

# **Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA)**

**L'organisme national responsable de l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup> de l'OMS/UNICEF**



**Lignes directrices pour l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup> (IAB) de l'OMS/UNICEF au  
Canada**

---

**Les Dix conditions et les normes de pratique pour les hôpitaux Amis  
des bébés<sup>MC</sup>**

---

**23 Novembre, 2004**

**Condition 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 possède une politique d'allaitement écrite qui aborde chacune des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* et qui protège l'allaitement<sup>1</sup>.

Le gestionnaire principal de l'institution ou de la maternité est en mesure de localiser un exemplaire de la politique et de décrire comment les autres membres du personnel y sont conscientisés.

La politique est disponible de sorte que tous les membres du personnel fournissant des soins aux mères et aux bébés peuvent y référer. La politique d'allaitement intégrale est disponible pour consultation par les femmes et leur famille qui en font la demande.

La politique générale (un résumé de la politique complète) est affichée de façon visible dans toutes les salles de l'hôpital où des services sont dispensés aux mères, aux bébés ou aux enfants; particulièrement dans la maternité, les salles de soins aux bébés, les unités de soins spécialisés aux bébés et les services de soins prénataux. La politique générale est affichée dans les langues le plus souvent comprises par les clients et le personnel<sup>2</sup>.

**La politique**

- ❑ couvre chacun des 10 points en décrivant des pratiques qui :
  - ❑ sont mesurables en fonction des critères de chacune des *Dix conditions*, tel qu'exposé dans ces lignes directrices canadiennes;
  - ❑ protègent l'allaitement, le soutiennent et en font la promotion.
- ❑ indique clairement quel service de santé communautaire (SSC) agira comme point de contact initial pour les mères aux prises avec des difficultés d'allaitement courantes à leur sortie de l'hôpital;
- ❑ interdit :
  - ❑ la promotion des laits artificiels ou des substituts du lait maternel;
  - ❑ l'enseignement prénatal en groupe sur l'utilisation de substituts du lait maternel;
  - ❑ l'enseignement postnatal en groupe sur l'utilisation de substituts du lait maternel<sup>3</sup>.
- ❑ indique qu'il n'est pas permis d'accepter des séances de formation sur l'alimentation des nourrissons, des aliments, des cadeaux (incluant les stylos, les blocs-notes, les rubans à mesurer, etc.) et de la documentation provenant de compagnies dont les produits sont régis par le *Code*;
- ❑ prévoit que le matériel pédagogique devrait être impartial et ne devrait pas publiciser des

<sup>1</sup> La protection de l'allaitement réfère à la conformité avec les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) qui s'y rapportent.

<sup>2</sup> Conditionnellement aux lois québécoises relatives à la langue. Les CLSC n'afficheront pas tous la politique en français et en anglais.

<sup>3</sup> Dans un contexte de groupe mères-enfants, les questions et réponses générales sur l'alimentation des nourrissons sont prévues et bienvenues (comme l'allaitement à la demande déterminé par les signaux du bébé, l'augmentation de poids, les rots, etc.). Les questions se rapportant à la sélection ou aux propriétés d'un substitut du lait maternel en particulier, à sa préparation ou à son utilisation sont traitées de façon individuelle, en dehors du contexte de groupe.

- marques de commerce (comme par exemple en recommandant une seule marque de tire-lait);
- ❑ a été développée en consultation avec les utilisateurs du service et est mise à leur disposition;
  - ❑ comprend des dispositions et des moyens d'action pour les membres du personnel qui œuvrent à l'instauration d'une culture de l'allaitement dans la collectivité, en favorisant la collaboration avec d'autres organisations, telles que le personnel soignant (incluant les médecins), les groupes communautaires, les entreprises locales (par exemple pour qu'une salle d'allaitement soit fournie dans les centres commerciaux), les écoles et les médias (par exemple pour les activités de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel);
  - ❑ est révisée régulièrement et prévoit un mécanisme permettant de vérifier l'adhésion des employés à la politique d'allaitement.

La politique énonce les standards de soins minimaux. Chaque établissement est encouragé à s'efforcer de mettre en place les meilleures pratiques par des soins basés sur des données probantes. Là où ils existent, les protocoles sont exacts et sont basés sur des données probantes.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients fournit ce qui suit à l'équipe d'évaluation :

- ❑ une copie de la **politique écrite**, et une copie de la politique affichée et traduite, si la version traduite existe;
- ❑ la documentation démontrant que l'ensemble du personnel et des bénévoles fournissant des soins directs (prénataux et postnataux) aux mères et à leurs enfants ont été sensibilisés à la politique. Si applicable, le personnel administratif supérieur (comme le service des achats) a été sensibilisé aux dispositions du *Code*<sup>4</sup> et aux façons de s'y conformer. Les nouveaux membres du personnel devraient recevoir une copie de la politique au cours de leur accueil.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients :

- ❑ montre aux évaluateurs à quel endroit la politique est conservée pour que chaque membre du personnel puisse y référer facilement dans son secteur de travail;
- ❑ indique aux évaluateurs, lors de la tournée d'accueil, tous les secteurs et sites de l'hôpital où la politique est affichée (incluant tous les secteurs où des femmes enceintes ou allaitantes peuvent recevoir des soins ou des services);
- ❑ indique, s'il y a lieu, tous les endroits où des versions traduites de la politique sont affichées;
- ❑ décrit les méthodes utilisées pour vérifier l'adhésion des employés à la politique d'allaitement, comme par exemple l'évaluation annuelle des compétences des employés (soit par une autoévaluation tel que requis par certaines associations provinciales d'infirmières, par mentorat ou par d'autres moyens);
- ❑ indique quel groupe ou personne est responsable de surveiller les taux d'initiation et de durée de l'allaitement;
- ❑ indique quel groupe ou personne est responsable de développer des initiatives pour mettre l'allaitement en valeur et pour diffuser les résultats de recherches;
- ❑ décrit le processus de révision de la politique;
- ❑ expose de quelle façon les employées allaitantes reçoivent du soutien (par exemple, en prenant des dispositions donnant aux employées l'espace et le temps nécessaires pour prendre une pause d'allaitement ou pour utiliser un tire-lait);
- ❑ démontre l'aspect collaboratif du processus de développement de la politique (par exemple, à

<sup>4</sup> Le « Code » réfère au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1981 – et aux résolutions subséquentes de l'AMS qui s'y rapportent.

l'aide de la liste des membres du comité). Le développement de la politique devrait être multidisciplinaire, en faisant participer des clients, des représentantes de programmes locaux de soutien à l'allaitement (de mère à mère ou par des conseillères en allaitement), des médecins, des infirmières et des membres du personnel administratif.

**Les employés et les bénévoles** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) peuvent :

- identifier au moins 2 points dont il est question dans la politique de l'hôpital;
- indiquer une façon de protéger l'allaitement.

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

**Enseigner au personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique.**

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients rend compte que :

- ❑ **tous les membres du personnel qui travaillent auprès des mères, des bébés et des enfants** reçoivent de la formation sur la mise en œuvre de la politique d'allaitement et sont capables de décrire comment cette formation est donnée;
- ❑ **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. Les nouveaux employés sont sensibilisés à la politique dès leur embauche, et un calendrier de formation pour les 6 mois subséquents est établi à leur intention.

**La formation du personnel est adaptée aux tâches de chacun.** Pour les membres du personnel qui travaillent directement à l'évaluation de l'allaitement, à son soutien ou à d'autres interventions en allaitement, la formation doit couvrir les *Dix conditions*. Il est fortement recommandé d'offrir à ce groupe de personnes au moins 18 heures de formation (reprenant l'essentiel du contenu présenté dans le « cours de 18 heures » de l'UNICEF/OMS), dont 3 heures de pratique clinique supervisée.

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 est rendu disponible pour consultation. On doit aussi avoir un **calendrier** de formation des nouveaux employés.

**Les membres du personnel qui fournissent des soins directs** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ confirment qu'ils ont reçu la formation décrite ou, s'il s'agit d'employés embauchés depuis moins de 6 mois, qu'ils ont été sensibilisés à la politique d'allaitement;
- ❑ sont capables de répondre correctement à 4 questions sur 5 sur les soins en allaitement basés sur des données probantes (voir dans la Liste de vérification de l'*Initiative des amis des bébés<sup>smc</sup> (IAB)*: la section *Formation à l'allaitement pour le personnel, les médecins et les sages-femmes des hôpitaux et des services de santé communautaire (SSC)*, aux annexes 3, 4 et 5).

