ». Une telle phrase peut amener la mère à se poser des questions : un sein n'est pas un biberon, est-ce qu'on peut vider un sein? et si oui, comment savoir quand il est vide?

Lorsque nous parlons d'allaitement, nous avons tendance à dire que c'est « ce qu'il y a de meilleur », « ce qu'il y a de mieux », « l'idéal », etc. Ces propos donnent l'impression que l'alimentation au biberon est la norme et que l'allaitement maternel est un « boni ». Un tel discours peut, à notre insu, positionner l'allaitement comme étant un idéal à atteindre. Toutefois, lorsque l'allaitement est considéré comme étant la norme, les autres modes d'alimentation se trouvent alors replacés à ce qu'ils sont, soit des substituts à utiliser lorsque c'est nécessaire.

Vous pouvez ici faire un retour sur la question posée précédemment :

Y a-t-il une différence entre « les bienfaits de l'allaitement » et « les risques du non-allaitement »?

6.1.8 Accompagner et suggérer vs conseiller

Lorsqu'un intervenant accompagne une mère et lui fait des suggestions, il lui démontre qu'il lui reconnaît son droit et sa capacité à faire des choix adaptés à sa situation. Il est important de favoriser la prise de décision éclairée de la mère. L'intervenant doit alors expliquer les avantages et les conséquences potentielles pour chacune des suggestions. Par contre, lorsqu'il lui donne des conseils directifs, il lui impose une solution qui peut ne pas lui convenir; il ignore sa réalité et l'empêche d'exercer son droit à l'autonomie.

Le rôle de l'intervenant dans l'accompagnement et l'éducation à la santé ne devrait jamais être incohérent avec les recommandations en vigueur.

6.1.9 Assurer le soutien et le suivi de la mère

À la suite d'une intervention, la mère peut avoir davantage de questions ou vivre des défis particuliers. Il est alors primordial qu'elle sache vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Selon la situation, il peut s'agir d'un membre de son entourage, d'un professionnel ou d'un groupe de soutien à l'allaitement.

Le rôle de l'intervenant peut être :

- de permettre à la mère d'exprimer ses questions et ses préoccupations;
- d'aider la mère à trouver les ressources selon ses besoins;
- de protéger l'allaitement en agissant avec diligence en cas de situation particulière, afin d'éviter le découragement et le sentiment d'impuissance que peuvent ressentir la mère et son entourage;
- de réévaluer la situation en vue d'orienter ses interventions;
- de démontrer une disponibilité pour le reste du suivi avec la mère.

En définitive, pour communiquer de façon aidante avec une mère, il est recommandé :

1. d'écouter pour mieux comprendre :
 - recourir à des questions ouvertes,
 - manifester de l'intérêt et de la compréhension,
 - démontrer de l'empathie;
2. de renforcer la confiance de la mère :
 - accepter ce que la mère pense et ressent (ce qui ne veut pas dire qu'on soit d'accord),
 - utiliser le renforcement positif,
 - offrir de l'aide selon les besoins,
 - porter une attention particulière à notre langage (verbal et non verbal),
 - accompagner et suggérer plutôt que conseiller;
3. d'assurer le suivi et le soutien de la mère.

6.2 Activité d'intégration des notions de communication aidante

Le formateur invite un participant pour chacune des démonstrations de communication non aidante présentées ci-dessous. À la suite de chacun des jeux de rôle, il fait un retour avec le groupe. Cette activité peut aussi être animée sous forme d'ateliers en divisant les participants en petits groupes de trois ou quatre personnes et en demandant à chaque groupe d'expérimenter au moins deux des situations proposées.

Les suggestions de réponse indiquées entre parenthèses dans les jeux de rôles suivants ne sont que des exemples.

Recourir à des questions ouvertes.

Le formateur joue le rôle de l'intervenant.

Reformulez chaque question fermée en question ouverte

1. *Allaitez-vous votre bébé? (Comment nourrissez-vous votre bébé?)*
2. *Votre bébé boit-il souvent? (Combien de fois par jour votre bébé boit-il?)*
3. *Avez-vous des problèmes d'allaitement? (Comment l'allaitement se déroule-t-il?)*

Démontrer de l'empathie.

Le formateur joue le rôle de la mère et le participant celui de l'intervenant.

Pour chacune des déclarations faites par la mère, formulez une réponse qui démontre votre empathie et votre compréhension de ce qu'elle ressent.

1. *J'ai allaité mon bébé toute la nuit et je suis crevée. (Vous semblez très fatiguée.)*
2. *Mon lait est clair, il ne semble pas très nourrissant. (La qualité de votre lait vous inquiète?)*
3. *Lorsque mon bébé réclame le sein, je le laisse pleurer un peu. Je veux qu'il apprenne à attendre. (Vous souhaitez que votre bébé apprenne à attendre?)*

Éviter les mots associés à un jugement.

Le formateur joue le rôle de l'intervenant.

Reformulez chaque question sous forme de question ouverte, en éliminant le mot qui porte un jugement.

1. *Est-ce que votre bébé tète bien? (Comment votre bébé se nourrit-il?)*
2. *Est-ce que votre bébé prend bien du poids? (Comment votre bébé grossit-il?)*
3. *Est-ce que votre bébé pleure beaucoup la nuit? (Comment votre bébé se comporte-t-il la nuit?)*

Accepter ce que la mère pense.

Le formateur joue le rôle de la mère et le participant, celui de l'intervenant.

Pour chacune des déclarations faites par la mère, formulez une réponse qui démontre votre acceptation de ce qu'elle pense.

- 1. En plus d'allaiter mon bébé, je lui donne de l'eau lorsqu'il fait chaud.*
- 2. Le lait des premiers jours est mauvais pour mon bébé.*
- 3. Mon lait n'est pas suffisant pour mon bébé. Je lui donne également des suppléments (préparations commerciales pour nourrisson).*

Suggérer plutôt que conseiller.**Reformulez les énoncés sous forme de suggestions.**

Le formateur joue le rôle de l'intervenant.

- 1. Ne donnez pas d'eau à votre bébé. (Avez-vous pensé à ne donner que votre lait?)*
- 2. Tenez votre bébé collé contre vous. De cette manière, il prendra plus que le bout du mamelon dans sa bouche. (Pourriez-vous tenir votre bébé collé contre vous? De cette manière, il prendra plus que le bout du mamelon dans sa bouche.)*
- 3. Nourrissez-le plus souvent. Vous pourrez ainsi augmenter votre production de lait. (Croyez-vous que vous pourriez nourrir votre bébé plus souvent? De cette manière, votre production de lait augmenterait.)*
- 4. Ne donnez pas d'autres aliments à votre bébé avant qu'il n'ait atteint l'âge de 6 mois. (La plupart des bébés n'ont besoin que du lait maternel, comme aliment, pendant les six premiers mois.)*

Lectures complémentaires suggérées

Pour en savoir davantage sur la portée du langage utilisé lorsqu'on parle d'allaitement maternel, voir, en particulier : WIESSINGER, D. (1996). « Watch your language », *Journal of Human Lactation*, vol. 12, n° 1, p. 1-4. Une traduction française de cet article est diffusée à l'adresse Internet suivante : [\[www.geocities.com/macbump/wyl.htm\]](http://www.geocities.com/macbump/wyl.htm).

Références

DENNIS, C.L., E. HODNETT, R. GALLOP et B. CHALMERS (2002). « The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 1, p. 21-28.

GROULX S., et P. CHAPUIS (2004). « Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing ». [En ligne]. [www.rrsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Pratiques_cliniques_preventives/dsp_pub_changer_comportements_marketing.pdf].

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

MORROW, A.L. et autres (1999). « Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial », *The Lancet*, vol. 353, n° 9160, p. 1226-1231.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Breastfeeding Promotion and Support in a Baby friendly hospital. A 20 Hour Course for Maternity Staff*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 237 p.

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

WIESSINGER, D. (1996). « Watch your language », *Journal of Human Lactation*, vol. 12, n° 1, p. 1-4.

Chapitre 7 L'implantation de l'Initiative des amis des bébés

Objectifs visés :

Au terme de cette section, les participants seront en mesure d'expliquer à une ou à un collègue comment l'instauration de chacune des conditions pour le succès de l'allaitement, dans leur établissement, contribue à protéger, soutenir et encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement.

Ils pourront démontrer de quelle manière ils peuvent contribuer à instaurer chacune de ces conditions dans leur établissement.

Durée : 4 heures 30 minutes

Présentation des diapositives : L'implantation de l'Initiative des amis des bébés, Conditions 1, 2, 3, 4, 5 et Étapes 1, 2, 3, 4

Les conditions pourraient être discutées dans n'importe quel ordre, selon le groupe. Les conditions qui ont été jugées comme étant les plus faciles à implanter pourraient être discutées en premier. Elles sont ici présentées dans l'ordre.

Objectifs particuliers prévus pour chacune des étapes/conditions

Étapes/conditions	Objectifs
Condition 1 / Étape 1	Expliquer ce qu'est une politique d'allaitement et son importance
Condition 2 / Étape 2	Expliquer l'importance d'une formation sur l'allaitement qui s'adresse à l'ensemble du personnel
Condition 3 / Étape 3	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les besoins en information et en soutien de la femme enceinte en matière d'allaitement • Démontrer de quelle manière les intervenants peuvent informer et soutenir la femme enceinte et son conjoint dans la prise d'une décision éclairée et dans la pratique de l'allaitement
Conditions 4, 5, 7, 8 et 9 / Étape 4	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer, en ses propres mots, les comportements instinctifs du nouveau-né • Expliquer de quelle manière les intervenants peuvent permettre au nouveau-né d'effectuer sa séquence complète, de la reptation jusqu'au sein* • Expliquer le contact peau à peau de même que ses bienfaits. • Aider une mère à faire le peau à peau* • Expliquer à la mère les signes montrant que le nouveau-né est prêt à téter* • Soutenir la mère dans la mise au sein et être en mesure d'en faire la démonstration* • Expliquer les principales positions d'allaitement et en faire la démonstration* • Expliquer la technique d'expression manuelle du lait maternel et en faire la démonstration* • Expliquer comment conserver le lait maternel* • Expliquer l'importance de laisser la mère avec son bébé 24 heures sur 24 pendant le séjour hospitalier • Expliquer de quelle manière les pratiques de soins doivent préserver la proximité mère-enfant* • Aborder avec les parents les précautions à prendre lorsqu'un adulte désire dormir avec un bébé* • Expliquer l'importance de l'allaitement à la demande et le principe de l'offre et de la demande • Expliquer l'importance de ne pas donner de tétine aux enfants nourris au sein • Discuter avec les parents des méthodes alternatives à la suce pour satisfaire le besoin de réconfort du bébé • Expliquer, en ses propres mots, les signes démontrant que le bébé boit suffisamment*
Condition 6 / Étape 5	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'importance de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, et de la poursuite de l'allaitement avec l'introduction d'aliments complémentaires après 6 mois • Énumérer les indications médicales pour donner un supplément au bébé allaité* • Démontrer l'utilisation des dispositifs d'aide à la lactation (DAL) et des méthodes alternatives pour offrir des suppléments*

Étapes/conditions	Objectifs
Étape 6	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer comment offrir une ambiance accueillante aux familles de bébés allaités
Condition 10 / Étape 7	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer les ressources de soutien en allaitement (groupes communautaires et ressources professionnelles) et expliquer comment y diriger les mères

* Attendu des intervenants donnant des soins directs en allaitement.

Il est important de savoir que l'implantation, dans un établissement de santé, des dix conditions ou des sept étapes de l'Initiative des amis des bébés, est associée à une augmentation des taux d'allaitement dans cet établissement (Philipp, 2001).

Dans le cas d'une mère qui n'allait pas, le participant sera en mesure :

- de l'aider, sur une base individuelle, à choisir un substitut au lait maternel acceptable, utilisable, abordable, renouvelable et sécuritaire*;
- de lui expliquer de quelle façon elle doit préparer et conserver la préparation pour nourrisson;
- de la conseiller sur le portage et le contact peau à peau, afin de s'assurer de la dimension du contact mère-enfant qui va au-delà de l'alimentation.

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

Question	<i>Pourquoi est-il important pour un établissement de se doter d'une politique d'allaitement?</i>
-----------------	---

Une politique d'établissement au sujet de l'allaitement maternel expose la vision de la direction en matière d'allaitement et indique les orientations qu'elle compte prendre. La politique prévoit également des mécanismes de suivi. Elle est utile pour informer la clientèle et soutenir les actions mises en place dans l'établissement. La politique d'allaitement maternel sert en quelque sorte de standard de qualité que le personnel et les bénévoles sont tenus de respecter.

La politique sur l'allaitement maternel doit indiquer clairement que l'établissement respecte l'Initiative des amis des bébés et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Elle doit également indiquer ce qui est mis à la disposition du personnel, des stagiaires et des bénévoles qui allaitent pour faciliter l'allaitement (temps, espace et matériel).

<i>Spécifier aux participants que la décision de respecter ou non la politique ne se prend pas sur une base personnelle. Il s'agit d'une décision d'établissement à laquelle les intervenants doivent adhérer. Ils doivent collaborer à la réalisation de la politique dans le contexte de leurs fonctions. Faire référence au 2^e tiroir.</i>
--

Tout établissement qui souhaite devenir « Ami des bébés » doit se doter d'une telle politique. Celle-ci doit être adoptée par le conseil d'administration de l'établissement. Elle doit aussi être présentée à l'ensemble du personnel et des bénévoles pour la faire connaître et la faire respecter, selon le rôle de chacun. De plus, l'établissement doit se doter d'un mécanisme permettant à tout nouvel employé de connaître cette politique.

Le résumé de la politique d'allaitement doit être affiché à plusieurs endroits dans l'établissement afin que celle-ci soit connue des usagers.

Question	<i>Votre établissement s'est-il doté d'une politique sur l'allaitement maternel?</i>
<i>Le cas échéant, demandez aux participants de la décrire et discutez de ce qui est attendu de la part des intervenants par rapport à cette politique.</i>	

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

La formation outille les intervenants pour mettre en place les pratiques d'excellence qui constituent l'IAB, et ainsi favorise la prestation de soins aux mères et aux bébés qui satisfont aux normes de qualité reconnues à l'échelle internationale. La formation permet aussi aux intervenants d'augmenter leur confiance en leur habileté à intervenir adéquatement en allaitement maternel.

Plus les intervenants sont formés, plus les taux d'allaitement dans l'établissement sont élevés (Cattanéo, 2001). Plus particulièrement, la formation amène les intervenants à faire un counselling plus adéquat, ce qui contribue à augmenter les taux d'allaitement dans leur établissement (CAH/WHO).

Le programme provincial de formation de base en allaitement maternel est un des moyens permettant d'acquérir les compétences requises par la condition 2 de l'IAB.

Question	<i>Pourquoi est-il important que l'ensemble du personnel soit formé?</i>
Réponse	<i>La formation permet la mise en application des pratiques favorables à l'allaitement et l'élimination de celles qui y nuisent. Cela se traduit par la création d'un environnement favorable à l'allaitement et par une pratique cohérente dans l'établissement.</i>

Expliquez les compétences minimales attendues selon la catégorie d'intervenants (annexe 3).

7.3 Condition 3/Étape 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l’allaitement au sein et de sa pratique

Dans certaines cultures, les femmes enceintes vous diront toutes qu’elles allaiteront leur bébé. Dans les cultures qui soutiennent depuis peu l’allaitement et où des préparations pour nourrisson inondent le marché des produits pour bébé, les femmes enceintes perçoivent avoir le choix du mode d’alimentation de leur nourrisson, ce qui les met dans une situation de prise de décision.

La disponibilité des préparations pour nourrisson et la publicité qui en est faite auprès des professionnels de la santé et des femmes enceintes influencent non seulement la décision de celles-ci d’allaiter leur bébé, mais aussi leur degré de confiance par rapport à l’allaitement. D’autres facteurs doivent également être mentionnés :

- les opinions, les attitudes et les connaissances de l’entourage de la femme enceinte, notamment du conjoint, en matière d’allaitement maternel. Une opinion favorable du conjoint augmente significativement les probabilités d’allaitement (Dubois, 2000; OMS, 1999; Séguin, 1998);
- le soutien offert à la femme enceinte dans son processus décisionnel (OMS, 1999). On parle ici de l’information qu’elle reçoit, de la possibilité de voir d’autres femmes allaiter et du soutien émotif qu’elle reçoit (Séguin, 1998);
- l’information et les encouragements de la part des professionnels de la santé et des groupes de soutien à l’allaitement maternel (Sable, 1998; Séguin, 1998; Volpe, 2000; William, 1994);
- le tabagisme : les fumeuses sont moins enclines à allaiter leurs bébés que les non-fumeuses (Dubois, 2000; OMS, 1999).

En résumé, l’information et le soutien sont déterminants pour renforcer la confiance de la mère en sa capacité d’allaiter, ce qui favorise sa décision en faveur de l’allaitement.

Question	<i>À votre avis, quels sont les besoins en information et en soutien de la femme enceinte?</i>
-----------------	--

Pour accompagner une femme enceinte dans sa décision d’allaiter, l’intervenant (OMS, 2006) :

1. **Donne des informations exactes et à jour sur l’allaitement et les risques du non allaitement.** Il va de soi que l’intervenant devra s’abstenir d’émettre ses opinions personnelles. De plus, il est important de protéger les mères contre l’influence des messages publicitaires diffusés par les fabricants de préparations pour nourrisson. La femme enceinte a besoin de connaître :
 - l’importance de l’allaitement pour sa santé et celle son enfant (par exemple, on expliquera quelques-unes des spécificités du lait maternel) ainsi que les risques du non-allaitement;
 - les recommandations en matière d’allaitement (exclusif pendant les six premiers mois de vie, poursuite jusqu’à l’âge de 2 ans et au-delà).

2. **Informe la mère sur les conditions qui favorisent le succès de l'allaitement :**
 - contact peau à peau;
 - tétée précoce après la naissance;
 - bonne prise du sein;
 - tétées fréquentes;
 - allaitement exclusif;
 - cohabitation;
 - allaitement à la demande;
 - non-utilisation de tétine;
 - soutien de l'entourage.
3. **Recourt à une communication aidante et personnalisée dans la transmission de l'information.** Il importe que les échanges tiennent également compte de l'état de santé de la mère et de sa situation familiale, sociale et économique. Si la condition de la mère ne lui permet pas d'allaiter (ex. : VIH), l'intervenant devra s'assurer que celle-ci reçoit, sur une base individuelle, l'information nécessaire lui permettant de nourrir son enfant d'une façon sécuritaire.
4. **Aide la mère à développer sa confiance en sa capacité à allaiter exclusivement.**
5. **Aide la mère à déterminer les ressources pouvant lui offrir du soutien** afin qu'elle atteigne ses objectifs d'allaitement.
 - Soutien de l'entourage : proches comme le conjoint, les parents, les amies.
 - Soutien communautaire : groupes de soutien à l'allaitement (ex. : Ligue La Leche, groupe Nourri-Source, ...).
 - Soutien professionnel : professionnels de la santé (ex. : médecin, sage-femme, infirmière, consultante en allaitement, nutritionniste, pharmacien, ...).

La femme enceinte a besoin de sentir qu'elle peut atteindre ses objectifs d'allaitement. Ainsi, en plus de donner de l'information et du soutien, l'intervenant devra vérifier que les besoins de la future mère obtiennent une réponse adéquate.

La décision d'allaiter est souvent prise avant la grossesse; il importe donc que la population entende parler d'allaitement et voit des femmes allaiter. Le plaisir qu'a une mère à allaiter est le meilleur message publicitaire de l'allaitement.

La femme enceinte qui prend la décision de ne pas allaiter après avoir reçu toute l'information nécessaire doit recevoir, sur une base individuelle, l'information et le soutien lui permettant de choisir et d'utiliser une méthode alternative pour nourrir son bébé.

Aborder l'allaitement est l'affaire de tous!

Question	<i>Qui peut aborder l'allaitement avec la femme enceinte?</i>
Réponse	<i>L'ensemble des intervenants.</i>

Tous les intervenants devraient aborder l'allaitement avec la femme enceinte et son conjoint. Ils peuvent le faire à plusieurs reprises, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe. La discussion avec la femme enceinte au sujet de l'allaitement pourrait s'articuler et se réaliser selon un plan d'intervention interdisciplinaire.

Question	<i>Quel est le meilleur moment pour parler d'allaitement avec la femme enceinte et son conjoint?</i>
Réponse	<i>Le plus tôt possible pendant la grossesse.</i>

Différentes occasions peuvent s'offrir à l'intervenant pour parler de l'allaitement à la femme enceinte. Ce pourrait être au cours des rencontres de groupe durant la grossesse, des visites prénatales, des prélèvements sanguins, des échographies, ou de la visite de l'unité des naissances.

Le matériel d'enseignement conçu et offert par les fabricants de préparations pour nourrisson ou d'autres produits associés ne doivent pas être utilisés.

Question	<i>Comment évaluer les besoins en information et en soutien de la femme enceinte en matière d'allaitement?</i>
Réponse	<i>Se référer au chapitre sur la communication aidante.</i>

Faire la démonstration suivante	
<i>Intervenant : Avez-vous l'intention d'allaiter?</i> <i>Femme enceinte : Non.</i>	
Question	<i>Croyez-vous que l'intervenant a abordé adéquatement le sujet de l'allaitement?</i>
Réponse	<i>Non, l'intervenant a eu recours à une question fermée qui ne permet pas d'aller plus loin dans la discussion ni de déterminer les besoins en information et en soutien de la femme enceinte.</i>
Question	<i>Donnez un exemple de question ouverte permettant d'aborder l'allaitement maternel.</i>
Réponse	<i>Que savez-vous de l'allaitement maternel?</i>

Selon la réponse donnée par la femme enceinte, l'intervenant aura la possibilité de renforcer la décision d'allaiter de celle-ci, de discuter de certaines de ses barrières par rapport à l'allaitement ou de discuter des problèmes d'allaitement qu'elle a éprouvés antérieurement.

7.3.1 Le modèle de Prochaska

C'est un outil qui permet d'adapter le soutien à la femme enceinte dans la prise de décision d'allaiter en fonction de son niveau de préparation quant à l'adoption de ce comportement. L'intervenant est ainsi habilité à reconnaître le niveau de motivation de la femme enceinte et à l'accompagner dans sa prise de décision d'une manière plus personnalisée et plus appropriée.

La prise de décision quant à l'allaitement se fait selon le rythme personnel de chaque femme, et ce, en fonction de cinq phases. Pour chacune de ces phases, l'intervenant adapte son approche. Ces éléments sont présentés dans le tableau ci-dessous.

5 phases	4 actions
Pré-réflexion	Discuter
Réflexion	Intervenir
Préparation	Négocier
Action	Offrir
Maintien	

La démarche est explicitée dans l'illustration de la page suivante.

Comment amener la personne à passer à l'étape suivante ?

Pré-réflexion (indifférence/ négation)	Réflexion (prise de conscience/)	Préparation (recherche du quoi, quand, comment)	Action (commence à allaiter, mais...)	Maintien (veut continuer, mais...)	Rechute (découragement)
↑ conviction	↑ conviction	↑ conviction ↑ confiance	↑ confiance	Maintenir confiance	Déculpabiliser
<ul style="list-style-type: none"> Personnaliser le problème (ex : le non-allaitement) Sensibiliser sur le plan émotif Faire prendre conscience des bienfaits de l'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> Explorer l'ambivalence Faire exprimer les objections Faciliter l'expression des avantages et des bénéfices de l'allaitement Souligner les bienfaits de l'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> Discuter des obstacles possibles L'aider à trouver des moyens pour surmonter les obstacles Discuter des objectifs, des stratégies et des étapes de son plan Proposer des moyens efficaces, accessibles et acceptables pour elle 	<ul style="list-style-type: none"> Féliciter et féliciter! Renforcer sa confiance dans sa capacité d'allaiter Anticiper et prévenir les problèmes Négocier des solutions réalistes Offrir soutien, suivi et ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Féliciter Insister sur ses succès Difficultés/solutions trouvées Anticiper les obstacles et réviser les objectifs Rappeler les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Féliciter Déculpabiliser, dédramatiser Analyser les circonstances du sevrage Mettre à profit cette expérience Re-lactation ?

ÉLABORER, METTRE EN PRATIQUE ET
MAINTENIR SON PLAN D'ACTION

VOTRE PATIENTE HÉSITE À ALLAITER?

Découvrez les motivations émotionnelles de votre cliente et mettez **ses** arguments en balance



- Auteurs : Céline Lafrenière et Stéphane Groulx, Médecins conseil
- Reproduction des textes autorisée avec mention de la source
- Édition 2006

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec

Direction de santé publique

7.3.2 Femmes enceintes demandant une attention particulière

Question	<i>Quelles sont les femmes enceintes qui pourraient avoir besoin de davantage d'information et de soutien?</i>
Réponses	<i>Les femmes qui :</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>n'ont jamais allaité</i>• <i>ont eu une expérience d'allaitement antérieure difficile ou de courte durée</i>• <i>sont isolées ou ont un faible soutien</i>• <i>ont subi une chirurgie mammaire ayant eu un effet négatif sur leur production lactée</i>• <i>souffrent d'une maladie chronique ou prennent des médicaments sur une base régulière</i>• <i>sont dépressives</i>• <i>ont leur grossesse à l'adolescence</i>• <i>ne désirent pas allaiter</i>• <i>consomment, sur une base régulière, de l'alcool, des drogues illicites ou du tabac</i>• <i>ont une grossesse multiple</i>• <i>prévoient être séparées de leur bébé</i>• <i>souhaitent allaiter un bébé adopté</i>• <i>sont porteuses du VIH</i>

L'évaluation des besoins de la femme enceinte permet à l'intervenant de voir s'il est en mesure d'y répondre ou s'il doit la diriger vers une autre ressource.

7.3.3 Préparation prénatale à l'allaitement

Question	<i>Y a-t-il une préparation prénatale des seins à l'allaitement?</i>
Réponse	<i>Non.</i>

Aucune préparation des seins n'est requise ni recommandée (Riordan, 2005). Une préparation prénatale pourrait dans certains cas avoir un effet dissuasif en faisant croire à la mère que ses seins ne sont pas faits pour allaiter. La meilleure préparation prénatale pour la femme enceinte qui désire allaiter repose sur les éléments suivants :

- des informations en réponse à ses besoins et à ses préoccupations par rapport à l'allaitement;
- le fait de voir d'autres femmes allaiter;
- le soutien de son entourage (y compris le soutien professionnel et communautaire);
- le développement de sa confiance en sa capacité d'allaiter.

7.3.4 Mise en situation : Informer et soutenir la femme enceinte

Demandez aux participants de former de petits groupes de discussion. Chaque groupe reçoit une mise en situation. Tout en utilisant les notions vues précédemment, les participants devront expliquer quelle serait la meilleure façon d'intervenir dans la situation qui leur est présentée.

Pour se guider, les participants peuvent utiliser la feuille aide-mémoire « Aborder l'allaitement avec une femme enceinte » présentée dans la section « Sessions pratiques ».

Durée : 30 minutes

Notions de base en allaitement :

- *Bienfaits de l'allaitement*
- *Risques du non-allaitement*
- *Spécificités du lait maternel*
- *Pratiques favorisant l'amorce de l'allaitement*

Besoins de la femme enceinte :

- *Recevoir de l'information exacte et à jour sur l'allaitement*
- *Avoir des suggestions qui tiennent compte de sa réalité*
- *Développer et renforcer sa confiance en elle*
- *Déterminer les ressources pouvant la soutenir*

Notions de communication aidante :

- *Écouter*
- *Recourir à des questions ouvertes*
- *Encourager la mère à parler, manifester son intérêt*
- *Accepter ce que la mère pense et ressent*
- *Faire du renforcement positif*
- *Informar en fonction des besoins de la mère*
- *Suggérer plutôt que conseiller*

Pour le choix des mises en situation, utilisez celles qui suivent ou inspirez-vous de situations vécues dans votre propre pratique.

Mises en situation de femmes enceintes :

- 1. Stéphanie attend des jumeaux. C'est la première fois que vous la rencontrez.*
- 2. Julie est porteuse du VIH.*
- 3. Manon ne se montre pas intéressée par vos informations.*
- 4. Marie-Hélène a lu sur l'allaitement, elle aimerait bien essayer mais elle n'est pas sûre de pouvoir le faire. Son conjoint aimerait bien participer aux soins en donnant le biberon, et ils ont déjà un ensemble-cadeau de biberons et tétines.*
- 5. Johanne attend son deuxième enfant. Elle n'a pas allaité le premier mais cette fois, elle envisage d'essayer.*

Terminez cette section par un retour en grand groupe.

Voici des exemples d'actions qui pourraient être faites par catégorie d'intervenants (à titre indicatif seulement).

