

Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA)

L'organisme national responsable de l'Initiative des amis des bébés^{MC} de l'OMS/UNICEF



Lignes directrices pour l'Initiative des amis des bébés^{MC} (IAB) de l'OMS/UNICEF au Canada

Normes de résultats des pratiques pour :

**les hôpitaux Amis des bébés^{MC} (les Dix conditions) et
les services de santé communautaire Amis des bébés^{MC} (le Plan en sept étapes)**

Listes de vérification et annexes

23 Novembre, 2004

Listes de vérification :

- Formation à l'allaitement pour le personnel, les médecins et les sages-femmes des hôpitaux et des services de santé communautaire (SSC)**
- Documenter la formation du personnel : un engagement envers la formation**

Annexes :

- 1. Résumé du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1981**
- 2. Principes de l'allaitement**
- 3. Attitudes, connaissances et compétences**
- 4. Formulaire de contrôle pour l'évaluation de la prise du sein**
- 5. Le démarrage de la lactation : les comportements et les modèles alimentaires anticipés**
- 6. Le matériel de formation à l'allaitement pour les familles**

7. Les critères internationaux de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} de l'OMS/UNICEF

L'Initiative des amis des bébés^{MC}

Liste de vérification : Formation à l'allaitement pour le personnel, les médecins et les sages-femmes des hôpitaux et des services de santé communautaire (SSC)

Les résultats en allaitement sont au centre de l'évaluation externe de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}. Les infirmières et les autres membres du personnel qui fournissent des soins directs en allaitement doivent être en mesure de démontrer certaines compétences et d'enseigner efficacement aux mères des connaissances de base en allaitement. En plus de parler aux mères, le processus d'évaluation implique de poser des questions spécifiques aux membres du personnel qui offrent des soins directs en allaitement, d'observer leurs actions et d'examiner les résultats en allaitement. Les médecins, les sages-femmes et d'autres employés doivent être prêts à répondre à des questions sur la protection de l'allaitement, sa promotion et son soutien. La formation est importante pour assurer le succès des résultats dans le processus d'évaluation. En ces périodes de compressions budgétaires, les hôpitaux et les services de santé communautaire doivent faire preuve d'imagination pour atteindre leurs objectifs de formation.

Pour les membres du personnel qui procurent des soins *avec interventions*, l'UNICEF recommande un minimum de 18 heures de formation, dont 3 heures de pratique clinique supervisée. La formation devrait être adaptée au rôle de l'employé ou du membre du personnel soignant. Les Dix conditions représentent des directives de pratique minimales pour les hôpitaux, et le Plan en sept étapes représente des directives de pratique minimales pour les services de santé communautaire. Par conséquent, en s'efforçant d'atteindre des soins optimaux basés sur des pratiques exemplaires, l'IAB donne un bon départ en relevant des pratiques basées sur des données probantes dans la quête constante vers l'excellence des soins dispensés aux familles qui attendent un enfant. Afin d'atteindre les résultats attendus, chaque établissement déterminera les besoins en formation qui lui sont propres.

La formation peut être donnée au personnel de diverses façons, y compris par : des logiciels, des lectures, de la pratique clinique supervisée, des groupes de discussion, des séances de formation ciblées, des modules de formation autodidacte, etc. Pour obtenir les meilleurs résultats, le mode de formation devrait correspondre au matériel utilisé. Par exemple, le cours de 18 heures de l'UNICEF, *Gestion et promotion de l'allaitement maternel dans un hôpital Ami des bébés*, n'est pas un module de formation autodidacte et ne devrait donc pas être utilisé ainsi. La mise en place efficace des politiques ne dépend pas seulement des connaissances, mais aussi de l'attitude du personnel. Bien qu'il soit difficile et plus lent que l'acquisition de connaissances, le changement d'attitudes est plus susceptible de se produire lorsqu'une diversité de stratégies sont utilisées.

Le matériel de formation varie d'une région à l'autre du Canada. Les critères suivants aideront à choisir ou à produire du matériel de formation adéquat.

Pour amorcer le processus d'évaluation, on demande aux hôpitaux et aux services de santé communautaire de fournir :

- ❑ l'information fournie pour sensibiliser les nouveaux employés à la politique d'allaitement et aux pratiques « amies des bébés »;
- ❑ des copies du plan de cours (ou des grandes lignes) et la description des programmes de formation sur l'allaitement et de formation continue offerts pour diverses disciplines;

- ❑ un calendrier de la formation donnée aux nouveaux employés dans les 6 mois suivant leur embauche.

Pour satisfaire aux indicateurs pédagogiques, le matériel pédagogique (écrit, visuel et sur vidéo) utilisé dans la formation des employés et des médecins doit :

- ❑ être conforme aux dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS (le *Code*) et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS)¹ :
 - ne pas inclure de matériel provenant de compagnies dont les produits sont sous la juridiction du *Code*;
 - ❑ ne pas être fourni par des compagnies dont les produits sont couverts par le *Code*.
- ❑ fournir des références à jour et, de préférence, des références primaires;
- ❑ faire la promotion des meilleures pratiques et des soins basés sur des données probantes;
- ❑ être exact et actuel.

On trouve ci-dessous les normes des programmes de formation pour l'évaluation en vue de la certification Ami des bébés^{MD} :

1. Les programmes de sensibilisation générale :

- ❑ doivent être disponibles pour tous les employés, les médecins, les sages-femmes et les bénévoles;
- ❑ comprennent de l'information² sur :
 - ❑ les bienfaits de l'allaitement;
 - ❑ la politique d'allaitement de l'hôpital ou du SSC;
 - ❑ le rôle particulier de chaque employé, médecin ou sage-femme dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement;
 - ❑ le respect des besoins de la famille. L'aisance à allaiter devant d'autres personnes varie d'une mère à l'autre. (Soutenir le besoin des mères de garder le contrôle sur leur environnement : l'allaitement est une priorité, frapper avant d'entrer dans les chambres des mères, etc.);
 - ❑ les barrières culturelles et la nécessité du soutien de la communauté.