**ORIENTATION :**

Veillez noter que la Condition 1 requiert une sensibilisation à la politique d'allaitement. La Condition 2 requiert une sensibilisation aux rudiments de l'allaitement (c'est-à-dire aux compétences nécessaires pour mettre en application la politique).

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients fournit :

- ❑ les grandes lignes du contenu du **programme de sensibilisation** pour **tous** les professionnels de la santé en contact direct avec les mères et les enfants (dont les médecins faisant partie du personnel, s'il y a lieu), ce qui comprend :

- l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup> (les Dix conditions et le Plan en sept étapes);
- le Code de l'OMS et les résolutions subséquentes de l'AMS;
- les ressources disponibles pour le personnel et les parents;
- le rôle de chaque groupe du personnel dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement.
- de la documentation sur la présence des nouveaux membres du personnel aux programmes d'orientation à l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup>;
- une description du processus de collaboration prévu si des mères expriment des inquiétudes sur des renseignements contradictoires provenant de professionnels de la santé. Un tel processus pourrait être l'initiative de membres du personnel du SSC, de médecins ou de sages-femmes de la communauté, ou d'autres intervenants; il facilite le dialogue et le partage d'une information cohérente et actuelle.

### **FORMATION :**

Selon ce qui s'applique au rôle de chacun, les membres du personnel devraient être formés, et leurs compétences en allaitement devraient être mises à jour régulièrement. La priorité va à ceux qui sont responsables du soutien de *première ligne*. La formation différera selon le rôle de chaque professionnel de la santé.

**Les professionnels de la santé qui procurent des soins directs en allaitement aux femmes** doivent être en mesure de leur enseigner une position adéquate, une prise correcte du sein par le nouveau-né et l'expression manuelle du lait. Les infirmières, les conseillères en lactation et les nutritionnistes (s'il y a lieu) seront les premières responsables du soutien aux mères qui allaitent et de l'aide à leur apporter en cas de difficulté. **Celles qui offrent du soutien aux pairs, les travailleuses sociales et les bénévoles** qui fournissent une aide directe à l'allaitement doivent être en mesure d'enseigner une position adéquate, une prise correcte du sein par le nouveau-né et l'expression manuelle du lait. Dans la grande majorité des cas, ce genre d'enseignement devrait se faire sans intervention manuelle de la part de l'intervenant. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le personnel ou les bénévoles pourraient mettre le bébé au sein de la nouvelle mère.

**Les professionnels de la santé qui ne fournissent pas de soins directs en allaitement** devraient posséder une formation pertinente au niveau minimum requis, similaire à ce qui est exigé des médecins qui ne fournissent pas de soins directs en allaitement, et dont il sera question plus loin. Ces professionnels de la santé devraient :

- savoir que le *Code* protège les familles contre les pressions commerciales;
- savoir que l'IAB protège, promeut et soutient les familles allaitantes;
- être capables d'énumérer au moins 2 éléments de la politique d'allaitement de l'hôpital;
- être capables d'identifier les professionnels à qui on peut adresser des mères aux prises avec des difficultés d'allaitement, afin de leur fournir des soins directs en allaitement.

**Les autres membres du personnel** et les bénévoles qui sont en contact avec les femmes et les bébés, y compris le personnel de bureau et le personnel d'entretien et de nettoyage, devraient être bien sensibilisés à la politique d'allaitement.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients fournit :

- ❑ de la documentation sur la présence des membres du personnel aux **programmes de formation en allaitement**, tels que des programmes de formation continue, du mentorat clinique, des conférences, de la formation en ligne et des tables rondes;
- ❑ de la documentation sur le calendrier des programmes de formation en allaitement qui sont dispensés aux nouveaux membres du personnel dans les 6 mois suivant leur embauche;
- ❑ une description de la manière dont la formation est dispensée;
- ❑ une description de la méthode utilisée pour évaluer les compétences du personnel (cela peut se faire par autoévaluation, tel qu'exigé par certaines associations provinciales d'infirmières, par mentorat ou par d'autres méthodes);
- ❑ un exemplaire du **plan de cours ou des grandes lignes du programme de formation** sur l'allaitement et les soins à la dyade allaitante pour le personnel fournissant des soins directs en allaitement. Ce document :
  - ❑ couvre les *Dix conditions* et le *Plan en sept étapes* (ainsi que les *Lignes directrices pour l'IAB*, du CCA);
  - ❑ présente l'essentiel du contenu présenté dans le « cours de 18 heures » de l'UNICEF/OMS :
    - ❑ un programme d'au moins 18 heures est fortement recommandé;
    - ❑ de plus, on recommande vivement de prévoir 3 heures de **pratique clinique supervisée** et une liste de vérification des pratiques englobées dans les Conditions 3 à 10, ainsi qu'une évaluation des compétences dans ces pratiques.
  - ❑ prévoit des discussions sur les attitudes face à l'allaitement et les obstacles qui en résultent;
  - ❑ inclut des références de base.
- ❑ des preuves que les **médecins** (y compris les praticiens indépendants avec privilèges et ceux qui font partie du personnel, tant les résidents que les internes) qui fournissent des soins aux mères et aux enfants reçoivent de l'information sur le rôle du médecin dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement (et des preuves que cette information parvient aux praticiens indépendants, possiblement par un bulletin d'information de la direction de la santé publique, un comité de soins périnataux, des tables rondes sur le rôle du médecin, ou d'autre moyens encore). Le rôle du médecin comprend les actions suivantes :
  - ❑ discuter de l'allaitement lors des visites prénatales (voir le 3<sup>e</sup> point de la Condition 3);
  - ❑ discuter avec les mères des bienfaits de l'allaitement et du lait maternel (y compris le lait provenant de banques de lait maternel, si disponible)<sup>5</sup>, et des risques associés à l'alimentation artificielle (voir le 6<sup>e</sup> point de la Condition 4);
  - ❑ pratiquer de manière 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 conséquent, favoriser 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) (voir les points 4 et 7 de la Condition 3);
  - ❑ adresser les mères ayant des difficultés d'allaitement aux professionnels fournissant des soins directs en allaitement (voir les points 5 et 10 de la Condition 4);
  - ❑ comprendre les raisons médicales de fournir des suppléments (incluant l'information actuelle sur les médicaments et les femmes allaitantes) (voir le 6<sup>e</sup> point de la Condition 4) et savoir gérer des situations courantes (par exemple : un bébé réticent ou somnolent, une

---

<sup>5</sup> Présentement, il n'y a qu'une seule banque de lait maternel au Canada. Grâce à l'éducation et à une demande accrue pour le lait provenant de banques de lait maternel, on prévoit que d'autres banques de lait maternel seront constituées.

- jaunisse ou un cas d'hypoglycémie (voir le 5<sup>e</sup> point de la Condition 4);
- ❑ mettre en application le *Code international* de l'OMS et les résolutions subséquentes de l'AMS s'appliquant à la pratique des médecins (par exemple : ne pas distribuer de documentation des compagnies de laits artificiels ni d'échantillons de substituts du lait maternel aux mères, qu'elles nourrissent leur bébé au sein ou à l'aide de substituts du lait maternel) (voir les points 6 et 9 des Conditions 4 et 5);
- ❑ intégrer des façons de promouvoir et de soutenir l'allaitement à l'hôpital et dans son cabinet (voir le 10<sup>e</sup> point de la Condition 7).

**Les membres du personnel et les professionnels de la santé qui fournissent des soins directs en allaitement** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ confirment qu'ils ont reçu la formation décrite ou, s'il s'agit d'employés embauchés depuis moins de 6 mois, qu'ils ont été sensibilisés à la politique d'allaitement et à la gestion de la lactation;
- ❑ sont capables de répondre correctement à 4 questions sur 5 sur les soins en allaitement et les raisons médicales de fournir des suppléments;
- ❑ sont en mesure de démontrer qu'ils enseignent efficacement les positions et la prise du sein par le bébé;
- ❑ sont capables de décrire une façon efficace d'exprimer manuellement le lait maternel.