Intervenants ne donnant pas de soins directs en allaitement

- *Adopter une attitude d'écoute intéressée et d'ouverture (attitudes vues précédemment dans la section « Communication aidante »), aborder l'allaitement avec toutes les femmes enceintes. Ne pas nuire à l'allaitement.*
- *Déterminer les besoins de la mère en matière d'information et de soutien.*
- *Informar de la recommandation sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, de la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà et de ses bienfaits.*
- *Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*
- *Orienter la mère vers les ressources en allaitement de l'établissement et de la communauté.*

Intervenants donnant des soins directs en allaitement

- *Aborder l'allaitement avec toutes les femmes enceintes. Il est recommandé d'aborder le sujet au cours d'une première rencontre de suivi de grossesse. Le sujet pourrait être également abordé avec les proches au cours d'une rencontre subséquente. Le soutien des proches (conjoint, mère, amie) constituant un facteur déterminant pour la réussite de l'allaitement, aborder la manière dont ils pourraient soutenir la mère qui allaite.*
- *Déterminer les besoins de la femme en matière d'information et de soutien. Recueillir des informations sur ses expériences antérieures d'allaitement. Les difficultés appréhendées pourront ainsi être discutées dans une optique préventive. L'examen des seins peut être effectué pour compléter l'évaluation dans le cadre d'un suivi de grossesse réalisé par le médecin ou la sage-femme. Il faut profiter de cette occasion pour expliquer que les seins se transforment en vue de produire le lait; on peut ainsi rassurer certaines femmes et renforcer leur confiance en leur capacité d'allaiter. Enfin, l'intervenant pourrait s'enquérir du soutien auquel la femme enceinte a accès et des moyens d'information dont elle dispose.*
- *Parler à la femme des ressources de la communauté qui peuvent la soutenir. On peut l'inviter à assister aux activités de ces ressources (ex. : rencontres de groupe, soutien téléphonique).*
- *Informar de la recommandation sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, de sa poursuite jusqu'à 2 ans et au-delà et de ses bienfaits.*
- *Discuter de la pratique de l'allaitement (positions, mise au sein, facteurs favorisant l'amorce de l'allaitement).*
- *Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*

Au terme de la grossesse, l'intervenant s'assurera que les besoins en information et en soutien de la femme enceinte, en ce qui concerne l'allaitement, sont satisfaits.

7.3.5 Interventions auprès de la femme enceinte qui a pris la décision de ne pas allaiter

Comme on l'a déjà mentionné, les mères qui ont pris la décision de ne pas allaiter leur bébé peuvent aussi profiter des conditions favorables à leur bien-être et des avantages que procure l'IAB.

Question	<i>Comment l'implantation de l'IAB peut-elle être favorable aux mères qui n'allaitent pas leur bébé?</i>
Réponses	<i>Ces mères peuvent bénéficier :</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>du contact peau à peau précoce;</i>• <i>de la cohabitation, de la proximité parents nouveau-nés;</i>• <i>de l'alimentation de leur bébé à la demande;</i>• <i>de l'enseignement personnalisé;</i>• <i>de l'orientation vers les ressources communautaires à la sortie de la maternité.</i>

Question	<i>Quels sont les besoins en information et en soutien d'une femme qui a pris la décision de ne pas allaiter?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>La femme enceinte qui a reçu l'information et le soutien lui permettant de prendre une décision éclairée doit être respectée si elle décide de ne pas allaiter.</i>• <i>Elle a besoin d'informations qui lui permettront de sélectionner, préparer et conserver de façon sécuritaire le substitut adéquat.</i>• <i>Elle doit être accompagnée de façon non culpabilisante, soutenue dans sa décision et encouragée à porter le bébé pour l'alimenter. Une approche individuelle est recommandée.</i>

Lorsque la mère n'est pas en mesure d'allaiter ou qu'elle ne désire pas le faire, elle a le choix de nourrir son enfant soit de lait maternel provenant d'une banque de lait, soit de préparations pour nourrisson.

Si la mère choisit de nourrir son bébé de préparations pour nourrisson, l'intervenant devra s'assurer que celle-ci sait comment les préparer et les conserver d'une façon sécuritaire. Il peut aussi la référer au besoin aux documents suivants :

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (2008). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 656 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, FOOD AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (2007). *Safe Preparation, Storage and Handling of Powdered Infant Formula. Guidelines*, Genève, 27 p. [En ligne]. [www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf].

Spécifier aux intervenants que les cours prénataux en individuel ou en groupe font une différence pour autant qu'on y aborde le sujet de l'allaitement en théorie (bienfaits, exclusivité, etc.) et en pratique (ateliers sur les positions, l'expression du lait, etc.); la seule remise de documents écrits n'est pas efficace (DeGuise et autres, 2003).

7.4 Condition 4 : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance/Étape 4 : Aider les mères à amorcer et à poursuivre l'allaitement

Bien qu'à l'origine, cette condition spécifiait « dans la demi-heure suivant la naissance », elle est maintenant interprétée de la manière suivante pour souligner l'importance du contact peau à peau, après la naissance, et permettre de surveiller les comportements instinctifs du nouveau-né :

Placez le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance et encouragez sa mère à reconnaître les signes qui démontrent que son bébé est prêt à téter. Offrez-lui de l'aide au besoin.

7.4.1 Comportements instinctifs du nouveau-né

Présentez la partie de la vidéo Delivery self-attachment qui démontre la capacité du nouveau-né de ramper par lui-même et d'aller téter au sein.

Au terme du visionnement, indiquez les étapes qu'effectue le nouveau-né avant de téter au sein.

Le bébé placé en contact peau à peau avec sa mère, tout de suite après sa naissance, et ce, sans interruption, effectue chronologiquement les étapes suivantes :

- *Relaxe*
- *S'éveille*
- *Fait des mouvements*
- *Rampe*
- *Se repose*
- *Se familiarise avec son environnement*
- *Tête*
- *S'endort*

Le bébé se rend instinctivement jusqu'au sein, et ce, selon une séquence de comportements bien coordonnés. La mère se rend disponible et laisse son bébé prendre le sein tout en le surveillant. Ce comportement est également constaté chez d'autres mammifères.

Donnez l'exemple du Centre hospitalier de St-Eustache, où le bébé est placé sur la poitrine de sa mère immédiatement après sa naissance. Il y reste le temps qu'il lui faut pour effectuer la séquence de reptation jusqu'au sein et le contact peau à peau est encouragé pendant tout le séjour hospitalier. Les intervenants de ce centre hospitalier notent au dossier (sur une feuille de collecte de données qu'ils ont conçue) les étapes effectuées par le bébé.

Faites remarquer aux participants que toute la séquence s'est effectuée en contact peau à peau.

7.4.2 Contact peau à peau

Immédiatement, ou le plus tôt possible après sa naissance, le nouveau-né est asséché et placé nu sur la poitrine nue de sa mère.

Le contact peau à peau est important

Comme on l'a vu dans l'extrait vidéo, le contact peau à peau offre le calme, la chaleur, la sécurité et la nourriture dont le bébé a besoin. Il permettrait aussi une meilleure oxygénation du bébé. En effet, le taux de saturation en oxygène du sang du bébé est plus élevé lorsque celui-ci est placé en contact peau à peau sur sa mère que lorsqu'il est séparé d'elle (Bergman, 2007). La température corporelle de la mère se module afin de garder le bébé bien au chaud. Le bébé est calme, il n'est pas stressé. Son rythme cardiaque est stable et normal. Si la mère veut dormir et que le bébé s'est endormi sur elle, il est recommandé de coucher ce dernier sur le dos dans son lit ou près de la maman. Pour les recommandations sur le sommeil partagé, voir le guide de l'INSPQ *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, 2007, p. 64-65. Cette proximité entre le bébé et sa mère favoriserait le développement du lien d'attachement.

Le contact peau à peau présente des bienfaits pour tous les bébés. Il importe que tous les bébés puissent en profiter, qu'ils soient allaités ou non.

Question	<i>Nommez les bienfaits que retirent le bébé non allaité et sa mère du contact peau à peau</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>La proximité mère-enfant</i>• <i>Le calme, la chaleur et la sécurité</i>• <i>Meilleure oxygénation du bébé</i>

Immédiatement après la naissance, l'ensemble des stimuli sensoriels établis entre la mère et son enfant permettent l'amorce de l'allaitement. Ainsi, l'odeur du lait maternel servirait de guide au nouveau-né et l'orienterait vers le sein (Varendi et Porter, 2001). Il est primordial que le nouveau-né puisse sentir ces odeurs dès la naissance pour ensuite les rechercher. Laver le sein ou séparer le bébé du sein de sa mère avant que celui-ci n'ait pu s'imprégner de son odeur pourrait expliquer la difficulté, par la suite, à prendre le sein (Varenti, Porter et Winberg, 1994). De plus, le contact peau à peau favorise une mise au sein précoce après la naissance, ce qui à son tour augmente la durée de l'allaitement (de Château, 1977).

La durée de ce contact peau à peau est également importante, elle devrait être d'au moins une heure (OMS, 2006).

Une récente recension systématique des écrits a démontré qu'en plus de ses bienfaits sur l'allaitement, le contact peau à peau diminuerait les pleurs chez le bébé. Par ailleurs, aucun effet néfaste à court ou à long terme n'a été constaté (Cochrane, 2006).

Toute intervention, manipulation ou séparation durant cette période pourrait perturber l'allaitement et le développement du lien d'attachement (Christensson, 1995).

Question	<i>Lorsque la naissance se déroule normalement, par voie vaginale, que peut faire l'intervenant pour permettre à la mère et à son bébé de vivre cette période de proximité et d'apprivoisement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un soutien émotionnel pendant le travail. • Offrir un environnement calme, sans trop de lumière vive. • Fournir des aliments légers ou des boissons à la mère en début de travail. • Offrir la liberté de mouvement pendant le travail et l'accouchement. • Immédiatement après la naissance, mettre la mère et son bébé en contact peau à peau. Éviter la séparation de la dyade. • Permettre à la mère d'être disponible à son bébé. • Laisser le temps au bébé d'effectuer la séquence complète de comportements jusqu'à ce qu'il se rende au sein. Chaque bébé le fait à son propre rythme. • Ne pas nuire à l'établissement de ce contact étroit, ou ne pas interférer. <ul style="list-style-type: none"> ○ Reporter à plus tard les interventions de routine, par exemple la toilette de la mère ou du bébé, la pesée du bébé et l'administration de vitamine K et d'onguent ophtalmique. ○ L'administration de vitamine K peut se faire dans les six heures suivant la naissance (Société canadienne de pédiatrie, 1997). ○ L'application préventive d'érythromycine en onguent ophtalmique peut être faite jusqu'à une heure après la naissance (Société canadienne de pédiatrie, 2002; Santé Canada, 1998; OMS, 1994). • Porter attention aux analgésiques utilisés durant le travail et à leur effet sur le bébé. • Éviter les césariennes non requises.

Pour en savoir davantage sur le contact peau à peau et la reptation du bébé jusqu'au sein, voir l'excellent site Internet de l'UNICEF indien : [www.breastcrawl.org/]. Des informations scientifiques en anglais ainsi qu'une vidéo y sont présentés.

7.4.3 Accouchement par césarienne

Au Québec, le taux d'accouchement par césarienne connaît une augmentation marquée depuis quelques années, étant passé de 16,9 % en 1993 à 21,4 % en 2003, ce qui représente plus de 15 000 femmes (données statistiques du MSSS).

Question	<i>Dans le cas d'un accouchement par césarienne, que peut faire l'intervenant pour permettre à la mère et à son bébé de vivre le contact peau à peau et d'amorcer l'allaitement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Placer le bébé en contact peau à peau avec sa mère le plus rapidement possible après la césarienne. Il est possible d'amorcer le contact peau à peau en salle d'opération alors que la suite de la chirurgie est en cours. Le bébé peut aussi être amené avec la mère à la salle de réveil, où elle pourra le mettre au sein.</i>• <i>La personne accompagnante (par exemple, le père) pourrait faire le contact peau à peau, si la mère ne le peut pas, afin de permettre au bébé d'effectuer ses séquences, pour le sécuriser et le garder au chaud.</i>• <i>Dans la mesure du possible, il est préférable de garder le bébé en contact peau à peau durant les interventions urgentes et de repousser les interventions non urgentes jusqu'après la première mise au sein.</i>• <i>Effectuer le transfert de la dyade ensemble (en peau à peau). La personne accompagnante pourrait accompagner la dyade pendant le transfert.</i>• <i>S'assurer du confort de la mère et de son degré d'éveil avant de procéder à la mise au sein (Riordan, 2005). Il est important d'assurer un soulagement efficace des douleurs post chirurgicales de la mère.</i>• <i>Si la mère n'est pas consciente, reporter la mise au sein à un moment où elle sera alerte et en mesure de tenir son bébé.</i>• <i>Favoriser les positions d'allaitement confortables compte tenu de la chirurgie (ex. : couchée sur le dos, bébé sur le thorax). Recourir à l'aide de la personne accompagnante pour faciliter le positionnement de la mère.</i>

Pour en savoir davantage sur l'utilisation des substances analgésiques et anesthésiques et leurs effets sur les femmes qui allaitent, on consultera le document suivant :

MONTGOMERY A., T.W. HALE et ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (2006). « ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother », *Breastfeeding Medecine*, vol. 1, n° 4, p. 271-277. [En ligne]. [www.bfmed.org].

En résumé, les pratiques autour de l'accouchement ont une influence déterminante sur le début de l'allaitement, et plus particulièrement sur le succès de la première tétée (Righard, 1990).

Rappel de l'importance de la tétée précoce :

- procure le colostrum (première immunisation);
- profite de la période d'alerte (deux premières heures);
- apprend au bébé à téter de manière efficace;
- optimise le développement du bébé;
- augmente la durée de l'allaitement.

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

Question	<i>Pourquoi est-il important de guider et soutenir les mères dans la pratique de l'allaitement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Plusieurs mères n'ont pas vécu d'expérience d'allaitement. D'autres n'ont jamais vu une mère allaiter, ou en ont peu vu.</i>• <i>La guidance, l'encouragement et le soutien pendant les premières tétées sont des conditions favorables au succès de l'allaitement.</i>

Comprendre le cycle du sommeil normal du bébé durant les premières 24 heures pourrait aider la mère à comprendre le comportement de son bébé et la guider dans la mise au sein.

7.5.1 Comportements du nouveau-né

Sommeil du bébé pendant les premières 24 heures	
État de l'enfant	Durée de la période
Alerte	Naissance – 2 heures
Périodes de sommeil profond et léger	2 – 20 heures et +
L'état d'éveil augmente (période pendant laquelle le nouveau-né peut connaître un épisode de 5 à 10 tétées groupées suivi d'une longue période de sommeil)	20 – 24 heures

Tiré de : RIORDAN, J. (2005). « Breastfeeding and human lactation » (3e éd.), Canada, Jones & Bartlett, p. 187.

Dans les premières 24 heures :

- Favoriser le contact peau à peau
- Aider la mère à reconnaître les signes d'éveil
- Encourager la mise au sein (huit fois et plus)
- Encourager la mère à exprimer le colostrum
- Suggérer à la mère de donner le colostrum directement au bébé :
 - Application sur les lèvres
 - Cuillère
 - Tasse

Présentez la vidéo Allaitement maternel : La mise au sein.

7.5.2 Signes démontrant que le bébé est prêt à téter

- Il a des mouvements rapides des globes oculaires sous les paupières
- Il se réveille, s'étire et bouge
- Il porte la main à sa bouche ou à son visage
- Il fait des mouvements de la bouche, des mouvements de succion
- Il cherche le sein (réflexe de foussement)
- Il pleure (signe tardif)

La mère a besoin de connaître ces signes pour mieux répondre aux besoins de son bébé. Lorsque le bébé pleure, il s'agite et sa langue pointe vers le haut; la mise au sein devient alors plus difficile. Il est donc recommandé que la mère n'attende pas que le bébé pleure pour lui offrir le sein.

7.5.3 Mise au sein

Faire la démonstration avec une poupée tout en expliquant les étapes

- 1. La mère est dans une position confortable. Son dos et ses bras sont appuyés.*
- 2. Son dos est droit. Elle ne se penche pas sur le bébé pour l'allaiter. Elle le rapproche d'elle, plutôt.*
- 3. Le corps du bébé est tourné vers la mère.*
- 4. L'oreille, l'épaule et la hanche sont alignées.*
- 5. Le corps du bébé est soutenu par le bras de la mère.*
- 6. La bouche du bébé est face au mamelon.*
- 7. La mère peut tenir son sein avec sa main et non juste avec ses doigts.*
- 8. Avec son mamelon, elle chatouille la lèvre supérieure ou le nez du bébé jusqu'à ce qu'il ouvre grand la bouche.*
- 9. Lorsque le bébé a la bouche grande ouverte, la mère le rapproche rapidement du sein.*

Question	<i>Est-il nécessaire de soutenir le sein pour la mise au sein?</i>
Réponse	<i>Non. Le bébé a l'instinct et la capacité de prendre le sein correctement par lui-même (rappeler l'extrait vidéo montrant un nouveau-né qui rampe jusqu'au sein : sa mère ne le tient pas). Cependant certains bébés, en position assise, ont plus de facilité à prendre le sein quand il est soutenu par la mère.</i>

7.5.4 L'action de téter

Lorsque le bébé sent l'odeur du lait maternel ou lorsque ses lèvres sont stimulées par le mamelon, il réagit instinctivement pour ouvrir grand sa bouche et avancer sa langue en quête du mamelon.

Expliquez l'action de téter à l'aide de l'illustration.

Le bébé tire sa langue au-delà de la gencive inférieure en la courbant comme une gouttière pour épouser la forme du mamelon. Il allonge dans sa bouche le mamelon et l'aréole dont il prend une plus grande partie avec sa mâchoire inférieure. Puis, il effectue un mouvement péristaltique avec sa langue (des vagues), comprimant ainsi l'aréole contre son palais. Le mamelon se trouve alors à la jonction du palais mou et du palais dur, et le bébé avale le lait au fur et à mesure qu'il s'accumule dans le fond de sa bouche. C'est le réflexe de déglutition.

Chez le bébé né à terme et en santé, les réflexes de fouissement, de succion et de déglutition sont instinctifs. Cependant, si le bébé est malade ou prématuré, la prise du sein pourrait présenter certains défis et nécessiter alors une assistance professionnelle particulière.

7.5.5 Comment soutenir le sein

Faire une démonstration avec le sein

- *L'aréole devrait être complètement dégagée.*
- *Proscrire la technique « des deux doigts » (cigarette), car ce positionnement des doigts exerce une pression inutile sur le sein.*
- *Expliquez la main en forme de « C » : le pouce est sur le dessus et les autres doigts sont en dessous. Les doigts ne soulèvent pas le sein, ils le soutiennent.*

7.5.6 La mise au sein amorcée par le bébé

De plus en plus d'articles décrivent une mise au sein amorcée par le bébé (« baby-led attachment »). Elle est l'expression des capacités et des réflexes du bébé. Elle est utile au démarrage de l'allaitement ou quand un bébé a de la difficulté à prendre le sein.

- Mère confortablement assise ou même demi-assise.
- Bébé en couche et mère ayant les seins nus. S'assurer qu'il fait assez chaud dans la pièce.
- Placer le bébé entre les seins de la mère.
- Laisser la mère et le bébé ensemble en contact peau à peau sans mettre le bébé au sein.
- Prendre le temps de calmer le bébé s'il pleure.
- Ne rien précipiter si le bébé ne cherche pas le sein. Laisser le temps passer.
- Le bébé va commencer à bouger sa tête et à chercher. Il peut regarder sa mère, bouger sa tête à droite, à gauche. L'accompagner dans ses mouvements sans chercher à le mettre au sein.
- Il va s'approcher d'un sein. Il peut être utile que la mère soutienne les fesses du bébé et les ramène sous l'autre sein.
- Le bébé va toucher le mamelon, il ouvre la bouche.
- Son nez va d'abord être sur le mamelon. Le contact du sein va l'inciter à ouvrir grand la bouche et à prendre le sein.

Pour plus d'information, voir le site (anglais) de l'Association australienne d'allaitement : [\[www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/bla.html\]](http://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/bla.html), ou la vidéo *Baby-Led Breastfeeding. The Mother-Baby Dance*, de D^{re} Christina Smillie.

Étant donné que seule la mâchoire inférieure est mobile, quand on veut prendre une bouchée dans un gros hamburger, on a besoin de la placer en premier avant de fermer la bouche. Analogiquement, pour la mise au sein, le bébé n'arrive pas à prendre suffisamment de tissu mammaire si le sein est centré dans sa bouche. Il est donc important de laisser le bébé placer sa mâchoire inférieure en premier avant de fermer la bouche.

- *Expliquez le fonctionnement des mâchoires (mobilité de la mâchoire inférieure).*
- *À l'aide du sein tricoté, faites une démonstration de la façon dont on mange un gros hamburger :*
 - *comprimer le sein tricoté;*
 - *l'introduire dans la bouche grande ouverte en commençant par la mâchoire inférieure.*
- *Spécifiez qu'il n'est pas recommandé d'expliquer cette technique à toutes les mères.*
- *Assurez-vous de placer les doigts en forme de « C » parallèlement aux lèvres du bébé, relativement loin du mamelon.*
- *Faites une démonstration avec le sein tricoté et la poupée pour les positions « madone inversée » et « football »; montrez que la main sera parfois en forme de « C » ou de « U ».*

7.5.7 Le bris de succion

Si la mise au sein n'est pas adéquate, il est important de briser la succion immédiatement et de recommencer, afin d'éviter d'endolorir le mamelon ou de provoquer une friction.

Expliquez la technique du crochet pour briser la succion :

- *insérer le doigt dans le coin de la bouche du bébé;*
- *faire un crochet avec le doigt autour du mamelon.*
Cette technique empêche le bébé de refermer sa bouche sur le mamelon et donc, de le blesser.
- *Montrez le schéma de la succion du bébé au sein.*

Éléments d'une bonne prise du sein (à l'aide des illustrations) :

- *Le bébé ouvre grand la bouche.*
- *Il allonge la langue au-delà de la gencive inférieure, sous le mamelon, en la courbant (comme une gouttière) pour épouser la forme du mamelon.*
- *Il allonge le mamelon dans sa bouche et prend également une partie de l'aréole. L'extrémité du mamelon touche la jonction du palais dur et du palais mou.*
- *La langue effectue un mouvement péristaltique (de vague), comprimant ainsi l'aréole et le mamelon contre le palais.*

Demandez aux participants de toucher la jonction du palais dur et du palais mou avec le bout de leur langue. Mentionnez que c'est sur cette partie douce (la jonction) que doit se rendre le bout du mamelon.

Ainsi, la succion du bébé stimule efficacement les terminaisons nerveuses commandant la sécrétion de la prolactine et de l'ocytocine. Ce sont les deux hormones qui régissent la production et l'éjection du lait. La vidange des seins détermine, quant à elle, la quantité de lait à produire afin de répondre à la demande du bébé. Il est important de laisser le bébé déterminer lui-même la durée de la tétée en le laissant téter aussi longtemps qu'il le désire, sur chaque sein.

Montrez le schéma comparatif d'une bonne prise du sein et d'une prise du sein inadéquate.

Demandez aux participants ce qui différencie les deux.

Signes qui démontrent une bonne prise du sein :

- la bouche est grande ouverte (illustrez l'ouverture avec votre main);
- les lèvres sont retroussées vers l'extérieur;
- le menton touche le sein;
- une grande partie de l'aréole est visible au-dessus du sein (plutôt qu'en dessous);
- la mère ne ressent pas de douleur;
- le mamelon a une forme ronde lorsqu'il sort de la bouche du bébé.

L'observation d'un ou de plusieurs de ces signes vous indique une prise du sein adéquate.

7.5.8 Signes qui démontrent une prise du sein inadéquate

- la bouche est peu ouverte;
- le bébé ne prend que le bout du mamelon dans sa bouche;
- les lèvres peuvent être tournées vers l'intérieur;
- le menton est loin du sein, il n'y est pas collé;
- une grande partie de l'aréole est visible sous le sein;
- la mère pourrait ressentir de l'inconfort ou de la douleur;
- le mamelon peut avoir une forme aplatie lorsqu'il sort de la bouche du bébé.

L'observation d'un ou de plusieurs de ces signes vous indique une prise du sein inadéquate.

Il arrive que le nez du bébé touche le sein. Dans cette position, le bébé est quand même capable de respirer car l'air entre par le côté des narines. Il faut suggérer à la mère de ne pas mettre son doigt sur le sein pour dégager le nez du bébé, car cette pression modifie la prise du sein, ce qui pourrait entraîner un moins bon transfert du lait et provoquer des gerçures; cette pression pourrait également bloquer un canal lactifère. Si la mère est inquiète, on peut lui suggérer de rapprocher les fesses du bébé contre son corps, ce mouvement va dégager le nez du sein (en faire la démonstration).

Montrez plusieurs photos de mise au sein.

- *Pour chacune d'elles, demandez aux participants d'évaluer la prise du sein.*
- *Demandez-leur de justifier leur évaluation.*
- *Exemples de prise du sein : le premier est adéquat, les autres ne le sont pas.*

7.5.9 Signes qui indiquent que le bébé tète efficacement

Lorsque le bébé prend correctement le sein, il tète et reçoit du lait pendant la tétée.

Question	<i>Quels sont les signes qui montrent que le bébé reçoit du lait?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Le bébé élimine selles et urine en quantités suffisantes. (se référer au tableau « Allaiter votre bébé », annexe 2)</i>• <i>Il prend du poids régulièrement.</i>• <i>Le bébé prend de longues et lentes tétées. Il s'arrête parfois pour faire une pause.</i>• <i>Une très légère pause à l'ouverture maximale de la bouche peut être observée pendant la tétée.</i>• <i>Les joues du bébé sont pleines et rondes, elles ne se creusent pas vers l'intérieur.</i>• <i>Au terme de la tétée, le bébé relâche de lui-même le sein et a l'air détendu.</i>

Une bonne prise du sein est aussi un indicateur pour prédire une plus longue durée de l'allaitement (Righard, 1992).

7.5.10 Signes qui peuvent indiquer que le bébé ne tète pas efficacement

- il n'effectue que des mouvements de succion rapides sans pause;
- il produit des sons avec sa bouche (des « smacks » produits par l'arrêt de la succion) ou des bruits de claquage avec sa langue);
- il a les joues creuses;
- il s'agite et ne semble pas satisfait au sein. Il se retire souvent du sein;
- ses selles et ses urines sont en quantités insuffisantes;
- son gain de poids est insuffisant.

7.5.11 Les différentes positions d'allaitement

Il existe une dizaine de positions et de variantes. La mère qui allaite n'a pas besoin de les connaître toutes pour allaiter. Connaître deux des positions les plus faciles suffit amplement, au départ.

Avant de faire la démonstration des positions « madone inversée » et « couchée », mettez l'accent sur les règles de base, soit un positionnement :

- *qui permet au bébé de téter efficacement;*
- *qui permet à la mère d'être à l'aise.*

Position « madone inversée »



Source: Formation régionale en allaitement 2005. DSP - ASSS Montréal

Comparativement à la position de madone traditionnelle, cette position est plus facile, elle donne à la mère un meilleur accès visuel et lui assure un meilleur contrôle de la mise au sein.

- La mère est assise. Son dos est droit et ses bras sont appuyés.
- Elle tient le bébé avec le bras du côté opposé au sein qu'elle donne (ex. : sein gauche = bras droit). Sa main soutient la nuque du bébé et son avant-bras, le dos du bébé. Les fesses du bébé arrivent au niveau du pli de son coude.
- Le bébé est placé sur le côté, ventre à ventre avec sa mère. Son oreille, son épaule et sa hanche forment un axe droit. Sa bouche est en face du mamelon.

Cette position peut être utile lorsque la mère a des seins volumineux ou lorsque la mise au sein est difficile (ex. : un bébé qui a de la difficulté à maintenir sa prise du sein, un prématuré ou un bébé petit pour son âge gestationnel).

Position couchée



Source: Formation régionale en allaitement 2005. DSP - ASSS Montréal

- La mère et son bébé sont couchés sur le côté, ventre contre ventre.
- Le visage du bébé est face au sein, sa bouche à la hauteur du mamelon.
- Le bébé est allaité par le sein qui touche au matelas.
- On peut placer une serviette roulée ou un oreiller dans le dos du bébé pour le maintenir en position latérale.
- Pour donner l'autre sein, la mère peut surélever son bébé sur un oreiller ou le tourner de côté.

Cette position est utile pour allaiter la nuit. Elle permet à la mère d'allaiter tout en demeurant en position couchée.

Position traditionnelle



Source : © Barbara Wilson Clay/Hoover. The breastfeeding Atlas, 3e éd., 2005

Cette position est couramment utilisée par les mères.

- La mère est assise. Son dos est droit et ses bras sont appuyés.
- La tête du bébé prend appui dans le pli de son coude. Son avant-bras soutient le dos du bébé. L'autre main est libre. Elle peut tenir son sein, le bras ou les fesses du bébé.

Le bébé est placé sur le côté, ventre à ventre avec sa mère. Son oreille, son épaule et sa hanche forment un axe droit. Sa bouche fait face au mamelon.

Position « football »



Source: Formation régionale en allaitement 2005. DSP - ASSS Montréal

- La mère est assise. Son dos est droit et ses bras sont appuyés. Elle place un oreiller dans son dos pour faire de la place aux pieds du bébé.
- Elle place son bébé sous son bras, du côté du sein qu'il va prendre. Son bébé est couché sur le dos. Ses pieds sont placés vers l'arrière. Elle soutient la tête et le cou du bébé avec sa main.
- Pour permettre au bébé d'être à la hauteur du sein, son corps peut être surélevé par un ou plusieurs oreillers.

Cette position est utile pour allaiter après une césarienne, pour allaiter des jumeaux ou un petit bébé. Elle est facile lorsque les seins sont volumineux. Elle offre également un bon contrôle de la tête du bébé.

D'autres positions méritent d'être essayées en cas de situation particulière (Bell, 2002).