2. Les programmes de formation pour le personnel professionnel, les médecins et les sages-femmes incluent :

- ❑ les politiques de l'hôpital et du SSC;
- ❑ l'éthique de l'alimentation des nourrissons, y compris la commercialisation des substituts du lait maternel dans le système de soins de santé et les établissements de santé communautaire (par exemple dans les salles d'attente de l'hôpital et dans les bureaux des médecins ou des sages-femmes, ainsi que dans les salles communes du SSC);
- ❑ le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et les résolutions subséquentes de l'AMS;

¹ Voir l'annexe 1: Sommaire des dispositions du *Code* et des résolutions subséquentes

² Voir l'annexe 2 : Principes de l'allaitement

- ❑ l'Initiative des amis des bébés^{MC} (les *Dix conditions* et le *Plan en sept étapes* en application);
- ❑ les bienfaits de l'allaitement et du lait maternel, incluant les banques de lait maternel, ainsi que les risques et les coûts associés à l'alimentation artificielle et au fait de ne pas allaiter;
- ❑ de l'information d'orientation vers les professionnels fournissant des soins directs en allaitement aux mères et aux bébés;
- ❑ les barrières culturelles et la nécessité du soutien de la communauté.

3. L'information spécifique aux médecins qui travaillent avec des mères, des nourrissons ou des enfants :

En plus de ce qui précède, les médecins reçoivent de l'information sur leur rôle dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement, ce qui inclut :

- ❑ des discussions sur l'allaitement lors des visites prénatales (les bienfaits de l'allaitement et du lait maternel, y compris les banques de lait maternel, ainsi que les risques associés à l'alimentation artificielle);
- ❑ des pratiques visant à s'assurer que les mères et leur bébé restent ensemble tout au long du séjour à l'hôpital, à moins qu'une séparation soit nécessaire pour raison médicale (par exemple, le démarrage rapide de l'allaitement et du contact peau à peau, la photothérapie et l'examen physique du bébé au chevet de la mère);
- ❑ l'orientation des mères ayant des difficultés vers les professionnels fournissant des soins directs en allaitement;
- ❑ les raisons médicales de fournir des suppléments (incluant de l'information actuelle sur les médicaments et l'allaitement) et la gestion de situations courantes (par exemple : un bébé réticent ou somnolent, une jaunisse ou un cas d'hypoglycémie);
- ❑ l'application du *Code* de l'OMS et des résolutions subséquentes de l'AMS dans la pratique des médecins (pas de distribution de documentation provenant de compagnies de laits artificiels, ni d'échantillons de substituts du lait maternel aux mères, qu'elles nourrissent leur bébé au sein ou au biberon);
- ❑ des façons de promouvoir et de soutenir l'allaitement à l'hôpital et dans leur cabinet;
- ❑ de l'information adéquate sur le sevrage;
- ❑ le soin des maladies maternelles tout en tenant compte des besoins de la dyade allaitante.

4. Les programmes pour les employés³ qui fournissent aux mères un soutien direct en allaitement :

- ❑ recommandent fortement un minimum de 18 heures de formation, incluant une partie clinique (3 heures ou plus d'éducation clinique supervisée);
- ❑ portent spécifiquement sur :
 - ❑ les bienfaits de l'allaitement et les risques associés à l'alimentation artificielle;
 - ❑ le démarrage rapide de l'allaitement et du contact peau à peau;
 - ❑ la position adéquate du bébé et la prise correcte du sein⁴;
 - ❑ l'expression manuelle du lait maternel;

³ Voir l'annexe 3 : Attitudes, connaissances et compétences

⁴ Voir l'annexe 4 : Formulaire de contrôle pour l'évaluation de la prise du sein

- ❑ l'alimentation à la tasse;
- ❑ la cohabitation, l'importance de ne pas séparer la mère et le bébé;
- ❑ l'allaitement à la demande déterminé par les signaux du bébé (la faim, la satiété);
- ❑ les comportements alimentaires escomptés⁵ (la fréquence des tétées, les excreta, l'état du nourrisson et sa capacité à se nourrir);
- ❑ les signes d'un allaitement efficace;
- ❑ l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois environ;
- ❑ la poursuite de l'allaitement au-delà des 6 premiers mois avec l'introduction adéquate d'aliments complémentaires et les soins recommandés pour celles qui vivent des difficultés dans la continuité de leur allaitement;
- ❑ le suivi par des professionnels de la communauté;
- ❑ les groupes d'entraide à l'allaitement;
- ❑ la coopération entre le personnel soignant, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale (7^e étape, 10^e condition).

⁵ Voir l'annexe 5 : Le démarrage de la lactation : les comportements et les modèles alimentaires anticipés

L'Initiative des amis des bébés^{MC}

Liste de vérification : Documenter la formation du personnel : un engagement envers la formation

Afin de fournir des soins de qualité aux nouvelles familles, le personnel des hôpitaux et des services de santé communautaire a besoin de certaines connaissances, compétences et attitudes. La formation soutient le développement de ces aspects essentiels. L'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}, de l'UNICEF, met l'accent sur les résultats chez les patients. Pour permettre aux établissements d'atteindre les résultats voulus, l'UNICEF recommande que les employés et les médecins qui fournissent aux mères un soutien direct en allaitement reçoivent au moins 18 heures de formation, dont 3 heures de pratique clinique. Idéalement, la formation professionnelle de base (le programme post-secondaire) fournira suffisamment d'information pour les divers groupes professionnels. D'ici là, chaque hôpital doit vérifier ses résultats afin de déterminer de quelle formation son personnel a besoin. De plus, une sensibilisation spécifique à l'hôpital et au service de santé communautaire, ainsi qu'à leur politique d'allaitement respective, devrait être disponible pour tout le personnel employés (veuillez référer à la section *Liste de vérification : Formation à l'allaitement pour le personnel, les médecins et les sages-femmes des hôpitaux et des services de santé communautaire (SSC)*).

