



L'INITIATIVE  
des *amis*  
des *bébés*

## ORIENTATIONS

pour la mise en œuvre dans les établissements  
de santé et de services sociaux du Québec

## **ÉDITION**

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**

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

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

IISBN : 978-2-550-90304-8 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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 de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

## **RÉDACTION**

M<sup>me</sup> Laura N. Haiek, médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M<sup>me</sup> Christiane Charette, médecin-conseil, MSSS

## **COLLABORATION**

### **Membres du comité d'agrément de l'Initiative des amis des bébés (IAB) du Québec**

M<sup>me</sup> Ginette Bélanger, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB

M<sup>me</sup> Marie-France Brizard, gestionnaire

M<sup>me</sup> Christiane Charest, gestionnaire à la retraite

M<sup>me</sup> Christiane Charette, médecin-conseil, MSSS, présidente du comité d'agrément IAB jusqu'au 31 décembre 2019

M<sup>me</sup> Laura N. Haiek, médecin-conseil, MSSS

M<sup>me</sup> Anne-Marie Langlois, directrice (par intérim), Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS

M<sup>me</sup> Odile Lapointe, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB

M<sup>me</sup> Nathalie Lévesque, répondante ministérielle en allaitement, MSSS

M<sup>me</sup> Kimberley MacKenzie, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB

M<sup>me</sup> Isabelle Michaud-Létourneau, nutritionniste-conseil, MSSS, présidente du comité d'agrément IAB

M<sup>me</sup> Chantal Robert, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB

M<sup>me</sup> Isabelle Savary, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB

## **REMERCIEMENTS**

Nous souhaitons remercier les personnes ayant pris part à la démarche de consultation pour élaborer le document, notamment M<sup>me</sup> Ghislaine Reid, agente de planification, programmation et recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, membre de l'équipe nationale d'évaluation IAB.

## Avant-propos

Les politiques et pratiques de soins favorables à l'allaitement sont évaluées sur la base des [normes internationales](#) proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Ces normes sont adaptées au système de santé et de services sociaux québécois et s'adressent aux établissements publics de santé et de services sociaux qui veulent mettre en place les meilleures pratiques en allaitement. Les normes actuellement en vigueur sont l'objet d'une [circulaire ministérielle sur le processus d'obtention ou de maintien de la certification « Ami des bébés » \(2016-012\)](#). Les normes présentées dans ce document remplaceront les *Outils d'information pour les établissements* de novembre 2004 (annexes I, II et III de la circulaire 2016-012).



# Table des matières

Introduction.....	5
Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel .....	7
Glossaire .....	18
Bibliographie.....	21
Annexe 1 Système de monitoring et de gestion des données .....	25
Annexe 2 Indications médicales justifiant le remplacement ou la supplémentation du lait maternel .....	32



## INTRODUCTION

L'OMS et UNICEF ont lancé en 1991 l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) afin de motiver les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans le monde entier à mettre en œuvre les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Dix conditions). Il est reconnu que plus le nombre de conditions auxquelles les mères sont exposées est grand, meilleurs sont les résultats au sujet des pratiques en allaitement<sup>1</sup>.

Dans le but de redynamiser et de pérenniser l'IHAB, un document a été publié en 2018 sur la base d'une révision systématique de la littérature<sup>2</sup> ainsi que de consultations élargies avec plus de 130 pays<sup>3-5</sup>. Ce document est intitulé [Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés](#)<sup>6,7</sup> et propose quelques changements à la dernière version du programme<sup>8</sup>. Voici les principaux changements :

- Les recommandations sur les politiques et pratiques cliniques optimales en allaitement ont été révisées et formulées en normes mondiales.
- La portée du programme a été élargie aux soins des bébés prématurés et malades et ne concerne plus seulement les bébés en bonne santé. Un [guide](#) a été publié en 2020 en complément au document de 2018<sup>9</sup>.
- Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (Code) ont été intégrés dans les Dix conditions, plus spécifiquement à la condition 1.
- La condition 1 inclut dorénavant la mise en place d'un système de monitoring et de gestion des données avec une attention particulière à des indicateurs appelés *indicateurs sentinelles*. Ces indicateurs mesurent deux normes fondamentales visant la première tétée précoce et l'allaitement exclusif qui, une fois atteintes, peuvent indiquer que les autres normes sont aussi implantées. Elles devraient aussi faire partie des indicateurs inclus dans le système de monitoring.
- La condition 2 a changé de paradigme en passant de l'exigence d'un certain nombre d'heures de formation à la vérification des compétences en allaitement. Un [outil](#) a été publié par l'OMS et l'UNICEF à cet effet en 2020<sup>10</sup>.
- Les Dix conditions ont été scindées en deux parties de manière à distinguer les procédures de gestion (conditions 1 et 2) des pratiques cliniques essentielles (conditions 3 à 10).
- La liste des indications médicales justifiant la supplémentation du lait maternel a été mise à jour<sup>9,11</sup>.



Au Canada, l'IHAB a été élargie en 1998 pour inclure les services communautaires (centres locaux de services communautaires [CLSC]) et les maisons de naissance (MdN), et a été renommée *Initiative des amis des bébés* (IAB). Suivant les directives internationales, le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré une adaptation du programme avec de nouvelles normes québécoises, présentées dans ce document. Ces normes remplaceront les *Outils d'information pour les établissements* de novembre 2004 et comprennent les particularités suivantes :



- Adhésion à la formulation des recommandations de l'IAB sous forme de normes. Les normes sont des objectifs de soins établis selon un processus de développement rigoureux et diligent en fonction de mesures d'amélioration continue visant à rehausser la qualité des services<sup>12</sup>;
- Maintien du volet destiné aux CLSC et aux maisons de naissance;
- Élargissement aux unités néonatales de tous les niveaux de soins<sup>9,13-20</sup>;
- Mise à l'avant d'une approche centrée sur la famille qui assure le respect des droits de l'enfant à bénéficier du meilleur état de santé possible et à ne pas être séparé de ses parents<sup>21</sup>;
- Formulation des normes privilégiant les échanges d'information bidirectionnels et un soutien individualisé aux familles pour la prise de décision et l'atteinte de leurs objectifs quant à l'alimentation de leur enfant;
- Harmonisation avec la formation nationale en allaitement *Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec*, hébergée dans le site de l'[Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\) provincial](#);
- Recommandation de mettre en place un système de monitoring et de gestion des données. L'annexe 1 propose des moyens pour mener ces activités au Québec;
- Quête pour conjuguer les processus physiologiques autour du continuum périnatal avec la qualité et la sécurité des soins, exempts d'intérêt commercial et protégés en situation d'urgence sanitaire. Il est entendu que les recommandations seront suivies, à moins qu'il n'y ait une raison justifiable en lien avec la santé des mères ou des bébés pour retarder ou empêcher leur mise en œuvre;
- Contribution de l'IAB à la réduction des inégalités sociales et de santé en prenant en compte les différences existant dans la population;
- Reconnaissance de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres.

## DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le tableau suivant présente les énoncés des Dix conditions.














<b>Procédures de gestion pour l'établissement</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1a. Respecter pleinement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.</li><li>1b. Adopter une politique écrite sur l'alimentation infantile et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents.</li><li>1c. Mettre en place un système de monitoring continu et de gestion des données.</li><li>2. S'assurer que les membres de l'équipe aient les compétences nécessaires pour soutenir l'allaitement maternel.</li></ol>
<b>Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>3. Discuter avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement et de sa pratique.</li><li>4. S'assurer que le contact peau à peau soit immédiat et ininterrompu, et soutenir les mères à amorcer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance.</li><li>5. Soutenir les mères à amorcer et poursuivre l'allaitement, et à gérer les difficultés courantes.</li><li>6. Ne donner aucun aliment ou liquide autre que le lait maternel aux bébés allaités pendant les six premiers mois de vie, sauf si indication médicale.</li><li>7. S'assurer que les mères et leur bébé restent ensemble en cohabitation 24 heures sur 24.</li><li>8. Soutenir les mères à reconnaître et à répondre aux signes que leur bébé est prêt à téter.</li><li>9. Informer les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucés.</li><li>10. Coordonner le congé de sorte que les familles aient accès à du soutien en temps opportun dans le continuum de soins et services.</li></ol>











Les normes recommandées pour chacune des Dix conditions sont présentées sous forme de tableau. Voici des précisions pour sa lecture :

- La première colonne à partir de la gauche indique les établissements ou services visés pour chaque norme.
- La deuxième colonne présente chaque norme de l'adaptation québécoise accompagnée du numéro de la référence et de la page des documents de l'OMS et de l'UNICEF<sup>6,7,9</sup> utilisés comme source<sup>1</sup>.
- La troisième colonne indique, au moyen de l'icône , les normes à considérer pour la vérification des procédures de gestion ou le monitoring des pratiques cliniques essentielles (voir l'annexe 1).
- La quatrième et dernière colonne indique, au moyen de l'icône , les normes visées dans le but d'obtenir ou de maintenir la certification « Ami des bébés » :
  - Pour toute norme évaluée auprès des mères, des bébés ou des membres de l'équipe, la cible internationale de 80 % ou plus doit être atteinte.
  - La seule exception concerne la norme 6.1. Cette norme vise le taux d'allaitement exclusif pendant le séjour au lieu de naissance et la cible demeure la même qu'auparavant, soit au moins 75 % des bébés ayant reçu uniquement du lait maternel. Si ce taux de 75 % n'est pas atteint, il est possible d'ajouter dans les calculs pour l'atteinte de la cible le pourcentage de bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons en raison d'indications médicales, soit pour une supplémentation en plus du lait maternel ou pour un remplacement du lait maternel (voir l'annexe 2). Ces données sont considérées pour la norme 6.2.
  - Toutes les autres normes visées par la certification doivent être complètement atteintes (par exemple l'adhésion au Code et la présence d'une politique d'alimentation infantile).
- Les normes sans icône dans la troisième ou quatrième colonne ne sont pas visées à des fins de certification ou de monitoring. Ces normes sont complémentaires et doivent cheminer dans l'état d'esprit de l'IAB afin de rehausser l'implantation du programme.