**Tous les médecins du groupe échantillon précédent qui n'ont pas à enseigner les positions et la prise du sein efficace ni la façon d'exprimer manuellement du lait maternel :**

- ❑ confirment qu'ils ont reçu la formation décrite ou, s'ils font partie du personnel depuis moins de 6 mois, qu'ils ont été sensibilisés à la politique d'allaitement et à la gestion de la lactation;
- ❑ sont capables de répondre correctement à 4 questions sur 5 sur les soins en allaitement et les raisons médicales de fournir des suppléments;
- ❑ savent que le *Code* protège les familles contre les pressions commerciales;
- ❑ savent que l'IAB protège, promeut et soutient les familles allaitantes;
- ❑ sont capables d'identifier les professionnels à qui on peut adresser les mères aux prises avec des difficultés d'allaitement, afin de leur fournir des soins directs en allaitement.

**Les membres du personnel qui ne fournissent pas de soins directs en allaitement** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ savent que le *Code* protège les familles contre les pressions commerciales;
- ❑ savent que l'IAB protège, promeut et soutient les familles allaitantes;
- ❑ sont capables d'énumérer au moins 2 éléments de la politique d'allaitement de l'hôpital;
- ❑ sont capables d'identifier à qui on peut adresser les mères aux prises avec des difficultés d'allaitement, afin de leur fournir des soins directs en allaitement.

**Veillez référer aux annexes pour consulter la Liste de vérification de l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup> :**

- ❑ *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.*

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

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients rapporte qu'au moins 80 % des utilisatrices du SSC reçoivent des conseils en allaitement. S'il n'y a pas de clinique ou de service prénatal sur place, les liens avec les programmes prénataux de la communauté devraient être documentés. Les femmes hospitalisées en prénatal pendant plus de 48 heures devraient recevoir de l'information sur l'allaitement.

On devrait rendre disponible une **description écrite** des exigences minimales d'éducation prénatale. Les discussions prénatales devraient porter sur l'importance de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois, les bienfaits de l'allaitement, les dangers de ne pas allaiter, les risques de l'alimentation artificielle, les signaux du bébé pour téter, ainsi que sur les principes de base de la gestion de l'allaitement, ce qui comprend la valeur de la cohabitation 24 heures sur 24, le contact peau à peau précoce et l'allaitement à la demande du bébé.

**Les femmes enceintes** qui ont au moins 32 semaines de grossesse et qui utilisent le service prénatal (au moins 80 % d'entre elles dans un échantillon pris au hasard) :

- confirment qu'on a parlé avec elles des bienfaits de l'allaitement;
- peuvent énumérer au moins 2 bienfaits de l'allaitement et 3 thèmes se rapportant à la gestion de l'allaitement;
- confirment qu'elles n'ont pas reçu de formation en groupe sur l'utilisation de substituts du lait maternel.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients fournit :

- un plan écrit du cours prénatal, faisant état :
  - de l'importance de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois, et de la poursuite de l'allaitement après 6 mois;
  - des bienfaits de l'allaitement et du lait maternel, ainsi que de l'information sur les banques de lait maternel;
  - des risques associés à l'utilisation de substituts du lait maternel;
  - de la gestion de base de l'allaitement (voir les points 4 à 10 de la Condition 4);
  - des bienfaits du contact peau à peau (y compris le contact peau à peau pour les prématurés).
- un registre indiquant que de la formation en groupe et des occasions de discussion individuelle sont offertes aux femmes enceintes et aux familles qui utilisent ces services (il est utile d'établir une liste de vérification individuelle des sujets à couvrir);
- des échantillons de l'ensemble du matériel pédagogique écrit mis à la disposition des femmes; il s'agit de matériel actuel, juste et distinct de l'information sur les substituts du lait maternel.

**Le matériel pédagogique** pour les femmes enceintes et les familles fournit de l'information précise et aborde spécifiquement :

- les principes de base de l'allaitement :
  - les positions et la prise du sein (voir le feuillet de formation en annexe);

- ❑ l'expression manuelle du lait maternel;
- ❑ l'allaitement à la demande déterminé par les signaux du bébé;
- ❑ les comportements alimentaires prévisibles (fréquence des tétées, nombre de couches mouillées);
- ❑ les bienfaits du contact peau à peau, surtout pour les prématurés;
- ❑ l'allaitement exclusif, recommandé pendant les 6 premiers mois.
- ❑ le soutien à l'allaitement :
  - ❑ le suivi par des professionnels de la communauté;
  - ❑ les groupes d'entraide à l'allaitement.
- ❑ les droits du travail pour la femme enceinte ou allaitante (les aménagements en milieu de travail prévus pour les femmes qui allaitent).

Ce matériel pédagogique :

- ❑ est offert dans les langues parlées par la clientèle;
- ❑ est révisé régulièrement;
- ❑ offre des représentations ou des images claires;
- ❑ reconnaît les auteurs originaux.

Ce matériel pédagogique :

- ❑ n'encourage pas l'utilisation de substituts du lait maternel ou d'autres produits visés par le *Code*;
- ❑ n'est pas produit par des compagnies dont les produits sont régis par le *Code*.

**Le matériel imprimé** (les brochures, les prospectus, les guides et les livres présentant de l'information générale sur la grossesse, l'éducation des enfants, leur alimentation et les soins à leur donner) ne devrait pas être remis aux femmes à l'étape prénatale s'il contient de l'information sur la préparation de substituts du lait maternel. Cette information devrait être fournie dans un document distinct, et ce, uniquement aux femmes qui ont choisi de ne pas allaiter en toute connaissance de cause.

On rendra disponible **aux femmes qui ont choisi de ne pas allaiter en toute connaissance de cause, et à leur famille**, du matériel écrit sur la préparation de substituts du lait maternel. Ce matériel sera :

- ❑ actuel, approprié et distinct du matériel informatif sur l'allaitement;
- ❑ exempt de matériel promotionnel qui ne respecte pas le *Code*.

**Note : l'information requise pour prendre une décision éclairée comprend :**

- ❑ les avantages de l'allaitement pour le bébé, la mère, la famille et la collectivité;
- ❑ les problèmes pour la santé du bébé et de la mère liés au choix de ne pas allaiter;
- ❑ les dangers et les coûts associés aux substituts du lait maternel;
- ❑ la compatibilité de la contraception avec l'allaitement, incluant la méthode MAMA, c'est-à-dire la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée due à la lactation;
- ❑ les *Dix conditions* et le *Plan en sept étapes*;
- ❑ le droit pour les femmes à l'accommodation que le lieu de travail doit offrir durant la grossesse et l'allaitement;

- ❑ la difficulté de revenir en arrière une fois qu'on a décidé de cesser l'allaitement (pour plus d'information, voir à la page 24 du Guide de mise en œuvre de l'IAB dans les services de santé communautaire).

**Les femmes enceintes** qui ont au moins 32 semaines de grossesse et qui utilisent le service prénatal (au moins 80 % d'entre elles dans un échantillon pris au hasard) confirment que :

- ❑ elles ont eu suffisamment d'occasions de discuter avec du personnel qualifié de leur choix pour le mode d'alimentation de leur bébé;
- ❑ on a discuté avec elles des avantages de l'allaitement et elles sont en mesure d'énumérer au moins 2 avantages parmi les aspects suivants :
  - ❑ la nutrition des nourrissons;
  - ❑ le lien mère-enfant;
  - ❑ la protection – incluant le rôle du colostrum comme seule nourriture requise initialement;
  - ❑ la santé de la mère.
- ❑ elles n'ont pas reçu de formation en groupe sur l'utilisation de substituts du lait maternel.