Il existe de nombreuses façons de démontrer l'engagement pris pour la formation à l'allaitement dans un hôpital ou un service de santé communautaire. Par exemple, dans certaines provinces, des infirmières doivent fournir des preuves de l'auto-évaluation de leur pratique comme condition afin de pouvoir conserver leur immatriculation. On pourrait ajouter des modules de formation sur l'allaitement aux formations obligatoires requises, comme la réanimation cardiorespiratoire ou la réanimation néonatale. Les services administratifs pourraient décider de consigner, dans les dossiers de chacun, la formation reçue par les médecins, les sages-femmes, les infirmières et les autres employés; ils pourraient aussi demander aux employés de fournir, lors de leur évaluation annuelle, de la documentation sur la formation reçue. La commission de révision pourrait exiger un certain nombre d'heures de formation à l'allaitement comme prérequis à l'octroi de privilèges. L'obtention d'équivalences de crédits en formation continue pourrait représenter un incitatif.

La documentation de la formation du personnel implique au moins deux processus :

1. La vérification des résultats en allaitement.

- Est-ce que l'hôpital ou le service de santé communautaire répond aux Normes de résultats des pratiques de l'Initiative des amis des bébés^{MC} ?
- Est-ce que les nouveaux membres du personnel reçoivent suffisamment de sensibilisation ou de formation pour fournir les standards de soins requis ?

2. La documentation de la formation donnée au personnel. Cela peut se faire de diverses manières :

- Fournir un calendrier de sensibilisation des nouveaux employés. Consigner la liste des personnes présentes;
- Fournir les calendriers des programmes de formation continue dispensés. Consigner la liste des personnes qui en bénéficient;
- Consigner le soutien octroyé à la formation, par exemple le financement accordé pour assister à des conférences ou à des cours;

- ❑ Noter le mentorat et la formation individuelle donnés aux employés par des cliniciens en allaitement;
- ❑ Décrire le processus établi pour former les membres du personnel qui ne parviennent pas à atteindre les standards de soins énoncés dans la politique de l'hôpital ou du service de santé communautaire. Cette description indiquera aussi le suivi assuré auprès du personnel concerné;
- ❑ Compléter l'évaluation des performances. Encourager les employés à fournir leur dossier de formation en allaitement pour qu'il fasse partie de l'évaluation des performances ou des compétences professionnelles requises en vue d'obtenir une certification, un permis ou des privilèges;
- ❑ Fournir des documents de formation et des articles de recherche qui sont à jour, afin que le personnel de l'hôpital ou du service de santé communautaire puisse les utiliser.

Annexe 1

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1981⁶

Le Code comprend les 10 importantes dispositions suivantes :

1. **Interdire la promotion** de ces produits auprès du grand public.
2. **Interdire** la distribution d'**échantillons gratuits** aux mères.
3. Interdire la promotion de ces produits dans les **établissements sanitaires**.
4. Interdire le recours à des **infirmières payées 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 écrite ou imagée qui idéaliserait l'alimentation artificielle**, y compris de photos de bébés sur les étiquettes des produits.
7. S'assurer que les professionnels de la santé reçoivent **une information scientifique et se limitant aux faits**.
8. Exiger que **toute information** sur les aliments commerciaux pour bébés, y compris l'étiquette, mentionne clairement la **supériorité de l'allaitement au sein** et comporte une mise en garde contre les **risques et le coût de l'alimentation artificielle**.
9. Interdire la promotion des **produits inadéquats** pour les bébés, comme le lait concentré sucré.
10. S'assurer que tous les produits sont de bonne **qualité** et à ce qu'on prenne en considération les conditions climatiques et d'entreposage du pays dans lequel ils sont utilisés.

Résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS)

Résolution 39.28 (1986) de l'AMS

- Tout aliment ou toute boisson donné avant que l'alimentation de complément ne soit nécessaire du point de vue nutritionnel peut gêner la mise en route ou la poursuite de

⁶ Pour obtenir davantage d'information, voir : Chetley, A., Protecting Infant Health: A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes, International Organization of Consumers Unions, Penang, 1985. (Disponible au Canada par l'entremise de INFACT Canada.)

l'allaitement et ne devrait donc faire l'objet d'aucune activité promotionnelle ni d'aucun encouragement pour leur usage chez le nourrisson pendant cette période.

- ❑ La pratique actuellement adoptée dans certains pays, consistant à donner aux nourrissons des préparations lactées spéciales (appelées « laits de suite ») n'est pas nécessaire.

Résolution 47.5 (1994) de l'AMS

- ❑ Les états membres sont invités à « encourager les pratiques appropriées d'alimentation complémentaire à partir de l'âge de six mois environ ».

Résolution 49.15 (1996) de l'AMS

- ❑ Les états membres sont invités à « veiller à ce que les aliments complémentaires ne soient pas commercialisés ou utilisés d'une façon qui compromette l'allaitement exclusif et prolongé ».

Résolution 54.2 (2001) de l'AMS

- ❑ Les états membres sont invités à renforcer les mécanismes nationaux pour veiller au respect partout dans le monde des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé concernant l'étiquetage et toutes les formes de publicité et de promotion commerciale dans tous les types de médias, et à informer le grand public des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Code et des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'AMS.
- ❑ Les états membres sont invités à renforcer les activités et développer de nouvelles approches pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.