---

<sup>1</sup> Les nouvelles normes québécoises sont basées sur le document des orientations de mise en œuvre publié par l'OMS et l'UNICEF en anglais (2018)<sup>6</sup> et en français (2019)<sup>7</sup>. Dans la section 2 de ces documents, on y présente une partie appelée « Normes mondiales » ainsi qu'une autre appelée « Mise en œuvre » pour chacune des Dix conditions. Ainsi, chaque norme québécoise découle soit directement d'une norme mondiale, soit de données probantes présentées dans la partie « Mise en œuvre ». Par ailleurs, certaines normes visant la néonatalogie découlent du document de l'OMS et de l'UNICEF pour les bébés prématurés et malades (2020)<sup>9</sup>. Les normes québécoises sont également en cohérence avec les autres documents additionnels publiés en 2020<sup>10, 11</sup>.

Procédures de gestion pour l'établissement			
Établissement visé	Normes Initiative des amis des bébés (IAB) – Adaptation pour le Québec	Norme à considérer pour la vérification	Norme visée par la certification
<b>Condition 1a. Respecter pleinement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (Code).</b>			
Tous	1a.1 – Tous les biberons, les préparations commerciales pour nourrissons ou les tétines artificielles utilisés dans l'établissement sont achetés suivant la <a href="#">circulaire ministérielle</a> à cet effet et ne sont pas fournis gratuitement ni subventionnés par les fabricants. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 12.</i>		
	1a.2 – L'établissement ne fait aucun étalage des produits visés par le Code ni d'articles portant les logos des fabricants de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines artificielles ou les noms des produits visés par le Code. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 12.</i>		
	1a.3 – La politique d'alimentation infantile de l'établissement décrit comment il se conforme au Code, notamment en ce qui concerne : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'appui, y compris celui pour la formation ou l'éducation médicale continue<sup>1</sup>, ou de cadeaux de la part des fabricants ou des distributeurs de produits visés par le Code;</li> <li>• L'absence de dons, aux femmes enceintes et aux mères, d'échantillons gratuits de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines artificielles.</li> </ul> <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 12.</i>		
	1a.4 – Les membres de l'équipe connaissent les principaux éléments du Code. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 13.</i>		
<b>Condition 1b. Adopter une politique écrite sur l'alimentation infantile et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents.</b>			
Tous	1b.1 – L'établissement a une politique écrite en matière d'alimentation infantile adoptée par le conseil d'administration qui encadre la mise en œuvre des Dix conditions. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 13.</i>		
	1b.2 – Le résumé de la politique est affiché de manière visible, partout où se donnent des soins aux femmes enceintes, aux mères et à leur famille. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 13.</i>		
	1b.3 – Tous les protocoles et procédés de soins reliés à l'allaitement et à l'alimentation infantile utilisés dans les services périnataux sont conformes aux normes de l'IAB. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 13.</i>		









<b>Procédures de gestion pour l'établissement</b>			
	<p>1b.4 – Les membres de l'équipe (y compris les médecins) connaissent les éléments de la politique en matière d'alimentation infantile et l'influence de ces éléments sur leur rôle au sein de l'équipe.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 13.</i></p>		
	<p>1b.5 – Les membres du personnel (y compris les médecins) qui ne dispensent pas de soins pré-, per- ou postnataux aux mères ou aux bébés reçoivent de l'information pertinente sur la politique, selon leur rôle au sein de l'établissement.</p> <p><i>Source : Élaborée par le MSSS à partir de la révision antérieure de l'IHAB<sup>8</sup>.</i></p>		
<b>Condition 1c. Mettre en place un système de monitoring continu et de gestion des données.</b>			
Tous	<p>1c.1 – L'établissement dispose d'un système de monitoring continu et de gestion des données afin de veiller à la mise en œuvre des pratiques énoncées dans les conditions 3 à 10.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 14.</i></p>		
	<p>1c.2 – L'établissement organise une rencontre des membres de l'équipe au moins tous les six mois pour examiner les progrès accomplis en analysant les indicateurs ou les données mesurées en 1c.1 afin de déterminer si les objectifs fixés sont atteints et, dans le cas contraire, planifie et apporte les mesures correctives.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 14.</i></p>		
<b>Condition 2. S'assurer que les membres de l'équipe aient les compétences nécessaires pour soutenir l'allaitement maternel.</b>			
Tous	<p>2.1 – Les membres de l'équipe ont reçu de la formation sur l'allaitement dans un établissement d'enseignement dans les deux dernières années ou reçoivent la formation en milieu de travail en début d'emploi puis en continu ou minimalement tous les deux ans<sup>II</sup>.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 15.</i></p>		
	<p>2.2 – L'établissement assure l'évaluation des compétences<sup>III</sup> des membres de l'équipe requises pour la mise en œuvre du Code et des pratiques énoncées dans les conditions 3 à 10, dès leur entrée en fonction et en continu, et prend des mesures pour développer ces compétences ou les renforcer.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 15.</i></p>		

## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux







Service visé	Normes IAB – Adaptation pour le Québec	Norme à considérer pour le monitoring	Norme visée par la certification
<b>Condition 3. Discuter avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement et de sa pratique.</b>			
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	<p>3.1 – Le plan d'information sur l'allaitement des services périnataux<sup>IV</sup> aborde minimalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importance de l'allaitement tant pour le bébé que pour la mère et la famille et le fait que les effets bénéfiques de l'allaitement augmentent selon son degré d'exclusivité et sa durée;</li> <li>• Les recommandations de l'OMS, de Santé Canada et de la Société canadienne de pédiatrie relativement à l'allaitement exclusif pendant six mois et par la suite jusqu'à deux ans ou au-delà lorsque les aliments complémentaires sont introduits;</li> <li>• L'importance du contact peau à peau immédiat et continu à la naissance;</li> <li>• L'importance de la tétée précoce (dans la première heure après la naissance) et des tétées fréquentes pour assurer une production suffisante;</li> <li>• Les principes de base du positionnement et de la prise du sein lors de la tétée;</li> <li>• Comment reconnaître et répondre aux signes que le bébé est prêt à téter;</li> <li>• Comment reconnaître que le bébé reçoit suffisamment de lait;</li> <li>• L'importance de la cohabitation 24 heures sur 24;</li> <li>• L'importance, s'il existe un risque que le bébé soit admis au service de néonatalogie, de le nourrir avec du colostrum et du lait maternel, de pratiquer le contact peau à peau de façon précoce, continue et prolongée et de le laisser téter au sein dès qu'il est stable;</li> <li>• L'importance, si le bébé ne peut pas téter au sein, d'exprimer le lait fréquemment, dès les six heures premières après la naissance et idéalement les une à trois heures, ainsi que de laisser le bébé commencer à téter dès que possible;</li> <li>• Selon les circonstances, la disponibilité du lait provenant de la banque publique de lait maternel d'Héma-Québec pour les bébés prématurés;</li> <li>• Les risques de donner des préparations commerciales pour nourrissons;</li> <li>• Les raisons justifiant la prudence quant à l'utilisation de biberons, de tétines et de sucres;</li> <li>• Le fait que des difficultés d'allaitement peuvent survenir, la façon de les prévenir et les ressources disponibles en cas de besoin.</li> </ul> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 16, et en partie élaborée par le MSSS.</i></p>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	<p>3.2 – Les femmes enceintes qui reçoivent des services périnataux dans l'établissement<sup>IV</sup> sont informées des sujets mentionnés à 3.1 pour faciliter la prise de décision sur l'alimentation de leur bébé.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17.</i></p>		

## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux











### Condition 4. S'assurer que le contact peau à peau soit immédiat et ininterrompu, et soutenir les mères à amorcer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance.

Maternité Salle d'op. Salle de réveil MdN	4.1 – Les bébés sont placés en contact peau à peau sur leur mère <sup>V</sup> immédiatement ou à l'intérieur des cinq premières minutes après la naissance par voie vaginale ou par césarienne, pendant une heure ou plus, à moins de raisons documentées justifiables sur le plan médical obligeant à retarder ou à interrompre le contact <sup>VI</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18.</i>		
Maternité Salle d'op. Salle de réveil MdN	4.2 – Les mères sont soutenues pour offrir le sein à leur bébé dans l'heure suivant la naissance par voie vaginale ou par césarienne, à moins de raisons documentées justifiables sur le plan médical (indicateur sentinelle) <sup>VI</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18.</i>	 Sentinelle	
Néonatalogie	4.3a – Les mères <sup>V</sup> sont soutenues pour placer leur bébé en contact peau à peau ou en position kangourou dès que leur bébé et elles sont stables (contact précoce) <sup>VII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17.</i>		
Néonatalogie	4.3b – Les parents sont soutenus pour rester en contact peau à peau ou en position kangourou avec leur bébé aussi longtemps et aussi souvent qu'ils le veulent, et ce, tous les jours (contact continu) <sup>VII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17.</i>		
Néonatalogie	4.3c – Les parents sont soutenus pour continuer le contact peau à peau ou la position kangourou tout au long du séjour de leur bébé (contact prolongé) <sup>VII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17 et 18.</i>		
Maternité Salle d'op. Salle de réveil MdN Néonatalogie	4.4 – L'établissement s'assure d'encadrer la pratique du contact peau à peau et la méthode kangourou en prévoyant des précautions de sécurité raisonnables, particulièrement pendant les deux premières heures suivant l'accouchement. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17, et OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 18.</i>		

### Condition 5. Soutenir les mères à amorcer et poursuivre l'allaitement, et à gérer les difficultés courantes.

Maternité MdN	5.1 – Les mères des bébés allaités sont soutenues pour les tétées subséquentes dans les six premières heures suivant la naissance et ensuite, aussi souvent qu'elles en ont besoin. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18 et 19.</i>		
Maternité MdN CLSC	5.2 – Les mères des bébés allaités sont soutenues pour positionner leur bébé au sein et ainsi faciliter un transfert du lait efficace. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	5.3 – Les mères des bébés allaités sont informées des signes pour reconnaître si leur bébé reçoit suffisamment de lait. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>		






## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux

Maternité Néonatalogie MdN CLSC	5.4 – Les mères des bébés allaités sont informées des pratiques cliniques essentielles pour établir et maintenir leur production lactée (contact peau à peau, tétées précoces et fréquentes selon les signes du bébé, succion efficace, etc.). <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>		
Maternité MdN CLSC	5.5a – Les mères des bébés <u>qui tètent au sein avec une succion efficace ou sans particularités médicales</u> (détaillées en 5.5b) sont soutenues sur la façon d'exprimer leur lait en cas de besoin <sup>VIII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN	5.5b – Les mères des bébés <u>qui peuvent téter au sein mais qui présentent soit une succion inefficace ou des particularités médicales</u> sont soutenues pour fournir à leur bébé du lait exprimé selon leurs besoins, après la période initiale de contact peau à peau. Les particularités médicales comprennent, entre autres, les bébés de prématurité tardive, petits pour l'âge gestationnel ou à risque d'hypoglycémie <sup>VIII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN	5.5c – Les mères des bébés <u>qui ne peuvent pas téter du tout au sein</u> sont soutenues pour exprimer leur lait fréquemment, dès les six premières heures après la naissance et idéalement les une à trois heures, afin d'assurer une production de lait abondante <sup>VIII, IX</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18, 19 et 20.</i>		
Néonatalogie	5.6 – Les mères des bébés qui ne peuvent pas téter du tout au sein sont informées que la réussite de la progression de l'alimentation par gavage vers un allaitement exclusif au sein dépend de l'établissement d'une bonne production lactée et des occasions de téter au sein pendant le séjour à l'unité néonatale. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 27.</i>		
Néonatalogie	5.7 – Les mères sont soutenues pour commencer les mises au sein <sup>X</sup> dès que leurs bébés sont stables, et ce, sans égard au poids ou à l'âge gestationnel ou postmenstruel du bébé prématuré, ni au traitement avec un appareil CPAP. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17 et 18.</i>		
Néonatalogie	5.8 – Les mères de bébés qui peuvent téter au sein sont soutenues chaque fois qu'elles en ont besoin pour la mise au sein et pour reconnaître le transfert de lait tout en suivant l'évolution de la maturité de leurs bébés <sup>XI</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 17 et 18.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	5.9 – Les mères sont informées de la façon de prévenir et de gérer les difficultés d'allaitement courantes (p. ex. engorgement, douleur/blessures aux mamelons, inquiétudes au sujet de la production de lait). <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 18.</i>		







## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux













### Condition 6. Ne donner aucun aliment ou liquide autre que le lait maternel aux bébés allaités pendant les six premiers mois de vie, sauf si indication médicale.

Maternité Néonatalogie MdN	6.1 – Les bébés reçoivent uniquement du lait maternel (soit de leur mère ou, selon les critères d’admissibilité, d’une banque de lait maternel) pendant leur séjour au lieu de naissance (indicateur sentinelle) <sup>XII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>	 Sentinelle	
Maternité Néonatalogie MdN	6.2 – Les bébés allaités qui reçoivent des préparations commerciales pour nourrissons présentent une indication médicale justifiant leur utilisation et qui est consignée à leur dossier. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 20.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	6.3 – Les bébés allaités qui ont reçu des préparations commerciales pour nourrissons font l’objet d’un plan individualisé et concerté avec les parents pour les diminuer et les cesser dans la mesure du possible. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	6.4 – Les mères qui ont <u>décidé de ne pas allaiter ou de combiner d’emblée l’allaitement et les préparations commerciales</u> échangent avec les membres de l’équipe sur les raisons motivant cette décision et sont soutenues selon ce qui est le plus approprié à leurs besoins et à ceux de leur bébé <sup>XIII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19 et 20.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	6.5 – Les mères qui <u>n’allaitent pas ou qui combinent l’allaitement avec l’utilisation des préparations commerciales</u> pour nourrissons sont informées sur la façon de les préparer, de les donner et de les conserver de façon sécuritaire. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 20.</i>		
Néonatalogie	6.6 – Les bébés qui ne tètent pas du tout au sein reçoivent dès les premières heures de vie des quantités infimes de colostrum dans la bouche pour ses propriétés immunologiques. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 18, 21 et 24.</i>		
CLSC	6.7 – Les mères sont encouragées à allaiter exclusivement jusqu’à six mois et par la suite jusqu’à deux ans ou au-delà lorsque les aliments complémentaires sont introduits, en tenant compte de leurs objectifs pour nourrir leur bébé. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 1.</i>		




### Condition 7. S’assurer que les mères et leur bébé restent ensemble en cohabitation 24 heures sur 24.

Maternité MdN Salle d’op. Salle de réveil	7.1 – Les mères et les bébés restent ensemble dès la naissance sans séparation, à moins de raisons justifiant la séparation <sup>XIV</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 20.</i>		
Néonatalogie	7.2 – Les mères peuvent rester près de leur bébé sans restriction, de jour comme de nuit, et même durant les situations d’urgence ou les tournées médicales <sup>XV</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 20.</i>		

## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux

Néonatalogie	7.3 – Les mères ont la possibilité de se reposer au chevet de leur bébé dans l'unité néonatale dans un lit ou sur un matelas (situation idéale), ou sur une chaise inclinable ou avec accoudoirs. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 20 et 21.</i>		
<b>Condition 8. Soutenir les mères à reconnaître et à répondre aux signes que leur bébé est prêt à téter.</b>			
Maternité MdN CLSC	8.1 – Les mères sont informées de la façon de reconnaître et de répondre aux signes que le bébé est prêt à téter ou qu'il a besoin de proximité ou de réconfort. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 19 et 21.</i>		
Maternité MdN CLSC	8.2 – Les mères sont soutenues pour nourrir leur bébé aussi souvent et aussi longtemps qu'il en a besoin. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 21.</i>		
Néonatalogie	8.3 – Les mères sont soutenues pour reconnaître les changements de comportement et les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter au sein et pour reconnaître le transfert de lait afin de favoriser la transition vers l'allaitement à la demande <sup>XI, XVI</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 21, et OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 24.</i>		
<b>Condition 9. Informer les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucés.</b>			
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	9.1 – Les mères des bébés allaités sont informées que l'utilisation du biberon pour nourrir un bébé prématuré ou pour donner un apport nutritif supplémentaire au bébé à terme, particulièrement dans les premiers jours ou semaines de vie, pourrait nuire à la succion au sein et que l'utilisation de la cuillère, du gobelet, du dispositif d'aide à l'allaitement ou du tube de gavage (s'il y a lieu) est préférable à celle du biberon. <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 21.</i>		
Maternité Néonatalogie MdN CLSC	9.2 – Les mères sont soutenues pour utiliser des méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur (p. ex. si ponction capillaire, injection) ou calmer leurs bébés. Ces méthodes comprennent, en plus du contact peau à peau, la succion au sein ou, si la mère n'est pas disponible, la succion sur le doigt ou une suce <sup>XVII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 21, et OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 25.</i>		
Néonatalogie	9.3a – Les mères des bébés prématurés alimentés par gavage sont soutenues pour commencer les tétées au sein avant toute autre méthode d'alimentation orale, et ce, sans essayer au préalable ni biberon ni suce, et pour continuer ainsi jusqu'au congé ou au transfert <sup>XVIII</sup> . <i>Source : OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 25.</i>		
Néonatalogie	9.3b – Les mères des bébés alimentés par gavage qui commencent les tétées au sein sont informées qu'elles n'ont pas besoin d'exprimer leur lait avant la tétée, sauf en présence d'un réflexe d'éjection puissant. Celles-ci sont soutenues pour exprimer leur lait avant la tétée et diminuer la durée d'expression au fur et à mesure de la		

## Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux

	<p>maturation de la coordination succion/déglutition/respiration du bébé.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>9</sup>, p. 24.</i></p>		
<b>Condition 10. Coordonner le congé de sorte que les familles aient accès à du soutien en temps opportun dans le continuum de soins et services.</b>			
<p>Maternité Néonatalogie MdN CLSC</p>	<p>10.1 – Les membres de l'équipe, de concert avec les parents, développent, lors du congé de l'établissement ou lors des transitions de soins, un plan individualisé visant à permettre aux parents d'atteindre leurs objectifs sur l'alimentation de leur enfant.</p> <p><i>Source : Élaborée par le MSSS.</i></p>		
<p>Maternité Néonatalogie MdN CLSC</p>	<p>10.2 – Les services de l'établissement sont coordonnés entre eux et avec les services offerts dans la communauté pour assurer un suivi clinique précoce et l'orientation vers les ressources en allaitement.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 22.</i></p>		
<p>Maternité Néonatalogie MdN CLSC</p>	<p>10.3 – Les mères sont informées où elles peuvent avoir accès en temps opportun aux services et aux ressources qui offrent du soutien à l'allaitement dans la communauté<sup>XIX</sup>.</p> <p><i>Source : OMS/UNICEF<sup>7</sup>, p. 22.</i></p>		

<sup>I</sup> **Note pour la norme 1a.3 :** Conformément aux orientations de l'OMS publiées en 2016 et approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé, les agents de santé et les systèmes de santé doivent éviter les conflits d'intérêts avec les sociétés qui commercialisent des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. Les réunions entre des professionnels de la santé ne devraient jamais être parrainées par l'industrie et l'industrie ne devrait pas participer à l'éducation des parents<sup>22</sup>.

<sup>II</sup> **Note pour la norme 2.1 :** Dans cette adaptation, il n'y a pas une exigence d'un certain nombre d'heures de formation (contrairement aux 20 heures autrefois exigées). Comme décrit dans la norme 2.2, l'exigence repose plutôt sur la vérification des compétences nécessaires des membres de l'équipe.