Situation	Position
<ul style="list-style-type: none"> • Bébé prématuré • Bébé qui a tendance à s'étouffer • Fissure labio-palatine 	Position plus assise : <ul style="list-style-type: none"> • Football modifiée • À califourchon
<ul style="list-style-type: none"> • Césarienne : première tétée • Réflexe d'éjection puissant 	Mère couchée sur le dos : <ul style="list-style-type: none"> • Australienne
<ul style="list-style-type: none"> • Canaux bloqués ou seins engorgés 	Position penchée sur le bébé : <ul style="list-style-type: none"> • Louve
<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement de jumeaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux en Football • Un en football, un en traditionnelle

7.5.12 Assistance à la mère dans la mise au sein (approche « Hands off »)

Il est préférable que les explications données à la mère soient simples. La mère devrait sentir que la mise au sein est quelque chose de facile qui ne demande pas beaucoup de temps ni de préparation.

Question	<i>L'intervenant doit-il aider directement la mère en utilisant ses mains ou doit-il laisser faire la mère par elle-même?</i>
Réponse	<i>Cela dépend de comment la mère se sent et de ce qu'elle demande. Au cours des premières mises au sein, certaines mères peuvent se sentir démunies et malhabiles, et demander la collaboration de l'intervenant. Celui-ci peut alors jouer le rôle de modèle, en montrant à la mère les gestes à faire. Par la suite, la mère sera invitée à faire les gestes par elle-même avec la guidance et les encouragements de l'intervenant. C'est ce que nous appelons l'approche de type « Hands off ». Cette approche est de plus en plus utilisée par les intervenants des établissements du réseau de la santé (CH, CLSC) comme approche de soutien au développement des habiletés des mères et de leur confiance en leur capacité d'allaiter.</i>

Atelier

Demandez aux participants de former des duos. Donnez à chacun un sein et une poupée.

Procédez au jeu de rôle suivant.

Un des participants joue le rôle de la mère, l'autre, de l'intervenant. À tour de rôle, ils montrent la mise au sein en utilisant une des positions vues précédemment.

Demandez aux participants de mettre en pratique les habiletés de communication aidante et l'approche de type « Hands off ».

Donnez suffisamment de temps pour que les participants puissent pratiquer et interagir entre eux.

Faites un retour en grand groupe pour connaître leurs impressions sur l'expérience vécue.

7.5.13 Expression manuelle du lait maternel

Les avantages de cette technique :

- elle peut être pratiquée en tout temps et en tout lieu;
- elle ne requiert pas l'achat d'équipement ou de matériel.

Question	<i>Pourquoi est-il important que toutes les mères sachent comment exprimer le lait manuellement?</i>
Réponses	<i>Cela leur donne la possibilité :</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>d'exprimer du lait en début de tétée afin d'encourager le bébé à téter (en mettre sur les lèvres du bébé);</i>• <i>de soulager les seins en cas d'engorgement;</i>• <i>de mettre des gouttes de lait sur les gerçures pour en favoriser la guérison;</i>• <i>d'exprimer du lait et de le donner au bébé.</i>

À l'aide des seins tricotés, demandez aux participants de pratiquer l'expression manuelle du lait maternel.

Marche à suivre

1. Se laver les mains avant de procéder.
2. Utiliser un contenant propre que l'on place sous le sein.
3. Masser ou caresser le sein dans le but de stimuler le réflexe d'éjection. Appliquer de la chaleur. Le fait de penser au bébé ou regarder sa photo peuvent également contribuer à déclencher ce réflexe.
4. Placer sa main en forme de « C » (le pouce en haut et les autres doigts en dessous). Les doigts doivent être suffisamment éloignés de l'aréole pour ne pas y toucher (2 à 4 cm).
5. Avec les doigts, comprimer le sein vers la cage thoracique. Ramener ensuite les doigts ensemble, vers le mamelon, dans un mouvement de roulement.
6. Répéter le mouvement aussi longtemps que du lait s'écoule.
7. Changer la position des doigts autour du mamelon de manière à en faire le tour et ainsi, comprimer toute la glande.
8. Après quelques minutes, on peut remarquer un ralentissement de l'écoulement du lait. On peut alors changer de sein et le faire autant de fois que désiré.

Demandez aux participants d'expérimenter la technique d'expression manuelle à l'aide d'un sein et d'un contenant. Pendant la séance d'expérimentation, circulez dans le groupe pour vous assurer que chacun maîtrise bien la technique.

7.5.14 Expression à l'aide d'un tire-lait

Le tire-lait est un appareil servant à prélever le lait maternel. Avant d'envisager d'y recourir, il convient que la mère qui allaite puisse déterminer ses besoins et l'utilisation qu'elle compte en faire. Il n'est pas nécessaire d'utiliser systématiquement un tire-lait lorsqu'on allaite : le tire-lait est un accessoire pour l'allaitement, non un incontournable.

Question	<i>Quelle utilité le tire-lait pourrait-il avoir pour une mère qui allaite?</i>
Réponses	<i>Elle pourrait en avoir besoin si :</i> <ul style="list-style-type: none">• elle prévoit être séparée de son bébé sur une base régulière ou occasionnelle (retour aux études ou au travail, traitement médical incompatible avec l'allaitement, sorties);• elle est séparée de son bébé pour une longue période (hospitalisation du bébé ou de la mère);• le bébé ne prend pas le sein ou ne tète pas efficacement (prématuré, fissure labiale ou palatine);• elle souhaite stimuler ou maintenir sa production de lait (réduction mammaire, production insuffisante, bébé adopté).

Il existe plusieurs types et formats de tire-lait (manuel, semi-automatique, automatique, à piles ou électrique). La mère qui désire utiliser un tire-lait a besoin d'être guidée dans le choix de l'appareil qui répondra à ses besoins.

Besoin occasionnel : tire-lait manuel

Les tire-laits manuels, petits et légers, sont faits de matière plastique. Ils fonctionnent manuellement et de manière autonome. Ils ne requièrent donc pas d'énergie sous forme de piles ou d'électricité. Les tire-laits en forme de klaxon sont à éviter : ils sont difficiles à nettoyer et par surcroît, il est difficile d'en régler la force de succion, ce qui risque de causer des blessures aux mamelons.

Il existe également sur le marché quelques modèles de tire-lait à petit moteur. Fonctionnant à piles ou à l'électricité, certains de ces modèles sont bruyants et parfois moins efficaces que le tire-lait manuel. Certaines mères les apprécient parce qu'elles n'ont pas d'effort à faire pour les actionner.

Besoin d'exprimer du lait régulièrement ou pour une longue période : tire-lait électrique

Plus gros et très efficaces, les tire-lait électriques sont cependant plus coûteux. Ils sont recommandés aux mères qui ont besoin d'exprimer du lait sur une base régulière ou pendant une longue période. Certains modèles offrent la possibilité d'exprimer du lait des deux seins à la fois (système de tubulure double). Plusieurs centres hospitaliers et CLSC ainsi que des pharmacies communautaires offrent aux mères un service de location pour le tire-lait électrique.

Règles de base

Il importe que la mère sache manipuler l'appareil. Aucune douleur ne devrait être ressentie au cours de son utilisation. Si tel est le cas, l'utilisation ou l'ajustement de l'appareil devront être revus avec la mère afin d'éviter des traumatismes aux mamelons.

Il importe également que la mère sache comment nettoyer l'appareil. Un nettoyage à l'eau chaude savonneuse des pièces ayant été en contact avec le lait est nécessaire, et doit être fait après chaque utilisation. Des conditions de nettoyage et de stérilisation plus strictes pourraient être demandées dans certains cas (ex. : bébé prématuré ou malade). La mère peut alors se référer aux procédures du centre où se trouve le bébé.

Le prêt d'un tire-lait manuel ou de pièces ayant été en contact avec le lait maternel est à proscrire, à moins qu'il y ait possibilité de les stériliser efficacement à l'autoclave. Afin d'éviter la transmission de maladies par le lait maternel, il est recommandé de se procurer un modèle neuf ou un système de tubulures qui n'a jamais été utilisé auparavant.

7.5.15 Conservation du lait maternel

Le lait exprimé peut être conservé à la température de la pièce, au réfrigérateur ou au congélateur.

	Température de la pièce	Réfrigérateur	Congélateur
Lait frais	4 heures à 25° C (77° F) 8 heures à 19-22° C (66-72° F)	3 à 5 jours à 4° C (39° F)	3 à 4 mois (congélateur du réfrigérateur) 6 mois (congélateur coffre)
Lait décongelé	1 heure	24 heures	Ne pas recongeler

Source : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans: Guide pour les parents, Québec, Institut national de la santé publique du Québec.*

Ces informations sont données à titre indicatif seulement. Si le bébé est hospitalisé, il faut suivre les recommandations du centre qui l'héberge.

Le lait maternel peut être congelé dans plusieurs types de contenants. Il est recommandé d'utiliser en premier lieu des contenants de verre. Moins poreux, ils protègent mieux le lait maternel des effets du froid. Viennent ensuite les contenants de plastique dur transparent et les sacs à biberon vendus spécialement pour le lait maternel. Les sacs ordinaires, trop minces, conviennent moins à la congélation.

Le lait maternel congelé peut être réchauffé par immersion du contenant dans de l'eau tiède. Le micro-ondes n'est pas conseillée car le lait ainsi réchauffé ne l'est pas de manière uniforme, ce qui pourrait causer des brûlures dans la bouche du bébé s'il n'est pas bien mélangé avant d'être donné.

7.5.16 Soins des seins

Aucun soin particulier n'est requis pendant la durée de l'allaitement. Le lavage quotidien des seins à l'eau claire est suffisant. L'utilisation de savon pourrait assécher la peau tandis que l'usage de crème, d'huile ou de lotion pourrait interférer avec la lubrification naturelle de la peau ou camoufler l'odeur du lait maternel, ce qui rendra plus difficile la mise au sein. Cependant, si la mère a une gerçure ou une crevasse, il est recommandé de laver le sein avec du savon pour diminuer les risques d'infection.

Il n'est pas nécessaire de porter un soutien-gorge lorsqu'on allaite. Si la mère désire en porter un pour son bien-être (seins volumineux), il est préférable que celui-ci soit suffisamment grand et sans armatures afin de ne pas exercer de pression sur les seins.

Une mère qui n'allait pas doit également connaître les soins à apporter à ses seins pendant la montée de lait. Elle pourrait appliquer plusieurs fois par jour des compresses froides sur ses seins et exprimer manuellement un peu de lait pour soulager l'engorgement temporaire. Ce lait pourrait être donné au bébé, s'il n'y a pas de contre-indication.

7.5.17 Besoins alimentaires de la mère qui allaite

Pour produire du lait maternel de qualité, il n'est pas nécessaire d'avoir une alimentation parfaite. Néanmoins, il est préférable que la mère ait de saines habitudes alimentaires afin de se maintenir en bonne santé et de rétablir ses réserves nutritionnelles après la grossesse et l'accouchement. Tous les nutriments nécessaires à la production d'un lait de qualité sont présents dans le lait maternel, même en période de privation ou de malnutrition légère chez la mère. Dans les cas les plus graves, la mère pourrait produire moins de lait; de même, la quantité de gras ainsi que de certains minéraux et vitamines pourrait s'en trouver changées.

Pour discuter de l'alimentation de la mère allaitante et de ses habitudes de consommation, il est proposé de faire le jeu du panier d'épicerie, décrit à l'annexe 4.

Utilisez cette activité pour aborder la consommation de thé, de café, d'alcool, de tabac, etc., et les moyens d'en atténuer les effets lorsqu'on allaite.

Présentation des diapositives : L'implantation de l'Initiative des amis des bébés, Conditions 6, 7, 8, 9, 10 et Étapes 5, 6, 7

7.6 Condition 6 : Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale* / Étape 5 : Encourager l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments solides au moment opportun

7.6.1 Motifs justifiant cette condition et cette étape

La grande majorité des bébés allaités n'ont pas besoin de suppléments lorsqu'ils sont allaités. Pour leur santé et leur bien-être, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie. Le lait produit par la mère pendant les premiers jours fournit tout ce dont le bébé, né à terme et en santé, a besoin.

L'allaitement exclusif consiste à ne donner au nourrisson aucun autre aliment ni aucune autre boisson, ce qui comprend l'eau (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux); le lait maternel exprimé est accepté.

L'allaitement exclusif est recommandé pendant les six premiers mois; pourtant, les dernières statistiques québécoises en allaitement maternel (ISQ, 2005-2006) montrent que pendant le séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance, seulement la moitié des bébés sont allaités exclusivement.

Questions	<p><i>Comment expliquez-vous cette situation?</i></p> <p><i>Comment votre pratique pourrait-elle soutenir l'allaitement exclusif?</i></p>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Favoriser le contact peau à peau entre le bébé et sa mère immédiatement après la naissance, et ce, pendant au moins une heure, et encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, en offrant de l'aide au besoin (condition 4).</i> • <i>S'assurer que la mère sait comment mettre son bébé au sein adéquatement et offrir de l'aide au besoin (condition 5).</i> • <i>Encourager le fait que le nouveau-né reçoive uniquement du lait maternel (condition 6).</i> • <i>Favoriser la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 (condition 7).</i> • <i>Encourager l'allaitement à la demande (condition 8).</i> • <i>Informar la mère sur les risques de l'utilisation de la tétine et du biberon (condition 9).</i>

7.6.2 L'offre de suppléments

Ne pas nuire à l'allaitement

La consommation d'aliments autres que le lait maternel diminue la biodisponibilité d'importants micronutriments présents dans le lait maternel ainsi que la disponibilité de plusieurs substances bioactives qui influencent le développement du système immunitaire du nouveau-né (Beaudry, 2006). De plus, comme la production lactée est déterminée par le transfert de lait au bébé, il est important de l'optimiser en pratiquant l'allaitement exclusif.

La supplémentation du bébé en l'absence de raison médicale acceptable peut nuire à la poursuite de l'allaitement maternel. Lorsque les suppléments sont donnés au bébé dès la naissance, ils peuvent retarder l'activation de la lactogénèse et réduire significativement la durée de l'allaitement. L'exclusivité de l'allaitement maternel est considérée comme un indicateur fiable pour en prédire la durée (Hill, 1997; Piper et Parks, 1996). En d'autres termes, il y a de fortes chances que le bébé allaité exclusivement depuis sa naissance soit nourri au sein plus longtemps que celui qui reçoit des suppléments.

D'après les résultats de l'étude menée par Chezem (1998), même un seul supplément non indiqué, administré durant le séjour hospitalier postnatal, pourrait avoir pour effet de réduire significativement la durée de l'allaitement (Walker, 2006).

La supplémentation sans indication médicale acceptable peut aussi avoir des répercussions sur la santé du bébé. En effet, l'administration de préparations pour nourrisson au nouveau-né pourrait augmenter le pH de son tractus intestinal et réduire la présence de bifidobactéries. Le nouveau-né serait alors plus vulnérable à l'invasion d'agents pathogènes tels que des bactéroïdes, le *Clostridium*, l'*E. coli* et le streptocoque. Les modifications de la flore bactérienne et la diminution des bifidobactéries au niveau des intestins du bébé pourraient également le prédisposer aux allergies (Salmien, 2005), aux maladies inflammatoires intestinales et à l'infection au rotavirus (Lee et Puong, 2002).

7.6.3 Questions pratiques avant d'envisager la supplémentation

Avant d'envisager la possibilité de supplémentation et afin de préserver l'allaitement exclusif, l'intervenant devra revoir avec la mère tous les éléments de base en allaitement. Ainsi, il devra s'assurer que la mère cohabite avec son bébé, qu'elle l'allaité à la demande, que la mise au sein est adéquate et que le transfert de lait se fait efficacement. Si la condition de la mère nécessite une médication, il est important que le médicament prescrit soit compatible avec l'allaitement. Il est important que l'intervenant assure un suivi adéquat auprès de la mère afin de pouvoir évaluer et intervenir judicieusement au besoin.

7.6.4 Indications médicales à la supplémentation

Les indications médicales de supplémentation chez le bébé allaité sont très rares. La prescription de suppléments doit être faite par un professionnel qualifié et sur une base individuelle. Il doit tenir compte de l'évaluation globale de la condition de la mère et de l'enfant. Par exemple, l'absence de selles pendant une journée chez un bébé âgé de 3 semaines ne justifie pas, à elle seule, le recours aux suppléments.

Vérifiez si les participants connaissent ces indications

Complétez les réponses obtenues en utilisant les indications suivantes (sources : OMS, 1992, et CQA, 2006).

Raisons médicales acceptables de supplémentation - mère

Contre-indications absolues à l'allaitement :

- Psychose
- VIH/sida
- Consommation de médicaments contre-indiqués (ex. : antimétabolites)
- Utilisation de drogues illicites IV (ex. : héroïne)
- Utilisation régulière de drogues illicites par inhalation (ex. : cocaïne)
- Prise chronique d'alcool en grande quantité

Contre-indications temporaires :

- Éclampsie
- Choc
- Consommation de substances et de médicaments radioactifs pendant une courte période
- Lésions actives d'herpès sur le mamelon
- Utilisation occasionnelle de drogues illicites par voie orale ou par inhalation (cas par cas)
- Prise occasionnelle d'alcool en grande quantité

Supplémentation temporaire :

- Certains cas de réduction mammaire
- Absence de montée de lait \geq 5^e jour + gain de poids inadéquat du bébé
- Douleur intolérable aux mamelons ou aux seins malgré des interventions appropriées (si la quantité de lait exprimée n'est pas suffisante)
- Rétention placentaire

Supplémentation permanente :

- Certains cas de réduction mammaire
- Hypoplasie mammaire
- Syndrome de Sheehan

Raisons médicales acceptables de supplémentation – bébé**Contre-indications absolues à l'allaitement:**

- Anomalies congénitales du métabolisme (ex. : galactosémie, leucinose)

Supplémentation permanente:

- Phénylcétonurie
- Certains cas de cardiopathies congénitales

Supplémentation temporaire:

- Bébé de très petit poids (< 1 500 g)
- Bébé prématuré (< 32 semaines)
- Déshydratation aiguë*
- Hypoglycémie*
- Hyperbilirubinémie grave*

* Qui ne s'améliore pas malgré un allaitement intensif.

Supplémentation temporaire à considérer:

- Non-atteinte du poids de naissance à 2 semaines
- < 1 selle/jour ou méconium \geq 5^e jour de vie
- Gain de poids moyen insuffisant :
 - < 6 mois : < 100 g/sem.
 - 6-12 mois : < 85 g/sem.

Lorsqu'un bébé ou une mère présente une condition médicale qui justifie l'administration d'un supplément au bébé allaité, il est important de privilégier l'utilisation du lait de la mère. Idéalement, le lait devrait être administré au moyen d'un dispositif d'aide à l'allaitement maternel (DAAM), et ce, afin de maintenir la stimulation du sein, de préserver l'habileté du bébé de téter au sein et de prévenir certaines difficultés au moment de la reprise de l'allaitement exclusif. Si le DAAM ne peut être utilisé, on se servira de préférence d'une tasse ou d'une seringue. Si la mère ne peut exprimer son lait, l'administration sécuritaire de lait maternel venant d'une banque de lait reconnue devrait être envisagée avant de considérer l'utilisation de préparations pour nourrisson.

Lorsque l'allaitement doit être retardé ou suspendu temporairement, la mère devrait recevoir de l'aide pour amorcer ou entretenir sa lactation (par expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait), et ce, afin que le bébé puisse être remis au sein dès que possible (OMS/UNICEF, 2006).

7.6.5 Dispositifs d'aide à l'allaitement maternel et méthodes de supplémentation

Lorsque la mère donne un supplément à son bébé, elle devrait de préférence recourir à un mode d'administration qui préserve la mise au sein. Les plus courants sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Faites une démonstration pour chacune des méthodes.

Méthode	Matériel requis	Procédure	Remarques
<p>Dispositif d'aide à l'allaitement maternel au sein</p> <p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sein est stimulé. • Le bébé maintient son habileté à téter au sein. 	<p>Dispositif de type « Lact-Aid »</p> <p>Ou</p> <p>Un récipient contenant le lait (verre, tasse, biberon ou seringue) et un tube souple de 90 cm de long (tube à gavage French n° 5)</p>	<p>Placer le récipient de lait à la même hauteur que le bébé. Si le contenant est placé plus haut que le bébé, l'écoulement du lait est plus rapide en raison de l'effet de la gravité. Le lait est donné au bébé à l'aide d'une tubulure placée dans sa bouche simultanément avec le sein.</p> <p>Pour ce faire, la tubulure peut être placée sur le mamelon et collée avec un diachylon sur le sein. On peut aussi mettre le bébé au sein en premier, puis insérer délicatement le bout de la tubulure dans la commissure de sa bouche, et ensuite la fixer sur le sein à l'aide d'un diachylon.</p>	<p>Le bébé doit être en mesure de téter au sein.</p> <p>Nécessite une supervision et un suivi réguliers.</p> <p>Le bébé ne doit pas apprendre à téter seulement le tube mais bien le sein et le tube.</p>
Gobelet, cuillère	Petit verre Cuillère à thé	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le bébé est alerte. Une revue systématique de Cochrane Database réalisée par Flint (2007) montre que pour les bébés prématurés, l'usage du petit verre, comparativement au biberon, ne présente pas de bénéfices significatifs sur le maintien de l'allaitement après le congé de l'hôpital. • Emmailloter le bébé afin d'éviter que ses mouvements de mains ne renversent le contenant. • Asseoir le bébé bien à la verticale. • Pencher légèrement le contenant afin qu'un peu de lait mouille sa lèvre inférieure. • Maintenir le contenant dans cette position et laisser le bébé prendre de petites gorgées ou laper le lait à son rythme. 	<p>Requiert peu de matériel.</p> <p>Contenants faciles à nettoyer.</p> <p>La cuillère n'est pas pratique lorsqu'on doit donner de grandes quantités de lait.</p>
Seringue	Seringue de 30 ml	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le bébé est alerte. • Asseoir le bébé bien à la verticale. • Remplir la seringue de supplément. • Porter la seringue à la bouche du bébé en faisant sortir lentement le lait dans la bouche du bébé. 	<p>Une seringue parodontale (munie d'un embout courbé) peut également être utilisée.</p> <p>À utiliser avec parcimonie car le bébé n'a pas besoin d'ouvrir la bouche bien grand.</p>

Méthode	Matériel requis	Procédure	Remarques
Tube au doigt	Un tube souple (tube à gavage French n° 5 ou la tubulure d'un papillon)	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir à demi le bébé de manière à pouvoir garder le doigt bien à plat dans sa bouche. • Placer et tenir le tube sur la partie charnue du doigt, son extrémité ne dépassant pas le bout du doigt. Chatouiller les lèvres jusqu'à ce que le bébé ouvre grand la bouche. • Insérer doucement le doigt et le tube, la partie charnue du doigt vers le haut. Le bébé amènera par succion le doigt plus profondément dans sa bouche. • Durant la tétée, maintenir le doigt bien à plat. Ne pas pointer le bout du doigt vers le haut. 	Moyen de dernier recours, à utiliser sur une courte période.

Source : MOHRBACHER, N. (2006). *Traité de l'allaitement maternel*, Montréal, Ligue La Leche, p. 267-275.

Exercice d'expérimentation des méthodes de supplémentation

Si le temps le permet, demandez aux participants de se grouper deux par deux pour manipuler le matériel et expérimenter les méthodes de supplémentation vues précédemment (tube au sein, gobelet, cuillère, seringue, tube au doigt). L'expérimentation des méthodes peut se faire à l'aide d'une poupée ou directement entre participants, l'un servant de cobaye à l'autre, et vice-versa. Matériel nécessaire :

- cuillère, gobelet, seringue, tube à gavage;
- eau ou préparation commerciale pour nourrisson.

7.6.6 Hypoglycémie néonatale

Question	<i>L'hypoglycémie postnatale asymptomatique nécessite-t-elle l'administration de suppléments?</i>
-----------------	---

L'hypoglycémie postnatale est fréquemment évoquée comme prétexte à la supplémentation.

Avant d'envisager la possibilité d'une hypoglycémie chez le nouveau-né, l'intervenant doit savoir qu'une baisse de la glycémie se produit dans les deux à trois heures suivant la naissance chez le nouveau-né, né à terme et en santé. Cette hypoglycémie transitoire est normale et disparaît dans les 96 heures suivant la naissance. Elle ne devrait donc pas être associée à une sous-alimentation. Ainsi, en présence d'hypoglycémie asymptomatique, aucune intervention médicale n'est requise ni recommandée.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, une telle intervention ne présente pas d'avantages pour la santé du bébé, mais pourrait nuire au développement de la relation mère-enfant et à l'amorce de l'allaitement (Academy of Breastfeeding Medicine, 2006). L'allaitement exclusif, amorcé le plus tôt possible après la naissance et à la demande du nouveau-né, demeure le meilleur moyen de satisfaire les besoins nutritionnels du bébé né à terme et en santé.

Pour en savoir davantage sur le monitoring et le traitement de l'hypoglycémie néonatale des bébés allaités, les participants peuvent consulter le document suivant :

WIGHT N. , K.A. MARINELLI, ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE (2006), « ABM Clinical protocol #1: Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates », *Breastfeeding Medicine*, vol. 1, n° 3, 7 p.

Pour en savoir davantage sur les indications et la ligne de conduite relatives à la supplémentation, les participants peuvent consulter les documents suivants :

COMITÉ QUÉBÉCOIS EN ALLAITEMENT, COMITÉ D'AGRÉMENT IAB DU CQA (2006). Raisons médicales acceptables pour recourir aux suppléments après la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2002). « Protocol # 3 "Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate », 4 p. [En ligne]. [<http://www.bcbabyfriendly.ca/ABMSUPPLEMENT.pdf>].

7.6.7 Étape 5 : La poursuite de l'allaitement avec l'introduction des aliments complémentaires

La poursuite de l'allaitement est recommandée jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà avec l'introduction d'aliments complémentaires, qui se fait généralement vers l'âge de 6 mois. L'introduction des aliments complémentaires est graduelle, et est fonction des signes d'intérêt que le bébé manifeste envers la nourriture. Il est important de se rappeler qu'avant l'âge de 6 mois, l'allaitement exclusif répond à tous les besoins nutritionnels du bébé.

Pour en savoir davantage sur les signes démontrant que le bébé est prêt à manger, voir la section « Alimentation » du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, 2007.

Questions	<p><i>Jusqu'à quel âge avez-vous vu un enfant prendre :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Un biberon?</i>• <i>Une tétine?</i>• <i>Un toutou ou une couverture?</i>• <i>Son pouce?</i>• <i>Le sein?</i>
------------------	---

- Notre culture en est une du biberon et nous ne sommes pas familiers avec l’allaitement prolongé.
- Il se peut que des mères et des bébés éprouvent un désir d’allaitement prolongé; notre rôle d’agent de santé est de les soutenir.
- Selon les anthropologues, le sevrage chez les humains se produit entre l’âge de 2 et 7 ans.
- Il existe différents types de sevrage :
 - au cours de l’introduction des aliments solides (sevrage partiel);
 - progressif, dirigé par la mère;
 - naturel, dirigé par l’enfant.

7.6.8 Étape 6 : Offrir une ambiance accueillante aux familles de bébés allaités

Question	<i>Considérez-vous votre environnement de travail comme étant accueillant pour les familles de bébés allaités? Si oui, en quoi?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La mère peut allaiter en toute liberté dans le bureau de l’intervenant, si elle le désire.</i> • <i>La politique d’allaitement de l’établissement ou l’indication que celui-ci est « Ami des bébés » est affichée.</i> • <i>L’établissement met à la disposition des mères allaitantes un endroit confortable et intime.</i> • <i>Des affiches font la promotion de l’allaitement.</i> • <i>L’établissement diffuse des dépliants et autres documents d’information sur les groupes de soutien à l’allaitement.</i> • <i>L’établissement refuse de distribuer les dépliants, coupons ou échantillons offerts par les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrisson.</i> • <i>L’établissement refuse d’utiliser le matériel médical et les affiches qui font la promotion des préparations pour nourrisson.</i>

7.7 Condition 7 : Laisser l’enfant avec sa mère 24 heures par jour

7.7.1 L’importance de la cohabitation

La cohabitation permet à la mère de faire le contact peau à peau avec son bébé et d’apprendre à le connaître. Cela facilite l’allaitement puisque la mère peut observer son bébé et reconnaître les signes de faim de celui-ci, et ainsi lui offrir le sein à la demande.

La mère et son bébé étant dans le même environnement, la mère est exposée aux mêmes agents pathogènes que son bébé. Ainsi, elle transmet à celui-ci les anticorps dont il a besoin (Walker, 2006). De plus, la cohabitation réduit l’exposition du bébé aux bactéries et virus véhiculés par les autres bébés, les autres parents et les membres du personnel (OMS, 2006).

Les bébés qui cohabitent avec leur mère sont généralement plus calmes et pleurent moins car ils reçoivent une réponse plus rapide à leurs besoins. La cohabitation est profitable pour tous les bébés, quel que soit leur mode d'alimentation.