Annexe 2

Principes de l'allaitement⁷

Dans un monde *Ami des bébés*^{mc}, les principes suivants aident à créer une culture de l'allaitement – une atmosphère favorisant le succès de la lactation et de l'allaitement. Dans une communauté *Amie des bébés* :

Les femmes ont :

- ❑ de l'information précise sur les bienfaits de l'allaitement pour elles-mêmes, leur enfant et leur famille;
- ❑ le soutien de leur famille, de leur employeur, de leur communauté, des fournisseurs et des organismes de soins de santé, ainsi que des gouvernements;
- ❑ de la formation et du soutien qui les rendent plus compétentes et plus confiantes, ce qui leur permet d'atteindre leurs objectifs d'allaitement;
- ❑ connaissance de la présence, dans la communauté, de groupes d'entraide à l'allaitement, comme la Ligue La Leche. Elles savent aussi comment avoir accès à ces groupes;
- ❑ connaissance des risques associés au fait de ne pas allaiter;
- ❑ une protection contre les pratiques commerciales qui nuisent à l'allaitement.

Les enfants ont :

- ❑ l'occasion d'être exclusivement allaités au moins pendant les 6 premiers mois de leur vie et de continuer d'être allaités, tout en commençant à recevoir des aliments adéquats et nutritifs, jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, si cela convient à la mère et à l'enfant;
- ❑ l'occasion d'acquérir tous les bienfaits de l'alimentation au lait maternel pour la psychologie, le développement et la santé, et ce, même s'ils sont séparés de leur mère.

Les membres du personnel soignant ont :

- ❑ de l'information sur l'allaitement et la lactation qui est à jour, scientifique, factuelle et concrète⁸;
- ❑ une sensibilisation et de la formation continue qui donnent – et qui forment – des compétences les rendant constructifs et cohérents dans leur soutien aux mères allaitantes et aux enfants allaités;
- ❑ un environnement de travail qui reconnaît et affirme l'importance de leur rôle dans le soutien à l'allaitement;
- ❑ l'occasion d'être exposés au cycle complet de l'allaitement, et de comprendre ce cycle;
- ❑ une approche qui permet aux parents de mieux s'assumer et de *participer* au lieu d'*agir passivement*.

Les organismes de soins de santé ont :

- ❑ une politique d'allaitement écrite, offerte généreusement au personnel et aux parents;

⁷ Adapté avec permission du document « Promoting Breastfeeding. Victoria Breastfeeding Guidelines (1994) », Health and Community Services, Victoria, Melbourne, Australie.

⁸ Lorsque c'est possible, l'information devrait être basée sur des recherches. Il n'y a aucun autre secteur des soins de santé où les opinions et l'expérience personnelle jouent un rôle aussi prépondérant.

- ❑ des programmes de sensibilisation, de la formation continue et des programmes d'assurance qualité qui démontrent la réalisation de la politique d'allaitement;
- ❑ une atmosphère qui encourage les employés à parfaire leurs connaissances et leurs compétences en allaitement, de façon à ce que chacun démontre son engagement envers la politique de l'établissement;
- ❑ des effectifs qui reflètent le besoin constant de soutien à l'allaitement, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- ❑ un engagement confirmé envers les principes du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (1981) et de la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité* (1989); ils ont aussi une bonne compréhension de ces principes.

Annexe 3

Attitudes, connaissances et compétences⁹

Idéalement, la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement se font partout dans la communauté. Dans notre système actuel, les membres du personnel soignant jouent un rôle important, puisqu'on les voit souvent comme des experts en pédiatrie. Pour assister les mères allaitantes, le personnel soignant doit posséder les attitudes, connaissances et compétences suivantes.

Attitudes :

- ❑ reconnaître que l'allaitement et le lait maternel sont l'*étalon-or* de la nutrition des nourrissons;
- ❑ reconnaître l'aptitude des mères à prendre les meilleures décisions pour leur bébé et leur famille lorsqu'elles reçoivent suffisamment d'information et de soutien;
- ❑ reconnaître que le soutien en éducation des enfants et en allaitement contribue à atteindre les objectifs d'allaitement;
- ❑ respecter le droit de la mère de s'impliquer dans la planification des soins qu'elle-même et sa famille recevront;
- ❑ reconnaître la nécessité de faire participer d'autres membres de la famille dans les soins à donner à la mère et au bébé;
- ❑ soutenir les mères de façon à rehausser leur estime d'elle-même;
- ❑ reconnaître la nécessité de répondre aux besoins de dépendance intrinsèque des enfants pour favoriser le développement optimal de chacun;
- ❑ reconnaître la nécessité de soutenir les femmes qui ne peuvent pas allaiter et qui en sont peinées.

Connaissances :

- ❑ dans l'historique de santé du bébé, le travail et l'accouchement, déterminer les facteurs pouvant avoir une influence sur l'allaitement;
- ❑ définir l'impact du soutien de la société sur l'allaitement;
- ❑ déterminer ce qui constitue une position confortable du bébé et une prise correcte du sein;
- ❑ établir les signes d'un comportement alimentaire efficace;
- ❑ comprendre le besoin du bébé d'être près de sa mère, afin qu'elle puisse reconnaître les signaux indiquant qu'il veut téter;
- ❑ déterminer le modèle prévu de perte et de gain de poids du nourrisson;
- ❑ comprendre le concept de confusion sein-tétine;
- ❑ décrire d'autres techniques d'alimentation;
- ❑ comprendre le principe de cicatrisation des plaies humides pour les mamelons crevassés;
- ❑ reconnaître les signes et les symptômes des conduits lactifères bloqués;
- ❑ reconnaître les signes et les symptômes des mastites;
- ❑ décrire la prévention et le traitement des canaux lactifères bloqués et des mastites;
- ❑ comprendre les principes de l'augmentation et de la diminution de la production de lait maternel;