<sup>III</sup> **Note pour la norme 2.2 :** Les compétences requises pour les membres de l'équipe sont présentées dans la formation nationale en allaitement disponible dans le site de l'ENA. L'évaluation des compétences peut se faire en se servant des outils intégrés à cette formation (outil de réflexion sur sa pratique, post-tests), de l'outil de vérification des compétences de l'OMS<sup>10</sup> ou d'autres outils développés à cet effet.

<sup>IV</sup> **Note pour la norme 3.1 :** Les services périnataux comprennent toutes les rencontres individuelles et de groupe offertes par un établissement (p. ex. : cours prénatal, suivi médical prénatal, femmes enceintes hospitalisées à risque d'accoucher d'un bébé prématuré ou malade, clinique GARE, suivi SIPPE, OLO, etc.).

<sup>V</sup> **Note pour les normes 4.1 et 4.3 :** Si la mère n'est pas disponible, le bébé est placé en contact peau à peau sur l'autre parent ou sur la personne qui l'accompagne.

<sup>VI</sup> **Note pour les normes 4.1 et 4.2 :** Le délai de cinq minutes vise les situations qui nécessitent une brève évaluation d'un problème médical. La durée d'une heure respecte la séquence attendue de réflexes innés jusqu'au moment où le bébé montre des signes qu'il est prêt à téter et prend le sein. Cette séquence peut durer plus d'une heure, par exemple lors de l'utilisation d'anesthésiques ou d'un accouchement vaginal instrumenté. Les procédures de routine (observation, test d'Apgar, vitamine K) sont effectuées en contact peau à peau. Les procédures nécessitant son interruption, comme la pesée, sont reportées après la période initiale du contact peau à peau. De plus, ce contact pourrait être poursuivi pendant les transferts entre unités ainsi que tout au long du séjour au lieu de naissance, selon les besoins individualisés.

- VII **Note pour les normes 4.3a, 4.3b et 4.3c** : Ces trois normes sont requises pour la mise en œuvre de la méthode kangourou, qui implique un contact peau à peau précoce (norme 4.3a), continu (norme 4.3b) et prolongé (norme 4.3c) entre la mère et le bébé, et devraient être utilisées comme principal mode de soins dès que le bébé est stable (voir le glossaire)<sup>23</sup>.
- VIII **Note pour les normes 5.5a, 5.5b et 5.5c** : Ces trois normes traitent de l'expression du lait dans différentes situations, soit pour le bébé à terme allaité dès la naissance (norme 5.5a), le bébé qui peut téter au sein mais présente soit une succion inefficace ou des particularités médicales (norme 5.5b) et pour le bébé qui ne peut pas téter du tout au sein (norme 5.5c).<sup>9</sup> Par ailleurs, les mères et leurs bébés concernés par ces trois normes sont aussi soutenues par les pratiques cliniques essentielles autres que l'expression de leur lait.
- IX **Note pour la norme 5.5c** : Le volume de lait exprimé est un déterminant très important pour l'exclusivité et la durée de l'allaitement chez les bébés prématurés ou malades. Les mères devraient viser établir un volume de lait d'au moins 500 ml/jour dans les 14 premiers jours après la naissance, sinon il peut être difficile de l'augmenter par la suite<sup>9</sup>.
- X **Note pour la norme 5.7** : À l'occasion des premières tentatives de mise au sein, certains bébés ne feront que renifler, alors que plusieurs autres commenceront par lécher, goûter ou téter. Tout cela peut s'observer dès la 28<sup>e</sup> semaine d'âge postmenstruel<sup>7</sup>. Il n'est pas requis d'évaluer la succion avec un biberon ou autre méthode orale avant ces tentatives. L'allaitement directement au sein doit être commencé avant toute autre méthode d'alimentation orale<sup>9</sup>.
- XI **Note pour les normes 5.8 et 8.3** : Comme l'évaluation clinique du transfert de lait n'est pas toujours fiable chez les bébés prématurés, la pesée de contrôle pré- et post-tétée constitue une méthode valide pour déterminer la quantité de supplémentation nécessaire<sup>9</sup>.
- XII **Note pour la norme 6.1** : La cible requise pour la certification IAB aux lieux de naissance est de 75 % ou plus des bébés ayant reçu uniquement du lait maternel. Pour atteindre la cible de 75 %, il est possible d'ajouter le pourcentage de bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons pour une indication médicale, soit pour une supplémentation en plus du lait maternel ou pour un remplacement du lait maternel (en présence de contre-indications) (voir l'annexe 2). Les données sur la supplémentation des bébés allaités sont recueillies pour la norme 6.2.
- XIII **Note pour la norme 6.4** : Les échanges aborderaient que l'ajout des préparations commerciales pour nourrissons peut réduire les effets de l'allaitement sur la santé de la mère et du bébé, car ces effets sont associés à son degré d'exclusivité et à sa durée. Cet ajout peut aussi nuire à la production lactée si les tétées sont retardées ou sautées, surtout pendant les premières semaines, ainsi que perturber le microbiote qui protège le bébé contre plusieurs infections ou maladies.
- XIV **Note pour la norme 7.1** : Les soins de routine des bébés ou les examens cliniques et diagnostiques sont effectués en présence de la mère<sup>10</sup>.
- XV **Note pour la norme 7.2** : Lorsque la séparation de la mère et de son bébé est inévitable, l'alimentation du bébé devrait être coordonnée avec la présence de la mère si elle est à la maison ou avec son transport si elle est admise dans une autre unité pour ainsi éviter que son bébé soit nourri par gavage ou biberon juste avant qu'elle n'arrive pour l'allaiter<sup>9</sup>.
- XVI **Note pour la norme 8.3** : Les mères sont informées qu'au début, chez les enfants prématurés, les signes que le bébé est prêt à téter ou que le transfert de lait est suffisant pour ses besoins nutritifs ne sont pas toujours évidents, mais qu'ils le deviendront<sup>9</sup>.
- XVII **Note pour la norme 9.2** : La suce peut masquer les signes que le bébé est prêt à téter et ainsi diminuer le nombre de tétées et la production lactée avant que celle-ci ne soit établie.
- XVIII **Note pour la norme 9.3a** : Si le bébé alimenté par gavage ne peut pas commencer l'alimentation orale au sein, il peut avoir besoin d'une phase de transition où la mère lui donne son lait directement dans sa bouche ou avec une méthode orale intermédiaire (par ex., la cuillère, le gobelet, le dispositif d'aide à la lactation, ou le biberon) selon la maturité du bébé et si son utilisation est requise à court ou long terme<sup>9</sup>.
- XIX **Note pour la norme 10.3** : Le premier mois après la sortie du lieu de naissance constitue une période critique pour le maintien de l'allaitement exclusif ou, dans le cas de certains bébés prématurés, pour la transition vers l'allaitement exclusif directement au sein<sup>9,24</sup>.

## GLOSSAIRE

Âge gestationnel	Temps écoulé entre le premier jour de la dernière période menstruelle et le jour de l'accouchement.
Âge postmenstruel	Temps correspondant à l'âge gestationnel plus l'âge chronologique.
Allaitement	Mode d'alimentation avec lequel le bébé reçoit du lait maternel avec ou sans autre aliment ni boisson, y compris de l'eau.
Allaitement exclusif	Mode d'alimentation avec lequel le bébé reçoit <b>uniquement</b> du lait maternel (ce qui peut inclure du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait) sans aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, à l'exception de médicaments et de gouttes ou sirops de vitamines ou de sels minéraux (les solutions intraveineuses et les fortifiants de lait maternel sont considérés comme étant des médicaments).
Bébé	Nouveau-né, nourrisson ou enfant selon le cas.
Bébé allaité	Bébé recevant du lait maternel directement au sein ou exprimé, ou une supplémentation provenant d'une banque de lait (selon les critères d'admissibilité). Cette définition est utilisée pour simplifier les énoncés des normes, mais il va de soi que le comportement normatif et recommandé pour les mères et leurs bébés est la tétée directement au sein.
Bébé prématuré	Bébé né avant 37 semaines de gestation. Il existe des sous-catégories de naissances prématurées en fonction de l'âge gestationnel : très grand prématuré (< 28 semaines), grand prématuré (28 à < 32 semaines), prématuré modéré (32 à < 34 semaines) et prématuré tardif (34 à < 37 semaines).
Bébé stable	Bébé qui, pendant les soins et les manipulations, ne présente pas d'apnée, de désaturation ou de bradycardie sévères. En général, le contact peau à peau/position kangourou peut être toléré avant les premières tentatives pour téter au sein sans aucun effet néfaste sur la stabilité physiologique, même lorsqu'il s'agit de bébés de très grande prématurité ou lorsqu'ils sont sous ventilation assistée <sup>23</sup> . Cette définition pourrait ne pas s'appliquer aux bébés qui présentent des pathologies médicales ou chirurgicales complexes. En pratique, les définitions des termes <i>stable</i> et <i>stabilisé</i> varient considérablement, mais ne devraient pas être déraisonnablement restrictives. Ces définitions devraient s'appuyer sur des preuves (y compris l'expérience et l'avis d'experts) et être clairement indiquées dans la politique ou les protocoles de soins du service néonatal <sup>9</sup> .
Certification IAB	Reconnaissance accordée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à un établissement ayant rempli l'ensemble des critères d'évaluation suivant les directives internationales élaborées par l'OMS et l'UNICEF.