**Ces mêmes femmes** sont en mesure de décrire :

- ❑ au moins 2 des points suivants sur la pratique de l'allaitement :
  - ❑ la valeur de la cohabitation 24 heures par jour;
  - ❑ l'importance du contact peau à peau;
  - ❑ la manière de s'assurer d'une production adéquate de lait;
  - ❑ l'importance de l'allaitement à la demande du bébé, ce qui comprend l'allaitement déterminé par les signaux du bébé;
  - ❑ les positions et la prise du sein adéquate;
  - ❑ l'expression manuelle du lait maternel;
  - ❑ les signes d'un allaitement réussi (comment savoir que le bébé progresse bien). *[Les éléments principaux étant que le mamelon est exempt de douleur ou de traumatisme; le mamelon n'est pas aplati après une tétée; divers facteurs indiquent que la position du bébé est adéquate; on remarque une succion cadencée, accompagnée d'une inspiration sonore des narines; le bébé est satisfait au terme de la tétée; en 24 heures, on compte au moins 8 tétées; le bébé mouille de 6 à 8 couches et fait de 2 à 5 selles chaque 24 heures (âge approprié : les 6 premières semaines); la fontanelle n'est pas creuse; la peau est élastique et les muqueuses buccales sont humides; pendant les 3 premiers mois, on remarque un gain de poids de 120 à 240 grammes par semaine (4 à 8 onces par semaine).]*

**Des observations** dans tous les secteurs de l'hôpital, incluant les secteurs utilisés par les femmes enceintes et leur famille, confirment qu'il ne s'y trouve pas de matériel promotionnel non conforme au *Code*.

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

Les bébés sont placés **peau à peau** avec leur mère<sup>6</sup>. Un environnement tranquille et un contact cutané illimité favorisent le succès de la première tétée. Les mères sont encouragées à allaiter en réponse aux signaux de leur bébé.

**Les mères** présentes à la maternité (au moins 80 % d'entre elles dans un échantillon pris au hasard) devraient confirmer que, dans la demi-heure (ou l'heure dans le cas d'une césarienne) qui suit la naissance, elles ont reçu leur bébé, ont pu le prendre, avoir un contact peau à peau d'au moins 30 minutes, et un membre du personnel leur a offert de l'aide pour commencer l'allaitement.

Des **observations** d'accouchements (jusqu'à 10 d'entre eux) dans la salle d'accouchement ou la chambre de naissance confirment cette pratique.

**Les mères reçoivent leur bébé pour le prendre immédiatement après la naissance, avec un contact peau à peau, pendant au moins 30 minutes :**

**Les mères** (au moins 80 % d'entre celles qui allaitent, dans un échantillon pris au hasard incluant celles qui ont accouché par césarienne) **indiquent qu'elles ont reçu leur bébé pour le prendre immédiatement après la naissance** (une urgence médicale, telle que définie par le médecin sur place, retarde cette étape) :

- ❑ le fait de placer le nouveau-né sur l'abdomen de la mère représente la première occasion d'un contact peau à peau. Le personnel peut soutenir cette pratique en utilisant un langage positif (par exemple, si l'on dit qu'il faut « nettoyer le bébé », cela suggère qu'il est sale);
- ❑ pour les naissances par césarienne, une anesthésie épidurale favorise un contact peau à peau rapide entre la mère et son nourrisson, afin de commencer l'allaitement. La façon de placer le bébé de peau à peau et l'assistance au démarrage de l'allaitement sont les mêmes que ce qui a été décrit précédemment pour les bébés nés par accouchement vaginal;
- ❑ si des procédures comme une réanimation sont nécessaires, on retourne le bébé à la mère et on le place de peau à peau aussitôt que son état s'est stabilisé;
- ❑ d'autres procédures, comme la pesée, sont reportées jusqu'à ce que la première tétée soit complétée;
- ❑ l'environnement devrait être tranquille, afin de permettre aux mères de terminer le contact peau à peau quand elles le désirent. C'est la responsabilité du personnel de soutenir les mères et de les encourager à tenir leur bébé en contact peau à peau pendant de longues périodes;
- ❑ si une mère termine le contact peau à peau avant 30 minutes, l'hôpital n'est pas pénalisé. L'évaluateur vérifiera si la mère avait été pleinement informée de cet aspect;
- ❑ si on doit transférer une mère dans un autre secteur avant que le bébé n'ait complété sa première tétée ou que la mère n'ait manifesté son désir de terminer le contact peau à peau, le transfert devrait se faire par civière ou chaise roulante en maintenant le contact peau à peau.

**Les mères relatent que, dans la première heure suivant la naissance, on leur a offert de**

<sup>6</sup> Peau à peau signifie que le bébé nu est essuyé dès sa naissance, puis déposé sur la poitrine nue de sa mère. Une couverture chaude peut être placée par-dessus eux.

**l'aide pour mettre leur bébé au sein :**

- commencer l'allaitement ne veut pas dire qu'il faut forcer le bébé à téter;
- il est possible que la première tétée n'ait pas lieu dans la demi-heure suivant la naissance, mais elle survient habituellement dans les deux premières heures. Cela souligne la pertinence d'éviter de séparer la mère et le bébé après la naissance, afin que l'allaitement puisse être l'initiative du bébé.

**Lors des observations dans les chambres de naissance, on peut constater ces pratiques.**

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

**Les mères en post-partum** (dans un échantillon pris au hasard, au moins 80 % d'entre toutes les mères, incluant celles qui ont accouché par césarienne) rapportent que :

- le personnel infirmier a offert de l'aide additionnelle en allaitement au plus tard 6 heures après l'accouchement.

Ces mères (au moins 80 % de celles qui allaitent) :

- démontrent comment placer correctement leur propre bébé et le mettre au sein;
- rapportent 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.

**Les mères dont le bébé est dans une unité de soins spécialisés** (au moins 80 % d'entre elles dans un échantillon pris au hasard), lorsque cela s'applique, confirment qu'elles ont reçu :

- de l'assistance pour le démarrage de l'allaitement au plus tard 6 heures après l'accouchement;
- de la formation sur la façon de maintenir la lactation par l'expression fréquente du lait maternel.

**Les membres du personnel en service à la maternité** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- rapportent qu'ils enseignent aux mères les positions et la prise du sein;
- rapportent qu'ils enseignent aux mères des techniques d'expression manuelle du lait maternel;
- démontrent, avec une mère présente dans le service, une façon correcte d'enseigner une position et la prise adéquate du sein;
- décrivent une technique acceptable d'expression manuelle du lait maternel qu'ils enseignent aux mères.

Cette étape englobe les deux circonstances suivantes :

- I. le démarrage et la poursuite de l'allaitement pour les nourrissons qui cohabitent avec leur mère;
- II. le démarrage et le maintien de la production de lait si la mère et le bébé sont séparés.

## **I. LE DÉMARRAGE ET LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT**

**Après la tétée initiale (ou la première tentative), toutes les mères reçoivent davantage d'assistance pour le démarrage de l'allaitement, et ce, au cours des 6 heures suivant l'accouchement.**

**Les mères et les familles :**

- reçoivent une assistance opportune et des conseils préventifs en allaitement;
- comprennent ce qu'est l'allaitement à la demande.

**Le personnel :**

- qui possède des connaissances et des compétences en allaitement est disponible en tout

temps;

- ❑ évalue régulièrement que l'allaitement est efficace et que le bébé est bien hydraté et boit suffisamment de lait maternel;
- ❑ enseigne efficacement aux mères les positions du bébé et la prise adéquate du sein, ainsi que l'expression manuelle du lait maternel.

**Le congé précoce de l'hôpital** (avant le début de la production de lait) est une pratique courante dans beaucoup d'hôpitaux au Canada. Dans les cas de retour rapide à la maison :

- ❑ des professionnels des SSC fournissent une partie de la formation requise pour démarrer l'allaitement;
- ❑ un système officiel et fiable est en place pour communiquer les progrès de la mère allaitante au personnel en santé communautaire, au moment où elle passe de l'hôpital à la communauté;
- ❑ les familles avec des problèmes d'allaitement non résolus sortent de l'hôpital avec un plan écrit qui soutient leurs objectifs en matière d'allaitement. Ces familles savent de quelle manière se fera le suivi avec le personnel soignant ou le service de soins de santé après leur sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance; toutes les mères sont au courant de l'aide disponible en allaitement et peuvent y accéder en moins de 48 heures;
- ❑ les mères et les familles connaissent les signes indiquant que le nourrisson tète bien, et savent dans quels cas demander de l'aide.

Comme le but est que les mères soient autonomes pour mettre leur bébé au sein, il importe de demander la permission de toucher la mère ou le bébé et, dans la mesure du possible, de prendre une approche de *non-intervention*. Une approche *interventionniste*, où on aide la mère à mettre le bébé au sein en la touchant, ne sera utilisée que sur permission et dans les cas où une aide additionnelle est nécessaire.