⁹ Jones, F., Green, M., The Baby-Friendly™ Initiative, HABC, Vancouver, 2002

- ❑ décrire les bienfaits du lait maternel et les risques associés aux laits artificiels;
- ❑ déterminer dans quels cas le recours aux suppléments est nécessaire et quel est le produit le plus adéquat à utiliser;
- ❑ décrire les principes de la gestion d'une surproduction de lait maternel;
- ❑ faire la différence entre l'ictère pathologique, l'ictère physiologique et celui associé au lait maternel;
- ❑ définir les avantages de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois;
- ❑ établir les facteurs menant à un sevrage précoce;
- ❑ décrire divers types de sevrages;
- ❑ comprendre les avantages de poursuivre l'allaitement dans le cas où la mère retourne travailler à l'extérieur de la maison;
- ❑ définir les signes et les symptômes de candidose;
- ❑ établir quand il est approprié d'envoyer quelqu'un vers d'autres ressources en soins de santé ou en services communautaires;
- ❑ déterminer quels sont les obstacles à l'intérieur même de la communauté;
- ❑ reconnaître les effets de l'attitude sur le succès de l'allaitement.

Compétences :

- ❑ intégrer une approche conseil qui renforce la confiance de la mère et son estime d'elle-même;
- ❑ compléter une évaluation de la mère et du bébé relativement à l'allaitement et à la lactation. Cette évaluation inclut :
 - l'historique de santé et l'état émotionnel de la mère;
 - le soutien social et le niveau de sensibilisation aux ressources de la communauté;
 - l'historique de la grossesse, de l'accouchement et du début du post-partum pour la mère et le bébé;
 - les seins et les mamelons de la mère;
 - l'historique de l'alimentation du bébé;
 - l'observation d'une tétée ou d'une séance d'alimentation;
 - l'inspection visuelle du bébé;
 - les pesées du bébé nu;
 - les comportements du nourrisson.
- ❑ planifier des soins qui tiennent compte des principes de base :
 - la nécessité d'une prise de décision éclairée de la part de la mère;
 - la nécessité d'établir une production adéquate de lait maternel;
 - la nécessité pour les nourrissons d'apprendre à téter;
 - le besoin de lait des nourrissons.
- ❑ assister les mères pour qu'elles réussissent à trouver une position adéquate du bébé au sein et une prise correcte du sein;
- ❑ aider les mères à développer des stratégies efficaces pour surmonter les difficultés d'allaitement;
- ❑ adresser efficacement les mères à d'autres ressources professionnelles et communautaires;
- ❑ fournir des conseils préventifs aux mères au moment où elles ajoutent des aliments solides à la diète du bébé, afin que la production de lait ne soit pas compromise;

- ❑ fournir des conseils préventifs aux mères qui se préparent à retourner au travail à l'extérieur de la maison;
- ❑ fournir des conseils préventifs aux mères qui allaitent des bambins.

Annexe 4

Formulaire de contrôle pour l'évaluation de la prise du sein¹⁰

Un dépliant pour le personnel

- la mère est confortablement installée – assise dans un fauteuil si possible;
- le bébé est en contact peau à peau avec la mère et est placé vers elle;
- la mère le tient en position « madone inversée » ou « ballon de football »;
- s'ils soutiennent le sein, les doigts de la mère sont loin derrière l'aréole.

Le bébé :

- a la poitrine qui touche à celle de sa mère;
- a le cou légèrement en extension, et son menton n'est pas fléchi vers sa poitrine;
- a le dos et le cou soutenus par la mère, mais sa tête n'est pas poussée sur le sein.

Pour la prise du sein :

- le mamelon est dirigé vers le nez du bébé;
- caresser la bouche du bébé avec le dessous du sein ou du mamelon;
- attendre une grande ouverture de la bouche (le « bâillement »);
- le mamelon pointe la partie supérieure de la bouche du bébé;
- la lèvre inférieure du bébé est bien sous le sein;
- la mère rapproche le bébé d'elle.

Les aspects observables :

- la bouche du bébé semble remplie par le sein de la mère : il n'y a pas de fossettes qui se creusent sur les joues;
- la lèvre inférieure du bébé est bien sous le sein; il est possible que l'aréole soit visible au-dessus de la lèvre supérieure;
- le menton du bébé est très près du sein de la mère;
- le bébé commence à téter (le fait qu'un bébé s'endorme au sein pourrait indiquer que la prise du sein est déficiente);
- la tétée, qui avait un rythme rapide au début, devient plus lente et plus profonde;
- des mouvements de l'oreille et de la tempe sont observables.

Les examens additionnels :

- la mère peut ressentir une sensibilité, mais aucune douleur significative;
- après la prise du sein initiale, la tétée est agréable;
- le mamelon n'est pas aplati lorsque le bébé lâche le sein (il n'y a pas de chiffonnement ni d'aplatissement du mamelon);
- le mamelon est intact : sans cloques ni fentes;
- le bébé se retire du sein de lui-même, sans limite de temps.

¹⁰ Jones, F., Green, M., The Baby-Friendly™ Initiative, HABC, Vancouver, 2002.