Compétences	Ensemble de connaissances, d'attitudes et d'habiletés qu'une personne doit posséder pour accomplir ses responsabilités <sup>25</sup> .
Contact peau à peau	Fait de placer le bébé en position ventrale, généralement entre les seins de sa mère, sans vêtements qui les séparent. Les bras du bébé et ses hanches sont fléchis, ses jambes écartées, sa tête tournée sur le côté, et son cou en légère extension (position de reniflement). Après la période initiale du contact peau à peau, le bébé peut porter une couche.
Établissement	Centre intégré de santé et de services sociaux, centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou hôpital non fusionné.
Famille	Ensemble des personnes significatives autres que les parents et désignées par ceux-ci.
Informier	Transmettre et recevoir des informations entre le membre de l'équipe et la mère et sa famille.
Membres de l'équipe	Personnes qui dispensent des soins pré-, per- ou postnataux à la mère ou au bébé.
Membres du personnel	Personnes qui ne dispensent pas de soins pré-, per- ou postnataux à la mère ou au bébé.
Mère	Parent du ou des bébés ou son substitut s'il n'est pas disponible. Il inclut le parent biologique ou adoptif. Chaque personne est libre de nommer et de définir son identité parentale et de genre.
Méthode kangourou	Méthode impliquant un contact peau à peau précoce, continu et prolongé entre la mère et le bébé, et qui devrait être utilisée comme principal mode de soins dès que le bébé est stable, en raison des avantages démontrés sur la morbidité/mortalité, la stabilité physiologique et métabolique (cardiaque, respiratoire, thermique et glycémique) et l'allaitement. Le bébé en position kangourou est tenu ou soutenu fermement en contact peau à peau en position ventrale, généralement entre les seins de sa mère, qui est inclinée vers l'arrière. Aucun vêtement ne les sépare, à l'exception de la couche. Les bras du bébé et ses hanches sont fléchis, ses jambes écartées, sa tête tournée sur le côté, et son cou en légère extension (position de reniflement) <sup>9,26</sup> .
Prise de décision partagée	Approche utilisée par les membres de l'équipe pour accompagner les parents à travers des échanges non directifs au sujet des meilleures pratiques cliniques et des expériences vécues. Ce partage du pouvoir permet un échange d'informations pour aider la famille à atteindre ses objectifs, en prenant en compte la situation actuelle et les conséquences des décisions pour la santé de la mère et de son enfant. L'objectif du processus de décision partagée se traduit par la mise en œuvre d'une décision éclairée, conforme aux préférences et aux valeurs des parents <sup>27</sup> .

Produits visés par le Code Substituts du lait maternel, biberons et tétines<sup>28</sup>.

Remplacement du lait maternel Utilisation de préparations commerciales pour nourrissons ou, selon les critères d'admissibilité, de lait maternel provenant d'une banque de lait donnés lorsque l'allaitement ou le lait maternel sont contre-indiqués. Cependant, dans le cas de certaines contre-indications chez la mère, le lait maternel exprimé peut être donné en remplacement de la tétée (voir l'annexe 2).

Soutien Ensemble de l'assistance et des aides de différentes natures qui sont apportées à une mère en vue de contribuer à l'atteinte de ses objectifs<sup>29</sup>.

Substitut du lait maternel Tout lait (ou produit pouvant être utilisé pour remplacer le lait) spécifiquement commercialisé pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de trois ans, y compris les préparations dites de transition et les laits de croissance, ainsi que les autres aliments et boissons qui font l'objet d'une promotion en étant présentés comme appropriés pour l'alimentation des bébés pendant les six premiers mois de leur vie, alors que l'allaitement exclusif est recommandé (ex. : les céréales, les jus et les eaux pour nourrissons).

Supplémentation du lait maternel Apport nutritif donné en surplus du lait de la mère (au sein ou exprimé), idéalement du lait maternel provenant d'une banque de lait selon les critères d'admissibilité, ou des préparations commerciales pour nourrissons. À noter qu'aux fins de la définition de l'allaitement exclusif et de son monitoring, le bébé reçoit uniquement du lait maternel et, dans ce cas, cela permet qu'il reçoive aussi le lait provenant d'une banque. Les fortifiants de lait maternel sont considérés comme des médicaments (voir l'annexe 2).

Unités de maternité Unités comprenant la salle d'accouchement et du post-partum, ou les chambres selon le modèle TARP (travail, accouchement, récupération, post-partum), d'après la configuration de chaque établissement.

Unités de néonatalogie Unités donnant de soins de tous les niveaux (1, 2 et 3) aux bébés très prématurés ou atteints par de sérieux problèmes médicaux/chirurgicaux, y compris les soins pour les bébés de prématurité tardive, les bébés nés à terme avec un petit poids de naissance, et les bébés nés à terme qui nécessitent une surveillance à court terme ou des interventions médicales.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Perez-Escamilla, R., Martinez, J. L., Segura-Perez, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402-17.
2. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genève, Suisse: World Health Organization; 2017. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>.)
3. United Nations Children's Fund/World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York, États unis: United Nations Children's Fund; 2017. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/country-experiences-baby-friendly-hospital-initiative>.)
4. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative congress (BFHI congress). Geneva: World Health Organization; 2016. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/24/default-calendar/baby-friendly-hospital-initiative-congress-\(bfhi-congress\)](https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/24/default-calendar/baby-friendly-hospital-initiative-congress-(bfhi-congress)).)
5. World Health Organization. National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Genève, Suisse: World Health Organization; 2017. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512381>.)
6. World Health Organization/UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Genève, Suisse: World Health Organization; 2018. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>.)
7. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés: révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018. Orientations de mise en oeuvre. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2019. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/fr/index.html>.)
8. World Health Organization/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. Genève, Suisse: World Health Organization; 2009. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967\\_s1.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1.pdf).)
9. World Health Organization/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. Genève, Suisse: World Health Organization; 2020. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>.)



10. World Health Organization/UNICEF. Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-friendly Hospital Initiative. Genève, Suisse: World Health Organization; 2020. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>.)
11. World Health Organization/UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff. Genève, Suisse: World Health Organization; 2020. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>.)
12. Agrément Canada. Normes sur les soins de santé. Ottawa, Ontario: Agrément Canada; 2020. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://accreditation.ca/ca-fr/normes/>.)
13. Nyqvist, K. H., Haggkvist, A. P., Hansen, M. N., et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact* 2013;29:300-9.
14. Nyqvist, K. H., Haggkvist, A. P., Hansen, M. N., et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 2012;28:289-96.
15. Nyqvist, K. H., Maastrup, R., Hansen, M. N., et al. The Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. 2015. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://ilca.org/neo-bfhi/>.)
16. UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Guidance for Neonatal Units. UNICEF UK; 2016. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/neonatal-guide-to-the-standards/>.)
17. Maastrup, R., Haiek, L. N., Neo, B. S. G. Compliance with the "Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards" in 36 countries. *Maternal & child nutrition* 2018:e12690.
18. Initiative Hôpital Ami des bébés - France. Formulaire d'auto-évaluation pour les services de maternité et de néonatalogie. IHAB France; 2019. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.i-hab.fr/outils/pour-demarrer-la-demarche-ihab/auto-evaluation/>.)
19. Hansen, M. N., Baerug, A., Nylander, G., et al. Challenges and successes: the Baby-Friendly Initiative in Norway. *J Hum Lact* 2012;28:285-8.
20. Grguric, J., Zakarija-Grkovic, I., Pavicic Bosnjak, A., Stanojevic, M. A Multifaceted Approach to Revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Croatia. *J Hum Lact* 2016;32:568-73.
21. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 1989. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.)
22. Organisation mondiale de la Santé. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants : rapport du Secrétariat. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2016. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252857>.)

23. Société canadienne de pédiatrie. La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille (Reconduit : le 1<sup>er</sup> janvier 2020). Ottawa, Ontario: Société canadienne de pédiatrie. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://www.cps.ca/fr/documents/position/methode-kangourou-pour-nourrisson-premature>.)
24. Charette, C., Haiek, L. N. Allaitement et période critique. L'urgence d'agir dès une difficulté ! Le Médecin du Québec 2019;54:23-8.
25. World Health Organization. Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: a capacity-building manual. Genève, Suisse: World Health Organization; 2015. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/15178\\_gcnmo.pdf](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/15178_gcnmo.pdf).)
26. World Health Organization. Kangaroo Mother Care. A practical guide. Genève, Suisse: World Health Organization; 2003. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241590351/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/en/).)
27. Munro, S., Buckett, C., Sou, J., Bansback, N., Lau, H. Shared decision making and breastfeeding: Supporting families' informed choices. British Columbia Medical Journal 2019;61:394.
28. Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : questions fréquemment posées. Geneva, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2017. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275411>.)
29. Office québécois de la langue française. Fiche terminologique. Domaine gestion. Planification et programmation de gestion. Québec, Canada: Office québécois de la langue française; 2010. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26501648](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26501648).)
30. Bolton, R., Logan, C., Gittel, J. Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. The Journal of Applied Behavioral Science, 2021:1-33.
31. World Health Organization/UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Genève, Suisse: World Health Organization; 2009. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf).)
32. Hernandez-Aguilar, M. T., Bartick, M., Schreck, P., Harrel, C., Academy of Breastfeeding, M. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. Breastfeed Med 2018;13:559-74.
33. Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med 2017;12:188-98.
34. National Institutes of Health. Office of AIDS Research (Clinical Info.HIV.gov). Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.: National Institutes of Health; 2020. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/counseling-and-managing-women-living-hiv-united-states-who-desire-breastfeed>.)

35. Société canadienne de pédiatrie (Soins de nos enfants). Information pour les femmes enceintes atteintes du VIH. Ottawa, Canada2017. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au [https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/pregnant\\_women\\_who\\_have\\_hiv](https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/pregnant_women_who_have_hiv).)
36. Yudin, M. H., Kennedy, V. L., MacGillivray, S. J. HIV and infant feeding in resource-rich settings: considering the clinical significance of a complicated dilemma. *AIDS Care* 2016;28:1023-6.
37. Chantry, C. J., Nommsen-Rivers, L. A., Peerson, J. M., Cohen, R. J., Dewey, K. G. Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance. *Pediatrics* 2011;127:e171-9.
38. Noel-Weiss, J., Woodend, A. K., Peterson, W. E., Gibb, W., Groll, D. L. An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *Int Breastfeed J* 2011;6:9.
39. BFI Strategy for Ontario. Breastfeeding protocol: Signs of Effective Breastfeeding. Toronto, Ontario2019. (Consulté le 10 septembre 2021, Accessible au <https://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/breastfeeding-protocols-health-care-providers>.)