**Les membres du personnel du SSC qui fournissent des soins directs** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ seront observés en train d'enseigner efficacement aux mères les positions du bébé et la prise adéquate du sein;
- ❑ seront observés en train d'enseigner efficacement comment exprimer manuellement le lait maternel;
- ❑ s'assurent que les mères sont capables d'évaluer que le bébé est bien hydraté et boit suffisamment de lait maternel;
- ❑ discutent des progrès en allaitement à chaque contact avec les mères, à moins qu'une urgence médicale ou autre ne passe avant (une vérification rapide permet de déterminer si tout se passe bien et peut renforcer la volonté des membres du personnel d'offrir de l'information et de l'aide contribuant à la réussite de l'allaitement).

**Les mères** (au moins 80 % d'entre celles qui allaitent dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ confirment que de **l'assistance additionnelle en allaitement** leur a été fournie par le personnel infirmier dans les 6 heures suivant l'accouchement; les préoccupations les plus courantes étant la position du bébé, sa prise du sein, l'importance du contact peau à peau ou d'autres comportements typiques du nourrisson;

- ❑ affirment qu'elles ont reçu une aide appropriée de la part du personnel en ce qui concerne **les positions et la prise adéquate du sein**;
- ❑ peuvent démontrer une position et la prise adéquate du sein, soit lorsque :
  - ❑ le corps du bébé est aligné près de la mère et lui fait face, sans être encombré par des couvertures ou autre chose;
  - ❑ la bouche du bébé est grande ouverte;
  - ❑ le menton du bébé touche le sein;
  - ❑ la majeure partie de l'aréole sous le mamelon est dans la bouche du bébé (ce qui implique que la bouche est décentrée et que la mâchoire inférieure couvre davantage de telle façon que le mamelon est haut dans la bouche du bébé);
  - ❑ les joues du bébé sont pleines et il n'y a pas de creusage de fossettes apparent;
  - ❑ le bébé se met à téter en salves cadencées;
  - ❑ les mamelons ne sont pas aplatis après la tétée;
  - ❑ la main de la mère soutient le cou et les épaules du bébé (sans pousser la tête du bébé sur le sein).
- ❑ peuvent décrire une manière efficace d'**exprimer manuellement** le lait maternel, et ce, avant leur sortie de l'hôpital; ou encore ces mères ont de l'information écrite détaillée sur l'expression manuelle, sur l'utilisation d'un tire-lait et sur la conservation et la manipulation du lait maternel. L'information devrait être exacte, utile et adaptée aux lectrices ciblées;
- ❑ confirment que **si leur bébé était incapable de téter**, on leur a appris, au plus tard 6 heures après l'accouchement, comment exprimer le lait maternel et on les a encouragées à le faire de 6 à 8 fois par période de 24 heures. L'expression manuelle est souvent plus efficace qu'un pompage mécanique pour exprimer le colostrum, surtout dans les 24 premières heures;
- ❑ rapportent que, si **elles sortent de l'hôpital avant le début de l'allaitement**, elles savent de quelle façon elles recevront de l'aide additionnelle de la communauté.

## II. LE DÉMARRAGE ET LE MAINTIEN DE LA PRODUCTION DE LAIT SI LA MÈRE ET LE BÉBÉ SONT SÉPARÉS

### **Le démarrage et le maintien de la production de lait si la mère et le bébé sont séparés :**

- ❑ les mères qui ont été ou qui sont séparées de leur bébé devraient recevoir du soutien et de l'information additionnels sur le début de l'allaitement de leur bébé. Les mères dont le bébé est malade vivent un grand stress et ont besoin de soutien à l'hôpital et dans la communauté;
- ❑ on devrait montrer aux mères dont le bébé est dans une **unité de soins spécialisés** comment démarrer la production de lait et comment la maintenir en exprimant souvent leur lait – au moins de 6 à 8 fois par période de 24 heures. Elles doivent aussi savoir comment conserver le lait maternel, où se procurer l'équipement nécessaire et comment le nettoyer.

### **Les mères allaitantes savent :**

- ❑ comment exprimer manuellement le lait maternel et comment le conserver;
- ❑ comment entretenir leur production de lait lorsqu'elles sont séparées de leur nourrisson, qu'elles sont malades, au travail ou à l'école.

### **Le personnel :**

- ❑ enseigne une manière efficace d'exprimer manuellement le lait maternel;
- ❑ décrit la façon adéquate de conserver et de manipuler le lait maternel;
- ❑ décrit comment entretenir la production de lait lorsque la mère et le bébé sont séparés.

**Les mères** (au moins 80 % d'entre celles qui allaitent dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ confirment que **si leur bébé était incapable de téter**, on leur a appris comment exprimer le colostrum, au plus tard 6 heures après l'accouchement, et qu'on les a encouragées à exprimer le lait maternel de 6 à 8 fois par période de 24 heures. L'expression manuelle est souvent plus efficace qu'un pompage mécanique pour exprimer le colostrum, surtout dans les 24 premières heures;
- ❑ peuvent décrire une manière efficace d'**exprimer manuellement** le lait maternel, et ce, avant leur sortie de l'hôpital; ou encore ces mères ont de l'information écrite sur l'expression manuelle, sur l'utilisation d'un tire-lait et sur la conservation et la manipulation du lait maternel. L'information devrait être exacte, utile et adaptée aux lectrices ciblées;
- ❑ rapportent avoir reçu l'information appropriée sur la façon d'entretenir leur production de lait lorsqu'elles sont séparées de leur nourrisson, qu'elles sont malades, au travail ou à l'école.

**Les membres du personnel** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ affirment qu'ils apprennent aux mères comment exprimer manuellement le lait maternel;
- ❑ sont capables de décrire une technique adéquate d'expression manuelle du lait maternel;
- ❑ peuvent décrire la façon adéquate de conserver et de manipuler le lait maternel exprimé manuellement;
- ❑ peuvent identifier les tire-laits efficaces et appropriés;
- ❑ facilitent l'accès aux tire-laits efficaces pour l'utilisation à la maison;
- ❑ peuvent relater l'information fournie aux mères au sujet du maintien de leur production de lait lorsqu'elles sont séparées de leur bébé, qu'elles sont malades, au travail ou à l'école.

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

**Les mères en post-partum** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) confirment que leur bébé n'a pas reçu d'aliment ou de boisson autre que le lait maternel pendant qu'il était à l'hôpital.

Au cours des **observations**, pour tout **bébé allaité de moins de 6 mois** et en santé qui reçoit des aliments ou boissons autres que le lait maternel, on en demandera la raison à la mère et au personnel (les dyades non allaitantes sont identifiées). Lorsque le personnel a recommandé des suppléments pour des bébés allaités, une raison médicale acceptable sera donnée dans au moins 80 % des cas.

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.

On passera en revue les ententes d'achats de préparations commerciales pour nourrissons, de préparations spécialisées et de fortifiants utilisés à l'hôpital, y compris en pédiatrie et dans les unités de soins spéciaux.

**Les mères en post-partum** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) confirment :

- ❑ que leur bébé n'a pas reçu d'aliment ou de boisson autre que le lait maternel pendant qu'il était à l'hôpital;
- ❑ qu'on leur a conseillé de ne pas nourrir leur bébé avec des aliments ou boissons autres que le lait maternel pendant les 6 premiers mois environ, sauf sur indication médicale;
- ❑ qu'elles ont reçu de l'information qui les aide à prendre des décisions éclairées sur l'utilisation de substituts du lait maternel, sur l'utilisation de sucres ou de tétines, et sur la difficulté de renverser la décision de ne pas allaiter;
- ❑ que l'allaitement est recommandé pour les 2 premières années et au-delà, avec l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois suivant la naissance.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients :

- ❑ décrit les raisons médicales acceptables lorsque des bébés allaités reçoivent d'autres aliments ou boissons;
- ❑ confirme que des infirmières évaluent l'allaitement et que, pour tout nourrisson allaité recevant des suppléments, les courbes de croissance doivent inclure de la documentation sur les raisons médicales justifiant cet apport de suppléments;
- ❑ confirme que les taux de suppléments administrés aux bébés allaités sont vérifiés régulièrement sur les aspects des quantités données et des raisons de l'apport de suppléments;
- ❑ confirme que les mères reçoivent de l'information qui les aide à prendre des décisions éclairées sur l'utilisation de substituts du lait maternel, sur l'utilisation de sucres ou de tétines, et sur la difficulté de renverser la décision de ne pas allaiter;
- ❑ confirme que l'allaitement est recommandé pour les 2 premières années et au-delà, avec l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois suivant la naissance;

- ❑ confirme qu'aucun membre du personnel ou bénévole ne distribue de substituts du lait maternel, de produits ou d'articles promotionnels régis par le *Code*.