Annexe 5 : Le démarrage de la lactation : les comportements et les modèles alimentaires anticipés
LE DÉMARRAGE DE LA LACTATION : LES COMPORTEMENTS ET LES MODÈLES ALIMENTAIRES ANTICIPÉS*

	De la naissance à 2 heures	De 2 à 20 heures	De 20 à 24 heures	De 24 à 48 heures	De 48 à 72 heures	Après 72 heures
LE NOURRISSON <i>État</i>	Alerte, a hâte de téter.	Périodes de sommeil léger et de sommeil profond.	Périodes d'éveil accrues, alternant avec de longues périodes de sommeil profond consécutives à des tétées groupées.	Analogue à la période de 20 à 24 heures. Phases de sommeil léger et de sommeil profond.	Phases de sommeil léger et de sommeil profond.	Phases de sommeil léger et de sommeil profond.
<i>Comportements alimentaires</i>	Tête moins d'une à deux heures après la naissance, mais pourrait se nourrir à peine.	Tétées sporadiques, variables et fréquentes (offrir un contact peau à peau pour maximiser les occasions de téter).	Tétées fréquentes ou groupées. Les tétées groupées peuvent avoir lieu au cours de la nuit.	Tête fréquemment (au moins 8 fois par jour).	Tête fréquemment (au moins 8 fois par jour).	Tête fréquemment, 8 fois par jour ou davantage.
<i>Excrétions</i>	Inhabituel.	Augmentent avec les tétées. Le bébé pourrait excréter de 0 à 1 fois.	Augmentent graduellement. Le bébé pourrait excréter de 0 à 1 fois. La présence de cristaux d'acide urique peut être normale.	Couches de plus en plus mouillées, urine pâle et colorée. (Peut avoir de 2 à 3 couches mouillées par jour.)	Couches de plus en plus mouillées, urine pâle. Peut avoir 3 couches mouillées ou plus par jour.	Augmentation du nombre de couches mouillées par jour. Urine pâle.
<i>Selles</i>	Inhabituel.	Méconium.	Méconium.	Méconium et selles de transition.	Selles de transition plusieurs fois au cours de la journée.	Selles de transition devenant plus claires ou jaunâtres.
<i>Poids</i>		Diminue.	Diminue.	Diminue.	Diminue.	Diminue jusqu'à 10 %. Commence à augmenter à la 4 ^e ou à la 5 ^e journée.
LA MÈRE	Produit du colostrum.	Colostrum. Avec l'élimination du colostrum, les cellules alvéolaires sécrètent du lait ou du colostrum.	Colostrum. La production de lait de transition peut débuter, mais cela se produit habituellement plus tôt chez les multipares que chez les primipares.	Lait de transition. L'état des seins pleins peut se produire avec la montée du lait.	Seins pleins.	Engorgement si les tétées n'ont pas été fréquentes.

* Des variations peuvent se présenter. Les facteurs qui ralentissent le processus de démarrage de la lactation sont : un accouchement par césarienne, la prise d'analgésiques et d'anesthésiques (incluant l'épidurale) pendant le travail et l'accouchement, le recours aux suppléments, un manque de stimulation des seins, un nourrisson somnolent, et toutes autres circonstances qui perturbent les tétées fréquentes et illimitées.

Roberta J. Hewat, D^{re}, RN, IBCLC University of British Columbia School of Nursing, 2211 Westbrook Mall, Vancouver, Colombie-Britannique, V6T 2B5, robhewat@shaw.ca
Ce document peut être copié intégralement; ne peut être adapté sans autorisation; ne peut être utilisé à des fins commerciales. [Révisé en mai 2003]

Annexe 6 : Le matériel de formation à l'allaitement pour les familles

L'Initiative des amis des bébés^{MC} encourage les établissements et les services à fournir aux parents de l'information en accord avec les *Dix conditions* et le *Plan en sept étapes*. La capacité de produire du matériel adéquat pour la formation des familles varie entre les établissements ou les services. Ce n'est pas nécessaire d'avoir le même matériel d'un bout à l'autre du Canada; cependant les lignes directrices suivantes aideront le personnel à choisir ou à produire du matériel adéquat.

Le matériel doit :

- ❑ contenir de l'information exacte pour les parents, avec une attention particulière en ce qui concerne :
 - la position adéquate du bébé et la prise correcte du sein (voir l'annexe 4);
 - l'expression manuelle du lait maternel;
 - l'allaitement à la demande déterminé par les signaux du bébé;
 - les comportements alimentaires escomptés (voir l'annexe 5);
 - le suivi par des professionnels de la communauté;
 - les groupes d'entraide à l'allaitement.
- ❑ se conformer aux dispositions du *Code*¹¹;
- ❑ encourager l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà, avec l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois;
- ❑ être révisé sur une base régulière;
- ❑ renfermer des représentations ou des images claires;
- ❑ reconnaître les auteurs originaux.

Suggestions : Le matériel¹² :

- ❑ est écrit dans un langage pouvant être compris par des élèves entre la 6^e année et le secondaire 2;
- ❑ offre un contenu suffisamment aéré;
- ❑ est composé avec un caractère de 12 points ou plus;
- ❑ présente de l'information de base;
- ❑ ne présente pas l'allaitement comme quelque chose qui est difficile, dicté par des règles ou médicalisé;
- ❑ reflète la diversité culturelle de la communauté (y compris dans les images et les dessins);
- ❑ présente de l'information sur l'alimentation facile à comprendre par les utilisateurs et qui reflète la diversité culturelle de la communauté;
- ❑ utilise un style d'écriture qui incite les mères à s'assumer;
- ❑ est générique (le fait d'utiliser du matériel provenant de compagnies donne une impression d'approbation).

¹¹ Chetley, A., *Protecting Infant Health: A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*, International Organization of Consumers Unions, Penang, 1985. (Disponible au Canada par l'entremise de INFACT Canada.)

¹² Adapté de : Jones, F., Green, M., *The Baby-Friendly™ Initiative*, HABC, Vancouver, 2002.

Annexe 7

Les critères internationaux de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC} de l'OMS/UNICEF

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés^{MC}, Partie 2 : Mise en œuvre au niveau de l'hôpital, Lignes directrices de l'UNICEF, mars 1992

CONDITION 1 – RÉSUMÉ

1. Avoir une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel soignant et des bénévoles.

L'établissement de soins de santé devrait posséder une politique d'allaitement écrite qui aborde chacune des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et qui protège l'allaitement. Le responsable des soins infirmiers de l'institution ou l'infirmière en chef de la maternité devrait être en mesure de localiser un exemplaire de la politique et de décrire comment les autres membres du personnel y sont conscientisés.