## ANNEXE 1

### SYSTÈME DE MONITORAGE ET DE GESTION DES DONNÉES

Dans le but de guider la mise en œuvre des Dix conditions de l'IAB adaptées pour le Québec, cette annexe propose des stratégies pour aborder la mise en place d'un système de monitoring et de gestion des données, comme recommandé par [l'OMS et l'UNICEF](#) dans la condition 1c<sup>7</sup>. Un tel système vise à :

1. Faire le monitoring des pratiques cliniques essentielles (conditions 3 à 10) et la vérification des procédures de gestion des établissements (conditions 1 et 2) au moyen des indicateurs définis pour les normes;
2. Déterminer si les cibles internationales ou les objectifs fixés par l'établissement sont atteints et maintenus dans le temps;
3. Établir des objectifs d'amélioration et planifier la mise en œuvre des mesures nécessaires.

Les indicateurs recommandés par l'OMS et l'UNICEF pour le monitoring et la vérification des principales normes se trouvent à l'[appendice, tableaux 1 et 2](#). S'inspirant de ces recommandations, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose des normes à considérer pour le monitoring et la vérification.

Les étapes suggérées aux établissements pour procéder à ce monitoring et à cette vérification sont les suivantes :

1. Choisir les normes à mesurer en fonction des objectifs d'amélioration.
2. Formuler les indicateurs pour chacune des normes retenues et les seuils à atteindre.
3. Choisir comment mesurer les indicateurs.
4. Saisir et analyser les données pour ensuite interpréter les résultats avec les membres de l'équipe.

Les systèmes ou modalités retenus par l'établissement devraient s'adapter à la réalité du système de santé et aux ressources de chaque milieu et, idéalement, s'intégrer à d'autres démarches d'amélioration de la qualité déjà en place. Lorsque l'exercice est fait en collaboration au niveau régional ou provincial, les établissements peuvent partager les données recueillies et ainsi se situer par rapport aux établissements similaires et s'inspirer des politiques et pratiques des plus performantes.

#### **1. Choisir les normes à mesurer en fonction des objectifs d'amélioration**

L'OMS et l'UNICEF recommandent d'inclure d'emblée le monitoring des deux normes fondamentales : la norme 4.2 sur la tétée précoce et la norme 6.1 sur l'allaitement exclusif. Ces normes sont mesurées au moyen des indicateurs identifiés comme sentinelles et, une fois atteintes, elles indiquent généralement que la mise en œuvre des autres normes est aussi avancée.

Au-delà des indicateurs sentinelles, le choix des normes à monitorer (pour les pratiques cliniques) ou à vérifier (pour les procédures de gestion) devrait répondre aux objectifs d'amélioration tout en essayant de garder ce suivi aussi simple que possible. Les icônes dans la troisième colonne du tableau indiquent les normes identifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À noter que les normes ne sont pas toutes visées par le monitoring ou la vérification. En effet, les établissements pourraient aussi inclure davantage de normes lorsque cela est souhaitable<sup>2</sup>.

Si les cibles établies pour les indicateurs sentinelles ne sont pas atteintes, il conviendra d'évaluer davantage de pratiques cliniques et de procédures de gestion afin de déterminer où se situent les difficultés et ce qui doit être réalisé pour avancer dans la mise en œuvre des recommandations.

Les établissements peuvent aussi choisir d'utiliser des indicateurs de processus supplémentaires pendant une démarche d'amélioration de la qualité. Il pourrait s'agir, par exemple, d'un indicateur pour le suivi des dossiers de bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons afin de déterminer ce qui devrait être amélioré (p. ex. les algorithmes décisionnels).

## **2. Formuler les indicateurs pour chacune des normes retenues et les seuils à atteindre**

Une fois le choix des normes déterminé, des indicateurs correspondants sont formulés pour mesurer ou observer les changements ou progrès dans la mise en œuvre des pratiques cliniques ou procédures de gestion recommandées. Ces indicateurs sont formulés sous forme de ratio, en utilisant le dénominateur approprié, et exprimés préférentiellement en pourcentage afin de pouvoir vérifier la conformité avec les seuils fixés. Le seuil à atteindre pour chaque indicateur serait normalement identique à celui requis pour la certification. Toutefois, les établissements pourraient établir des objectifs intermédiaires selon leur situation.

## **3. Choisir comment mesurer les indicateurs**

Pour mesurer les indicateurs retenus, il faut d'abord déterminer la source d'information à utiliser (p. ex. révision des dossiers des bébés/registres des naissances, entrevues avec les mères).

Les dossiers des bébés ou les registres des naissances servent de principale source pour la collecte des données pour les indicateurs sentinelles. Cette collecte se ferait idéalement pour chaque dyade mère-enfant dans une période prédéterminée, et serait intégrée dans la routine quotidienne du lieu de naissance. Des entrevues auprès mères pourraient aussi représenter une source d'information additionnelle.

Pour la principale source des indicateurs autres que les sentinelles, le monitoring des pratiques cliniques est meilleur s'il repose sur des informations fournies par les mères. La collecte de ces données peut se faire au moyen d'entrevues ou de courts questionnaires soumis aux mères au moment du congé du lieu de naissance ou après la prestation de services du CLSC ou envoyés aux mères électroniquement. Pour ces indicateurs, la collecte des informations inscrites dans le

---

<sup>2</sup> Les normes complémentaires présentées sans icône ne sont pas visées par la certification ou le monitoring. Elles servent à cheminer dans l'état d'esprit de l'IAB et ainsi rehausser la mise en œuvre du programme dans l'établissement.

dossier médical ou le registre des naissances pourrait représenter une source d'information additionnelle.

Lorsque les entrevues ou les questionnaires auprès des mères sont utilisés comme source d'information, il est suggéré d'inclure un minimum de 20 dyades. Les petits établissements peuvent se contenter, le cas échéant, d'un nombre plus restreint de dyades ou peuvent remonter plus loin dans le temps pour atteindre ce nombre. Si l'établissement dispose d'un système d'enquêtes périodiques ou en continu déjà établi auprès des mères pour d'autres processus d'amélioration de la qualité, il serait profitable d'y ajouter des questions sur l'un ou l'autre ou sur les deux indicateurs sentinelles ou encore sur d'autres indicateurs mesurant les pratiques cliniques essentielles.

Une source additionnelle pour faire le monitoring des pratiques cliniques serait l'information recueillie auprès des membres de l'équipe dans le cadre de l'évaluation de leurs compétences, comme décrit ci-dessous.

Les méthodes de vérification des procédures de gestion comprennent l'observation des lieux, la révision des documents et les entrevues avec les membres de l'équipe. Certains des indicateurs sont facilement vérifiables, comme l'existence dans l'établissement d'une politique écrite sur l'alimentation infantile et l'affichage d'un résumé de cette politique à l'intention des usagers. La collecte d'information pour l'observation des lieux ou la révision des documents peut se faire avec des listes de vérification à remplir ou des grilles d'observation.

Quant à l'évaluation des compétences des membres de l'équipe, la collecte d'information peut se faire au moyen de questionnaires ou d'entrevues auprès des équipes. Des outils de vérification des compétences élaborés par l'OMS pourraient servir à cette collecte<sup>10</sup>. D'autres modalités existent aussi, telles que des grilles d'autoévaluation ainsi que des outils de réflexion sur la pratique ou les post-tests intégrés dans la formation en allaitement dans le site de l'[ENA](#).

Les établissements n'ont pas à utiliser toutes ces méthodes en même temps et devraient privilégier celles qui sont les plus utiles selon leur contexte.

#### **4. Saisir et analyser les données pour ensuite interpréter les résultats avec les membres de l'équipe**

Les données compilées à partir des dossiers des bébés ou des registres des naissances ainsi qu'auprès des mères ou des membres de l'équipe devraient être analysées pour présenter les résultats obtenus, en utilisant le dénominateur approprié et exprimés préférablement en pourcentage afin de pouvoir vérifier la conformité avec les seuils fixés. Les seuils recommandés sont en lien avec les cibles internationales, soit 80 %. La seule exception vise l'indicateur sentinelle pour la norme 6.1, qui mesure le taux d'allaitement exclusif, dont la cible est de 75 %, et ce, en tenant compte des indications médicales mesurées dans l'indicateur de la norme 6.2.

Par ailleurs, la compilation d'informations portant sur la révision de documents, comme la politique d'alimentation infantile, les protocoles et autres documents, et l'observation des lieux se fait en vérifiant leur conformité avec le seuil fixé de 100 %, qui indique leur présence (ou de 0 % en leur absence).

L'établissement devrait organiser une rencontre entre les membres de l'équipe au moins tous les six mois pour interpréter les résultats et établir de nouveaux objectifs afin que des améliorations puissent être apportées si nécessaire. Lors de périodes intensives d'amélioration de la qualité des soins, une analyse plus fréquente pourrait être nécessaire.

Ces cycles d'amélioration de la qualité peuvent être encadrés par des modèles ayant fait leurs preuves. Entre autres, l'OMS et l'UNICEF font référence à la méthode PDSA (*plan, do, study, act*), traduit PFEA (planifier, faire, étudier, agir), qui préconise, une fois la mise en œuvre des interventions commencée (faire), de suivre les progrès et d'en tirer des enseignements (étudier) pour ensuite raffiner et adapter les interventions (agir) et continuer le cycle<sup>6,7</sup>. D'autres modèles s'appliquent bien à la mise en œuvre d'un programme de qualité tel que l'IAB, qui implique des tâches plus complexes et interdépendantes, nécessitant une coordination entre les rôles, les disciplines et les organisations pour atteindre les résultats. Particulièrement, la théorie de la coordination relationnelle met de l'avant l'importance du travail d'équipe soutenu par des connaissances partagées, des objectifs communs, une relation basée sur le respect et une communication fréquente, opportune, concise et axée sur la résolution de problèmes permettant aux membres de l'équipe de coordonner efficacement leur travail pour atteindre les résultats souhaités au-delà des frontières professionnelles et interdisciplinaires<sup>30</sup>. La participation des parents au processus d'amélioration de la qualité peut souvent être très utile pour améliorer les modalités de monitoring utilisées et pour poursuivre la planification de la mise en œuvre des politiques et des pratiques en allaitement<sup>9</sup>.