Mise en situation	
<i>Madame Ross</i>	
<i>Après un long travail, une mère épuisée, qui en est à son quatrième enfant, refuse d'avoir son bébé dans sa chambre. Elle dit qu'elle a besoin de se reposer avant de retourner à la maison.</i>	
Question	<i>Comment l'intervenant peut-il agir dans cette situation?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Utiliser les habiletés de communication vues précédemment.</i>• <i>Rassurer la mère quant au soutien de l'équipe soignante.</i>• <i>S'engager à une présence fréquente et régulière.</i>• <i>Encourager la présence d'une personne importante aux yeux de la mère.</i>• <i>Discuter avec la mère des avantages que peut comporter, pour elle, la cohabitation (ex. : moment privilégié d'être seule avec son bébé, elle apprend à le connaître et établit des liens avec lui, ce qui pourrait faciliter le retour à la maison).</i>• <i>Souligner que les bébés sont généralement plus calmes et pleurent moins lorsqu'ils cohabitent avec leur mère.</i>

7.7.2 L'hyperbilirubinémie

Mise en situation	
<i>Madame Langlois</i>	
<i>Trente heures après sa naissance, bébé Matis doit recevoir des traitements de photothérapie pour une bilirubinémie élevée.</i>	
Question	<i>Comment peut-on soutenir la mère?</i>
Réponses :	<ul style="list-style-type: none">• <i>Augmentation de la fréquence des tétées (+ de 12 fois/24 heures).</i>• <i>Expression manuelle :</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>stimuler la production lactée;</i>○ <i>donner directement au bébé.</i>• <i>Photothérapie dans la chambre de la mère</i>

L'hyperbilirubinémie est très courante et généralement bénigne chez les nouveau-nés à terme ou légèrement prématurés (35 à 36 semaines d'âge gestationnel). Cette condition peut provoquer de la somnolence. Il se peut, par conséquent, que le bébé manifeste moins ses signes de faim. Afin de réduire l'hyperbilirubinémie et d'en prévenir l'aggravation, il est recommandé de favoriser l'allaitement maternel (Société canadienne de pédiatrie, 2007). En effet le lait maternel, et particulièrement le colostrum, a des propriétés laxatives, et permet donc l'évacuation optimale de la bilirubine par les selles du bébé. La photothérapie peut également être recommandée.

Afin de favoriser l'allaitement, l'intervenant devrait recommander à la mère :

- de cohabiter avec son bébé, et effectuer la photothérapie dans la chambre de la mère s'il y a lieu;
- de faire du contact peau à peau avec son bébé;
- d'intensifier la fréquence des tétées (plus de 12 par jour);
- d'exprimer son lait et l'administrer au bébé si des tétées sont sautées.

Doit-on interrompre l'allaitement lorsqu'un bébé est sous photothérapie?

Lorsque le bébé est sous photothérapie, il est important de poursuivre l'allaitement. Par ailleurs, le traitement peut engendrer une évaporation cutanée significative; il est alors d'autant plus primordial de soutenir adéquatement l'allaitement.

Il existe des systèmes de photothérapie à fibres optiques qui ont l'avantage de permettre d'allaiter le nourrisson sans interrompre le traitement et d'éviter le recours au couvre-œil.

Question	<i>Comment peut-on prévenir l'hyperbilirubinémie chez le nouveau-né?</i>
Réponses	<p><i>En favorisant les conditions qui facilitent l'allaitement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Contact peau à peau et première tétée précoce (Condition 4)</i> • <i>Tétées efficaces et fréquentes (plus de huit par 24 heures) (Condition 5)</i> • <i>Allaitement exclusif (Condition 6). L'administration systématique de suppléments d'eau ou de dextrose aux nourrissons allaités ne prévient pas l'hyperbilirubinémie (Société canadienne de pédiatrie, 2007). Elle n'est donc pas recommandée.</i> • <i>Cohabitation (Condition 7)</i> • <i>Allaitement à la demande (Condition 8)</i> • <i>Non-utilisation des tétines (Condition 9)</i>

7.7.3 Dormir avec bébé

Mise en situation

Madame Vincent

Cette mère a entendu dire qu'il est mieux de dormir avec le bébé lorsqu'on l'allait. Elle vous demande votre avis.

Que répondez-vous?

L'UNICEF et l'Initiative des amis des bébés du Royaume-Uni (2005) recommandent aux mères de partager la chambre avec leur bébé au moins pendant les six premiers mois. Pour ce faire, la façon la plus sécuritaire est de coucher le bébé dans un petit lit placé à côté de celui de la mère.

Sur le sujet, voir aussi la position de la Société canadienne de pédiatrie intitulée *Des recommandations pour créer des environnements de sommeil sécuritaires pour les nourrissons et les enfants* (2004), qui peut être consultée à l'adresse suivante : [www.cps.ca/francais/enonces/CP/cp04-02.htm].

Avantages du partage du lit et précautions à prendre

Question	<i>Quels peuvent être les avantages de dormir avec le bébé?</i>
Réponses	<i>Il facilite l'allaitement. Allaiter couchée est confortable, nécessite un minimum d'efforts et permet à la mère de nourrir son bébé tout en se reposant.</i>

Question	<i>Quelles sont les précautions à prendre?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Il n'est pas recommandé de dormir avec le bébé lorsqu'on est fumeur, malade ou très fatigué, ou lorsqu'on est sous l'effet de l'alcool, de médicaments ou de drogues qui peuvent rendre le sommeil plus profond.</i>• <i>Il est déconseillé de dormir avec le bébé sur un sofa ou un fauteuil inclinable.</i>• <i>Le matelas doit être ferme (pas de lit d'eau).</i>• <i>Le bébé doit être placé sur le dos.</i>• <i>Le bébé ne doit pas avoir trop chaud. Il ne doit pas être trop habillé ou trop couvert. La température de la pièce doit se situer autour de 16 à 18° C.</i>• <i>Il faut placer le bébé de manière à ce qu'il ne tombe pas, qu'il ne soit pas écrasé et que son visage ne soit pas couvert.</i>• <i>Il est préférable de ne pas laisser le bébé dormir seul dans le lit des parents ni en présence d'animaux ou d'autres enfants.</i>• <i>...</i>

Pour en savoir davantage, consulter le dépliant *Partager un lit avec votre bébé. Un guide pour les mères qui allaitent* (2005) produit par UNICEF UK Baby Friendly Initiative et la Foundation for the Study of Infant Deaths, diffusé à l'adresse suivante :

[\[www.babyfriendly.org.uk/pdfs/french/sharingbedleaflet_french.pdf\]](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/french/sharingbedleaflet_french.pdf).

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

L'allaitement à la demande signifie que la mère offre le sein à son bébé dès qu'il manifeste des signes de faim.

7.8.1 Avantages de l'allaitement à la demande

- Une nutrition optimale du bébé selon ses besoins
- Une production lactée adéquate
- Calme le bébé et satisfait ses besoins de succion
- Une fréquence adéquate des tétées, ce qui assure :
 - la stimulation des contractions utérines pour une involution plus rapide;
 - la réduction des symptômes et de l'inconfort dus à la plénitude des seins;
 - la prévention de l'engorgement pathologique.

7.8.2 Fréquence des tétées

La fréquence et la durée des tétées sont variables selon les besoins du bébé.

- Il n'y a pas d'horaire fixe à suivre, sinon le rythme du bébé.
- La fréquence des tétées varie d'une journée à l'autre et à l'intérieur d'une même journée : les bébés réclament la tétée en moyenne 8 à 12 fois par 24 heures. À mesure que l'enfant vieillit, ce nombre peut diminuer graduellement.
- Le bébé a normalement besoin de téter la nuit.
- La qualité et l'efficacité des tétées sont plus importantes que leur fréquence.
- Il peut arriver que les tétées soient groupées, notamment en soirée.

7.8.3 Durée des tétées

Le bébé déterminera lui-même la durée des tétées. Il est important de le laisser téter activement au premier sein aussi longtemps qu'il le désire avant de lui offrir le second.

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

7.9.1 Motifs justifiant cette condition

Question	<i>Pourquoi est-il important de ne donner aucune tétine aux bébés allaités?</i>
Réponses	<p>La succion sur la tétine :</p> <ul style="list-style-type: none">• peut diminuer le temps passé au sein, ce qui peut réduire la stimulation de la glande et le transfert de lait au bébé;• peut faire sauter une tétée nutritive dans une période de 24 heures;• est différente de celle du sein, ce qui peut amener le bébé à blesser le mamelon et diminuer le transfert de lait. <p><i>Expliquez la différence entre téter au sein ou au biberon.</i></p> <p>Description de la succion au biberon et de ses conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none">• Bébé ouvre peu la bouche.• Étant donné que le lait coule par gravité, le bébé utilise sa langue pour régler le débit de l'écoulement du lait au lieu d'étirer celle-ci au-delà de la gencive inférieure.• Il y a peu de mouvements des mâchoires.• L'usage du biberon peut amener le bébé à préférer la tétine et à refuser alors de téter au sein. <i>(Notez que les méthodes alternatives à l'allaitement autres que le biberon comportent aussi des risques de confusion.)</i>• La succion sur le biberon peut augmenter le risque :<ul style="list-style-type: none">○ de candidose buccale;○ d'otite, si le bébé boit en position couchée;○ de malocclusion dentaire;○ de développement inadéquat des muscles faciaux.

7.9.2 Utilisation de la tétine

<p><i>Mise en situation</i></p> <p><i>Madame Dubois</i></p> <p><i>Le lendemain de son accouchement, vous remarquez que cette mère tente sans succès de calmer les pleurs de son bébé (né à terme et en santé) en lui donnant une tétine. Elle trouve que son bébé veut toujours être au sein.</i></p> <p><i>Que faites-vous?</i></p>
--

Question	<i>Pouvez-vous nommer d'autres moyens efficaces pour calmer le bébé et satisfaire son besoin de téter?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mettre le bébé en contact peau à peau.</i> • <i>Lui offrir le sein.</i> • <i>Le changer de position ou le prendre (portage).</i> <i>Autres (se référer au guide Mieux Vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans).</i>

7.10 Condition 10 : Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique / Étape 7 : Encourager la coopération entre le personnel, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale

En l'absence d'un réseau naturel qui soutienne adéquatement la mère allaitante, la mise en place de ressources communautaires en allaitement est nécessaire. Ainsi, avant son congé de la maternité, il est important de discuter avec la mère qui allaite du soutien dont elle dispose, et de vérifier si elle et son entourage connaissent les services de soutien en allaitement offerts dans la région. Ces services peuvent être offerts par le réseau de la santé ou par les groupes de soutien à l'allaitement.

Depuis quelques décennies, plusieurs groupes de soutien à l'allaitement ont vu le jour afin d'offrir un soutien non professionnel à l'allaitement maternel. Plusieurs études rapportent l'efficacité de ce type de soutien dans le prolongement de la durée (Dennis, 2002; Schafer, 1998) et de l'exclusivité de l'allaitement maternel, principalement auprès de familles à faible revenu (Morrow, 1999; Kistin, 1994).

Questions	<i>Connaissez-vous les ressources en allaitement de votre région?</i> <i>Quels liens entretenez-vous avec les groupes de soutien à l'allaitement maternel vers lesquels vous pouvez orienter une mère qui allaite?</i>
------------------	---

Références

- AMIR, L. (2002). « Breastfeeding and the *Staphylococcus Aureus*. Three cases report », *Breastfeeding review*, n° 10, p. 15-18.
- BERENS, P.D. (2001). « Prenatal, intrapartum and postpartum support of the lactating mother », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 48, n° 2, p. 365-375.
- BROOK, I., et A.E. GOBER (1997). « Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media », *The Journal of Laryngology and Otology*, n° 111, p. 614-615.
- CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider. [Présentation PowerPoint]. [www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section2.4.a_Slides.ppt].
- CATTANEO, A., R. BUZZETTI (2001). « Effects on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative », *British Medical Journal*, n° 323, p. 1358-1362.
- CHETWYND, E.M., T.J. IVES, P.M. PAYNE et N. EDENS-BARTHOLOMEW (2002). « Floconazole for postpartum candidal mastitis and infant thrush », *Journal of Human Lactation*, n° 18, p. 168-171.
- DARWAZEH, A.M., et A. AL-BASHIR (1995). « Oral candida flora in healthy infant », *Journal of Oral Pathology Medicine*, n° 24, p. 361-364.
- DE CHATEAU, P., B. WIBERG (1977). « Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum », *Acta Paediatrica Scandinavica*, n° 66, p. 145-151.
- DUBOIS, L., B. MÉNARD, M. GIRARD et E. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 5, 50 p.
- EGLASH, A. (1998). « Delayed milk ejection reflex and plugged ducts: Lecithin therapy », *ABM News and Views*, vol. 4, n° 1, p. 4.
- EVANS, K, R. EVANS et K. SIMMER (1995). « Effect of the method of breastfeeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic », *Acta Paediatrica*, n° 84, p. 849-852.
- FETHERSTON, C. (1998). « Risk factors for lactation mastitis », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2, p. 101-109.
- FLINT, A., K. NEW et M.W. DAVIES (2007). « Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD005092. DOI: 10.1002/14651858.CD005092.pub2.
- DE GUISE, J.M, et autres (2003). « The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force », *Annals of Family Medicine*, vol. 1, n° 2, p. 70-78.
- HALE, T. W. (2006). *Medications and Mothers' milk* (12e éd.), Amarillo, (Tx), Hale Publishing, 1075 pages.
- ILLINGWORTH, R.S., D.G.S. STONE, G.H. JOWETT et J.F. SCOTT (1952). « Self-demand feeding in a maternity unit », *Lancet*, vol. 1, n° 14, p. 683-687.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans: Guide pour les parents*. Québec, Institut national de la santé publique du Québec.

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (2005). *Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif*, 2^e éd., Traduit de l'anglais par Lactitude, États-Unis, 30 p. [En ligne]. [http://www.lactitude.com/text/Guide_ILCA.html]

MANNING, D.J., R.P. COUGHLIN et E.M.E. POSKITT (1985). « Candida in mouth or on dummy? », *Archives of Disease in Childhood*, n° 60, p. 381-382.

MARTENS, P.J. (2000). « Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs exclusive, breastfeeding rates and breastfeeding compliance? The experience of a small rural Canadian hospital », *Journal of Human Lactation*, vol. 16, n° 4, p. 309-317.

MATTOS-GRANER, R.O., A.B. DE MORAES, R.M. RONTANI et E.G. BIRMAN (2001). « Relation to oral yeast infection in Brazilian infants and the use of a pacifier », *Journal of Dentistry for Children*, n° 68, p. 33-36.

MOHRBACHER, N. (2006). *Traité de l'allaitement maternel*, Montréal, Ligue La Leche, p. 267-275.

MONGOMERY, A., et T.W. HALE (2006). « The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, AMT Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother », *Breastfeeding Medicine*, vol. 1, n° 4, p. 271-277.

MOON, J.L., et S.S. HUMENICK (1989). « Breast engorgement: Contributing variables and variables amenable to nursing intervention », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, n° 18, p. 309-315.

MORRILL, J.F., M.J. HEINIG, D. PAPPAGIANIS et K.G. DEWEY (2005). « Risk factors for mammary candidosis among lactating women », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, n° 34, p. 37-45.

NEUBAUER, S.H., A.M. FERRIS et L. HINCKLEY (1990). « The effect of mastitis on breastfeeding composition in insulin dependent diabetic and non-diabetic women », *Federation of American Societies for Experimental Biology*, n° 4, p. A915.

NEWTON, M., et N. NEWTON (1951). « Postpartum engorgement of the breast », *American Journal of Obstetric and Gynecology*, n° 61, p. 664-667.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, 121 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum. Guide pratique*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 88 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital. A 20 Hour Course for Maternity Staff*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 237 p.

PALMER, B. (2007). *L'importance de l'allaitement sur la santé globale*. Contenu de conférence et informations disponible sur le site Internet : www.brianpalmerdds.com.

- PHILIPP, B.L., et autres (2001). « Baby-Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting », *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, p. 677-681.
- PRENTICE A., C.V.P. ADDEY, et C.J. WILDE (1989). « Evidence for local feedback control of human milk secretion », *Biochemical Society Transactions*, n° 17, p. 122.
- RIGHARD, L., et M.O. ALADE (1992). « Sucking technique and its effect on success of breastfeeding », *Birth*, vol 19, n° 4, p. 185-189.
- RIGHARD, L., et M.O. ALADE (1990). « Effect of delivery room routines on success of first breastfeed », *Lancet*, n° 336, p. 1105-1107.
- RIORDAN, J. (2005). *Breastfeeding and Human Lactation*, 3^e éd., Toronto, Jones & Bartlett, 819 p.
- ROSS, L. (2003). *Neuf mois plus tard... un enfant naît, la famille grandit. Guide de santé postnatale*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 168 p.
- SABLE, M.R., et C.B. PATTON (1998). « Prenatal lactation advice and intention to breastfeed: Selected maternal characteristics », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 1, p. 35-39.
- SANTÉ CANADA (1998). « Ophthalmie néonatale », dans *Les Lignes directrices canadiennes pour les MTS.*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/std-mts98/pdf/mts_f.pdf].
- SÉGUIN, L., L. GOULET, K. FROHLICH, M.E. DUMAS et L. DESJARDINS (1998). *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées*, Département de médecine sociale et préventive et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 90 p.
- SLAVEN, S., et D. HARVEY (1981). « Unlimited suckling time improves breastfeeding », *Lancet*, n° 1, p. 392-393.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (1997). « L'administration systématique de vitamine K aux nouveau-nés », *Paediatrics & Child Health*, vol. 2, n° 6, p. 432-434.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2002). « Des recommandations pour prévenir l'ophtalmie néonatale », *Paediatrics & Child Health*, vol. 7, n° 7, p. 485-488.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2007). « Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés », *Paediatrics & Child Health*, vol. 12, n° 5, p. 411-418.
- TANGUAY, K., M. BEAN et E. JAIN (1994). « Nipple candidosis among breastfeeding mothers: A case control study of predisposing factors », *Canadian Family Physician*, n° 40, p. 1407-1413.
- UTTER, A.R. (1990). « Gentian violet treatment for thrush: Can its use cause breastfeeding problem? », *Journal of Human Lactation*, n° 6, p. 178-180.
- VOLPE, E.M., et M. BEAR (2000). « Enhancing Breastfeeding Initiation in Adolescent Mothers Through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club », *Journal of Human Lactation*, vol. 16, n° 3, p. 196-200.
- WALKER, M. (2006). *Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence*, Sudbury (MA), Jones & Bartlett, 496 p.

WAMBACH, K.A. (2003). « Lactation mastitis: A descriptive study of the experience », *Journal of Human Lactation*, n° 19, p 24-34.

WILLIAMS, E., et E. PAN (1994). « Breastfeeding initiation among a low income multiethnic population in Northern California: An exploratory study », *Journal of Human Lactation*, vol. 10, n° 4, p. 245-251.

WILSON-CLAY, B., et K. HOOVER (2005). *The Breastfeeding Atlas*, 3^e éd., Manchaca (TX), LactNews Press, 204 p.

WRIGHT, A., S. RICE et S. WELLS (1996). « Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding », *Pediatrics*, n° 97, p. 669-675.

Chapitre 8 L'allaitement dans des situations particulières

Objectifs visés

Au terme de cette section, les participants seront en mesure de soutenir et protéger l'allaitement dans des situations particulières chez le bébé et la mère.

De plus, ils seront en mesure d'expliquer :

- les liens connus entre le mode d'alimentation infantile et la carie dentaire;
- comment les intervenants en santé dentaire peuvent soutenir l'allaitement.

Durée : 3 heures 30 minutes

8.1 Les situations particulières chez le bébé

Présentation des diapositives : L'allaitement dans des situations particulières chez le bébé

8.1.1 Allaitement de plus d'un bébé

Au Québec, la proportion de naissances gémellaires est en augmentation. Elle était de de 1,8 % en 1979-1980, de 2 % en 1989-1990 et de 2,5 % en 1999-2000 (*La situation démographique au Québec, bilan 2001*). Qu'elles aient accouché de un ou de plusieurs bébés, les mères amorcent l'allaitement dans les mêmes proportions, soit 85 % dans le cas des naissances simples et 81 % dans le cas des naissances multiples (ISQ, 2006). Malheureusement, comparativement aux naissances simples, l'exclusivité et la durée de l'allaitement sont plus faibles lorsqu'il y a plus d'un bébé (Geraghty et autres, 2004). Cette différence augmente avec le nombre de bébés et la prématurité.

Question	<i>Selon vous, quelles sont les raisons qui pourraient expliquer cette différence?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Fausse croyance quant à la capacité d'une mère à allaiter plus d'un enfant.</i>• <i>Soutien inadéquat des professionnels de la santé.</i>• <i>Soutien insuffisant de l'entourage.</i>
Question	<i>Selon vous, comment l'intervenant peut-il soutenir une mère qui désire allaiter plus d'un enfant?</i>

La mère qui allaite plus d'un enfant a besoin d'avoir confiance en sa capacité d'allaiter exclusivement ses bébés et de produire suffisamment de lait pour deux ou même trois bébés. Il semble d'ailleurs que les nourrices pouvaient allaiter jusqu'à six bébés. Cette confiance combinée avec le soutien et l'encouragement des intervenants, des membres de la famille et de la communauté sont les éléments clés pour le succès et la poursuite de son allaitement.

Comme dans le cas d'une naissance simple, le contact peau à peau et la cohabitation sont recommandés à la mère de plus d'un bébé, puisque les bienfaits en sont les mêmes. Le contact peau à peau pourrait se faire avec chaque bébé individuellement (un après l'autre), avec les bébés ensemble ou être partagé avec le père, en tenant compte de la façon dont s'est déroulé l'accouchement et des comportements des bébés. Lorsque la cohabitation n'est pas possible, il importe que la mère et les bébés soient réunis régulièrement afin de permettre la mise au sein de 8 à 12 fois par 24 heures. Il est recommandé que la première mise au sein se fasse le plus tôt possible après la naissance, soit dès que les bébés sont prêts.

La mère qui allaite plus d'un enfant peut allaiter un bébé à la fois ou les deux simultanément. Les deux approches comportent des avantages; il revient à la mère de déterminer laquelle est la plus avantageuse pour elle.

Au cours des premières mises au sein, il serait plus facile à la mère d'allaiter un bébé à la fois. Ainsi, elle serait plus en mesure de porter attention au positionnement et à la prise du sein. Elle pourrait alors s'assurer que chacun de ses bébés tète efficacement, et ce, en tenant compte de ses particularités, de son rythme et de ses besoins. En revanche, l'allaitement simultané des deux bébés présente l'avantage de réduire le temps d'allaitement. De plus, si l'un des deux bébés a tendance à téter moins vigoureusement que l'autre, cette mise au sein simultanée lui permettrait de profiter d'une meilleure stimulation du réflexe d'éjection du lait suscitée par l'autre bébé (OMS, 2006).

Afin de stimuler également les deux seins, il est préférable que les bébés ne soient pas assignés chacun à un sein, mais qu'il y ait plutôt alternance.

Dans le cas où les bébés ne peuvent téter au sein après leur naissance (prématurité ou maladie), il est important que la mère sache et puisse exprimer manuellement son lait dans les six heures suivant la naissance (idéalement, dans l'heure ou les deux heures suivant la naissance), et qu'elle sache comment l'administrer au bébé. Afin de stimuler sa production de lait, elle pourrait ensuite poursuivre l'expression de son lait (manuellement ou à l'aide d'un tire-lait) aussi souvent que le nombre de tétées qu'elle donnerait aux bébés (en moyenne, de 8 à 12 tétées par 24 heures par bébé, dont des tétées la nuit) jusqu'à ce que ses bébés puissent être mis au sein. L'expression du lait la nuit favorise la libération de prolactine.

Le soutien du conjoint et de l'entourage est très important. Leur encouragement et leur assistance sont déterminants pour la poursuite de l'allaitement. Effectivement, leur aide permet à la mère d'être plus disponible pour allaiter ses bébés et satisfaire ses besoins personnels.

8.1.2 Bébé présentant des besoins particuliers

Question	<i>Pourquoi est-il important d'allaiter un bébé prématuré, de petit poids pour son âge gestationnel ou présentant des besoins particuliers?</i>
Réponses	<p><i>Le lait maternel :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>offre les facteurs de croissance et les nutriments nécessaires au développement optimal du bébé;</i>• <i>s'adapte aux besoins particuliers du bébé. Par exemple : la composition du lait est différente selon que le bébé soit né à terme ou prématurément;</i>• <i>protège le bébé contre les infections et réduit ses risques de développer certaines maladies chroniques;</i> <p><i>contient des enzymes qui facilitent la digestion;</i></p> <p><i>aurait une fonction analgésique.</i></p> <p><i>De plus :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>La tétée calme le bébé et le sécurise.</i>• <i>L'allaitement ou l'expression de son lait permet à la mère de réaliser qu'elle a un rôle important dans les soins à apporter au bébé.</i>• <i>L'allaitement maintient un lien privilégié entre la mère et son bébé.</i>
<i>La méthode utilisée pour nourrir le bébé dépend de son état de santé.</i>	

Il est important de ne pas séparer une mère de son bébé. Les mères et les bébés présentant des besoins particuliers ont besoin d'être ensemble, d'apprendre à se connaître et de profiter des bienfaits du contact peau à peau.

Question	<i>Comment l'intervenant peut-il soutenir l'allaitement dans le cas où la mère et l'enfant sont séparés?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager un contact étroit et régulier entre la mère et son bébé <p><i>Ils passent du temps ensemble, ainsi le bébé est nourri dès qu'il manifeste ses premiers signes de faim.</i></p> <p><i>La mère allaitante produit et transmet à son bébé des anticorps. Elle le protège ainsi contre les éléments pathogènes auxquels ils sont tous deux exposés.</i></p> <p><i>Le contact peau à peau calme le bébé, régularise son rythme cardiaque et sa température, et faciliterait aussi le lien d'attachement entre la mère et son bébé.</i></p> • Prendre soin de la mère <p><i>S'assurer de son bien-être, faciliter sa présence auprès du bébé. Prendre le temps de répondre à ses questions et préoccupations.</i></p> • Soutenir l'amorce et le maintien de l'allaitement <p><i>Lui montrer comment exprimer son lait et comment le donner à son bébé. L'encourager à exprimer du lait dans les six heures suivant la naissance et régulièrement par la suite (au moins six à huit fois par 24 heures).</i></p> • Mise au sein <ul style="list-style-type: none"> • <i>Encourager la mère à reconnaître les premiers signes montrant que son bébé est prêt à téter. Lui recommander de ne pas attendre qu'il dépense son énergie à pleurer</i> • <i>L'assister dans la mise au sein et encourager le maintien de la tétée même si le bébé n'est pas en mesure de téter efficacement. Il peut ainsi sentir le lait et lécher (ou « tétouiller ») le mamelon.</i> • <i>Lui montrer comment tenir et placer son bébé (position « Madone inversée » ou « Football »).</i> • <i>Lui enseigner comment faire la compression du sein pour augmenter le flot de lait.</i> • <i>L'informer des étapes à venir afin d'éviter qu'elle ne se décourage (tétées plus longues, entrecoupées de pauses, étouffements plus fréquents).</i> • <i>Favoriser un environnement calme pendant la tétée (éviter les bruits et la lumière vive, éviter de parler à la mère lorsqu'elle donne le sein).</i>

8.1.3 Perception d'insuffisance de production lactée

Mise en situation	
<i>Stéphanie a accouché il y a trois semaines d'un bébé de petit poids. Elle trouve que son bébé demande souvent à boire et ne semble pas toujours rassasié après la tétée. Elle sait que l'allaitement exclusif est préférable, mais elle a tout de même décidé de compléter les tétées par l'administration de 30 à 45 ml de préparation pour nourrisson.</i>	
Question	<i>Comment interprétez-vous la situation présentée? Quelle est votre hypothèse?</i>
Réponse	<i>Stéphanie perçoit que sa production lactée est insuffisante.</i>
Question	<i>Quels sont les éléments qui permettent cette interprétation?</i>
Réponses	<p><i>Stéphanie trouve que son bébé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>demande souvent à boire;</i> • <i>n'est pas rassasié après la tétée.</i> <p><i>Elle donne des suppléments lactés malgré ses connaissances sur l'importance de l'allaitement exclusif.</i></p>

La perception d'insuffisance lactée est la première cause du sevrage précoce (Walker, 2006; Vittoz et autres, 2004).