**Les membres du personnel qui fournissent des soins directs en allaitement** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ comprennent clairement les raisons médicales pour lesquelles des suppléments sont requis (voir *Les raisons médicales acceptables pour le recours aux suppléments*, à la page 19<sup>7</sup>);
- ❑ chaque fois qu'il est possible de le faire, recommandent de compléter l'alimentation avec le lait maternel de la mère, ou avec du lait maternel provenant d'une donneuse (là où c'est disponible);
- ❑ documentent les éléments justificatifs lorsque des suppléments ont été recommandés, y compris les raisons médicales et une preuve du consentement des parents;
- ❑ aident efficacement les mères allaitantes ayant un bébé difficile en les encourageant à offrir des tétées plus fréquentes et plus efficaces, à mettre le bébé en peau à peau, à le bercer et à le porter;
- ❑ sont capables d'énoncer les bénéfices associés à l'allaitement exclusif<sup>8</sup> au cours des 6 premiers mois (voir la définition à la page 21), les bienfaits de la poursuite de l'allaitement pendant les 2 premières années et au-delà, ainsi que les risques encourus en complétant l'allaitement avec des laits artificiels;
- ❑ informent les mères des bénéfices et des risques évoqués précédemment, en s'assurant que les familles prennent des décisions éclairées. (Les évaluateurs de l'IAB ne pénaliseront pas les hôpitaux ou les services de santé communautaire lorsque des familles ont pris des décisions vraiment éclairées d'utiliser des suppléments);
- ❑ ne distribuent pas de substituts du lait maternel, de produits ou d'articles promotionnels couverts par le *Code*.

**Les membres du personnel et les bénévoles qui ne fournissent pas de soins directs en allaitement :**

- ❑ ne distribuent pas de substituts du lait maternel, de produits ou d'articles promotionnels couverts par le *Code*.

**Les OBSERVATIONS** des évaluateurs de l'IAB se déroulent sur une période d'au moins 2 heures. Les évaluateurs observeront constamment ce qui les entoure, par exemple au cours des entretiens du personnel avec les mères, dans les maternités (là où c'est applicable) et dans les salles communes du site, y compris les boutiques de cadeaux et les espaces d'entreposage.

- ❑ **Pour les bébés en santé et à terme qui reçoivent des aliments ou boissons autres que le lait maternel** (des suppléments) :
  - ❑ les mères allaitantes et les bébés allaités sont identifiés;
  - ❑ on demande aux mères et au personnel d'indiquer pourquoi les bébés allaités reçoivent des suppléments :
    - ❑ la mère a pris la décision éclairée d'utiliser un supplément;

<sup>7</sup> Correct for the actual page number when French document layout is completed.

<sup>8</sup> Voir la définition de l'allaitement exclusif à la page xxx.

- une raison médicale acceptable est notée dans le dossier dans au moins 80 % des cas où le personnel a recommandé un apport de suppléments pour des bébés allaités.
- **Séparation de la mère et du bébé :**
  - afin de faciliter l'allaitement exclusif, les bébés devraient rester avec leur mère. Les évaluateurs porteront beaucoup d'attention à tout bébé qui ne sera pas avec sa mère;
  - si le bébé est séparé de sa mère pour des raisons médicales, la durée de la séparation doit être la plus courte possible. Là où il est possible de le faire, lorsqu'un bébé séparé de sa mère manifeste des signes qu'il veut téter, il est retourné à sa mère.
- **Lors des observations**, les évaluateurs de l'IAB vérifient que :
  - on ne fait pas la promotion, l'affichage ni la distribution auprès des mères et du personnel de substituts du lait maternel, de biberons, de tétines ou de sucres;
  - le matériel didactique destiné aux patientes – incluant les affiches, les calendriers, les vidéos et les feuillets éducatifs – devrait être exempt de mentions commerciales relatives à des substituts du lait maternel, des biberons, des tétines ou des sucres;
  - l'équipement – incluant les graphiques de courbes de croissance, les fournitures de bureau et les rubans à mesurer – est exempt de mentions commerciales;
  - l'allaitement est bienvenu dans toutes les salles publiques.

#### **L'achat de laits artificiels, de laits spécialisés et de fortifiants utilisés à l'hôpital :**

Les évaluateurs de l'IAB examineront les ententes d'achats de laits artificiels, de laits spécialisés et de fortifiants utilisés à l'hôpital, y compris en pédiatrie et dans les unités de soins spéciaux, afin de confirmer que l'hôpital :

- ne fait pas la promotion de produits couverts par le *Code*;
- ne tire pas profit, d'une manière pouvant influencer les soins, d'un contrat avec une compagnie dont les produits sont visés par le *Code*.

Un examen des factures et des entretiens avec l'acheteur devraient confirmer que :

- les substituts du lait maternel et les produits pour l'alimentation au biberon sont achetés de la même manière que les autres produits pharmaceutiques (pas moins que l'escompte standard ou 80 % du prix coûtant);
- les quantités achetées sont réalistes et correspondent à la faible consommation anticipée de laits artificiels;
- les contrats d'achat de laits artificiels ne sont liés à aucun arrangement d'approvisionnement gratuit ou à bas prix, ni à aucun remboursement sur les contrats des concurrents.

### **Les raisons médicales acceptables pour recourir aux suppléments<sup>9</sup>**

Quelques indications médicales dans une maternité peuvent impliquer que l'on donne à certains nourrissons en particulier des liquides ou des aliments en plus du lait maternel ou à la place de ce dernier.

On assume que les bébés sévèrement malades, ceux qui ont besoin d'une chirurgie et ceux qui sont nés avec un poids très faible se trouveront dans une unité de soins spécialisés. On décidera au cas par cas de l'alimentation de chacun, selon leurs besoins nutritionnels et leurs capacités fonctionnelles spécifiques; toutefois, l'allaitement est recommandé dans tous les cas possibles. Parmi ces nourrissons dans une unité de soins spécialisés, on retrouvera probablement :

- ❑ des nourrissons avec un poids très faible à la naissance (moins de 1500 grammes) ou qui sont nés avant 32 semaines de gestation;
- ❑ des nourrissons présentant une grande hypotrophie avec un fort risque d'hypoglycémie sévère ou qui ont besoin de traitements pour l'hypoglycémie, et dont l'état ne s'améliore pas par des tétées plus nombreuses ou par l'absorption de lait maternel additionnel.

Pour les bébés qui sont en assez bonne santé pour être avec leur mère à la maternité, il n'y a que très peu d'indications pour des suppléments. Afin d'évaluer si un établissement utilise de manière inappropriée des boissons ou des aliments artificiels, on s'attend à ce que chaque nourrisson qui reçoit des suppléments ait été diagnostiqué comme :

- ❑ un nourrisson dont la mère est gravement malade (par exemple aux prises avec une psychose, une éclampsie ou un choc);
- ❑ un nourrisson présentant des défauts congénitaux du métabolisme (par exemple une galactosémie, une phénylcétonurie ou une leucinose);
- ❑ un nourrisson subissant une déshydratation aiguë, par exemple lors d'une photothérapie pour traiter un ictère, si un allaitement plus intensif ne permet pas de fournir une hydratation adéquate;
- ❑ un nourrisson dont la mère prend des médicaments qui sont contre-indiqués lorsqu'on allaite (par exemple des médicaments cytotoxiques ou radioactifs, ou des médicaments anti-thyroïdiens autres que le propylthiouracil).

Lorsque l'allaitement doit être différé ou interrompu temporairement, les mères devraient recevoir de l'aide pour rétablir ou maintenir leur production de lait, par exemple en exprimant leur lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, en prévision du moment où l'allaitement pourra débiter ou reprendre.