Voici quelques exemples pour guider la mise place du monitoring des indicateurs des pratiques cliniques essentielles. Les réponses aux questions sont omises afin de faciliter la lecture.

<b>Norme 4.1 : Les bébés sont placés en contact peau à peau sur leurs mères immédiatement ou à l'intérieur des cinq premières minutes après la naissance par voie vaginale ou par césarienne, pendant une heure ou plus, à moins de raisons documentées justifiables sur le plan médical obligeant à retarder ou interrompre le contact.</b>	
Indicateur	Le pourcentage de mères de bébés stables à la naissance qui ont été placés en contact peau à peau immédiatement ou dans les cinq premières minutes après la naissance et laissés en peau à peau pendant une heure ou plus, à moins de raisons justifiables sur le plan médical obligeant à retarder ou à interrompre le contact.
Population visée (dénominateur)	Mères des bébés stables à la naissance ayant reçu des soins en unité de maternité, en salle d'opération ou de réveil ou en maison de naissance.
Seuil à atteindre	80 %
Source	<b>Principale :</b> Mères Exemples de questions : <i>a. Combien de temps après l'accouchement avez-vous été mise en contact peau à peau avec votre bébé?</i> <i>(Si la réponse est « plus de 5 minutes après l'accouchement ») Pourquoi ce contact peau à peau ne s'est-il pas fait dans les cinq premières minutes?</i> <i>b. Combien de temps avez-vous pu tenir votre bébé en contact peau à peau lors de cette première fois avant qu'il ne soit séparé de vous ?</i> <i>(Si la réponse est « moins de 60 minutes ») Pourquoi ce contact a-t-il duré moins de 60 minutes?</i>
<b>Norme 4.2 : Les mères sont soutenues pour offrir le sein à leur bébé dans l'heure suivant la naissance par voie vaginale ou par césarienne, à moins de raisons documentées justifiables sur le plan médical.</b>	

Indicateur (sentinelle)	Le pourcentage de mères qui ont été soutenues pour offrir le sein à leur bébé dans la première heure suivant la naissance, à moins de raisons justifiables sur le plan médical.
Population visée (dénominateur)	Mères ayant accouché par voie vaginale ou par césarienne ayant reçu des soins dans une unité de maternité, une salle d'opération ou de réveil ou une maison de naissance.
Seuil à atteindre	80 %
Source	<b>Principale :</b> Dossier médical/registre des naissances La mère a offert le sein à son bébé dans la première heure suivant la naissance, à moins de raisons justifiables sur le plan médical. <b>Additionnelle :</b> Mères a. <i>Un membre de l'équipe soignante vous a-t-il offert de l'aide pour allaiter dans la première heure suivant la naissance?</i> b. <i>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas été aidée?</i>
<b>Norme 4.3a : Les mères sont soutenues pour placer leur bébé en contact peau à peau ou en position kangourou dès que leur bébé et elles sont stables (contact précoce).</b>	
Indicateur	Le pourcentage des mères, dans le cas où la mère ou le bébé était instable à la naissance, qui ont été soutenues pour placer leur bébé en contact peau à peau ou en position kangourou dès que leur état est devenu stable.
Population visée (dénominateur)	Mères ou bébés instables à la naissance.
Seuil à atteindre	80 %
Source	<b>Principale :</b> Mères Exemples de questions : a. <i>Si vous n'avez pas pu tenir votre bébé en contact peau à peau à la naissance, avez-vous pu le faire dès que vous et votre bébé étiez stables?</i> b. <i>Combien de temps après l'accouchement avez-vous pu faire ce contact?</i>
<b>Norme 5.4 : Les mères des bébés allaités sont informées des pratiques cliniques essentielles pour établir et maintenir leur production lactée (contact peau à peau, tétées précoces et fréquentes selon les signes du bébé, succion efficace, etc.).</b>	
Indicateur	Le pourcentage de mères de bébés allaités qui ont été soutenues pour établir et maintenir leur production lactée (contact peau à peau, tétées précoces et fréquentes selon les signes du bébé, succion efficace, etc.).
Population visée (dénominateur)	Mères ayant reçu des soins en unité de maternité, en maison de naissance, en néonatalogie ou en CLSC.
Seuil à atteindre	80 %
Source	<b>Principale :</b> Mères Exemple de question : <i>Que vous a-t-on dit sur ce qui peut aider à produire suffisamment de lait?</i>
<b>Norme 5.5a : Les mères des bébés <u>qui tètent au sein avec une succion efficace ou sans particularités médicales</u> (détaillées en 5.5b) sont soutenues sur la façon d'exprimer leur lait en cas de besoin.</b>	



<b>Norme 5.5b : Les mères des bébés <u>qui peuvent téter au sein mais qui présentent soit une succion inefficace ou des particularités médicales</u> sont soutenues pour fournir à leur bébé du lait exprimé selon leurs besoins, après la période initiale de contact peau à peau.</b>	
<b>Norme 5.5c : Les mères des bébés <u>qui ne peuvent pas téter du tout au sein</u> sont soutenues pour exprimer leur lait fréquemment, dès les six premières heures après la naissance et idéalement les une à trois heures, afin d'assurer une production de lait abondante.</b>	
Indicateur	Le pourcentage de mères qui ont été soutenues sur la façon d'exprimer leur lait.
Population visée (dénominateur)	Normes 5.5a et 5.5.b : Mères des bébés qui ont pu téter au sein à la naissance, y compris ceux avec particularités médicales. Norme 5.5c : Mères des bébés qui n'ont pas pu téter au sein à la naissance.
Seuil à atteindre	80 %
Source	<b>Principale</b> : Mères Exemples de questions : a. <i>Un membre du personnel vous a-t-il offert de vous montrer comment exprimer votre lait manuellement?</i> b. <i>(Si oui et que le bébé n'a pas pu téter au sein à la naissance [exemples : prématuré, malade, séparé de sa mère]) Est-ce que cette aide a été offerte dans les six premières heures suivant la naissance?</i>
<b>Norme 6.1 : Les bébés reçoivent uniquement du lait maternel (soit de leur mère ou, selon les critères d'admissibilité, d'une banque de lait maternel) pendant leur séjour au lieu de naissance.</b>	
<b>Norme 6.2 : Les bébés allaités qui reçoivent des préparations commerciales pour nourrissons présentent une indication médicale justifiant leur utilisation et qui est consignée à leur dossier.</b>	
Indicateur (sentinelle)	Le pourcentage de bébés qui ont reçu uniquement du lait maternel (soit de leur mère, soit d'une banque de lait maternel) pendant leur séjour au lieu de naissance, à moins d'une indication médicale justifiant l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.
Population visée (dénominateur)	Tous les bébés nés dans un hôpital (à terme ou prématurés) ou une maison de naissance.
Seuil à atteindre	75 %
Source	<b>Principale</b> : Dossier médical/registre des naissances a. <i>Le bébé a reçu uniquement du lait maternel (soit de sa mère, soit d'une banque de lait maternel) pendant son séjour au lieu de naissance.</i> b. <i>Le bébé allaité a reçu des préparations commerciales dont l'utilisation était justifiée par une indication médicale.</i> <b>Additionnelle</b> : Mères Exemples de questions : a. <i>Pendant son séjour à l'hôpital, votre bébé a-t-il reçu du lait maternel au moins une fois?</i> b. <i>Pendant son séjour à l'hôpital, votre bébé a-t-il reçu des préparations commerciales pour nourrissons (de la formule)?</i> c. <i>Pour quelle raison votre bébé a-t-il reçu des préparations commerciales pour nourrissons (de la formule) pendant son séjour à l'hôpital?</i>

Voici quelques exemples pour guider la vérification des indicateurs des procédures de gestion des établissements.

<b>Norme 1a.2 : L'établissement ne fait aucun étalage des produits visés par le Code ni d'articles portant les logos des fabricants de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines artificielles ou les noms des produits visés par le Code.</b>	
Indicateur	Identique à la norme.
Population visée (dénominateur)	Tous les établissements.
Seuil à atteindre	Aucun étalage ni affichage (100 %).
Source	Observation des lieux.
<b>Norme 1b.1 : L'établissement a une politique écrite en matière d'alimentation infantile adoptée par le conseil d'administration qui encadre la mise en œuvre des Dix conditions.</b>	
Indicateur	Identique à la norme.
Population visée (dénominateur)	Tous les établissements.
Seuil à atteindre	Présence de la politique (100 %).
Source	Révision de la politique d'alimentation.
<b>Norme 2.1 : Les membres de l'équipe ont reçu de la formation sur l'allaitement dans un établissement d'enseignement dans les deux dernières années ou reçoivent la formation en milieu de travail en début d'emploi puis en continu ou minimalement tous les deux ans.</b>	
Indicateur	Le pourcentage de membres de l'équipe qui ont reçu de la formation dans un établissement d'enseignement dans les deux dernières années ou qui reçoivent la formation en milieu de travail en début d'emploi puis en continu ou minimalement tous les deux ans.
Population visée (dénominateur)	Les membres de l'équipe des unités de maternité et de néonatalogie, des maisons de naissance ou des CLSC dispensant des soins pré-, per- ou postnataux à la mère ou au bébé.
Seuil à atteindre	80 %
Source	Registres de formation.

## ANNEXE 2

### INDICATIONS MÉDICALES JUSTIFIANT LE REMPLACEMENT OU LA SUPPLÉMENTATION DU LAIT MATERNEL

Cette annexe présente des situations cliniques justifiant le remplacement ou la supplémentation du lait maternel. Bien que les indications médicales énumérées soient axées sur le lieu de naissance (selon l'indicateur 6.2), elles s'appliquent aussi à la période où l'allaitement exclusif est recommandé, c'est-à-dire les six premiers mois de vie.