Question	<i>Quels sont les signes pouvant faire croire à une mère quelle ne produit pas assez de lait quoique son bébé se développe bien?</i>
Réponses	<p>Le bébé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>pleure souvent, est irritable, se met à pleurer après la tétée;</i> • <i>semble mal à l'aise au sein, est difficile à faire téter ou ne tète pas longtemps;</i> • <i>ne dort pas assez longtemps;</i> • <i>tète ses doigts ou ses mains après la tétée;</i> • <i>prend le supplément de lait offert.</i> <p>La mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ne voit pas son lait couler;</i> • <i>ne sent pas ses seins pleins de lait;</i> • <i>trouve que ses seins sont plus souples ou plus petits qu'avant;</i> • <i>a de la difficulté à exprimer du lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.</i> <p><i>Tous ces signes sont assez subjectifs. Ils peuvent également démontrer autre chose.</i></p>

Question	<i>Quelles sont les signes fiables qui indiquent que le bébé reçoit suffisamment de lait?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sa perte de poids initiale n'excède pas 10 % de son poids de naissance. Un bébé perd généralement de 4 à 7 % de son poids de naissance dans les premiers jours postnatals (OMS, 2006).</i> • <i>La reprise du poids de naissance à deux semaines de vie.</i> • <i>Son gain de poids moyen est de : 34-40 g/jour de 2 à 6 semaines; 115-225 g/semaine de 6 semaines à 4 mois; 85-140 g/semaine de 4 à 6 mois; 40-85 g/semaine de 6 à 12 mois.</i> • <i>La mère remarque que les vêtements de son bébé deviennent trop petits.</i> • <i>Le nombre de ses selles et de ses mictions correspond à ce qui est attendu pour son âge.</i> • <i>Le bébé est alerte, a un bon tonus musculaire et ne présente pas de signes de déshydratation.</i>
<p><i>Se référer au tableau « Allaiter votre bébé, Guide pour les mères qui allaitent » du MSSS, pour la quantité de lait que prend normalement un bébé et pour le nombre de mictions et de selles attendu selon son âge (annexe 2).</i></p>	

Interventions

Question	<i>Dans cette situation, que peut faire l'intervenant pour soutenir l'allaitement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Observer la tétée du début à la fin.</i> • <i>Permettre à la mère d'exprimer ses préoccupations au sujet de l'allaitement et des signes qui lui laissent croire que son bébé n'est pas rassasié.</i> • <i>Souligner ce qu'elle fait de bien.</i> • <i>Expliquer à la mère les signes fiables qui lui indiquent que son bébé boit suffisamment.</i> • <i>Lui expliquer le principe de l'offre et de la demande et les moyens de stimuler et de maintenir sa production de lait.</i> • <i>L'informer des effets que pourrait avoir l'administration de suppléments sur sa production lactée.</i> • <i>Renforcer sa confiance en sa capacité d'allaiter exclusivement.</i> • <i>Lui offrir du soutien dans la poursuite de l'allaitement (ex. : proposer de la revoir avec son bébé pour réévaluer la situation).</i>

8.1.4 Gain de poids insuffisant

Question	<i>Qu'est-ce qui pourrait expliquer un gain de poids insuffisant chez le bébé?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Production insuffisante de lait.</i> • <i>Transfert insuffisant du lait de la mère au bébé.</i>

Question	<i>Quelles seraient les causes d'une production lactée insuffisante?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • Une gestion inadéquate de l'allaitement (<i>succion inefficace, nombre insuffisant de tétées, tétées trop courtes, mise au sein au moment où le bébé n'est pas prêt à téter, etc.</i>) conduisant à la baisse de la production de lait. • La consommation de substances susceptibles de réduire la production de lait (<i>Sudafed, tabac, alcool, anovulants</i>). • Des conditions de santé maternelle (<i>hypothyroïdie, hypoplasie, réduction mammaire, diabète, obésité, ovaire polykystique, rétention de fragments placentaires</i>). • Des facteurs psychologiques (<i>OMS, 2006</i>) : <i>une mère fatiguée, surchargée, dépassée par des situations stressantes pourrait avoir peu de temps à consacrer à l'allaitement. Dans ce contexte, elle pourrait être tentée de donner des suppléments et la tétine.</i> • La grossesse (<i>OMS, 2006</i>).

Question	<i>Comment intervenir en cas de perception d'insuffisance de production lactée?</i>
Réponses	<p>Évaluer s'il s'agit d'une insuffisance de production lactée perçue ou réelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>recueillir les informations pertinentes sur les antécédents d'allaitement;</i> • <i>examiner la mère et le bébé.</i> <p>S'il s'agit de la perception de la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>la rassurer;</i> • <i>l'encourager à allaiter exclusivement jusqu'à 6 mois.</i> <p>Si il y a insuffisance réelle, aider la mère à maximiser sa production de lait en l'encourageant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>à faire le contact peau à peau;</i> • <i>à augmenter la fréquence des tétées;</i> • <i>à exprimer du lait après ou entre les tétées;</i> • <i>à faire des massages et des compressions du sein afin de favoriser le transfert du lait.</i> <p><i>Faire le suivi du gain de poids du bébé (le peser nu avec la même balance calibrée).</i></p> <p><i>Faire l'évaluation de l'intervention.</i></p>

Réponses	Favoriser la « lune de miel » :
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quand deux personnes entament une relation intime, elles ont le goût d'être ensemble. Elles prennent le temps de se découvrir, de se toucher et de se donner de la tendresse.</i> • <i>Le bébé et les parents peuvent avoir les mêmes besoins après la naissance; une attente de 9 mois, c'est une longue attente. La « lune de miel » est une approche qui favorise le rapprochement de la mère et du bébé.</i> • <i>En milieu hospitalier, cette approche se traduit par la cohabitation, beaucoup de contact peau à peau, des tétées fréquentes; ces pratiques favorisent la montée de lait et le gain de poids du bébé.</i> • <i>De retour à domicile, cette approche peut être utilisée entre autres pour augmenter la production de lait ou en cas de mastite; au bout de deux jours, habituellement, la mère notera une amélioration dans sa production de lait et dans le nombre de couches que mouille le bébé.</i> • <i>La « lune de miel » consiste à ce que la mère reste au lit près de son bébé et cesse toutes ses autres activités afin de prendre le temps de s'occuper uniquement d'elle et de son bébé.</i> • <i>Le bébé devrait avoir accès au sein aussi souvent qu'il le veut : aux heures, aux demi-heures, donc plus de 12 tétées par jour.</i> • <i>La mère devrait en profiter pour dormir entre les tétées, et seulement s'assurer de boire et manger selon ses besoins.</i> • <i>Après une lune de miel de 24-48 heures, la mère sera plus reposée, sa production lactée sera accrue et le bébé sera bien nourri.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Certaines mères peuvent avoir besoin de prendre un galactogogue, soit une substance qui favorise la production lactée. À cet égard, la dompéridone est le médicament le plus couramment utilisé au Canada. Certains produits naturels (fenugrec, chardon béni, Goat's rue...) sont aussi utilisés. La prudence est alors de mise car leur usage n'est pas réglementé ni approuvé par Santé Canada.</i> • <i>Dans le cas où le bébé doit recevoir un supplément :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>privilégier d'abord le lait maternel;</i> ○ <i>l'offrir à l'aide d'un dispositif d'aide à la lactation (DAL) : mécanisme permettant au bébé de téter au sein tout en recevant le supplément.</i>

Pour en savoir davantage sur les produits qui pourraient stimuler la production de lait, consulter le document suivant :

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (2004). « Protocol #9: Use of galactagogues in initiating or augmenting maternal milk supply ». [En ligne]. [www.bfmed.org].

Expliquez ce qu'est la compression du sein à l'aide de la vidéo Allaitement maternel, la mise au sein et faites-en la démonstration à l'aide d'un sein tricoté.

Durant la compression, la mère peut changer le bébé de sein lorsque sa succion a tendance à diminuer de vigueur.

Question	<i>Selon vous, quelles pourraient être les causes d'un transfert de lait insuffisant?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le bébé ne prend pas adéquatement le sein ou ne tète pas de manière efficace.</i> • <i>Les tétées sont écourtées ou en nombre insuffisant.</i> • <i>Le bébé malade ou prématuré peut être incapable de téter de manière efficace ou suffisamment longtemps.</i>

Le transfert et la production du lait maternel sont interreliés. La présence de stase de lait dans le sein peut modifier la production lactée. Une gestion efficace de l'allaitement (tétées efficaces ou expression du lait lorsque le bébé ne réussit pas à téter efficacement) permet de favoriser une production lactée adéquate.

Question	<i>Comment la mère pourrait-elle améliorer le transfert du lait à son bébé?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En améliorant la prise du sein.</i> • <i>En allaitant son bébé plus fréquemment.</i> • <i>En offrant le sein lorsque le bébé démontre qu'il est prêt à téter.</i> • <i>En étant en contact peau à peau avec le bébé.</i> • <i>En évitant l'utilisation de la tétine.</i>

Signaux d'alerte

- Perte de poids de plus de 10 % du poids de naissance.
- Perte de poids après cinq jours de vie.
- Non-reprise du poids de naissance à deux-trois semaines de vie.
- Prise de poids moyenne inférieure à 15-30 g/jour les six premiers mois et à 10-15 g/jour de 6 mois à 1 an.
- Présence de signes de déshydratation (moins de 6 mictions/24 heures après la première semaine de vie, peau et muqueuses sèches, etc.).
- Présence de méconium à cinq jours de vie.
- Absence de selles dans les dernières 24 heures chez le bébé âgé de moins de 1 mois.
- Fontanelles abaissées.

8.1.5 Bébé somnolent

Mise en situation	
<i>Madame Meloche</i>	
<i>Madame Meloche a donné naissance, il y a six jours, à un garçon né à terme et en santé. Elle se présente à la clinique du nourrisson parce qu'elle trouve que son bébé dort tout le temps. Lorsqu'elle le met au sein, il tète quelques minutes et s'endort. Elle se demande quoi faire.</i>	
Question	<i>Quels sont les facteurs qui pourraient rendre un bébé somnolent?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Surstimulation due à l'environnement.</i>• <i>Apport calorique insuffisant chez le bébé.</i>• <i>Passage au bébé de médication prise par la mère durant l'accouchement ou la lactation.</i>• <i>Hyperbilirubinémie néonatale.</i>• <i>Prématurité ou maladie.</i>

Interventions

Comme nous l'avons vu précédemment, dans les premières heures après sa naissance, le bébé entre dans une longue période de sommeil. Il peut alors être difficile, voire impossible de le faire téter au sein. Cette situation est normale, le bébé traverse une phase d'adaptation et la mère ne devrait pas s'inquiéter. Cependant, si le bébé n'a pas tété dans les premières 24 heures, l'intervenant devrait expliquer à la mère comment exprimer son lait manuellement et le donner à son bébé.

Certains bébés peuvent être somnolents au-delà des premières 24 heures. Ils risquent ainsi de ne pas téter suffisamment. Dans ce cas, l'intervenant devrait soutenir la mère :

- à cohabiter avec son bébé (autant en centre de maternité qu'à domicile);
- à faire le contact peau à peau;
- à réduire les stimulations de l'environnement (favoriser le calme et un éclairage réduit);
- à reconnaître les signes qui démontrent que le bébé est prêt à téter et à le mettre au sein à ce moment;
- à offrir le sein fréquemment (au moins huit tentatives dans les premières 24 heures);
- à exprimer quelques gouttes de lait et à les appliquer sur le mamelon ou sur les lèvres du bébé pour lui donner l'envie de téter;
- à réveiller et à stimuler le bébé avant de le mettre au sein :
 - le dévêtir (ne lui laisser que sa couche) ou le vêtir légèrement,
 - masser son dos, son abdomen, ses bras et ses jambes,
 - lui faire faire son rot ou changer sa couche,
 - le tenir dans une position verticale;
- à faire des compressions du sein pour faciliter l'écoulement du lait pendant la tétée;
- à changer de sein fréquemment.

8.1.6 Pleurs excessifs du bébé

Lorsque le bébé pleure même après avoir tété, il arrive que la mère doute de la qualité ou de la quantité de son lait. Cela peut influencer sur sa confiance en sa capacité d'allaiter.

Question	<i>Que peuvent exprimer les pleurs d'un bébé?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Sensation de faim ou de froid</i>• <i>Surstimulation</i>• <i>Fatigue</i>• <i>Besoin de contact physique et de sécurité</i>• <i>Douleur, malaise</i>• <i>Irritabilité (par exemple due à l'anxiété des parents, à l'exposition à la nicotine, à la caféine ou à d'autres drogues prises par la mère)</i>• <i>Autres causes</i>

Question	<i>Selon vous, quelles sont les caractéristiques des pleurs excessifs (communément appelés coliques)?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Les pleurs sont inexplicables.</i>• <i>Ils durent longtemps (plus de trois heures par jour, pendant plusieurs semaines ou mois).</i>• <i>Le bébé est jeune (entre 3 semaines et 3 mois).</i>• <i>Le bébé est en bonne santé (absence de cause physiologique).</i>

Les pleurs excessifs constituent l'un des motifs les plus fréquents de consultation dans la première année de vie. On en connaît mal les causes. Ils font partie d'un processus d'adaptation de l'enfant à son nouvel environnement et sont liés à sa sensibilité (*Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, 2008, p. 227).

La prévalence serait similaire chez les bébés allaités et non allaités; elle n'est donc pas reliée au type d'alimentation.

Interventions

Question	<i>Comment peut-on aider une mère aux prises avec un bébé qui pleure beaucoup?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• Tenter d'en déterminer la ou les causes :<ul style="list-style-type: none">○ <i>Écouter la mère et tenter de déterminer avec elle ce qui peut causer les pleurs.</i>○ <i>Observer la tétée du début à la fin.</i>○ <i>Faire l'examen clinique du bébé.</i>• Maintenir sa confiance en sa capacité de nourrir son bébé :<ul style="list-style-type: none">○ <i>Recevoir ses sentiments.</i>○ <i>Souligner et renforcer ce qu'elle fait de bien.</i>○ <i>L'informer brièvement, trouver avec elle des moyens d'apaiser les pleurs.</i>• Suggestions :<ul style="list-style-type: none">○ <i>Mettre le bébé en contact peau à peau.</i>○ <i>Prendre le bébé ou le porter.</i>○ <i>Mettre le bébé au sein pour le réconforter.</i>○ <i>Améliorer le bien-être du bébé (au sec, au chaud, propre).</i>○ <i>Parler, chanter, bercer, masser ou promener le bébé.</i>○ <i>Le tenir dans une position différente.</i>○ <i>Mettre à contribution les autres membres de la famille.</i>• Assister la mère dans la mise au sein sans trop mettre de pression sur elle ou sur le fait que le bébé doive se nourrir. <p><i>Une évaluation médicale devrait être réalisée si les pleurs persistent malgré la mise en application des moyens courants.</i></p>

Bien que cela se produise rarement, certains bébés plus sensibles peuvent réagir à des aliments consommés par la mère et qui passent dans le lait. Si des membres de la famille ont des allergies, le risque est plus élevé. Pour s'assurer qu'il s'agit bien d'allergie, la mère doit éviter de consommer ces aliments pendant une semaine et les réintroduire dans son alimentation plus tard. Dans ce cas, il est recommandé d'orienter la mère vers une nutritionniste pour équilibrer son menu.

8.1.7 Bébé refusant le sein

Question	<i>Pour quelles raisons un bébé peut-il refuser le sein?</i>
Réponses	<p><i>Causes probables :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Bébé surstimulé.</i>• <i>Bébé somnolent.</i>• <i>Confusion sein/tétine.</i>• <i>Difficulté à prendre le sein.</i>• <i>Engorgement du sein.</i>• <i>Réflexe d'éjection puissant.</i>• <i>Douleur.</i>• <i>Hypertonie.</i>• <i>Pression sur la tête ou sur le crâne (avec la main ou à la suite de traumatismes durant l'accouchement).</i>• <i>Différence entre les deux seins.</i>• <i>Utilisation de produits cosmétiques.</i>• <i>Maladie.</i>

Interventions

Question	<i>Que faire lorsque le bébé refuse le sein?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Encourager le contact peau à peau entre la mère et son bébé.</i>• <i>Offrir le sein pendant la phase de sommeil léger ou actif tranquille du bébé.</i>• <i>Manipuler le bébé avec douceur.</i>• <i>Changer la position d'allaitement, utiliser la position de la glissade.</i>• <i>Exprimer quelques gouttes de colostrum ou de lait pour stimuler le bébé à téter.</i>• <i>Stimuler le réflexe d'éjection avant la tétée.</i>• <i>Faire des compressions du sein dès le début de la tétée.</i>• <i>Ne pas attendre que bébé pleure avant de le nourrir. Si celui-ci pleure, ne pas insister, l'enlever du sein, le consoler et se donner une nouvelle chance.</i>• <i>Traiter l'engorgement.</i>• <i>En cas de réflexe d'éjection puissant : exprimer du lait avant la mise au sein pour atténuer la pression d'éjection et nourrir le bébé dans une position plus verticale.</i>• <i>Éliminer les produits cosmétiques.</i>• <i>Si la mère n'a pu allaiter son bébé, réessayer plus tard. Après plusieurs tentatives infructueuses, prévoir un autre moyen de nourrir le bébé et d'exprimer le lait (expression manuelle, tire-lait) pour stimuler et maintenir la production de lait.</i>

8.1.8 Allaitement et santé dentaire de l'enfant

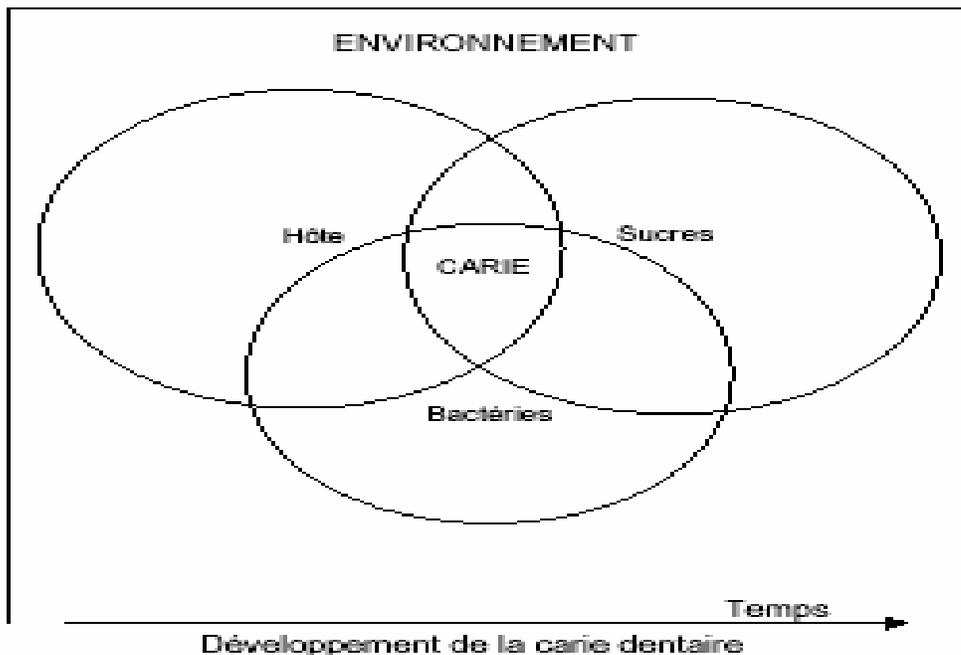
Développement de la carie dentaire

Résumé du processus de développement de la carie de la petite enfance

La carie de la petite enfance se définit par la présence d'une ou de plusieurs surfaces cariées (avec ou sans cavité) sur les dents primaires d'un enfant âgé de 71 mois ou moins (American Academy of Pediatric Dentistry, 2003).

La carie de la petite enfance est une maladie infectieuse dont l'étiologie est multifactorielle (Ismail, 1998; Ismail et Sohn, 1999; American Academy of Pediatric Dentistry, 2003). Elle est associée à de mauvaises habitudes alimentaires et à une hygiène buccodentaire déficiente (Kandelman et Ouatik, 2006). Elle est généralement observée après l'âge de 1 an, bien qu'elle puisse toucher les enfants dès l'irruption des premières dents. De saines habitudes d'hygiène dentaire peuvent la prévenir efficacement.

La carie dentaire nécessite la présence simultanée, pendant un certain temps, de trois facteurs : des bactéries (streptocoques mutans), des sucres et un hôte susceptible.



Source: Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002

Bactéries

Le streptocoque mutant est la principale bactérie en cause dans la carie. Des études récentes mettent en lumière son mode de transmissibilité de la mère à l'enfant (Kandelman et Ouatik, 2006). Les modes de transmissibilité les plus fréquents peuvent être :

- le partage de la cuillère entre la mère et l'enfant;
- le contact entre la salive maternelle et la bouche de l'enfant;
- un mauvais usage du biberon et l'échange de brosses à dents entre les membres d'une même famille.

Les enfants dont la mère a dans la bouche un niveau élevé de bactéries (streptocoques mutants) courent plus de risques de développer de la carie. Un niveau élevé de bactéries s'observe chez la mère en présence de caries non traitées (American Academy of Pediatric Dentistry, 2003).

Sucre

La prévalence de la carie a augmenté avec la plus grande offre d'aliments sucrés sur le marché. Les glucides fermentescibles seraient en cause (Julien, 2006). Les glucides adhérant aux dents ou se trouvant entre elles permettent aux bactéries de survivre et de prospérer.

Actuellement, l'ennemi numéro un des dents serait la consommation élevée de boissons sucrées, boissons qu'on retrouve même, parfois, dans les biberons.

Hôte

Un hôte est susceptible de développer de la carie lorsque son hygiène buccodentaire est inadéquate, que les membres de sa famille présentent de nombreuses caries, que l'eau de sa région n'est pas fluorée et qu'il présente des défauts au niveau de l'émail de ses dents.

L'enfant peut être en présence des trois facteurs sans pour autant développer la carie de la petite enfance. Ce qui précipite la carie s'expliquerait par la fréquence et la durée des **contacts entre les dents et le sucre ainsi que par une hygiène dentaire déficiente.**

Allaitement et carie de la petite enfance

Aucune étude n'a démontré que l'allaitement maternel, en soi, causait la carie de la petite enfance. Selon la Ligue La Leche (1996), la « carie dentaire chez le nourrisson se produit non pas à cause de l'allaitement maternel mais en dépit de celui-ci. ». Des chercheurs américains auraient démontré que le lait humain n'était pas cariogène (Erickson, 1999).

Le lait maternel doit être vu comme un aliment complet qui contient du sucre sous forme de lactose, mais qui contient également du calcium qui reminéralise l'émail des dents (McDougall, 1977), de la lactoferrine, un bactéricide auquel le streptocoque mutant est sensible (Arnold, R. et autres, 1977), et des anticorps IgA et IgG qui ont le pouvoir de retarder l'accumulation de streptocoques mutants dans la bouche (Mandel, 1996).

La présence simultanée d'autres facteurs expliquerait le phénomène de la carie de la petite enfance.

En effet, les quelques études portant sur la carie de la petite enfance chez de jeunes sujets allaités démontrent que les conditions d'allaitement, la consommation d'aliments solides et une hygiène dentaire déficiente sont des causes probables.

Soutien à l'allaitement

Du point de vue de la santé globale, et étant donné l'ensemble des bienfaits que procure l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, et la poursuite de l'allaitement avec l'introduction d'aliments complémentaires sont recommandés aussi longtemps que la dyade mère/enfant y voit un avantage.

En collaboration avec l'ensemble du personnel, le professionnel en santé dentaire est invité à modifier ses pratiques en conformité avec les recommandations de l'Initiative des amis des bébés.

Faire ici le lien entre la recommandation de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec (OPHDQ), le respect de la condition 9 de l'IAB et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

« Considérant les lignes directrices établies par le MSSS en matière d'allaitement maternel au Québec et considérant l'une des conditions émises par l'OMS/UNICEF, à savoir, d'interdire la promotion des produits pour nourrisson, des sucres, des tétines et des biberons lors de l'enseignement prénatal et postnatal de groupe, l'OPHDQ recommande que l'hygiéniste dentaire puisse fournir, sur demande et sur une base individuelle, des informations et conseils concernant les sucres et tétines, adaptés aux besoins spécifiques de la personne concernée. » (OPHDQ, 2004)

Le professionnel en santé dentaire, mettant à profit ses compétences et son expertise, est invité à intégrer le thème de la santé buccodentaire à l'intérieur des activités de counselling en matière d'allaitement maternel, comme le souligne le Plan d'action en santé dentaire publique 2005-2012. Cela pourrait se traduire par des interventions de promotion, de protection et de soutien à l'allaitement maternel, telles que :

- encourager l'allaitement exclusif à la demande et sans restrictions pendant les six premiers mois de vie. Encourager la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et plus, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent;
- informer les autres professionnels de la santé et les parents du fait que l'allaitement maternel, en soi, ne cause pas la carie dentaire;
- informer les autres professionnels de la santé et les parents des bienfaits de l'allaitement sur le développement musculosquelettique de la bouche;
- fournir, sur demande et sur une base individuelle, des informations et des conseils sur les tétines adaptés aux besoins de la personne visée.

Une dent propre ne carie pas

Une hygiène dentaire adéquate empêche l'apparition de la carie. Tant la mère que l'enfant et les autres membres de sa famille devront adopter des habitudes de vie favorisant la santé buccodentaire.

- Dès l'apparition des premières dents, brosser les dents de l'enfant deux fois par jour à l'aide d'une petite brosse à dents souple et d'un soupçon de dentifrice au fluorure. La quantité ne doit pas dépasser la grosseur d'un grain de riz car les jeunes enfants ont tendance à avaler le dentifrice, et une trop grande quantité de fluorure pourrait créer des taches blanches sur les dents (fluorose) (INSPQ, 2005). Un brossage avant la nuit est important.
- Le brossage des dents deux fois par jour avec un dentifrice contenant du fluorure est une mesure efficace pour prévenir la carie dentaire. C'est aussi une habitude d'hygiène qui apporte des bienfaits toute la vie. Il faut en faire l'enseignement aux enfants à compter de l'âge de 18 mois.
- Adopter de saines habitudes alimentaires pour l'enfant et l'ensemble de la famille. Limiter l'apport d'aliments sucrés (collations, biberon ou gobelet de boissons sucrées, sucettes, médicaments, etc.).
- Éviter de partager des objets que l'enfant porte à sa bouche (transmission de bactéries) en goûtant ses aliments, en nettoyant sa tétine, etc.
- Regarder régulièrement dans la bouche de l'enfant pour surveiller les signes de carie.

8.2 L'allaitement dans des situations particulières chez la mère

Présentation des diapositives : L'allaitement dans des situations particulières chez la mère

8.2.1 Augmentation et réduction mammaire

L'allaitement et l'augmentation mammaire

Cette intervention chirurgicale vise à augmenter le volume des seins en utilisant des implants à base d'eau saline ou de silicone. L'implant peut être placé soit entre la cage thoracique et les muscles, soit entre les muscles et la glande mammaire. Plusieurs sites d'incision peuvent être utilisés pour réaliser cette chirurgie.

Montrez le dessin illustrant les sites possibles.

Dans le doute, l'intervenant est invité à poser des questions sur la présence ou non d'implants, car les cicatrices de l'intervention sont parfois très difficiles à détecter.

Si les tissus glandulaires n'ont pas été endommagés au cours de la chirurgie, l'augmentation mammaire comporte peu de risques pour l'amorce et la poursuite de l'allaitement, et la mère est théoriquement en mesure d'allaiter. En revanche, les symptômes d'engorgement qui se manifestent normalement pendant la montée lactée pourraient être amplifiés par la présence des implants mammaires.

Une mère ayant des implants en silicone pourrait s'inquiéter de la présence possible de traces de silicone dans son lait. Il est à noter que l'American Academy of Pediatrics (2002) a déjà étudié la question et n'a pas jugé qu'il était contre-indiqué d'allaiter dans cette situation.

L'allaitement et la réduction mammaire

Montrez l'illustration.

La réduction mammaire est une intervention chirurgicale qui vise à réduire le volume des seins. Au cours de l'intervention, une quantité plus ou moins importante de tissu glandulaire est enlevée. Les canaux lactifères, la vascularisation et l'innervation de la glande peuvent être endommagés, ce qui rend la production et le transfert du lait plus difficiles. Les cicatrices peuvent être plus ou moins visibles, d'où l'importance pour les intervenants de rechercher cette information auprès des mères.

Il est difficile de prédire le succès de l'allaitement après une réduction mammaire. Plusieurs auteurs rapportent des difficultés d'allaitement avec ce type d'intervention (Grassley, 2002; Souto, 2003; Brzozowski, 2000). La plupart du temps, ces difficultés sont reliées à l'insuffisance de production lactée occasionnée par le manque de tissu glandulaire, le sectionnement des canaux lactifères ou les dommages causés aux vaisseaux sanguins et aux nerfs. La mère est plus susceptible de réussir son allaitement si l'aréole et le mamelon sont restés intacts. Cependant, il est quand même possible qu'elle puisse allaiter normalement même si les canaux lactifères ont été sectionnés, notamment s'il y a eu recanalisation.

Afin de réussir son allaitement, la mère ayant eu une chirurgie mammaire a besoin d'acquérir de bonnes connaissances en allaitement, d'être bien soutenue et d'avoir confiance dans sa capacité d'allaiter. Le succès de l'allaitement ne se mesure pas par la performance mais bien plus par la satisfaction de la mère au regard de ses propres attentes. Dans plusieurs cas, les mères veulent poursuivre l'allaitement même s'il n'est pas exclusif. Elles peuvent profiter du lien et du contact privilégiés avec le bébé que l'allaitement leur procure.

8.2.2 L'engorgement mammaire

Mise en situation

Madame Loisel

Madame Loisel a subi une césarienne. Elle est sortie de l'hôpital hier (quatre jours après la naissance) et vous la visitez à domicile pour la première fois. À votre arrivée, elle tente d'allaiter et a de la difficulté à mettre le bébé au sein. Ses seins sont tendus et durs. Le bébé ne réussit pas à avoir une bonne prise sur l'aréole, il glisse constamment. Elle n'a pas allaité au cours des deux dernières nuits afin de récupérer de sa césarienne. Elle a cependant peu dormi car elle a mal aux seins. Elle aimerait bien réussir à mettre le bébé au sein.

Question

Dans cette situation, s'agit-il d'une plénitude normale ou d'un engorgement?