La politique devrait être disponible de sorte que tous les membres du personnel fournissant des soins aux mères et aux bébés puissent y référer. La politique devrait être affichée de façon visible dans toutes les salles de l'établissement de soins de santé où des services sont dispensés aux mères, aux bébés ou aux enfants; particulièrement dans la maternité, dans toutes les salles de soins aux bébés – y compris la pouponnière des bébés bien-portants (s'il y en a une) –, dans l'unité de soins spécialisés aux bébés et dans les services de soins prénataux. La politique devrait être affichée dans les langues le plus souvent comprises par les clients et le personnel.

CONDITION 2 – RÉSUMÉ

2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement.

L'infirmière en chef devrait rendre compte que tous les membres du personnel qui ont un contact direct avec des mères, des bébés ou des enfants ont reçu de la formation sur la mise en œuvre de la politique d'allaitement et sont capables de décrire comment cette formation est donnée.

Un exemplaire du plan de cours ou des grandes lignes du programme de formation sur l'allaitement et la gestion de la lactation pour le personnel des diverses disciplines devrait être disponible pour consultation. De plus, il devrait aussi y avoir un calendrier de formation pour les nouveaux employés. La formation devrait avoir une durée d'au moins 18 heures – dont un minimum de 3 heures de pratique clinique supervisée – et couvrir au moins 8 *des Dix conditions*.

L'infirmière en chef devrait rendre compte que tout le personnel appelé à prodiguer des soins aux mères et aux bébés a participé à un programme de formation en allaitement et en gestion

de la lactation, ou, s'il s'agit de nouveaux employés, qu'ils ont été sensibilisés à la politique dès leur embauche et qu'un calendrier de formation pour les 6 mois subséquents a été établi à leur intention. Sur 10 membres du personnel de la maternité pris au hasard, au moins 80 % d'entre eux devraient confirmer qu'ils ont reçu la formation décrite ou, s'ils travaillent à la maternité depuis moins de 6 mois, qu'ils ont au moins été sensibilisés à la politique d'allaitement. Par ailleurs, 80 % de ces employés devraient aussi être capables de répondre correctement à 4 questions sur 5 sur la pratique de l'allaitement.

CONDITION 3 – RÉSUMÉ

3. Renseigner les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement et sur sa pratique.

Si l'hôpital est affilié à une clinique prénatale ou à un service prénatal sur place, l'infirmière en chef devrait rapporter que la majorité des femmes enceintes reçoivent des conseils en allaitement de la part de ces services. Une description écrite du contenu de base de la formation prénatale devrait être disponible, autrement on devrait demander au personnel adéquat de la préparer. Les discussions prénatales devraient porter sur l'importance de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois, les bienfaits de l'allaitement, et les principes de base de la gestion de l'allaitement.

Sur 10 femmes enceintes choisies au hasard qui ont au moins 32 semaines de grossesse et qui utilisent le service prénatal de l'hôpital, au moins 80 % devraient confirmer qu'on a parlé avec elles des bienfaits de l'allaitement et peuvent en énumérer au moins 2 relativement aux aspects suivants :

- la nutrition;
- la protection, incluant le rôle du colostrum;
- le lien mère-enfant;
- les bienfaits pour la santé de la mère.

De plus, au moins 80 % de ces femmes devraient confirmer qu'elles n'ont pas reçu de formation en groupe sur l'utilisation de substituts du lait maternel. Elles devraient aussi être en mesure de décrire au moins 2 des points suivants sur la pratique de l'allaitement :

- l'importance de la cohabitation;
- l'importance de l'allaitement à la demande du bébé;
- la manière de s'assurer d'une production adéquate de lait;
- une position adéquate et une prise correcte du sein.

CONDITION 4 – RÉSUMÉ

4. Aider les mères à commencer d'allaiter au sein leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

Sur 10 mères choisies au hasard à la maternité et qui ont eu un accouchement vaginal normal,

80 % d'entre elles devraient confirmer que, dans la demi-heure qui a suivi la naissance, elles ont pu prendre leur bébé et avoir un contact peau à peau d'au moins 30 minutes, et qu'un membre du personnel leur a offert de l'aide pour commencer l'allaitement.

Lorsque c'est possible, des observations dans la salle d'accouchement sur jusqu'à 10 accouchements vaginaux normaux confirment cette pratique.

Sur 5 mères choisies au hasard qui ont accouché par césarienne, au moins 50 % d'entre elles devraient confirmer que, moins d'une demi-heure après qu'elles étaient en mesure de réagir, elles ont pu prendre leur bébé et avoir un contact peau à peau d'au moins 30 minutes, et qu'un membre du personnel leur a offert de l'aide pour commencer l'allaitement.

CONDITION 5 – RÉSUMÉ

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

Sur 15 mères en post-partum choisies au hasard (incluant celles qui ont accouché par césarienne), au moins 80 % d'entre elles rapportent que le personnel infirmier a offert de l'aide additionnelle en allaitement au plus tard 6 heures après l'accouchement, qu'on leur a montré comment exprimer leur lait – ou qu'on leur a donné de l'information écrite à ce sujet – et qu'on leur a indiqué des endroits où elles pouvaient obtenir de l'aide si nécessaire. De ce même groupe, au moins 80 % de celles qui allaitent sont capables de démontrer comment placer correctement leur propre bébé et le mettre au sein.

Sur 5 mères choisies au hasard et dont le bébé est dans une unité de soins spécialisés, au moins 80 % d'entre elles confirment qu'elles ont reçu de l'assistance pour le démarrage de leur lactation et pour la maintenir par l'expression fréquente du lait maternel.