Autre cas où l'on pourrait administrer des suppléments :

- ❑ les nourrissons qui n'ont pas repris leur poids à la naissance après 2 ou 3 semaines ou qui ne prennent pas suffisamment de poids, lorsqu'un allaitement plus intensif ne permet pas de fournir un apport alimentaire adéquat.

**L'allaitement exclusif est défini** comme suit dans le Guide canadien de mise en œuvre 2002 de l'Initiative des amis des bébés<sup>MC</sup> (IAB) dans les services de santé communautaires :

Aucun aliment ni boisson autre que le lait maternel, pas même de l'eau, n'est donné au nourrisson par la mère biologique, le personnel soignant, les membres de la famille ou les amis, à l'exception des médicaments et des gouttes de vitamines ou de sels minéraux (adapté de OMS et UNICEF,

<sup>9</sup> De l'annexe au document *Global Criteria for Baby Friendly Hospitals* [UNICEF, 1992].

2001).

(Définitions de l'allaitement : une annexe sera ajoutée lorsqu'elle aura été approuvée par le CCA.)

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

On devrait remarquer que les mères en post-partum partagent leur lit avec leur bébé, ou que le bébé a un lit d'enfant au chevet de sa mère, à moins qu'une séparation soit nécessaire pour raison médicale. On encourage un membre de la famille ou un ami de la mère à rester (y compris la nuit) et à la soutenir au cours de son séjour à l'hôpital.

**Les mères dont le bébé n'est pas dans une unité de soins spécialisés** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) 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 anesthésie générale – leur nourrisson est resté dans la même chambre qu'elles jour et nuit.

- ❑ La mère et le bébé devraient rester ensemble tout au long de leur séjour à l'hôpital; toutes les séances d'information et tous les examens devraient se dérouler au chevet de la mère ou en sa présence.
- ❑ On invite les parents à tenir et à calmer leur bébé lorsque des traitements douloureux (comme des prises de sang) sont nécessaires.
- ❑ Le fait d'aider les mères à apaiser un bébé affligé ou inquiet les renforce dans leur rôle et contribue à préparer les familles à s'occuper de leur bébé à la maison.

**Les mères dont le bébé n'est pas dans une unité de soins spécialisés** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) :

- ❑ 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 anesthésie générale), leur nourrisson est resté dans la même chambre qu'elles jour et nuit;
- ❑ relatent qu'on les a encouragées à avoir une personne qui reste avec elles (y compris la nuit) pour leur fournir du soutien;
- ❑ affirment qu'elles connaissent les bienfaits de garder leur bébé près d'elles, y compris la nuit;
- ❑ rapportent avoir reçu de l'information exacte sur les bienfaits et les contre-indications du sommeil en commun, incluant le partage du lit (pour plus d'information, veuillez référer à l'annexe 12 du Guide canadien de mise en œuvre de l'IAB dans les SSC).

**Les membres du personnel** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) rapportent que :

- ❑ on facilite activement la cohabitation 24 heures par jour et le soutien familial.

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

#### Encourager l'allaitement à la demande ou déterminé par les signaux du bébé<sup>10</sup>.

**Les mères de bébés en santé et à terme** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) rapportent que :

- ❑ aucune restriction ne leur a été imposée quant à la fréquence ou à la durée des tétées (en assumant que le bébé tète efficacement);
- ❑ il leur a été 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<sup>11</sup> ou si les seins de la mère sont trop pleins;
- ❑ un membre du personnel leur a décrit les signaux émis par le bébé qui veut téter.

**Le gestionnaire** de la maternité :

- ❑ confirme qu'aucune restriction n'est établie sur la fréquence ou la durée des tétées;
- ❑ peut décrire les signaux émis par le bébé qui veut téter que le personnel enseigne aux mères.

#### Encourager l'allaitement à la demande ou déterminé par les signaux du bébé.

Aucune restriction ne devrait être établie sur la fréquence ou la durée des tétées. Le personnel devrait avoir conscience de l'importance des tétées fréquentes et encourager les mères à allaiter en fonction des signaux de leur bébé.

**Les mères** de bébés en santé et à terme (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) :

- ❑ affirment qu'aucune restriction ne leur a été imposée quant à la fréquence ou à la durée des tétées (en assumant que le bébé tète efficacement). On peut suggérer un nombre minimal de tétées (soit au moins 8 par période de 24 heures), mais aucun nombre maximal;
- ❑ relatent avoir appris qu'elles peuvent amorcer une tétée en réveillant leur bébé pendant ses périodes de sommeil léger (les bébés réveillés d'un sommeil profond risquent de ne pas téter correctement) puisque des tétées fréquentes peuvent améliorer la prise du sein et minimiser la probabilité que des seins pleins à un degré normal ne deviennent engorgés;
- ❑ rapportent savoir qu'il leur est recommandé d'allaiter leur bébé chaque fois qu'il a faim ou aussi souvent qu'il souhaite téter;
- ❑ rapportent que l'allaitement basé sur les signaux émis par le bébé qui veut téter<sup>12</sup> :
  - ❑ leur a été décrit par un membre du personnel du SSC qui a traité entre autres des comportements alimentaires normaux<sup>13</sup>, de la fréquence des tétées, du nombre de

<sup>10</sup> L'allaitement déterminé par les signaux du bébé – des tétées fréquentes, sans restriction, basées sur les signaux du bébé. Les bébés tètent mieux « à leur signal », avant d'atteindre le stade des pleurs, et tètent aussi longtemps et aussi souvent qu'ils le souhaitent. Les « signaux » du nourrisson signifiant qu'il peut être prêt à téter incluent : des mouvements oculaires rapides, le réveil, l'étirement, l'agitation, l'activité des mains à la bouche et des activités orales comme la succion, le léchage et le réflexe des points cardinaux.

<sup>11</sup> Le personnel reçoit de la formation en ce qui concerne les comportements et les pratiques alimentaires d'un nouveau-né normal, afin que les familles reçoivent des conseils basés sur des données probantes (ce qui devrait inclure les habiletés du nourrisson à se nourrir selon les signaux qu'il émet).

<sup>12</sup> Voir la note 10 ci-dessus.

<sup>13</sup> Voir l'annexe 5 : Le démarrage de la lactation : les comportements anticipés et les modèles alimentaires.

couches mouillées ainsi que des états du nourrisson et leurs implications sur l'alimentation;

- leur est suffisamment familier pour qu'elles puissent identifier 2 signaux pour téter comme l'éveil, l'activité des mains à la bouche ou le réflexe des points cardinaux (les pleurs étant considérés comme un signal de dernier recours et non comme un signal précoce de faim; voir les comportements décrits dans la note de bas de page numéro 10).
- connaissent **les signes d'un allaitement réussi** (comme ceux indiquant que le bébé est bien hydraté et boit suffisamment de lait maternel);
- affirment que le personnel discute avec elles de leurs progrès en allaitement, et ce, lors de la majorité de leurs contacts;
- relatent avoir reçu des **conseils préventifs** sur d'éventuels problèmes d'allaitement, les solutions à ces problèmes et les ressources disponibles pouvant fournir de l'assistance en allaitement.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients :

- confirme qu'aucune restriction n'est établie sur la fréquence ou la durée des tétées;
- peut décrire les signaux émis par le bébé qui veut téter que le personnel enseigne aux mères;
- reconnaît que le contact peau à peau est favorisé;
- confirme qu'on invite les parents à tenir et à calmer leur bébé lorsque des traitements douloureux (comme des prises de sang ou des vaccins) doivent lui être administrés (puisque le fait d'aider les mères à apaiser un bébé affligé ou inquiet les renforce dans leur rôle et aide les familles à s'occuper de leur bébé).

**Les membres du personnel** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- décrivent les différences observées dans les comportements attendus du nouveau-né dans ses 24 premières heures comparativement aux 24 heures suivantes, et ce, sur les aspects suivants :
  - son comportement;
  - ses excréta;
  - la fréquence de ses tétées.
- s'assurent que les mères sont capables d'évaluer que le bébé est bien hydraté et boit suffisamment de lait maternel;
- discutent des progrès en allaitement à chaque contact avec les mères, à moins qu'une urgence médicale ou autre ne passe avant. (Il peut s'agir d'une vérification rapide permettant de déterminer si tout se passe bien et démontrant que le personnel valorise l'allaitement et qu'il est prêt à offrir de l'information et de l'aide);
- offrent des **conseils préventifs** sur d'éventuels problèmes d'allaitement, les solutions à ces problèmes et les ressources disponibles pouvant fournir de l'assistance en allaitement.