Réponse	<i>Engorgement mammaire.</i>
Question	<i>Quels sont les éléments qui portent à croire qu'il s'agit d'un engorgement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Elle a de la difficulté à mettre le bébé au sein.</i> • <i>Ses seins sont tendus et durs.</i> • <i>Le bébé ne réussit pas à avoir une bonne prise sur l'aréole.</i> • <i>Elle a mal aux seins.</i>

Plénitude normale

L'OMS (2006) décrit la plénitude comme étant un processus physiologique normal qui débute dans les 96 heures suivant la naissance, lorsque la production de lait maternel augmente, et ce, sous l'influence des changements hormonaux et de la stimulation des glandes mammaires. L'augmentation soudaine de la production de lait est généralement accompagnée d'un apport plus important de sang et de liquide lymphatique vers les glandes mamaires, apport qui amplifie le volume et la tension au niveau des seins. La mère ressent alors un malaise et ses seins sont lourds, durs, sensibles et chauds (Walker, 2006).

La plénitude des seins devrait être expliquée à la mère comme étant un processus normal transitoire qui est soulagé par des tétées fréquentes et efficaces. Elle s'atténue graduellement dans les deux semaines suivant la naissance (ILCA, 2005). Si elle se prolonge, cela pourrait indiquer que le transfert du lait de la mère au bébé ne s'effectue pas efficacement ou suffisamment.

Engorgement

Lorsque le lait maternel ne peut s'écouler vers l'extérieur, la rétention de liquides crée une congestion et une distension des tissus (Walker, 2006). Si la situation n'est pas résolue, la tension peut devenir assez importante pour endommager des cellules épithéliales (productrices de lait) des alvéoles. Cette situation d'engorgement peut occasionner l'accumulation, dans le lait, d'une protéine régulatrice appelée inhibiteur rétroactif de la lactation, en anglais « feedback inhibitor of lactation » (FIL) (Prentice et autres, 1989).

Il est donc important qu'en situation d'engorgement, le lait maternel puisse être exprimé afin de prévenir une baisse de la production de lait, et aussi pour soulager la douleur de la mère.

L'engorgement mammaire peut être causé par l'œdème relié à l'administration de soluté durant le travail et l'accouchement (Academy of Breastfeeding Medicine, 2006; LLL, 2006). Il est associé :

- à un risque plus élevé d'offrir des suppléments au bébé (Wright et autres, 1996);
- à un délai avant l'amorce de l'allaitement;
- à une réduction du nombre et de la durée des tétées, ce qui empêche le bébé de prendre suffisamment le premier sein avant de passer au second (Lawson et Tulloch, 1995; Moon et Humenick, 1989).

L'engorgement grave non résolu peut évoluer vers une mastite (OMS, 2006).

Question	<i>Dans le cas de madame Loïselle, qu'est-ce qui a pu contribuer à l'engorgement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La fréquence des tétées est limitée.</i> • <i>Les tétées sautées pendant deux nuits.</i> • <i>L'utilisation de suppléments.</i> <p><i>Autres causes probables :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Il se pourrait que le bébé ne tète pas efficacement ou que la durée des tétées soit limitée;</i> • <i>un délai dans l'amorce de l'allaitement;</i> • <i>l'administration de soluté durant la césarienne.</i>
Question	<i>Que peut faire l'intervenant pour aider madame Loïselle?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faciliter le transfert du lait de la mère au bébé. S'assurer que le bébé a une bonne prise du sein et qu'il tète efficacement. Pour faciliter la prise du sein, suggérer à la mère d'exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée.</i> • <i>Maintenir la production de lait. Lorsque le bébé ne réussit pas à prendre suffisamment de lait, suggérer à la mère d'exprimer son lait après ou entre quelques tétées, jusqu'à ce qu'elle soit plus à l'aise.</i> • <i>Encourager les tétées fréquentes et ne pas limiter la durée de la tétée active.</i> • <i>Soulager le malaise et la douleur.</i>

Question	<i>Qu'est-ce qui pourrait être fait pour soulager le malaise provoqué par l'engorgement?</i>
Réponses	<i>Plusieurs femmes se sentent temporairement soulagées par l'expression manuelle d'un peu de lait ainsi que par l'application de compresses froides ou de feuilles de chou froides sur les seins. Ces méthodes devraient être proposées pour soulager le malaise et réduire l'œdème. L'application de chaleur pourrait exacerber l'inflammation. L'application de chaleur pourrait être recommandée pour faciliter l'écoulement du lait en activant le réflexe d'éjection plutôt que pour soulager le malaise dû à l'engorgement (Walker, 2006).</i>
Question	<i>Dans le cas d'une mère qui n'allait pas, comment pourrait-elle soulager le malaise provoqué par l'engorgement?</i>
Réponse	<i>De la même manière.</i>

Exercice — Question de pratique

Votre pratique contribue-t-elle à prévenir ou à réduire la gravité de l'engorgement?

Demandez aux participants de former de petits groupes et de répondre sur une feuille aux questions suivantes.

Dans l'établissement où vous exercez vos fonctions :

- 1. Pratique-t-on le contact peau à peau à partir de la naissance (condition 4)?*
- 2. L'allaitement est-il amorcé immédiatement après la naissance (condition 4)?*
- 3. Les intervenants en soutien à l'allaitement offrent-ils un soutien hâtif et s'assurent-ils que chaque mère sait comment mettre le bébé au sein (condition 5)?*
- 4. Si le bébé n'est pas allaité, la mère sait-elle comment exprimer son lait, et est-elle encouragée à le faire fréquemment (condition 5)?*
- 5. Les dyades cohabitent-elles 24 heures sur 24 (condition 7)?*
- 6. Chaque mère est-elle encouragée à allaiter son bébé aussi souvent que celui-ci en manifeste le besoin, sans restriction de temps, et ce, 24 heures sur 24 (condition 8)? au moins 8 à 12 tétées par 24 heures, les premières semaines?*
- 7. Évite-t-on de donner la tétine ou le biberon au bébé allaité (condition 9)?*

Si toutes les réponses sont affirmatives, vous exercez dans un établissement qui a mis en place des pratiques favorables au bon déroulement de l'allaitement.

Si vous notez la présence de cas d'engorgement sur votre unité ou à domicile, il serait approprié de vérifier les pratiques qui ont cours dans votre centre afin qu'elles reflètent davantage les Dix conditions et les Sept étapes de l'IAB.

Pratiques pouvant réduire les symptômes de l'engorgement et prévenir l'engorgement grave

Plusieurs stratégies visant à atténuer ou à prévenir l'engorgement grave ont été expérimentées au fil des ans. Les formes d'engorgement les moins graves ont été associées :

- à des tétées fréquentes amorcées tôt après la naissance (Newton et Newton, 1951);
- à l'allaitement à la demande (Illingworth et Stone, 1952);
- à des tétées sans limites dans le temps (Slaven et Harvey, 1981);
- à des bébés ayant une succion efficace (Righard et Alade, 1992);
- à l'expression du lait, particulièrement lorsque le bébé ne peut téter au sein (Evans; Evans et Simmer, 1995);
- au massage alterné des seins, qui est une technique simple de massage et de compression du sein effectuée lorsque le bébé ralentit la succion ou cesse de téter (Walker, 2006).

8.2.3 Mamelons plats ou invaginés

Question	<i>Parmi ces images, en est-il une révélant un allaitement difficile, voire impossible?</i>
Réponse	<i>Aucune.</i>

Rappelez-vous la vidéo présentant un bébé qui rampe seul jusqu'au sein : il ne s'arrête pas à la forme du mamelon. Lorsque le bébé tète, il ne tète pas seulement le mamelon, il prend également une bonne partie de l'aréole dans sa bouche. Cependant, certains types de mamelons peuvent représenter de plus grands défis. Le mamelon plat ou invaginé, par exemple, pourrait nécessiter des interventions particulières pour faciliter la mise au sein.

Image du mamelon invaginé : la compression de l'aréole confirme la rétractation du mamelon. La mise au sein peut être plus difficile, car le bébé peut avoir de la difficulté à étirer suffisamment le mamelon dans sa bouche. Le bébé pourrait manifester de l'irritabilité et avoir les joues creuses.

Image du mamelon plat : ici, la mère comprime son sein vers le thorax pour créer une meilleure définition du mamelon.

Cause du mamelon plat ou invaginé : l'hypothèse la plus souvent retenue est la présence d'adhérences sous le mamelon.

Question	<i>Que peut faire l'intervenant pour soutenir l'allaitement en présence de mamelons plats ou invaginés?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>Favoriser les conditions de succès de l'allaitement :</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>contact peau à peau immédiatement après la naissance;</i>○ <i>tétée précoce;</i>○ <i>cohabitation;</i>○ <i>tétées fréquentes et à la demande;</i>○ <i>éviter l'usage de tétines (risque de confusion sein-tétine);</i>○ <i>faciliter la prise du sein :</i><ul style="list-style-type: none">– <i>en appliquant de la glace sur le mamelon juste avant la mise au sein (pour favoriser la saillance du mamelon);</i>– <i>en exprimant quelques gouttes de lait qui seront appliquées sur le mamelon juste avant la tétée;</i>– <i>en soutenant le sein selon la technique du hamburger;</i>– <i>en exerçant une faible pression négative sur le mamelon à l'aide d'un tire-lait ou d'une seringue inversée avant la tétée (cela pourrait le faire saillir suffisamment pour en faciliter la prise).</i>• <i>Pendant la période d'apprentissage du bébé à téter au sein :</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>expliquer à la mère que le bébé peut avoir besoin de temps;</i>○ <i>prévenir l'engorgement par l'expression manuelle du lait.</i>

L'efficacité du port de bouclier pour faire saillir le mamelon et rendre la prise du sein plus facile n'a pas été démontrée (Walker, 2006).

Question	<p><i>Selon-vous, l'utilisation de la tétérrelle serait-elle une solution?</i></p> <p><i>Discutez avec les participants des avantages et des inconvénients de l'utilisation de la tétérrelle.</i></p>
-----------------	---

En présence d'un mamelon plat ou invaginé, l'usage d'une tétérrelle de format adéquat peut faciliter la prise du sein si elle est installée de façon appropriée. Son utilisation comporte toutefois des inconvénients.

- Il est souvent difficile d'évaluer si la tétérrelle est bien installée et si le bébé a une bonne prise du sein.
- La tétérrelle est une barrière mécanique qui pourrait diminuer la stimulation hormonale (ocytocine et prolactine) et ainsi entraîner :
 - un transfert de lait moindre;
 - une baisse de la production lactée.
- Son utilisation nécessite le suivi étroit d'un intervenant spécialisé.
- Le sevrage de la tétérrelle peut être laborieux.
- Elle peut entraîner chez la mère une perception négative de sa capacité à allaiter.

8.2.4 Douleur aux seins et aux mamelons

Mamelons blessés

Question	<i>En général, quelles sont les causes de la douleur aux seins et aux mamelons?</i>
Réponses	<p><i>Il existe autant de types de douleurs qu'il y a de causes. Les causes les plus courantes sont, heureusement, simples à traiter et faciles à prévenir. Dans le contexte de cette formation, nous verrons la douleur occasionnée par :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. un mamelon blessé;</i> <i>2. le vasospasme;</i> <i>3. des problèmes de peau;</i> <i>4. un canal lactifère bloqué;</i> <i>5. de l'infection.</i>

Mise en situation

Madame Dansereau

Au rapport du matin, vous apprenez que madame Dansereau a une douleur intense aux seins. Son bébé a 40 heures de vie.

Vous la trouvez en pleurs dans sa chambre. Le bébé, dans ses bras, tète vigoureusement sa tétine et elle tente de le consoler en marchant. Elle vous dit qu'elle n'a pas dormi de la nuit. Le mamelon gauche est très irrité et saigne. Épuisée, elle pense sérieusement à arrêter l'allaitement. Elle conçoit mal de tant souffrir pour allaiter. Elle compare son bébé à un barracuda.

Question	<i>Est-ce normal d'avoir mal aux mamelons pendant les premiers jours?</i>
Réponse	<i>Non.</i>

L'allaitement au sein ne devrait pas provoquer de douleur. Quelques mères peuvent ressentir une sensibilité aux mamelons durant les premiers jours d'allaitement, mais cette sensibilité devrait disparaître rapidement. Les douleurs aux seins ou aux mamelons rapportées par une mère qui allaite doivent être considérées sérieusement car elles constituent l'un des principaux motifs évoqués pour cesser précocement l'allaitement (Walker, 2006). Pour cette raison, la mère qui ressent de la douleur lorsqu'elle allaite doit être soutenue rapidement.

La douleur aux mamelons apparaît généralement entre le deuxième et le quinzième jour postnatal et peut se poursuivre pendant plusieurs mois si elle n'est pas traitée (Walker, 2006).

Question	<i>Qu'est-ce qui peut causer de la douleur dans le cas présenté?</i>
Réponse	<i>Une douleur aiguë et apparaissant au cours des premiers jours est, la plupart du temps, occasionnée par une mauvaise prise du sein ou un mauvais positionnement du bébé.</i>

Gerçures et crevasses

Question	<i>Expliquez la différence entre gerçure et crevasse.</i>
Réponse	<i>Gerçure : rougeur et abrasion du tissu, généralement au bout du mamelon. Crevasse : lacération en forme de demi-lune.</i>

Montrez les photos de mamelons blessés.

En plus de la mauvaise prise du sein et du mauvais positionnement du bébé, d'autres facteurs peuvent entraîner les gerçures et crevasses :

- une utilisation incorrecte du tire-lait;
- l'absence de bris de succion lorsque le bébé est retiré du sein;
- un problème mécanique de succion, pour lequel le bébé a de la difficulté à téter de manière efficace : les plus fréquents sont les malformations de la langue (ankyloglossie) ou du palais (palais bulle);
- lorsqu'il y a lacération au niveau de la peau, le risque de développer une infection est plus élevé.

Question	<i>Quelles seraient vos interventions dans le cas de gerçures et crevasses?</i>
Réponses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demander à la mère de décrire la douleur ressentie : localisation, à quel moment elle survient, etc. 2. Évaluer la position et la prise du sein par l'observation d'une tétée du début jusqu'à la fin. De plus, observer si, avant de retirer le bébé du sein, la mère brise la succion avec son doigt <i>Lorsque la mère utilise un tire-lait, lui demander de montrer comment elle le place et l'utilise.</i> 3. Examiner l'intérieur de la bouche du bébé <i>Lorsqu'un problème mécanique de succion a été décelé, orienter pour une évaluation plus approfondie.</i> 4. Rassurer la mère quant au fait que la douleur aux mamelons peut être éliminée. 5. <i>La mère ne doit pas endurer la douleur en pensant qu'elle finira par disparaître. Aider la mère à repositionner le bébé, afin de corriger la prise du sein. Proposer d'autres positions d'allaitement.</i> 6. <i>Suggérer à la mère de commencer la tétée par le sein le moins douloureux et d'éloigner le nez du bébé de l'endroit endolori, ce qui peut aider à diminuer la douleur.</i> 7. Traiter l'irritation et la douleur <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Appliquer une goutte de lait maternel sur le mamelon après la tétée.</i> ○ <i>L'application de froid peut soulager la douleur.</i> ○ <i>Au besoin, orienter la mère vers le médecin pour la prescription d'un traitement, par exemple, l'onguent multi-usage pour les mamelons du Dr J. Newman*.</i> 8. <i>Renforcer la confiance de la mère</i>

* Il est préparé par le pharmacien sous ordonnance médicale : Mupirocin 2 %, Bétaméthasone 0,1 %, Miconazole (ou clotrimazole) en poudre.

Question	<i>Comment pouvez-vous soutenir madame Dansereau afin qu'elle poursuive l'allaitement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la mère sur le fait que la douleur aux mamelons peut être éliminée. • L'encourager, lui souligner ce qu'elle fait de bien. • La soutenir dans la mise au sein afin qu'elle trouve une position confortable. • Lui suggérer un ou deux moyens de guérir les blessures et de soulager la douleur.

Solutions non recommandés :

- Cesser l'allaitement.
- Réduire la fréquence ou la durée de l'allaitement.
- Appliquer une crème ou un onguent qui devront être enlevés avant la tétée (ex. : crème à base de vitamine E).
- Souffler de l'air chaud sur les mamelons pour les assécher.
- Utiliser une téterelle.

Solutions à remettre en question :

- Onguents, crèmes, etc.; ex. : lanoline purifiée, vitamine E (allergies, toxicité).
- Compresses d'hydrogel (risques d'infection).

Ankyloglossie (frein de langue court)

Montrez la photo.

Le frein de langue court empêche celle-ci de s'étirer suffisamment pour s'avancer au-delà de la gencive inférieure. Il réduit la mobilité de la langue pour effectuer adéquatement le mouvement de péristaltisme (mouvement de vague) nécessaire à la tétée efficace. La langue étant ainsi retenue, le bout du mamelon subit un frottement. De plus, puisque le bébé est incapable de maintenir adéquatement le mamelon dans sa bouche, il compense en créant une pression négative excessive ou en appliquant une pression positive excessive avec ses mâchoires.

L'ankyloglossie peut entraîner :

- des blessures et de la douleur aux mamelons;
- une sous-stimulation du sein, ce qui risque de diminuer la production lactée;
- un transfert de lait inadéquat;
- un gain de poids insuffisant chez le bébé.

Il est nécessaire d'intervenir promptement pour assurer une bonne nutrition du nourrisson et prévenir un sevrage précoce de l'allaitement. Il est donc important de faire un dépistage précoce et d'intervenir rapidement dans les premiers jours de vie du bébé.

Comment reconnaître l'ankyloglossie?

- La langue du bébé :
 - ne peut s'avancer au-delà de la gencive inférieure;
 - est en forme de cœur.
- Le bout des mamelons présente des gerçures.
- Durant la tétée :
 - le bébé n'arrive pas à maintenir la succion;
 - des bruits de claquage sont audibles;
 - la mère ressent de la douleur aux mamelons.

Il est à noter que les signes d'ankyloglossie, telle la langue en forme de cœur, ne causent pas automatiquement de problèmes de succion chez tous les bébés.

Interventions :

L'intervention permettant d'améliorer la mobilité de la langue est la frénotomie, c'est-à-dire le sectionnement partiel ou complet du frein de la langue.

Indications à la frénotomie (Palmer, 2007) :

- prise du sein difficile et douloureuse;
- blessures aux mamelons;
- impossibilité de téter efficacement au sein, transfert de lait insuffisant.

Généralement, le médecin qui pratique la frénotomie insère deux doigts dans la bouche du bébé, ce qui fait pleurer celui-ci; il coupe le frein de langue et demande à la mère de mettre le bébé au sein immédiatement pour le consoler et pour éviter que le frein ne se ressoude. On note habituellement une amélioration immédiate de la prise du sein et une diminution de la douleur ressentie par la mère (Riordan, 2005). L'intervention ne requiert aucune anesthésie.

Dans l'attente de la frénotomie :

- Choisir une position d'allaitement qui amène le menton très près du sein (ex. : position « football »), ce qui contribue à diminuer la distance nécessaire à l'étirement de la langue pour la tétée.
- Comprimer le sein peut aider à maximiser l'apport de lait au bébé.
- Exprimer du lait pour maintenir la production lactée.

Canal bloqué

Mise en situation

Madame Tremblay

Madame Tremblay se présente pour faire peser son bébé. Il est âgé de 1 mois. Elle vous parle également d'une douleur qu'elle ressent dans le quadrant supéro-externe du sein gauche depuis deux jours. À l'examen, vous remarquez une rougeur de la peau à cet endroit. Vous sentez que cette zone est indurée sur une longueur de 6 cm. La douleur augmente à la suite d'une légère pression des doigts.

Question

Selon-vous, de quoi s'agit-il?

Réponses	<p><i>Un canal bloqué.</i></p> <p>Causes probables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pression prolongée exercée sur une zone du sein, ce qui provoque la stagnation et l'épaississement du lait dans le canal.</i> • <i>Obstruction d'un pore du mamelon par une membrane de peau (ampoule de lait).</i> <p>Symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La zone du sein atteint est douloureuse et indurée.</i> • <i>La peau peut être rouge et chaude sur la région atteinte.</i> • <i>Il y a absence de fièvre.</i> • <i>Le canal bloqué est parfois accompagné d'une ampoule de lait.</i>
-----------------	--

Question	<i>Que pourriez-vous suggérer à madame Tremblay?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Appliquer de la chaleur sur la zone atteinte, suivie d'un massage. Un mouvement de pression exercé de la base du sein jusqu'au mamelon peut contribuer à expulser le lait épaissi en dehors du canal.</i> • <i>Mettre le bébé au sein aussi souvent que possible pendant et après l'application de chaleur et le massage. La succion pourrait contribuer à drainer la zone atteinte.</i> • <i>Utiliser des moyens pour soulager la douleur (application de froid entre les traitements, analgésie).</i> • <i>Consulter un médecin en cas de fièvre ou si aucune amélioration n'est constatée après 48 heures.</i> <p><i>Prendre un supplément alimentaire de lécithine (Eglash, 1998; Lawrence, 2005). Un supplément de 1 200 mg per os qid pourrait prévenir la récurrence du problème.</i></p>

Ampoule de lait

Montrez la photo.

L'ampoule de lait apparaît comme une petite masse ou un point blanc sur le mamelon. La peau peut être rouge et inflammée au pourtour du point blanc. La douleur ressentie est localisée et peut être très aiguë. Il s'agit d'un pore du mamelon qui est recouvert par une membrane.

Intervention :

- Ramollir la membrane de peau qui recouvre le pore en trempant le mamelon dans l'eau chaude ou en y appliquant une compresse chaude. Mettre le bébé au sein par la suite peut permettre de briser la peau ramollie.
- Si l'ampoule persiste et est douloureuse, consulter un médecin qui pourra la percer, au besoin.

Mastite infectieuse

Mise en situation

Madame Nguyen

Madame Nguyen vous rencontre pour faire vacciner sa fille âgée de 2 mois, qu'elle allaite. Elle désire vous montrer son sein droit qui lui fait terriblement mal. Vous observez sur son sein une zone indurée dont la peau est rouge, œdématiée, chaude et très sensible au toucher. La douleur lancinante l'empêche de dormir. Depuis hier, elle donne moins souvent ce sein à sa fille car celle-ci le refuse. Madame Nguyen se dit fatiguée et courbaturée comme si elle commençait une grippe.

Question À votre avis, de quoi madame Nguyen souffre-t-elle?

Réponse D'une mastite infectieuse.

Question Selon vous, qu'est-ce qui différencie une mastite d'un canal bloqué?

Réponse

- **Canal bloqué** : zone indurée sensible, bon état de santé général; disparaît en 24-48 heures.
- **Mastite** : fièvre, frissons, fatigue, malaises généraux, courbatures; zone indurée, rouge, enflée et très douloureuse sur le sein.

La mastite infectieuse est une inflammation du sein avec infection. Elle survient habituellement pendant les premières semaines postnatales (Amis, 1999; Wambach, 2003). La mère peut ressentir les symptômes suivants :

- sensibilité, chaleur, rougeur, induration et œdème d'une partie du sein (généralement observée dans le quadrant supéro-externe du sein);
- syndrome grippal : fièvre, fatigue, frissons et courbatures.

La présence d'un écoulement purulent indique habituellement une surinfection bactérienne. Le bébé peut refuser le sein car le goût du lait change du fait qu'il contient plus de sodium. Ce changement n'altère en rien la qualité du lait.

La mastite infectieuse est généralement unilatérale (Riordan, 2005; Walker, 2006). Il est très rare qu'elle soit bilatérale.

Plusieurs facteurs prédisposent au développement de la mastite :

- le stress et la fatigue (Fetherston, 1998; Riordan et Nichols, 1990);
- des lésions sur le mamelon (Fetherston, 1998; Vogel et autres, 1999) ou sur le sein;
- un canal bloqué (Fetherston, 1998);
- une stase de lait. Ex. : une diminution du nombre de tétées, un sevrage rapide (Vogel et autres, 1999);
- le diabète insulino-dépendant (Neubauer et autres, 1990).

La mastite infectieuse est généralement causée par le *staphylocoque aureus* (Osterman, 2000).

Question	<i>Comment peut-on aider madame Nguyen?</i>
Réponses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observer une tétée du début à la fin. 2. Déterminer et régler la cause initiale de l'infection (ex. : mauvaise prise du sein, pression sur le sein, lésion non guérie). 3. Expliquer à la mère qu'il ne faut absolument pas cesser l'allaitement. Les tétées ou l'expression de lait sont une partie intégrante du traitement. <ol style="list-style-type: none"> a) Poursuivre l'allaitement des deux seins et drainer adéquatement le sein atteint, et ce, en s'assurant que la prise du sein est adéquate (aligner le nez sur la zone atteinte) et que les tétées sont fréquentes et sans restriction de durée. b) Si le bébé ne peut pas prendre le sein, exprimer le lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait (8 à 12 fois par 24 heures). La mère peut faciliter l'écoulement du lait en massant le sein ou en appliquant des compresses chaudes avant la tétée. 4. Rassurer la mère que le bébé ne court pas de risques à boire du lait maternel qui pourrait contenir des bactéries. 5. Suggérer le repos et l'hydratation. Idéalement, la mère devrait se reposer avec son bébé : le bébé peut ainsi téter aussi souvent qu'il le désire. 6. Soulager la douleur et la fièvre (analgésique, antipyrétique). 7. Orienter la mère vers le médecin pour un traitement antibiotique en présence d'aggravation de la situation ou au bout de 24 heures si persistance des symptômes d'infection. La mastite non résolue peut évoluer vers un abcès et nécessiter alors des soins médicaux plus poussés.

Prévention de la mastite

Question	<i>Selon vous, comment une mère peut-elle prévenir l'apparition d'une mastite?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'une prise adéquate du sein et d'un bon transfert du lait (condition 5) • Allaiter exclusivement (condition 6) • Allaiter à la demande du bébé (condition 8) • Éviter l'usage des sucres et des tétines (condition 9)

Pour en connaître davantage au sujet du traitement de la mastite, les participants peuvent consulter le document suivant : « Protocol #4 Mastitis » produit par l'Academy of Breastfeeding Medicine, 2002, disponible sur le site suivant : [www.bfmed.org].

Abcès au sein

L'abcès est une collection de pus dans le sein. Il s'agit d'une complication possible de la mastite, notamment si celle-ci n'est pas résolue et que l'allaitement est cessé de façon abrupte pendant cette période (Wilson-Clay & Hoover, 2005). En effet, selon Olson (1990), 5 à 10 % des mastites infectieuses dégénèrent en abcès.

Parmi les signes de l'abcès, on note sur le sein une zone de rougeur et de chaleur. La mère rapporte de la douleur. L'abcès est rarement accompagné de fièvre. Le diagnostic peut être fait à l'aide d'ultrasons ou par culture du pus ou du lait maternel.

Traitement (nécessite une prise en charge médicale) :

- Aspiration du pus par ponction (si la masse est d'un diamètre inférieur à 3 cm).
- Aspiration du pus par ponction et drainage par cathéter (si la masse est d'un diamètre supérieur à 3 cm). L'irrigation de la plaie à l'eau saline et une seconde aspiration peuvent être nécessaires. Il est recommandé que la manoeuvre de ponction soit guidée à l'aide de l'échographie.
- Drainage par incision. À éviter si possible, sinon effectuer l'incision le plus loin possible du mamelon. Une incision radiale est recommandée (Wilson-Clay & Hoover, 2005).

Infection aux mamelons

Toute lésion aux mamelons et aux seins constitue une porte d'entrée pour les infections.

L'infection bactérienne d'une lésion se caractérise par les symptômes suivants :

- augmentation de la rougeur et de la sensibilité de la plaie;
- présence d'inflammation et d'écoulement de la plaie;
- formation de croûtes jaunes ou verdâtres.

La mère devra être vue par un médecin qui pourra détecter l'agent infectieux et amorcer le traitement antibiotique approprié. Il n'est pas souhaitable de cesser l'allaitement. Afin de rendre la tétée moins douloureuse, la mère peut :

- commencer la tétée avec le sein le moins abîmé;
- revoir la position d'allaitement et utiliser celle qui s'avère la plus confortable (éloigner le nez du bébé de la lésion);
- exprimer temporairement son lait, manuellement ou avec un tire-lait, si la tétée est trop douloureuse;
- utiliser un analgésique au besoin.

Candidose (Infection fongique)

Mise en situation

Madame Paradis

Madame Paradis allaite exclusivement depuis trois mois. Depuis deux jours, elle ressent une douleur au sein gauche qui coïncide avec le début de la tétée, et qui augmente au cours de celle-ci. La douleur est ressentie comme une brûlure au mamelon, qui irradie comme un coup de poignard dans le sein, et au lieu de s'atténuer, elle augmente entre les tétées. Madame Paradis peut à peine supporter qu'un vêtement touche le mamelon. Cette douleur la réveille la nuit. La muqueuse du mamelon et d'une partie de l'aréole est rouge et sèche.

Question	<i>Comment pourriez-vous compléter l'évaluation de la situation?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Observer la tétée du début jusqu'à la fin. Déterminer si le positionnement, la prise du sein et le bris de succion sont adéquats. Dans ce cas-ci, vérifier que la tétée se déroule de façon optimale.</i> • <i>Examiner les mamelons et la bouche du bébé. On peut compléter l'examen en examinant les fesses du bébé. Dans ce cas-ci, la langue du bébé est recouverte d'une couche blanchâtre et l'intérieur des joues présente des taches blanches. Le bébé a des rougeurs sur les fesses.</i> • <i>Demander à madame Paradis :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>de décrire son expérience d'allaitement,</i> ○ <i>si elle prend des médicaments,</i> ○ <i>si elle a essayé des traitements pour résoudre ces symptômes et si oui, quelle en a été l'efficacité.</i> <p><i>Dans la situation présente, aucun traitement n'a été amorcé.</i></p>

Question	<i>À partir des informations dont vous disposez, quelle pourrait être la cause de la douleur ressentie par madame Paradis?</i>
Réponse	<i>Infection à Candida ou Candidose</i>

L'infection à *Candida* est une infection fongique causée par le *Candida albicans*. Normalement présent sur la peau, dans la bouche et dans le tube digestif, il devient pathogène lorsque le système de défense immunitaire est affaibli, lorsqu'il y a une rupture de l'intégrité de la peau et des muqueuses, ou lorsque la flore normale est déséquilibrée.