Sur 10 membres du personnel en service à la maternité et choisis au hasard, 80 % d'entre eux rapportent qu'ils enseignent aux mères une position adéquate et une prise correcte du sein, ainsi que des techniques d'expression manuelle du lait maternel. 80 % d'entre eux démontrent, avec une mère présente dans le service, une façon correcte d'enseigner une position adéquate et une prise correcte du sein. De plus, 80 % d'entre eux peuvent décrire une technique acceptable d'expression manuelle du lait maternel qu'ils enseignent aux mères.

CONDITION 6 – RÉSUMÉ

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.

Pendant au moins deux heures, observez les mères et les nourrissons dans les maternités. Pour tout bébé qui reçoit des aliments ou boissons autres que le lait maternel, demandez à la mère si elle allaite son bébé. Pour tout bébé allaité qui reçoit des aliments ou boissons autres

que le lait maternel, demandez-en la raison au personnel. Dans au moins 80 % des cas, il devrait y avoir des raisons médicales acceptables.

Aucune promotion d'aliments ou de boissons pour bébés – sauf le lait maternel – ne devrait être affichée ou distribuée aux mères, au personnel ou à d'autres personnes de l'établissement.

Pendant au moins une heure, observez les mères et les nourrissons dans les pouponnières des bébés bien-portants (s'il y a de telles salles). Pour tout bébé qui reçoit des aliments ou boissons autres que le lait maternel, demandez-en la raison au personnel. Dans au moins 80 % des cas, il devrait y avoir des raisons médicales acceptables, à moins que la mère refuse spécifiquement d'allaiter pour des raisons que l'hôpital ne peut pas contrôler.

Demandez à 15 mères choisies au hasard dans la maternité (dont 5 ayant accouché par césarienne) si leur bébé a reçu des aliments ou boissons autres que le lait maternel. L'infirmière en chef ou un autre membre du personnel devrait être en mesure de donner des raisons médicales acceptables dans les cas où un bébé allaité a reçu d'autres aliments ou boissons.

CONDITION 7 – RÉSUMÉ

7. Pratiquer la cohabitation – Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

Sur 15 mères choisies au hasard (dont 5 ayant accouché par césarienne) et dont le bébé est bien-portant, au moins 80 % d'entre elles rapportent qu'à partir de la naissance (ou à partir du moment où elles étaient en mesure de réagir à leur bébé, dans le cas d'une césarienne), leur nourrisson est resté dans la même chambre qu'elles jour et nuit, sauf pour des formalités de l'hôpital pouvant durer jusqu'à une heure.

Sur 10 mères qui ont eu un accouchement vaginal normal, 80 % d'entre elles confirment qu'elles n'ont pas été séparées de leur bébé pendant plus d'une heure depuis le début de leur cohabitation.

On devrait remarquer que toutes les mères en postpartum normal ont leur bébé avec elles, ou que le bébé a un lit d'enfant au chevet de sa mère, à moins que le bébé soit parti brièvement pour une formalité de l'hôpital ou qu'une séparation soit recommandée.

CONDITION 8 – RÉSUMÉ

8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

Sur 15 mères sélectionnées (dont 5 ayant accouché par césarienne) et qui ont un bébé bien-portant, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent rapportent qu'aucune restriction ne leur a été imposée quant à la fréquence ou à la durée des tétées de leur bébé. De plus, sur 15 mères,

au moins 80 % d'entre elles confirment qu'on leur a recommandé d'allaiter leur bébé chaque fois qu'il a faim ou aussi souvent qu'il souhaite téter, et qu'elles devraient réveiller leur bébé pour le faire téter s'il dort trop longtemps ou si leurs seins sont trop pleins.

L'infirmière en chef de la maternité confirme qu'aucune restriction n'est établie sur la fréquence ou la durée des tétées.

CONDITION 9 – RÉSUMÉ

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou suce.

Sur 15 mères en post-partum choisies au hasard (dont 5 ayant accouché par césarienne), au moins 80 % d'entre celles qui allaitent rapportent que, au meilleur de leur connaissance, leur nourrisson n'a pas été alimenté à l'aide d'un biberon avec une tétine artificielle et n'a pas reçu de suce.

L'infirmière en chef de la maternité rapporte que les nourrissons allaités ne reçoivent pas de suce ni de biberon avec une tétine artificielle. Lors des périodes d'observation de deux heures dans la maternité, on ne remarque pas plus de deux nourrissons allaités qui utilisent une suce ou une tétine artificielle, et aucun au cours de l'observation d'une heure dans la pouponnière des bébés bien-portants (s'il y en a une).

CONDITION 10 – RÉSUMÉ

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.

Sur 15 mères choisies au hasard (dont 5 ayant accouché par césarienne), au moins 80 % d'entre celles qui allaitent devraient confirmer qu'on a étudié leurs intentions sur l'alimentation du nourrisson après leur sortie de l'hôpital. Elles devraient aussi être capables de décrire une chose qui a été recommandée pour s'assurer qu'elles puissent être mises en liaison avec un groupe d'entraide à l'allaitement (si le soutien adéquat n'est pas disponible dans leur propre famille), ou rapporter que l'hôpital fournira un suivi de soutien à l'allaitement si nécessaire.

L'infirmière en chef de la maternité devrait être au courant des groupes d'entraide à l'allaitement présents localement et (s'il y en a) décrire au moins une des façons par lesquelles les mères sont adressées à ces groupes (par exemple à l'aide de matériel imprimé ou de conseils). Autrement, elle devrait être en mesure de décrire un système de suivi de soutien pour toutes les mères allaitantes après leur sortie de l'hôpital (par exemple une vérification précoce en postnatal ou en clinique de lactation, des visites à domicile, des appels téléphoniques).