#### Messages importants à considérer lors de l'application de la liste des indications médicales ci-dessous.

- 1) Les indications médicales sont adaptées à partir de différents documents<sup>9,11,31-33</sup> et présentées selon deux situations :
  - Le remplacement du lait maternel en cas de contre-indications;
  - La supplémentation **en plus du** lait de la mère (soit au sein ou exprimé).
- 2) Lorsque le remplacement et la supplémentation du lait maternel sont nécessaires :
  - La première intervention consiste à donner du lait maternel exprimé de la mère;
  - Lorsque le lait de la mère n'est pas recommandé (contre-indiqué), disponible ou suffisant pour les besoins nutritifs du bébé, le lait provenant de la banque publique de lait maternel d'Héma-Québec est recommandé (selon les critères d'admissibilité);
  - Si le bébé n'est pas admissible pour recevoir du lait provenant d'une banque de lait, les préparations commerciales pour nourrissons (PCN) sont utilisées. Les fortifiants de lait maternel sont considérés comme des médicaments.
- 3) Dans toutes les situations cliniques, la décision d'intervenir doit être fondée sur **une évaluation structurée** menée par un membre de l'équipe<sup>24</sup> et doit prendre en considération les risques liés à l'utilisation des PCN.
- 4) Lorsque le remplacement ou la supplémentation sont médicalement indiqués, les principaux objectifs sont de :
  - Nourrir le bébé;
  - Protéger la production lactée et l'allaitement.

## Remplacement du lait maternel (en cas de contre-indications)

Dans certaines circonstances, il peut être impossible pour un bébé d'être allaité ou de recevoir le lait maternel exprimé de sa mère. Ainsi, le remplacement du lait maternel vise à combler les besoins nutritifs du bébé.

Indications pouvant justifier le <u>remplacement</u> du lait maternel	
<b>Chez le bébé</b> <b>(indications permanentes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreurs innées du métabolisme :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Galactosémie (sauf pour la variante Duarte, avec laquelle l'allaitement est possible sous un suivi médical attentif);</li> <li>○ Déficit congénital en lactase;</li> <li>○ Maladie du sirop d'érable;</li> <li>○ Phénylcétonurie (l'allaitement combiné avec de la préparation à faible teneur en phénylalanine est possible, sous surveillance médicale attentive).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Chez la mère</b> <b>(indications permanentes)</b>	Infections maternelles par le VIH et les HLTV I et II : si l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, abordable, soutenable et sûre (AFASS) <sup>3</sup> .
<b>Chez la mère</b> <b>(indications temporaires)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie maternelle grave qui empêche une mère de s'occuper de son enfant (p. ex. septicémie).</li> <li>• Certaines infections systémiques (p. ex. maladie à virus Ebola, brucellose maternelle non traitée).</li> <li>• Certains médicaments (p. ex. certains médicaments anticancéreux et certaines substances radioactives) selon des ressources compétentes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, <a href="#">centre IMAGE</a>;</li> <li>○ Banque de données <a href="#">LactMed des National Institutes of Health</a> et application pour téléphone cellulaire;</li> <li>○ <a href="#">APILAM</a> (Association for the Promotion of and Cultural and Scientific Research into Breastfeeding).</li> </ul> </li> <li>• Consommation actuelle de drogues (p. ex. cocaïne, héroïne, phencyclidine) telle qu'elle est déterminée au cas par cas.</li> <li>• Remplacement temporaire de l'allaitement (au sein) par du lait maternel exprimé, qui est encouragé dans les situations suivantes<sup>32</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Virus de l'herpès simplex : le contact direct entre les lésions sur le sein affecté et la bouche du bébé devrait être évité jusqu'à ce que les lésions actives soient guéries. On peut exprimer le lait du sein affecté et le donner au bébé, sauf si ce lait est contaminé par le contact du tire-lait avec les lésions actives;</li> <li>○ Varicelle : si elle apparaît dans les 5 jours avant ou jusqu'à 48 heures après l'accouchement, jusqu'à ce que la mère ne soit plus contagieuse. Pour le bébé plus âgé, il n'est pas recommandé de le séparer de sa mère, car la</li> </ul> </li> </ul>

<sup>3</sup> L'alimentation avec PCN exclusivement est la stratégie la moins susceptible d'entraîner la transmission du VIH, car l'allaitement présente un risque d'exposition au VIH après la naissance, et parce que le traitement antirétroviral maternel suppressif réduit considérablement, mais n'élimine pas, le risque de transmission du VIH par l'allaitement. Par conséquent, l'allaitement n'est pas recommandé pour les femmes séropositives. Les femmes qui se posent des questions sur l'allaitement ou qui désirent allaiter doivent recevoir un counselling fondé sur des données probantes concernant les options d'alimentation pour leur bébé. Si les femmes séropositives décident quand même d'allaiter, elles doivent être soutenues dans les mesures de réduction des méfaits afin de minimiser le risque de transmission du VIH à leur bébé<sup>34-36</sup>.

	<p>mère était contagieuse avant l'apparition des lésions cutanées et le bébé était donc déjà exposé;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tuberculose : tuberculose pulmonaire active et non traitée jusqu'à ce que la mère ne soit plus contagieuse. Il est conseillé de consulter un spécialiste.</li> </ul>
--	--

### Supplémentation en plus du lait maternel

Si une évaluation clinique structurée de la dyade conclut que la production lactée n'est pas suffisante malgré une conduite pratique optimale de l'allaitement, la supplémentation en plus du lait maternel vise alors à combler les besoins nutritifs du bébé.

Indications pour la supplémentation <u>en plus du</u> lait maternel	
<b>Chez la mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard ou perturbation<sup>1</sup> de l'activation de la production lactée abondante après les trois à cinq premiers jours de vie<sup>4</sup>.</li> <li>• Insuffisance du tissu glandulaire qui se manifeste par une forme atypique des seins (p. ex. tubulaire), absence de la croissance des seins pendant la grossesse, antécédents de chirurgie mammaire ou signes d'une perturbation de l'activation sécrétoire de la production lactée.</li> <li>• Douleur intolérable pendant l'allaitement et l'expression du lait (manuelle ou au moyen d'un tire-lait) malgré les interventions appropriées pour augmenter le confort pour la mère.</li> </ul>
<b>Chez le bébé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids de naissance inférieur à 1 500 grammes et âge gestationnel inférieur à 32 semaines.</li> <li>• Signes et symptômes d'un apport insuffisant de lait maternel évalués entre autres par les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>La surveillance du poids</b></li> <li><i>Premiers jours après la naissance</i></li> <li>- Perte de poids excessive par rapport au poids à la naissance : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pour les nouveau-nés nés à terme, une perte de poids de plus de 8 à 10 % dans les cinq premiers jours;</li> <li>▪ pour le nouveau-né de légère prématurité (âge gestationnel entre 34 0/7 et 36 6/7 semaines), une perte de poids de plus de 3 % à 24 heures et de 7 % à 3 jours. À noter qu'une perte de poids de cet ordre peut se situer dans les limites de la normale et n'est pas une indication en soi de supplémentation. Toutefois, cela nécessite une évaluation approfondie et un suivi attentif de la situation clinique de la dyade afin de déterminer s'il y a une indication de supplémentation. Il importe aussi de considérer une possible surestimation du poids de naissance en cas de surhydratation maternelle avec des solutions intraveineuses (p. ex. à l'occasion d'une induction, d'un travail prolongé avec péridurale ou d'une césarienne)<sup>37,38</sup>.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<sup>4</sup> Les facteurs de risque pour une perturbation de l'activation de la production lactée peuvent comprendre les troubles hormonaux ou métaboliques tels qu'une rétention placentaire, une perte de la sécrétion de prolactine à la suite d'une hémorragie post-partum sévère, l'infertilité, une hypothyroïdie, le syndrome des ovaires polykystiques, l'obésité (IMC avant la grossesse > 30) et le diabète (gestationnel, type 1 ou 2). Ces problèmes sont très fréquents chez les nouvelles mères et nombre d'entre elles n'auront pas besoin d'une supplémentation.

	<p><i>À partir du cinquième jour de vie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de gain de poids à partir du cinquième jour.</li> <li>- Pas de retour au poids de naissance au 14<sup>e</sup> jour.</li> <li>- Gain de poids entre deux rendez-vous inférieurs à la moyenne attendue<sup>24,39</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de 5 jours à 3 mois : 25 à 35 grammes par jour;</li> <li>▪ de 4 à 6 mois : 15 à 20 grammes par jour<sup>5</sup>.</li> </ul> </li> <li>- Changement de percentile vers le bas sur les courbes de poids (OMS).</li> </ul> <p>○ <b>La surveillance des selles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconium au cinquième jour de vie (puisque les selles devraient passer du méconium noir au brun puis au jaune dans les premiers jours suivant la montée laiteuse).</li> </ul> <p>○ <b>Les manifestations cliniques ou les résultats de laboratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déshydratation (bébé qui pleure beaucoup ou très endormi, difficultés d'alimentation, mauvaise turgescence de la peau, taux de sodium sérique élevé).</li> <li>- À la naissance, hypoglycémie asymptomatique démontrée par le laboratoire ne répondant pas à une conduite pratique optimale de l'allaitement ou à des apports de lait exprimé.</li> <li>- À la naissance, ictère persistant secondaire à un manque d'apports avec perte de poids continue, émission rare de selles selon l'âge, cristaux d'urates dans l'urine et ne répondant pas à une conduite pratique optimale de l'allaitement ou à des apports de lait exprimé.</li> </ul>
--	--

---

<sup>5</sup> Ces moyennes sont basées sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS; les écarts combinent les 3<sup>e</sup> et 97<sup>e</sup> percentiles pour les filles et les garçons.