La candidose se manifeste habituellement de façon soudaine. Elle provoque une douleur perçue comme des démangeaisons ou des brûlures aux mamelons et dans le sein, d'intensité variable; la douleur est ressentie pendant la tétée et entre les tétées. La mère peut se plaindre de ne pouvoir supporter la friction exercée par ses vêtements sur ses mamelons. La douleur éprouvée dans le sein (généralement comme des coups de poignard) peut irradier dans le dos et même dans les bras. Cette douleur amène un grand nombre de mères à cesser l'allaitement prématurément, d'où l'importance de détecter rapidement et de traiter efficacement le problème (Amir, 2002).

La peau du mamelon et de l'aréole peut prendre une apparence rosée-rouge, luisante, sèche et desquamée. À l'occasion, des lésions satellites localisées, qui ressemblent à des boutons rouges, sont visibles en périphérie de l'aréole.

Cette infection peut également se développer chez le bébé. En effet, plus de 50 % des enfants âgés entre 7 jours et 18 mois en seraient porteurs dans la bouche. En revanche, seulement la moitié d'entre eux en démontreraient des signes (Darwazeh et Al-Bashir, 1995), tels que des taches blanches sur les muqueuses buccales ressemblant à du lait caillé, ainsi qu'une plaque blanche et épaisse sur la langue. Le bébé peut de plus présenter un érythème au pourtour de l'anus et des lésions satellites sur les fesses et les cuisses.

L'utilisation d'une tétine ou d'un biberon a été définie comme agent de contamination (Brook et Gober, 1997; Darwazeh et Al-Bashir, 1995; Mattos-Graner et autres, 2001) et de persistance de l'infection (Manning et autres, 1985). En présence d'infection, avec ou sans symptômes chez l'enfant, il est important de remplacer les objets de ce dernier à la fin du traitement ou de les faire bouillir chaque jour, afin d'en éliminer les champignons (voir détails dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, 2006, p. 415).

Les préparations pour nourrisson peuvent également favoriser la colonisation du *Candida Albicans* dans la bouche du bébé (Morrill et autres, 2005). Cela serait causé par leur contenu en fer et leur absence de lactoferrine.

Question	<i>À votre avis, qu'est ce qui peut prédisposer une mère à développer la candidose?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La prise d'antibiotique (Chetwynd et autres, 2002); l'augmentation de l'utilisation d'antibiotiques pendant l'accouchement comme traitement prophylactique du streptocoque du groupe B semble avoir favorisé l'augmentation de sa prévalence (Tanguay et autres, 1994).</i> • <i>La vaginite ou la prédisposition à l'infection vaginale.</i> • <i>Le diabète.</i> • <i>La prise de contraceptifs oraux (Wilson-Clay et Hoover, 2005).</i>

Traitement de la candidose

Question	<i>Comment pouvez-vous aider madame Paradis?</i>
Réponses	<p>1. Traitements antifongiques</p> <p><i>Étant donné que plusieurs bébés sont porteurs du champignon sans développer de symptômes d'infection, il est recommandé, lorsque la mère présente des symptômes, de traiter la mère et le bébé simultanément à l'aide d'un médicament antifongique.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Violet de gentiane<ul style="list-style-type: none">○ <i>Traitement préconisé</i>○ <i>Médicament en vente libre</i>○ <i>Concentration : 0,5 ou 1 %</i>○ <i>Appliquer quotidiennement dans la bouche du bébé ou sur les mamelons et aréoles de la mère, puis mettre le bébé au sein.</i>○ <i>Cesser le traitement après quatre jours si le problème est résolu ou s'il n'y a pas d'amélioration de la situation. Poursuivre le traitement pendant trois jours supplémentaires si une légère amélioration est constatée après les quatre premiers jours du traitement.</i> <p><i>Le violet de gentiane est une teinture qui tache la peau et les vêtements, il faut en aviser les parents. Ce produit pourrait créer des brûlures ou des ulcères dans la bouche du bébé s'il est utilisé en concentration élevée (plus de 1 %) ou sur une période prolongée (Utter, 1990).</i></p> <p>Si la douleur est superficielle</p> <ul style="list-style-type: none">• Nystatin<ul style="list-style-type: none">○ <i>Suspension pour le bébé et crème pour la mère.</i>○ <i>Vendu sur ordonnance pour la suspension, et sans ordonnance pour la crème.</i>○ <i>Appliquer la suspension sur les muqueuses de la bouche et sur la langue du bébé quatre fois par jour.</i>○ <i>Appliquer la crème sur les mamelons en couches minces après chaque tétée pendant 10 à 14 jours.</i>○ <i>Le traitement doit être fait sous supervision médicale.</i>• Miconazole<ul style="list-style-type: none">○ <i>Monistat</i>• Onguent multi-usage du Dr J. Newman<ul style="list-style-type: none">○ <i>À utiliser lorsque la douleur peut être associée à d'autres types d'infection ou d'affections de la peau (ex. : eczéma, dermatite).</i>○ <i>Consulter le protocole de traitement sur le site Internet [www.breastfeedingonline.com].</i> <p>Favoriser la guérison de la gerçure ou de la crevasse s'il y a lieu.</p>

Précautions à prendre pour éliminer l'infection et prévenir la recontamination :

- Se laver les mains avant et après chaque tétée.
- Changer les compresses d'allaitement après chaque période d'allaitement. Utiliser de préférence des compresses jetables.
- Laver à l'eau chaude (> 50° C) les serviettes et vêtements en contact avec le champignon. Le séchage au soleil et l'usage du fer à repasser favoriseraient la destruction du champignon.
- Donner la journée même le lait exprimé pendant le traitement. Le froid et la congélation ne détruisent pas le *Candida*.
- Évaluer les risques d'infection croisée car les hommes peuvent présenter de la candidose sur le pénis sans présenter aucun symptôme. Utiliser le condom pendant les relations sexuelles en cas d'infection vaginale.
- Éviter le partage de jouets.
- Traiter les deux enfants, s'il y a allaitement en tandem.
- Il peut être souhaitable de traiter de façon simultanée tous les membres de la famille en cas d'infections persistantes et récurrentes.

L'infection à *candida* est diagnostiquée par la symptomatologie plutôt que par le résultat positif d'un prélèvement. Comme les symptômes d'infection aux seins et d'affection de la peau se ressemblent, on a tendance à associer toute douleur aux seins à cette infection fongique. Ainsi, certains cas présumés de candidose récurrente ou chronique sont en fait des cas d'affection de la peau (Wilson-Clay et Hoover, 2005).

Vasospasme

Mise en situation

Madame Lavoie

Madame Lavoie se plaint d'une douleur aiguë aux mamelons immédiatement après les tétées, qu'elle ressent comme une brûlure vive. Elle en a les larmes aux yeux. La douleur finit par disparaître après quelques minutes. Elle ressent cette douleur plusieurs fois par jour, et ce, depuis que le bébé a 1 semaine. Vous examinez ses seins après la tétée, et vous remarquez que les bouts des mamelons sont blancs. Madame Lavoie vous dit qu'hier elle a commencé à donner le biberon à son bébé, car allaiter lui fait vraiment trop mal.

Question

Selon vous, de quoi s'agit-il?

Réponse

D'un vasospasme. Il peut être occasionné par :

- *une mauvaise prise du sein (mamelon aplati);*
- *le phénomène de Raynaud;*
- *la prise d'un médicament vasoconstricteur;*
- *le froid;*
- *la nicotine et la caféine;*
- *des antécédents personnels ou familiaux.*

Phénomène de Raynaud

Le phénomène de Raynaud est une ischémie intermittente qui touche les deux mamelons, et qui se caractérise par le blanchiment de ceux-ci. Il est habituellement déclenché par l'exposition au froid. La mère peut ressentir une douleur d'intensité variable, qui peut être décrite comme une brûlure, un engourdissement ou des picotements.

Le blanchiment des mamelons se produit généralement après la tétée (lorsque le mamelon réchauffé dans la bouche du bébé est exposé à l'air froid), mais peut également se produire entre les tétées. Le vasospasme est suivi de la dilatation des vaisseaux sanguins des mamelons; ceux-ci prennent alors une couleur rouge ou violacée, typiques d'un afflux de sang important.

Pour être en mesure de poser un diagnostic de phénomène de Raynaud, il faut pouvoir observer le blanchiment des mamelons en réaction au froid, et leur changement de couleur, qui passe du blanc au rouge.

Question	<i>Comment peut-on aider madame Lavoie?</i>
Réponses	<p><i>En lui suggérant :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>l'application de chaleur sèche sur les mamelons immédiatement après la tétée, ce qui est le meilleur moyen pour soulager la douleur lorsqu'elle survient. L'immersion des seins dans l'eau chaude peut aussi permettre un soulagement;</i>• <i>de porter des vêtements chauds, ce qui pourrait permettre la prévention du vasospasme;</i>• <i>d'éviter de consommer des produits qui ont un effet vasoconstricteur, tels que le tabac et le café. La prise de fluconazole et de contraceptifs oraux a également été associée au vasospasme (Escott, 1994);</i>• <i>de prendre un analgésique (Ibuprofen) au besoin, afin de réduire la douleur;</i>• <i>de consulter un médecin pour évaluation et prescription d'un médicament comme la Nifedipine.</i>

- Lorsque le blanchiment est occasionné par la compression du mamelon, la correction de la prise du sein ou un changement de position pourraient régler la situation.
- Une mère peut voir réapparaître le problème à chaque grossesse.

Problèmes de peau

Plusieurs problèmes de peau, tels que la dermatite (eczéma), le psoriasis et l'herpès simplex, peuvent toucher les seins et les mamelons, et causer de la douleur et des lésions similaires à l'infection à *Candida*. Il faut alors conseiller à la mère de consulter un médecin pour obtenir un diagnostic.

En présence d'herpès, il est recommandé de cesser temporairement l'allaitement avec le sein atteint afin d'éviter la contamination du bébé. Pour maintenir sa production lactée, la mère doit exprimer son lait et le jeter jusqu'à ce que les lésions soient complètement guéries. Elle peut poursuivre l'allaitement avec le sein non atteint.

8.2.5 Allaitement et médicaments

Les participants seront invités à lire l'annexe 5 portant sur l'allaitement et la consommation de médicaments.

Vous pouvez résumer les principaux concepts présentés à l'annexe en posant la question suivante :

Quelles sont les trois règles à suivre relativement à la prise de médicaments pendant la lactation?

- 1. La plupart des médicaments passent dans le lait maternel.*
- 2. Toutefois, seule une petite quantité du produit, soit moins de 1 % de la dose maternelle, est transférée au bébé (Hale, 2006).*
- 3. Très peu de médicaments sont contre-indiqués pendant la lactation.*

La quantité de médicament qui passe au bébé à travers le lait maternel dépend de plusieurs facteurs, dont l'état de santé de la mère et celui de l'enfant, l'âge gestationnel à la naissance, l'âge actuel du bébé, la quantité de médicament consommée, le ratio lait/plasma et les propriétés du médicament, soit :

- la concentration;
- le poids moléculaire;
- la capacité de se lier aux protéines;
- la liposolubilité;
- l'alcalinité;
- la durée de demie-vie;
- le pic d'action;
- la biodisponibilité orale.

Règles générales pour l'utilisation de médicaments pendant la lactation (Riordan, 2006)

- Prendre des médicaments seulement si c'est inévitable.
- Prendre la dose la plus faible sur la période la plus courte possible.
- Pour une même catégorie, choisir le médicament le plus sécuritaire (ex. : l'acétaminophène au lieu de l'aspirine).
- Choisir le médicament qui passe le moins dans lait maternel.
- Éviter les médicaments qui ont une longue demie-vie.
- Planifier la prise de médicament en fonction du moment de l'allaitement maternel, de sorte que le bébé reçoive le moins de médicament possible.
- Aviser le médecin si le bébé montre des réactions telles que des éruptions cutanées, de l'irritabilité, des coliques ou un changement dans ses habitudes alimentaires ou de sommeil.
- Faire de l'enseignement sur l'expression du lait ou fournir le matériel nécessaire pour l'expression si la mère doit prendre un médicament qui est contre-indiqué pour une courte période.
- Si l'usage d'un médicament est susceptible de présenter des risques pour l'enfant, un dosage des taux plasmatiques chez ce dernier devrait être considéré (AAP, 2001).

Ressources pour les professionnels de la santé concernant la médication pendant la lactation

Sites Internet :

- Breastfeeding pharmacology par Dr Thomas W. Hales R, PH PhD
[<http://neonatal.ttuhscc.edu/lact/>]
- Mother's risk
[<http://www.motherisk.org>]
- Drugs and lactation database (lactNet)
[<http://toxnet.nlm.nih.gov>]

Documents de référence :

T.W. HALE (2006). *Medications and Mother's Milk* (12^e éd.), Amarillo (TX), Hale Publishing, 1075 p.

American Academy of Pediatrics (2001). « The transfer of drugs and other chemical into human milk », *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, p. 776-789.

Lignes téléphoniques :

- IMAGe, offert par le Service de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine (514) 345-2333
Pour les professionnels seulement; ne pas donner ce numéro aux parents.
- Motherisk hotline de l'Hôpital Sick Children de Toronto (416) 813-6780

8.2.6 Allaitement et retour au travail

Question	<i>Quels sont les principaux avantages de poursuivre l'allaitement lorsque la mère retourne sur le marché du travail?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none">• <i>L'enfant allaité est moins souvent malade.</i>• <i>Les parents s'absentent moins du travail puisque leur enfant est moins malade.</i>• <i>La mère maintient ce contact privilégié avec son enfant.</i>

Question	<i>Quels sont les principaux avantages, pour l'employeur, de soutenir la poursuite de l'allaitement?</i>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les employés s'absentent moins du travail.</i> • <i>Il y a une moins grande mobilité des employés.</i> • <i>Les employées ont le sentiment qu'elles sont soutenues par leur employeur.</i>
Questions	<p><i>Votre établissement soutient-il la poursuite de l'allaitement auprès de ses employées qui allaitent?</i></p> <p><i>Si oui, comment?</i></p> <p><i>Si non, comment pourrait-il le faire, à votre avis?</i></p>
Réponses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permettre un horaire de travail plus souple, en réaménageant le temps de travail (par exemple, joindre le temps de la pause à l'heure du dîner pour permettre à une mère d'aller allaiter son bébé).</i> • <i>Offrir un endroit qui permette à l'employée d'allaiter son bébé ou d'expimer son lait et de l'entreposer de manière sécuritaire.</i> • <i>Offrir un service de garde à proximité du lieu de travail.</i>

Il est à noter que l'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements de santé comprend le soutien aux employées qui allaitent.

Références

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2003). « Policy on early childhood caries (ECC), classifications, consequences and preventive strategies », *Pediatric Dentistry*, vol. 25, n° 7, p. 24-26.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2003). « Policy on breast-feeding », *Pediatric Dentistry*, vol. 25, n° 7, p. 111.
- ARNOLD, R.R., M.F. COLE, J.R. MCGHEE (1977). « A bactericidal effect for human lactoferrin », *Sciences*, vol. 197, n° 4300, p. 263-5.
- BERKOWITZ, R.J. (2003). « Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 69, n° 5, p. 304-307.
- ERICKSON, P.R, E. MAZHARI (1999). « Investigation of the role of human breast milk in caries development », *Pediatric Dentistry*, vol. 21, n° 2, p. 86-90.
- GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1136 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 474 pages.
- ISMAIL, A.I. (1998). « Prevention of early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplément 1, p. 49-61.
- ISMAIL, A.I., W. SOHN (1999). « A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 59, n° 3, p. 171-191.
- JULIEN, M. (2006). « Comment nourrir nos enfants pour qu'ils conservent des dents saines », *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec (JODQ)*, supplément, avril, p. 20-24.
- KANDELMAN D., N. OUATIK (2006). « Prévention de la carie de la petite enfance (CPE) ». *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec (JODQ)*, supplément, avril, p. 9-13.
- MANDEL, I.D. (1996). « Caries Prevention: Current strategies, New directions », *Journal of American Dental Association*, vol. 127, n° 10, p. 1477-88.
- MC DOUGALL, W.A. (1977). « Effect of milk on enamel demineralized and remineralised in vitro », *Caries Research*, vol. 11, n° 3, p. 166-70.
- RIPA, L.W. (1988). « Nursing caries, a comprehensive review », *Pediatric Dentistry*, vol. 10, n° 4, p. 268-282.

Chapitre 9 Supervision clinique - Sessions pratiques

Les sessions pratiques s'inscrivent à l'intérieur du programme de formation de base en allaitement. Elles permettent à chaque participant d'utiliser les connaissances acquises et d'expérimenter les habiletés développées au cours de la formation, auprès de femmes enceintes ou qui allaitent. Ces sessions, au nombre de trois, se fondent sur des situations bien précises :

- aborder l'allaitement avec une femme enceinte;
- observer une tétée et assister la mère pendant une mise au sein;
- observer l'expression manuelle et la conservation du lait maternel, ou les expliquer à une mère.

Les sessions pratiques offrent au formateur des occasions de constater et de mesurer, à l'aide des guides d'observation, le niveau d'intégration des notions vues au cours de la formation; elles ne visent pas à mesurer le niveau de performance des participants. Au terme de chaque session, le formateur fait un retour sur ses observations avec le participant.

Ces sessions devraient de préférence avoir lieu dans les jours ou les semaines suivant la formation, selon la disponibilité du participant et du formateur.

Le formateur est encouragé à organiser les sessions pratiques en collaboration avec les ressources du milieu et en tenant compte des possibilités offertes dans chaque région.

Pour réaliser ces sessions, on peut utiliser les situations suivantes :

- situations qui font partie du quotidien (ex. : patientes vues à l'unité postnatale, visites à domicile);
- situations rencontrées à une clinique ou à une halte-allaitement;
- jeu de rôle au cours duquel le participant démontrera les habiletés recherchées.

Le temps alloué à la réalisation des trois sessions pratiques est de 4,5 heures. Il ne tient pas compte du temps nécessaire aux déplacements.

9.1 Observer et assister la mère pendant une mise au sein

Objectifs visés

Au terme de cette session, le participant aura :

- assisté une mère dans le positionnement et la mise au sein (position suggérée : « madone inversée »);
- observé une tétée du début jusqu'à la fin;
- utilisé ses habiletés en communication aidante.

Temps alloué : 2 heures

Avant de procéder, le formateur explique à chaque participant les objectifs de la session et les éléments qui seront observés.

9.1.1 Observer et assister la mère pendant une mise au sein – Guide d’observation

Nom du participant :	Date :
----------------------	--------

Éléments à observer	Observé	Commentaires
Se présente à la mère		
Lui demande la permission d’observer une tétée		
Se place à la hauteur de la mère		
Se place en face ou à côté d’elle		
S’informe du déroulement de l’allaitement		
Encourage la mère à parler		
Utilise des stratégies de communication aidante (écoute, empathie, reformulation, renforcement positif)		
Encourage la mère à faire la mise au sein par elle-même		
Observe sans intervenir immédiatement		
Explique et observe les étapes de la mise au sein : <ul style="list-style-type: none"> • Confort de la mère • Position du bébé (tête et corps alignés, nez face au mamelon, tenu près de la mère) • Corps soutenu (main à la nuque) • Tenue du sein (doigts en C, éloignés de l’aréole) • Attitude de la mère (chatouille les lèvres du bébé, attend qu’il ouvre grand la bouche, rapproche le bébé rapidement) • Prise du sein (bouche grande ouverte, prise asymétrique, lèvres retroussées, le menton touche le sein) • Signes que le bébé tète efficacement (rythme lent et profond, on voit et entend le bébé avaler, joues rondes) • Retrait du sein sans blesser • Bébé relâche le sein à la fin de la tétée 		
Observe l’apparence du sein et du mamelon après la tétée		
Évalue la présence de douleur		
Constata la présence de difficultés (si pertinent)		
Demande la permission avant de toucher le sein ou le bébé (si nécessaire)		
Transmet des informations exactes et précises		
Utilise des termes compréhensibles pour la mère		
Formule quelques suggestions pertinentes à la situation (si approprié)		
Non-verbal		
Signatures :		

9.2 Aborder l'allaitement avec une femme enceinte

Objectifs visés

Au terme de cette session, le participant :

- se sera informé des connaissances et des perceptions de la femme enceinte au sujet de l'allaitement;
- aura discuté :
 - de l'importance de l'allaitement et de ses bienfaits,
 - du désir de la femme d'allaiter et de ses objectifs d'allaitement,
 - des recommandations au sujet de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement,
 - des conditions favorables à sa réussite;
- aura utilisé ses habiletés en communication aidante.

Temps alloué : 1 heure 15 minutes

Il est recommandé que l'activité se déroule auprès de femmes enceintes de moins de 32 semaines.

Avant de procéder, le formateur explique à chaque participant les objectifs de la session et les éléments qui seront observés. Il leur remet l'aide-mémoire.

Le formateur doit aussi demander au participant de se présenter à la femme enceinte et de lui demander si elle accepte de prendre part à cette activité.

Après avoir évalué les besoins en information de la femme enceinte, le participant aborde le plus d'éléments d'information possible en tenant compte du niveau de confort et d'intérêt de la femme.

9.2.1 Aborder l'allaitement avec une femme enceinte – Guide d'observation

Nom du participant :	Date :
----------------------	--------

Éléments à observer	Observé	Commentaires
S'informe des perceptions de la mère par rapport à l'allaitement		
S'informe des perceptions des proches		
S'informe du plan d'allaitement (objectifs)		
S'informe des connaissances sur l'allaitement		
Accueille les sentiments et les propos de la mère sans porter de jugement		
Utilise des stratégies de communication aidante (questions ouvertes, écoute, empathie, reformulation, renforcement positif)		
Discute des points suivants :		
• L'attachement mère-enfant		
• L'allaitement et ses bienfaits		
• Les risques du non-allaitement		
• Les conditions favorables à la réussite de l'allaitement :		
o Reconnaissance des signes de faim du bébé		
o Contact peau à peau après la naissance		
o Tétée précoce		
o Cohabitation		
o Bonne position		
o Bonne prise du sein		
o Tétées fréquentes et efficaces, sans limite de temps		
o Allaitement exclusif		
o Non-utilisation de la tétine		
• Reconnaître les signes de satiété du bébé		
• L'expression manuelle du lait maternel		
• L'importance de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, si désiré		
• Les ressources de soutien à l'allaitement		
• Remet les coordonnées des groupes d'entraide		
Non-verbal		
Signatures :		

9.2.2 Aborder l'allaitement avec une femme enceinte – Aide-mémoire pour le participant

Thèmes
L'importance de l'allaitement pour le bébé : <ul style="list-style-type: none">• Assure une croissance et un développement optimaux• Protège contre les infections (gastroentérite, otite, infections des voies respiratoires) et certaines affections (asthme, eczéma, diabète, obésité, entre autres)
L'importance de l'allaitement pour la mère : <ul style="list-style-type: none">• Favorise un contact intime avec son bébé• Diminue le risque de cancer du sein et du cancer des ovaires• Retarde l'apparition des menstruations• Diminue le risque de fracture post-ménopause de la hanche
L'importance de l'allaitement exclusif et de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, si désiré : <ul style="list-style-type: none">• Poursuite des bienfaits de l'allaitement pour la mère et l'enfant• Effet dose-réponse
L'importance du contact peau à peau le plus rapidement possible après la naissance : <ul style="list-style-type: none">• Garde le bébé au chaud• Facilite l'amorce de l'allaitement• Régularise le rythme cardiaque et la température du bébé• Facilite l'attachement
L'importance d'une bonne position et d'une prise du sein adéquate : <ul style="list-style-type: none">• Permet un transfert de lait efficace de la mère au bébé• Préviend l'engorgement et la douleur aux seins et aux mamelons
Les conditions favorables à l'amorce de l'allaitement : <ul style="list-style-type: none">• Contact peau à peau• Cohabitation• Tétées fréquentes sans limite de temps• Non-utilisation de la tétine• Reconnaissance des signes de faim du bébé• Reconnaissance des signes qui montrent que le bébé a assez bu• Expression manuelle du lait maternel
Les risques du non-allaitement : <ul style="list-style-type: none">• Mère et bébé ne bénéficient pas de la protection que procure l'allaitement• Coûts, tant pour la famille que pour la société• Contamination, erreur de préparation, erreur de production (préparations pour nourrisson)• Difficulté de revenir en arrière et de reprendre l'allaitement
Les ressources de soutien à l'allaitement : <p>Donner des renseignements sur les ressources et leurs coordonnées</p>

9.3 Observer ou expliquer la technique d'expression manuelle et la conservation du lait maternel

Objectifs visés

Au terme de cette session, le participant :

- aura enseigné la technique d'expression manuelle à une mère qui ne la connaît pas, ou observé la technique pratiquée par une mère qui la connaît déjà;
- aura discuté de la conservation du lait maternel;
- aura utilisé ses habiletés de communication aidante.

Matériel nécessaire :

- un bol propre;
- une serviette;
- un contenant avec couvercle hermétique propre.

Temps alloué : 1 heure 15 minutes

Avant de procéder, le formateur explique à chaque participant les objectifs de la session et les éléments qui seront observés.

Le participant doit se présenter à la mère et commencer par évaluer ses connaissances sur la technique d'expression manuelle.

Si la mère ne connaît pas la technique, et qu'elle accepte d'en recevoir l'enseignement, le participant devra expliquer l'expression manuelle à l'aide d'une démonstration claire. Il devra par la suite faire pratiquer la mère afin de s'assurer que celle-ci a bien compris et intégré l'enseignement reçu.

Si la mère connaît déjà la technique, le participant devra s'assurer qu'elle la pratique adéquatement. Pour ce faire, il peut proposer à la mère de lui en faire une démonstration; ainsi il pourra observer la technique de la mère et y apporter des ajustements au besoin.

9.3.1 Technique d'expression manuelle du lait maternel – Guide d'observation

Nom du participant :	Date :
----------------------	--------

Éléments à observer	Observé	Commentaires
• Assure l'intimité de la mère		
• Rassemble le matériel nécessaire		
• Se place à la hauteur de la mère		
• Se place en face ou à côté d'elle		
• Explique ou observe les mesures d'hygiène requises : lavage des mains, ustensiles propres, manipulation		
• Explique ou observe les étapes de la technique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Moyens pour favoriser l'écoulement du lait (massage, chaleur, entendre ou penser au bébé) ○ La position des doigts ○ Le mouvement de la main ○ La durée 		
• Discute de la conservation du lait exprimé (identification, types de contenant, durée de conservation selon le milieu, etc.)		
• Transmet des informations exactes et précises		
• Utilise des termes simples et compréhensibles		
• Fait la démonstration en expliquant la technique		
• Demande à la mère d'effectuer la technique		
• Observe la mère sans intervenir immédiatement		
• Utilise des stratégies de communication aidante (questions ouvertes, écoute, empathie, reformulation, renforcement positif)		
• Accueille les sentiments et les propos de la mère sans porter de jugement		
• Relève la présence de difficultés (si pertinent)		
• Formule quelques suggestions pertinentes à la situation (si indiqué)		
• Demande la permission avant de toucher le sein		
Non-verbal		
Signatures :		

Annexe 1
Jeu du brise-glace

Jeu du brise-glace

Étalez des photos d'allaitement, de dyade mère/bébé, père/bébé, etc. sur une table.

Demandez aux participants, à leur arrivée, de choisir une photo qui leur parle.

Avant de commencer la formation, demandez à chacun de présenter la photo qu'il a choisie en expliquant ce qu'elle représente pour lui, en rapport avec l'allaitement.

Annexe 2
Tableau « Allaiter votre bébé –
Guide pour les mères qui allaitent »



Allaiter votre bébé

GUIDE POUR LES MÈRES QUI ALLAIENT

ÂGE DE VOTRE BÉBÉ	1 SEMAINE							2 SEMAINES	3 SEMAINES	4 SEMAINES	5 SEMAINES	6 SEMAINES À 6 MOIS	
	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS						
Taille de l'estomac de votre bébé	 Grosseur d'un pois d'iche cuit ou d'une noisette		 Grosseur d'une cerise ou d'une cuillère à thé				 Grosseur d'une noix ou d'une cuillère à soupe						
Quantité de lait dont votre bébé a besoin	 10 à 100 ml ou 1 cuillère à soupe à 1/3 de tasse par jour		 200 ml ou 7/8 de tasse par jour				 700 à 800 ml par jour ou de 2 1/2 à 3 1/2 tasses par jour						
Fréquence des tétées	Durant le premier mois, de 8 à 12 fois par jour										Vers l'âge de 2 mois, 6 à 8 fois par jour		
Quantité de couches mouillées	 Au moins 1 MOUILLÉE		 Au moins 2 MOUILLÉES		 Au moins 3 MOUILLÉES		 Au moins 4 MOUILLÉES		 Au moins 5 MOUILLÉES		 Au moins 6 par jour TRÈS MOUILLÉES		
Fréquence et couleur des selles	 Au moins 1 à 2 fois par jour NOIR OU VERT FONCÉ		 Au moins 2 à 3 fois par jour BRUN, VERT OU JAUNE				 Entre 1 et 3 grosses selles par jour JAUNE				 1 grosse selle ou plus, à tous les 1 à 7 jours JAUNE		
Poids de votre bébé	La plupart des bébés perdent entre 5 % et 7 % de leur poids de naissance durant les 3 ou 4 premiers jours suivant la naissance. Par exemple, un bébé de 3,2 kilogrammes ou 7 livres perdra environ 230 grammes ou 1/2 livre.							Votre bébé devrait reprendre son poids à la naissance vers l'âge de 2 ou 3 semaines.		Il devrait prendre entre 100 et 250 grammes par semaine (450 à 900 grammes ou 1 à 2 livres par mois) pendant les 3 premiers mois.			
Poussées de croissance 	Les bébés connaissent souvent des poussées soudaines de croissance durant les premières semaines. Votre bébé voudra probablement boire plus souvent durant ces périodes.												