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

**Les mères en post-partum** dont le bébé n'est pas dans une unité de soins spécialisés (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont 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 que le personnel ne lui a pas donné de suce.

**Le gestionnaire** responsable des programmes ou des services aux clients 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 remarque que les nourrissons n'utilisent pas de tétine artificielle. Si on remarque des sucres ou des tétines artificielles, les mères indiquent qu'il s'agit d'une décision éclairée de leur part et que ce n'est pas le personnel qui a recommandé ou donné la tétine artificielle ou la suce.

**Les mères en post-partum** dont le bébé n'est pas dans une unité de soins spécialisés (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont 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;
- le personnel n'a pas donné de suce à leur bébé.

**Observations :**

- Les mères dont on remarque que le bébé (qui n'est pas dans une unité de soins spécialisés) utilise une suce ou une tétine** indiquent qu'elles ont :
  - pris une décision éclairée et;
  - reçu de l'information sur l'allaitement déterminé par les signaux du bébé et;
  - des méthodes alternatives pour apaiser le bébé.
- La documentation dans le dossier du patient** devrait refléter que :
  - l'évaluation de l'allaitement a été complétée;
  - de l'information sur l'utilisation des tétines a été fournie aux parents.

**Les membres du personnel qui fournissent des soins directs en allaitement** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- décrivent les possibilités recommandées pour calmer les nourrissons, comme en encourageant les mères à offrir des tétés plus fréquentes et plus efficaces, à mettre le bébé en contact peau à peau, à le bercer et à le porter, au lieu d'utiliser des sucres ou des tétines artificielles, puisque :
  - les sucres ou tétines ne sont pas fournies ni recommandées pendant la période de démarrage de l'allaitement;
  - de l'information existe et peut être fournie afin de soutenir des méthodes alternatives pour apaiser un bébé difficile.
- comprennent que les téterelles devraient être utilisées seulement dans des situations extrêmement rares. Si on les utilise, on devrait documenter les éléments justifiant leur usage, et on devrait soutenir la mère à sevrer le bébé de la téterelle;

- démontrent qu'ils savent que, lorsqu'un bébé requiert tout autre aliment en plus du lait maternel pris lors des tétées, on ne recommande pas systématiquement les biberons ni les tétines.

**Condition 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.**

**Les mères** confirment que la transition s'est bien faite entre l'hôpital – ou la maison de naissance ou la sage-femme – et le service de santé communautaire (SSC); elles connaissent au moins une façon d'avoir accès à un soutien à l'allaitement en dehors des heures de bureau.

**Le gestionnaire responsable des programmes ou des services aux clients** décrit une procédure adéquate de transition de l'hôpital au SSC et expose les liens et la collaboration qui existent entre le SSC et la communauté locale relativement à la promotion et au soutien de l'allaitement.

**Les membres du personnel** qui fournissent des soins directs en allaitement décrivent une méthode efficace pour la transition des mères entre l'hôpital – ou la maison de naissance – et le SSC; ils peuvent localiser le matériel de soutien écrit fourni aux mères.

**La planification d'une transition réussie entre l'hôpital – ou la maison de naissance – et le service de santé communautaire (SSC) comprend :**

- ❑ l'évaluation de l'efficacité de l'allaitement pour toutes les dyades mère-enfant avant leur sortie de l'hôpital;
- ❑ la fourniture d'information écrite, avant la sortie de l'hôpital, sur les signes d'un allaitement réussi et sur les endroits où on peut demander de l'aide en cas de soucis;
- ❑ la référence aux ressources de la communauté;
- ❑ des ressources communautaires établies, comme des groupes d'entraide, et d'autres services tels que des cliniques pédiatriques, des services d'assistance téléphonique, des visites à domicile de la part d'infirmières en santé communautaire, et des cliniques d'allaitement;
- ❑ des éléments démontrant les liens solides et la communication qui existent entre l'hôpital et les établissements de services à la communauté.

**Les mères** (dans un échantillon pris au hasard comprenant celles qui ont accouché par césarienne, au moins 80 % d'entre celles qui allaitent) :

- ❑ confirment qu'on a étudié leurs intentions sur l'alimentation du nourrisson après leur sortie de l'hôpital;
- ❑ rapportent que l'hôpital ou le service de santé communautaire fournira un suivi de soutien après leur sortie de l'hôpital;
- ❑ savent quels membres du personnel du SSC elles peuvent joindre pour obtenir de l'aide en allaitement, et elles savent de quelle façon entrer en contact avec ces personnes;
- ❑ sont au courant des services professionnels de soutien présents dans la communauté;
- ❑ décrivent une recommandation qui a été faite pour s'assurer qu'elles puissent être mises en liaison avec un groupe d'entraide à l'allaitement ou une mère conseillère;
- ❑ connaissent l'information appropriée sur l'accès à du soutien en allaitement en dehors des heures de bureau.

**Le gestionnaire responsable des programmes ou des services aux clients :**

- ❑ décrit une procédure adéquate pour la transition entre l'hôpital – ou la maison de naissance ou la sage-femme (là où c'est applicable) – et le personnel du SSC, afin d'assurer la continuité des soins, ce qui comprend :

- ❑ des éléments démontrant les liens solides et la communication qui existent entre l'hôpital (ou les hôpitaux) et le SSC dans la planification de la sortie de l'hôpital;
- ❑ une bonne connaissance des politiques de l'hôpital et de celles du SSC;
- ❑ la fourniture d'information écrite, avant la sortie de l'hôpital, sur les signes d'un allaitement réussi et sur les endroits et les personnes auprès desquels on peut demander de l'aide en cas de soucis;
- ❑ 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, des références à des groupes d'entraide, etc.).
- ❑ décrit au moins une des façons par lesquelles les mères sont adressées aux **groupes d'entraide à l'allaitement de la communauté** ou aux mères conseillères (par exemple à l'aide de matériel imprimé ou de conseils) et peut fournir :
  - ❑ un exemplaire de l'information écrite remise aux mères sur ces services;
  - ❑ de la documentation indiquant que les mères sont orientées systématiquement ou spécifiquement vers les groupes d'entraide à l'allaitement de la communauté.
- ❑ fournit des éléments démontrant **les liens et la collaboration qui existent entre le SSC et la communauté locale** relativement à la promotion et au soutien de l'allaitement (par exemple les médecins de famille, les pédiatres, les sages-femmes, les programmes de sensibilisation à la grossesse, les programmes de nutrition prénatale du Canada, les écoles, les employeurs et les entreprises, les médias, la Semaine mondiale de l'allaitement maternel);
- ❑ fournit de la documentation sur les consultations entreprises avec des groupes bénévoles de soutien à l'allaitement en vue de développer des politiques et des lignes directrices concernant l'allaitement;
- ❑ décrit de quelle façon on évalue le degré de satisfaction des clients à l'égard du service.

**Les membres du personnel** (au moins 80 % d'entre eux dans un échantillon pris au hasard) :

- ❑ décrivent une méthode efficace pour la transition des mères entre l'hôpital – ou la maison de naissance ou la sage-femme – et le SSC;
- ❑ démontrent qu'il existe une ligne de communication claire avec les hôpitaux locaux et les groupes d'entraide à l'allaitement, afin de fournir une continuité et une homogénéité de soins en allaitement;
- ❑ décrivent de quelle façon les femmes sont adressées aux groupes d'entraide à l'allaitement ou aux mères conseillères;
- ❑ savent où se trouve le matériel de soutien écrit fourni aux mères.

**LA DOCUMENTATION ÉCRITE FOURNIE AUX MÈRES ET AUX FAMILLES :**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❑ encourage l'allaitement pour les 2 premières années et au-delà, avec l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois suivant la naissance;</li> <li>❑ est actuelle, exacte et appropriée (en plus d'être conforme au <i>Code</i>);</li> <li>❑ présente de l'information à jour sur la façon d'accéder au soutien communautaire offert en allaitement et en aide aux parents.</li> </ul> |
|--|