Annexe 3
Compétences minimales attendues
selon la catégorie d'intervenants

Voici les compétences minimales attendues selon la catégorie d'intervenants

1. *Tout membre du personnel, tout médecin/sage-femme, bénévole ou stagiaire (selon le type et la durée du stage), doit pouvoir :*

- Connaître l'existence d'une politique d'allaitement dans le centre.
- Nommer un endroit dans le centre où cette politique est affichée.
- Décrire en quoi cette politique le concerne.
- Nommer une ressource dans le centre vers qui diriger les personnes qui désirent des informations sur l'allaitement ou sur la politique d'allaitement du centre.

2. *Tout membre du personnel, tout médecin/sage-femme travaillant auprès de gestantes, de parturientes, de nouvelles mères, de nouveau-nés ou de nourissons, mais ne donnant pas de soins directs en allaitement, doit pouvoir, en plus des compétences acquises au point 1 :*

- Décrire comment il peut conseiller des parents ou des intervenants dans la décision d'allaiter, le démarrage et la poursuite de l'allaitement selon les recommandations.
- Expliquer ce qu'est l'Initiative des amis des bébés (IAB) et comment elle cible la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel.
- Expliquer les Dix conditions pour le succès de l'allaitement et les Sept étapes en milieu communautaire.
- Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les aspects éthiques qui s'y rattachent.
- Connaître les facteurs influençant la production lactée.
- Décrire les pratiques favorisant/nuisant à l'allaitement, surtout dans ses responsabilités propres comme intervenant.
- Nommer les personnes-ressources compétentes en gestion de l'allaitement dans le centre et savoir comment leur diriger des mères allaitantes.
- Reconnaître/intervenir adéquatement lors de difficultés d'allaitement telles la mastite, les infections à Candida, etc. ou lors de maladies de la mère qui allaite ou de son bébé allaité (exclusivement pour le médecin qui traite des mères et des bébés allaités de façon occasionnelle, par exemple, à l'urgence, dans une unité de médecine ou de chirurgie...).

3. *Tout membre du personnel, toute sage-femme prodiguant des soins directs aux mamans allaitantes et/ou à leur nouveau-né, doit pouvoir, en plus des compétences acquises en 1 et en 2 :*

- Démontrer les éléments essentiels à l'établissement et au maintien d'une relation d'aide respectueuse avec les mamans allaitantes.
- Décrire les mécanismes de succion au sein et au biberon et en connaître les différences.
- Démontrer la prise du sein et la position adéquate de la mère et du bébé lors de la tétée.
- Démontrer son habileté à évaluer adéquatement la prise du sein chez le bébé allaité.
- Reconnaître/intervenir adéquatement lors de difficultés d'allaitement telles que la chirurgie mammaire, l'engorgement, la mastite, les gerçures/crevasses, les difficultés dans la prise du sein, le frein de langue court, le muguet, etc.
- Respecter ou tenter de faire respecter les indications médicales acceptables, selon l'IAB, de donner un supplément.
- Expliquer correctement l'expression manuelle du lait.
- Expliquer où trouver de l'information juste et à jour quant au passage des médicaments, des drogues et de l'alcool dans le lait maternel.
- Nommer les ressources existantes pour les mères allaitantes aux niveaux local/régional et savoir comment on peut y diriger les mères.

4. *Tout médecin prodiguant des soins directs aux mamans allaitantes et/ou leur nouveau-né doit pouvoir, en plus des compétences acquises en 1 et 2 :*

- Démontrer les éléments essentiels à l'établissement et au maintien d'une relation d'aide respectueuse avec les mamans allaitantes.
- Décrire/démontrer le mécanisme de succion, la prise du sein et le positionnement adéquat de la mère et du bébé lors de la tétée.
- Reconnaître/intervenir adéquatement lors de difficultés d'allaitement telles que la chirurgie mammaire, l'engorgement, la mastite, les gerçures/crevasses, les difficultés dans la prise du sein, le frein de langue court, le muguet, etc.
- Respecter les indications médicales acceptables, selon l'IAB, de donner un supplément.
- Expliquer où trouver de l'information juste et à jour quant au passage des médicaments, des drogues et de l'alcool dans le lait maternel.
- Nommer les personnes-ressources compétentes en gestion de l'allaitement dans le centre et savoir comment leur référer des mamans allaitantes.

Source : COMITÉ D'ACCREDITATION (2004). *L'Initiative des amis des bébés (IAB) : Outil d'information pour les établissements - Mission CLSC*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.

Annexe 4
Jeu du panier d'épicerie

Explication du jeu

Le jeu du panier d'épicerie est une activité proposée dans le but d'aborder les habitudes de consommation (tabac, alcool, café, etc.) et l'alimentation de la mère qui allaite.

Voici les messages que l'on veut transmettre:

- La mère qui allaite mange à sa faim et boit selon sa soif. Il n'y a aucune restriction alimentaire pendant l'allaitement. La plupart des mères peuvent manger de tout sans que leur bébé en souffre. Il n'est donc pas judicieux de conseiller aux mères qui allaitent d'éviter certains aliments. Lorsque le bébé est maussade après la tétée, la cause, le plus souvent, n'est pas reliée à l'alimentation de la mère. Chaque situation devrait être évaluée cas par cas.
- Il est souhaitable que la mère qui fume allaite son bébé. Bien que le bébé soit exposé aux composantes de la fumée de cigarette dans le lait maternel, les bienfaits de l'allaitement sont plus importants que les risques du non-allaitement. Certaines stratégies peuvent diminuer l'exposition du bébé au tabac; l'intervenant doit être en mesure d'en informer la mère (ex. : fumer après avoir allaité son bébé, fumer à l'extérieur de la maison, etc.).
- Une mère qui allaite ne devrait pas consommer d'alcool. Cependant, elle peut le faire avec modération et de façon occasionnelle en autant qu'elle s'abstienne d'allaiter son bébé durant les trois heures qui suivent l'ingestion d'une consommation. Ainsi, en adoptant certains comportements, on peut réduire au minimum l'exposition du bébé à l'alcool. L'intervenant doit être en mesure d'en informer la mère (voir le tableau suivant ci-dessous).

Temps requis (heures) pour métaboliser l'alcool en fonction du poids maternel (Schulte, 1995)

Nombre de consommations*	100 lbs	120 lbs	140 lbs	160 lbs
1	3,1	2,6	2,2	1,9
2	6,2	5,2	4,5	3,9
3	9,3	7,8	6,7	5,8
4	12,4	10,4	9,0	7,8
5	15,6	13,0	11,1	9,8

***Une consommation correspond à :**

- 360 ml de bière (5 % d'alcool)
- 150 ml de vin (12 % d'alcool)
- 45 ml de boisson forte (40 % d'alcool)

Matériel requis

Rassemblez des aliments et des emballages représentant des aliments (fruits, légumes, boîte de thon, lait, œufs, etc.). Ayez soin d'avoir, dans votre panier, quelques emballages de produits qui ne sont pas « santé » ou qui pourraient susciter la controverse. Par exemple :

- une bouteille de vin ou de bière vide;
- un paquet de cigarettes;
- un sac de croustilles;
- des biscuits au chocolat ou du chocolat;
- un oignon;
- de l'ail;
- du café;
- du chou, du brocoli ou du chou-fleur;
- des légumineuses;
- une pointe de pizza.

Déroulement du jeu

Étalez les aliments et produits sur la table et demandez aux participants de mettre dans le panier ceux qu'ils croient qu'une mère qui allaite peut consommer.

Lorsqu'ils ont terminé, expliquez-leur que tous ces aliments et produits peuvent faire partie du panier d'épicerie de la mère qui allaite. Vous démystifierez les aliments restés sur la table en vous inspirant des informations présentées ci-dessous.

L'alimentation en général

Contrairement aux croyances populaires, il n'y a pas d'aliments que la mère qui allaite devrait manger ou éviter. Il suffit de manger de tout avec modération.

Les variations naturelles de l'alimentation de la mère modifient le goût de son lait, ce qui prépare le bébé à manger des aliments solides aux goûts variés lorsqu'il sera plus âgé.

Dans les pays occidentaux, l'alimentation de la mère n'a pas d'effet sur la qualité et la quantité de son lait, même lorsque la qualité de l'alimentation est pauvre.

Il est recommandé d'avoir, en tout temps, une alimentation saine, variée et équilibrée; la période d'allaitement ne fait donc pas exception. Toutefois, si ce n'est pas le cas, il n'y a pas de raison de s'inquiéter pour le bébé, car il ne manquera de rien. Le corps privilégie la production du lait en puisant dans les réserves de la mère et produit ainsi un lait de bonne qualité en tout temps. Il est cependant possible que la mère souffre de certaines carences alimentaires. Elle peut consulter une diététiste si elle a des inquiétudes à ce sujet.

Les allergènes : produits laitiers, arachides, noix, œufs, soya, fruits de mer...

S'il n'y a pas d'antécédents d'allergies dans la famille proche, il n'y a pas de raison d'éviter ces aliments. Si toutefois le bébé présente des symptômes tels des rougeurs, de l'eczéma ou des troubles respiratoires, il est recommandé de consulter un intervenant de la santé afin de déterminer la cause de ces symptômes.

S'il y a des allergies dans la famille proche, il est préférable pour la famille de consulter un intervenant de la santé afin d'évaluer les risques et de prendre des mesures pour diminuer les probabilités d'exposition à des allergènes.

Alcool

L'alcool est strictement déconseillé pendant la grossesse. Une consommation régulière d'alcool durant l'allaitement est également déconseillée. Cependant, un verre de vin ou de bière à l'occasion, soit un verre ou moins par jour, ne semble pas causer d'ennuis majeurs au bébé. Le temps consacré à la métabolisation de l'alcool est rapide et proportionnel à l'âge du bébé et au poids de sa mère. Un nouveau-né prend donc plus de temps à métaboliser l'alcool. Si la mère désire profiter un peu plus d'une soirée ou d'un souper et consommer quelques verres, elle peut le faire en exprimant son lait à l'avance pour les boires qui suivront ses consommations.

Caféine

La caféine passe dans le lait maternel. Pour la plupart des mères, une consommation modérée (moins de cinq tasses par jour) de café ne cause aucun problème. Dans le calcul de la consommation de caféine, il ne faut pas oublier d'inclure les autres produits qui en contiennent, soit le thé chaud ou glacé, les boissons gazeuses de type cola et certains médicaments. Le chocolat contient aussi de la théobromine, une substance qui peut produire les mêmes effets que la caféine si elle est consommée en grande quantité. Un bébé sensible à la caféine peut être maussade, nerveux, irritable, plus éveillé et actif. La caféine se métabolise plus lentement chez le nouveau-né.

Légumes de la famille du chou et les légumineuses

Il n'y a aucune preuve scientifique que ces aliments causent des coliques chez le bébé. Les coliques associées à la consommation d'aliments de la famille du chou font partie des croyances populaires du Québec; ce mythe n'existe pas ailleurs dans le monde. Il n'y a pas de raison de réduire la consommation de ces légumes et des légumineuses.

Épices, ail et piments forts

Ces produits, comme tout aliment que la mère mange, peuvent modifier le goût, l'odeur et même la couleur du lait. Le bébé peut être surpris si une nouvelle saveur lui est présentée, mais il y prendra goût et apprendra à apprécier la diversité des saveurs qui lui sont « servies » au sein. Et il prendra goût à la gastronomie familiale avant même de s'asseoir à table avec les autres membres de sa famille.

Poissons et polluants

Les poissons, surtout de pêche sportive par opposition au poisson d'élevage, peuvent contenir des polluants et d'autres contaminants. Ces contaminants, comme tous les polluants de sources diverses, passent dans le lait maternel. Il est recommandé de manger du poisson de pêche sportive avec modération et de réduire au minimum les expositions à tout polluant ou contaminant. La capacité du bébé à éliminer les contaminants augmente avec l'âge.

Sushi et fromages de lait cru

La femme qui allaite peut en consommer. Rappeler aux participants qu'il est recommandé pour la femme enceinte de ne pas consommer ces produits, le fœtus pouvant être directement touché.

Produits laitiers

Aucune étude ne démontre qu'un bébé allaité puisse présenter une intolérance au lactose contenu dans le lait humain. En fait, l'intolérance au lactose n'existe pas chez le nourrisson mais apparaît plutôt après quelques années. Un bébé peut être allergique à la protéine bovine et, comme pour toute question d'allergie, il est recommandé de consulter un intervenant de la santé.

Tabac

Les bienfaits de l'allaitement sont toujours supérieurs aux risques que fait courir le tabac, peu importe le nombre de cigarettes fumées.

Le tabac est nocif pour le bébé. Il peut interférer avec la production lactée et provoquer des pleurs, de l'irritabilité et de l'insomnie chez l'enfant. Cependant, les bénéfices du lait maternel sont suffisamment importants et supérieurs aux risques que fait courir le tabac pour recommander l'allaitement. Il faut alors envisager de diminuer sa consommation de tabac et, si possible, de fumer à l'extérieur, loin du bébé, de fumer après la tétée et non avant, et de changer de vêtements avant de donner la tétée. Les timbres pour cesser de fumer sont compatibles avec l'allaitement.

Références

CLOUTIER, I. (2004). *Le petit Nourri-Source : Guide pratique pour l'allaitement maternel* (5e éd.), Montréal, Fédération québécoise Nourri-Source, 194 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à 2 ans : Guide pratique pour les mères et les pères*, Bibliothèque nationale du Québec, 496 p.

MOHRBACHER, N., J. STOCK, LIGUE LA LECHE INTERNATIONAL (2003). *The Breastfeeding Answer Book* (3e éd.), Schaumburg (IL), 680 p.

SCHULTE, P. (1995). « Minimizing alcohol exposure of the breastfeeding infant », *Journal of Human Lactation*, vol. 11, n° 4, p. 317-319.

Source : Formation régionale en allaitement 2005. DSP – ASSS Montréal

Annexe 5 Médication

Les mères se demandent souvent si elles peuvent consommer des médicaments lorsqu'elles allaitent. Il existe trois règles relativement à la prise de médicaments pendant la lactation :

1. La plupart des médicaments passent dans le lait maternel.
2. Toutefois, seule une petite quantité des médicaments est transférée, soit moins de 1 % de la dose maternelle (Hale, 2006).
3. Très peu de médicaments sont contre-indiqués pendant la lactation.

La quantité de médicament retrouvée dans le lait maternel dépend de plusieurs facteurs liés à la médication, à la mère et à l'enfant.

Concentration

Les médicaments entrent dans le lait maternel principalement par diffusion passive régie par un gradient de concentration. Il s'agit d'un équilibre de concentration entre le plasma maternel et le lait maternel. Habituellement, le médicament se déplace du liquide où la concentration est la plus forte vers celui dont la concentration est la plus faible. Ainsi, si la concentration du médicament est élevée dans le plasma de la mère, le médicament aura tendance à se diffuser dans le lait maternel. À l'inverse, lorsque la concentration de médicament diminue dans le plasma maternel comparativement au lait maternel, par diffusion, le médicament a tendance à se diriger vers le plasma maternel pour être éliminé (Hale, 2002).

Poids moléculaire

Plus le poids moléculaire du médicament est petit, plus il passe facilement dans le lait maternel. Les médicaments dont le poids moléculaire est supérieur à 200 daltons passent difficilement dans le lait maternel. C'est le cas, entre autres, de l'héparine, dont le poids moléculaire varie entre 6 000 et 40 000 daltons, et de l'insuline, qui a un poids moléculaire de 6 000 daltons (Breitzka, Sandritter et Hatzopoulos, 1997).

Capacité de se lier aux protéines (PB)

De façon générale, plus le médicament a la capacité de se lier aux protéines plasmatiques maternelles, moins il passe dans le lait maternel, ce qui diminue l'exposition de l'enfant au médicament. Le médicament qui se lie aisément aux protéines du lait maternel a pour sa part davantage tendance à s'accumuler dans le lait maternel. Cependant, comme le taux de protéines dans le lait maternel est faible (0,8-0,9 %), cela ne peut pas représenter une accumulation substantielle. Une bonne capacité de liaison à la protéine plasmatique maternelle est généralement supérieure à 90 %.

Liposolubilité

Plus un médicament est liposoluble, plus il a tendance à traverser la membrane lipidique des lactocytes et ainsi, à passer dans le lait maternel. Comme le lait maternel contient plus de gras que de protéines, les médicaments liposolubles se dissolvent dans le lait maternel (Breitzka, Sandritter et Hatzopoulos, 1997).

Ratio L/P (lait/plasma)

Le ratio L/P permet d'évaluer le taux d'accumulation d'un médicament dans le lait maternel comparativement au taux d'accumulation dans le plasma maternel. Un ratio de 1 indique que le médicament se retrouve de façon égale dans le plasma de la mère et dans le lait maternel. Un ratio L/P <1 indique qu'une plus petite quantité de médicament est transférée dans le lait maternel comparativement au plasma. Un ratio de 3 indique que le médicament se retrouve dans des concentrations trois fois plus élevées dans le lait maternel que dans le plasma maternel. La plupart des médicaments ont un ratio L/P de moins de 1, environ 25 % ont un ratio de plus de 1 et environ 15 % ont un ratio de plus de 2 (Uto, 2000). Les médicaments avec un ratio inférieur ou égal à 1 sont à prioriser (Hale, 2006).

Alcalinité

Les acides attirent les alcalins. Comme le lait maternel est plutôt acide, plus le médicament sera alcalin (lindomyicin, érythromycine, antihistaminique, alcaloïdes, isoniazide), plus il aura tendance à traverser la membrane du plasma vers le lait. Les médicaments à tendance plus acide tels que la pénicilline, les barbituriques, les sulfonamides et les diurétiques passent moins dans le lait maternel.

Durée de la demi-vie

La demi-vie exprime le temps requis pour que la concentration du médicament dans le sérum diminue de moitié. C'est le temps requis pour éliminer la moitié de la quantité du médicament que le corps a reçue (Breitzka, Sandritter et Hatzopoulos, 1997). Les médicaments qui possèdent une longue demi-vie (> 12 heures) peuvent s'accumuler à de hauts niveaux dans le plasma de l'enfant (Hale, 2002). La durée de la demi-vie varie beaucoup d'un médicament à l'autre. Par exemple, la pénicilline a une demi-vie de moins d'une heure tandis que la digoxine a une demi-vie d'une semaine.

Pic d'action

Le pic d'action est l'intervalle de temps nécessaire pour que le médicament atteigne sa concentration maximale dans le plasma de la mère. Lorsque c'est possible, il faut éviter d'allaiter au moment où le médicament est à son maximum dans le plasma de la mère et choisir un médicament avec un court pic d'action.

Biodisponibilité orale

La biodisponibilité orale renvoie à la capacité du médicament de passer de la bouche de la mère à sa circulation sanguine. Si un médicament a une biodisponibilité de 0,90, cela veut dire que 90 % du médicament reçu par la bouche se retrouve dans le plasma de la mère.

Quantité et durée de la médication

Plus un médicament qui passe dans le sang est pris en grande quantité, plus sa concentration dans le lait est importante. Si le médicament est pris immédiatement après l'allaitement, on maximise son élimination s'il a un court pic d'action et une courte demi-vie.

Voie d'administration

Les médicaments oraux ont un temps d'action plus lent, ils mettent donc plus de temps avant de se rendre au lait maternel. La voie intraveineuse, qui contourne la barrière gastro-intestinale, permet aux médicaments de rejoindre le lait maternel plus rapidement et à des niveaux plus élevés. La voie intramusculaire permet elle aussi un transfert rapide en raison de la quantité abondante de sang dans le muscle.

Mère et enfant

Prédispositions de la mère et de l'enfant

La constitution génétique joue aussi un rôle important dans la réponse à la médication. Certains bébés sont plus sensibles que d'autres aux médicaments et produits de consommation. Pour une même quantité de caféine reçue, certains bébés réagissent davantage et se trouvent à être plus éveillés et excités que d'autres, qui n'en seront aucunement incommodés (Riordan, 2005).

Santé de la mère

Les médicaments sont éliminés par le foie et les reins (Breitzka, Sandritter et Hatzopoulos, 1997). Si la mère éprouve certains problèmes au niveau de ces organes, l'élimination s'en trouve altérée. L'excrétion du produit est alors moins efficace et on constate une plus longue exposition du médicament dans le lait maternel.

Âge gestationnel

Les enfants prématurés ont des systèmes rénal et hépatique immatures. Ils courent donc davantage de risques que les médicaments s'accumulent dans leur système et atteignent des taux plasmatiques élevés.

Âge de l'enfant

Au cours des quatre premiers jours suivant la naissance, l'espace entre les cellules alvéolaires (endroit où la synthèse du lait se fait à partir du sang) est plus grand, ce qui permet une plus grande perméabilité aux immunoglobulines, aux autres protéines et aux médicaments. De plus, avec la croissance du bébé, le médicament se trouve à être distribué dans un plus grand volume de sang. La tolérance du bébé aux médicaments s'améliore donc avec l'âge.

Quantité de lait consommée

La quantité de lait consommée durant chaque boire, le nombre de boires par jour et la durée de chaque boire déterminent l'exposition potentielle de l'enfant aux médicaments qui se trouvent dans le lait maternel.

Considérations générales

Plusieurs facteurs sont à considérer dans l'évaluation de la pharmacocinétique d'un médicament.

Parmi les propriétés qui favorisent une faible concentration de médicament dans le lait maternel, on trouve : un grand volume de distribution, une bonne capacité de se lier aux protéines plasmatiques, une liposolubilité faible, un pH physiologique et un grand poids moléculaire.

Les médicaments qui ont une faible biodisponibilité et une courte demi-vie demeurent plus sécuritaires pour le nouveau-né.

Règles générales par rapport à l'usage de médicaments (Riordan, 2005)

- Prendre des médicaments seulement si c'est nécessaire.
- Prendre la dose la plus faible sur une période plus courte.
- Pour une même catégorie, choisir le médicament le plus sécuritaire (ex. : l'acétaminophène au lieu de l'aspirine).
- Choisir le médicament le moins transférable dans le lait maternel.
- Éviter les médicaments qui ont une longue demi-vie.
- Éviter les médicaments qui ont une action prolongée.
- Planifier la prise de médicament en fonction du moment de l'allaitement, de façon à ce que le bébé reçoive le moins possible de médicament.
- Aviser le médecin si le bébé présente des réactions telles que des éruptions cutanées, de l'irritabilité, des coliques ou un changement dans ses habitudes alimentaires ou le sommeil.
- Faire de l'enseignement sur l'expression du lait si la mère doit prendre un médicament contre-indiqué pour une courte période.
- Si l'usage d'un médicament est susceptible de présenter des risques pour l'enfant, un dosage des taux plasmatiques chez l'enfant devrait être considéré (AAP, 2001).

(Riordan et Auerbach, 2005)

Allaitement et médicaments en vente libre

Les consommateurs ont tendance à croire que les médicaments en vente libre sont inoffensifs. Même si plusieurs médicaments passent dans le lait maternel à des niveaux très faibles et qu'ils sont souvent indétectables, ils ne sont pas nécessairement sans risque.

Voici les lignes de conduite pour en réduire au minimum les effets secondaires sur l'enfant allaité.

1. Dans un premier temps, encourager le traitement des symptômes par des moyens non pharmacologiques.
2. Il est généralement recommandé de prendre le médicament immédiatement après l'allaitement ou avant une longue période de sommeil de l'enfant.
3. Éviter les formules extra-fortes, opter plutôt pour la « version » courante du médicament en vente libre.
4. Éviter les médicaments qui contiennent plusieurs ingrédients actifs.
5. Enseigner à la mère l'observation des effets secondaires chez l'enfant.

Herbes

Aujourd'hui populaires, les herbes sont utilisées depuis l'Antiquité. Cependant, peu de recherches ont été publiées sur le sujet. La plupart de la documentation est d'ordre anecdotique, ce qui limite grandement la généralisation.

Étant donné que les herbes peuvent avoir de fortes propriétés pharmacologiques, il importe d'être vigilant quant aux recommandations relatives à l'usage de ces substances durant la période d'allaitement maternel (Riordan et Auerbach, 2005).

Références

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001). « The transfer of drugs and other chemical into human milk », *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, p. 776-789.

BREITZKA, R.L., T.L. SANDRITTER et F.K. HATZOPOULOS (1997). « Principles of drug transfer into breast milk and drug disposition in the nursing infant », *Journal of Human Lactation*, vol. 13, n° 2, p. 155-158.

ENGLE, M.H. (1997). « Herbs, hormones, and holistic medicine: Implications for the fetus and nursing infants », *Home Health Care Management & Practice*, vol. 9, n° 3, p. 74-77.

HALE, T.W. (2006). *Medications and Mothers' Milk: A Manual of Lactational Pharmacology* (12^e éd.), Amarillo (TX), Hale Publishing, 1075 p.

HALE, T.W. (1999). *Clinical Therapy in Breastfeeding Patients*, Amarillo (TX), Pharmasoft Medical Publishing.

ITO, S. (2000). « Drug therapy for breast-feeding women », *The New England Journal of Medicine*, vol. 243, n° 2, p. 118-126.

LAWRENCE, R.M. (1999). *Breastfeeding: A guide for the Medical Profession* (5^e éd.), New York, Mosby, 652 p.

NICE, F.J., H.J.L. SNYDER et B.C. KOTANSKY (2000). « Breastfeeding and over the counter medications », *Journal of Human Lactation*, vol. 16, n° 4, p. 319-329.

RIORDAN, J. (2005). *Breastfeeding and Human Lactation* (3^e éd.), Toronto, Jones & Bartlett, 819 p.

Annexe 6
Questionnaire d'évaluation de la formation

Questionnaire d'évaluation - Formation en allaitement maternel

Date : _____

À votre arrivée à la formation, où se situait votre niveau de connaissances en allaitement maternel, sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la note maximale)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

À la suite de la formation, où se situe votre niveau de connaissances en allaitement maternel?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

À votre arrivée à la formation, où se situait votre niveau de connaissances par rapport à l'Initiative des amis des bébés?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

À la suite de la formation, où se situe votre niveau de connaissances par rapport à l'Initiative des amis des bébés?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indiquez votre degré d'accord (X) pour chacun des énoncés présentés ci-dessous.

ÉNONCÉS	TRÈS ÉLEVÉ	ÉLEVÉ	FAIBLE	TRÈS FAIBLE
1. Cette formation a répondu à mes besoins				
2. Cette formation a suscité ma motivation				
3. Cette formation sera utile à mon travail				
4. Cette formation a raffiné mon jugement clinique en matière d'allaitement				
5. Cette formation m'aidera à soutenir les parents pendant l'allaitement				
6. Le formateur maîtrisait son contenu				
7. La méthode pédagogique était appropriée				
8. Les explications étaient claires				
9. Les objectifs étaient clairs				
10. Je recommanderais cette formation à un(e) collègue				

Commentaires et recommandations par rapport à la formation :

Un grand merci pour votre collaboration!

Annexe 7
Certificat de participation

Certificat de participation

Ce certificat atteste que

« Prénom » « Nom »

*a assisté au volet XXX (XX heures)
de la Formation nationale sur l'allaitement maternel*

tenue le Date, à Lieu,

*développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux,
dans le cadre du programme
Initiative des amis des bébés de l'OMS/UNICEF*

Formateur : _____

Nom et titre du formateur

Annexe 8
Instructions – Sein tricoté à la main

INSTRUCTIONS - SEIN TRICOTÉ À LA MAIN



Fourniture : 1 balle de beige et 1 balle de brun de laine acrylique (ex. Red heart worsted yarn ou Decor Patons), 4 aiguilles n° 6 us. ou 4¼ mm.

Point employé : Jersey

Monter 72 mailles avec la laine beige, tricoter en jersey une longueur de 8 cm (3 po). Commencer les diminutions.

Rg.1	10m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 2	Endroit
Rg. 3	9m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 4	Endroit
Rg. 5	8m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 6	Endroit
Rg. 7	7m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 8	Endroit
Rg. 9	6m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 10	Changer de couleur, brun pour le mamelon, endroit
Rg. 11	5m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 12	Endroit
Rg. 13	4m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 14	Endroit
Rg. 15	3m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 16	Endroit
Rg. 17	2m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 18	Endroit
Rg. 19	1m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 20	Endroit
Rg. 21	2m. end., 2 m. ens., répéter
Rg. 22, 23, 24, 25	Endroit

Rabattre les mailles.

Rembourrer et fermer. (On vous suggère de rembourrer les seins avec de la bourre en polyester pour courtepointe).