

L'Initiative Amis des bébés :

Principaux messages et ressources



Utilisation de cette ressource

L'Initiative Amis des bébés et le Centre de ressources Meilleur départ autorisent des tierces parties à copier, à distribuer ou à faire référence au présent document à des fins non commerciales, à condition que la propriété des droits soit pleinement reconnue. Nous aimerions savoir comment cette ressource a soutenu votre travail ou y a été intégrée (beststart@healthnexus.ca ou info@bfiontario.ca), puisque nos documents sont conçus dans le but d'appuyer les projets locaux de promotion de la santé.

Référence

Le Centre de ressources Meilleur départ et l'Initiative Amis des bébés Ontario (2013). *L'Initiative Amis des bébés : principaux messages et ressources*. Toronto, Ontario, Canada : auteurs.

Pour des renseignements sur les droits d'auteur ou la reproduction

Centre de ressources Meilleur départ,
a/s de Nexus Santé
180 Dundas Street West, bureau 301
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
1 800 397-9567
beststart@healthnexus.ca

Normes de l'Initiative Amis des bébés

Cette ressource appuie les normes de l'Initiative Amis des bébés; elle a été conçue dans le but de promouvoir la mise en œuvre et l'application de l'Initiative.

Financement

Ce document a été préparé avec le soutien financier du gouvernement de l'Ontario. L'information présentée reflète l'opinion de ses auteurs et n'a pas été officiellement approuvée par le gouvernement de l'Ontario. Les ressources et programmes mentionnés dans les pages qui suivent ne sont pas nécessairement approuvés par le Centre de ressources Meilleur départ, l'Initiative Amis des bébés Ontario ou le gouvernement de l'Ontario.



Introduction



L'objectif de ce manuel est de présenter aux prestataires de services des messages simples visant à appuyer l'Initiative Amis des bébés.

L'Initiative Amis des bébés (IAB) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)/UNICEF établit des normes factuelles universellement reconnues permettant d'accroître les taux d'allaitement en promouvant, en protégeant et en soutenant celui-ci (Santé Canada, 2012; Kramer et coll., 2001; Agence de la santé publique du Canada, 2012). À cet égard, une étude torontoise a démontré que les pratiques hospitalières fondées sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'IAB étaient étroitement liées à des taux d'allaitement exclusif jusqu'à 4,3 fois plus élevés (service de santé publique de Toronto, 2010).

L'Initiative comprend les Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS, 1989), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) ainsi que les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé. Au Canada, l'Initiative est supervisée par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA), qui favorise un continuum de soins en y incluant les hôpitaux et les services de santé communautaire. Les Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement du CCA présentent les normes internationales relatives aux critères généraux de l'OMS/UNICEF dans le contexte canadien. Pour plus de renseignements sur les établissements IAB au Canada, veuillez consulter le site Web du Comité canadien pour l'allaitement, au www.breastfeedingcanada.ca.

Alors que de plus en plus d'organisations envisagent de mettre en œuvre l'IAB, il devient nécessaire d'appuyer cette dernière à l'aide de ressources factuelles. En 2009 (révision en 2011), le service de santé publique de la municipalité régionale de Halton a conçu un document visant à fournir aux prestataires de services de santé une liste complète des principaux messages appuyant l'IAB, intitulé *Common Messages Supporting the Baby-Friendly Initiative: Working Document, Revision 2* (mai 2011). Avec la permission de la municipalité régionale de Halton, l'IAB Ontario et le Centre de ressources Meilleur départ ont adapté ce document et en ont fait une ressource conviviale, applicable à toute la province. Ce document présente des messages factuels et cohérents, décortiqués en informations plus précises. Les ressources mentionnées dans ce rapport soutiennent la mise en œuvre et l'application de l'IAB. Ce document vise précisément à :

1. Accroître le sentiment de confiance des prestataires de soins de santé assurant la mise en œuvre et l'application de l'IAB en leur présentant des messages fondés sur les faits.
2. Assister les établissements dans l'utilisation d'un vocabulaire et de messages communs relatifs à l'IAB dans le cadre de leurs propres programmes et formations.
3. Fournir aux établissements des ressources pratiques factuelles afin de les assister dans la mise en œuvre et l'application de l'IAB.

Cette ressource comprend :

- D'importants messages factuels en lien avec les Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF 1989), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981) ainsi que les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- Une analyse des messages, avec le raisonnement et les données probantes à l'appui de chacun.
- Des ressources factuelles pouvant être utilisées pour soutenir la mise en œuvre et l'application de l'IAB.
- Des références pour chacune des conditions, en fonction de leur catégorie (par exemple, « Essai comparatif aléatoire (ECA) » – voir au bas de cette page pour les codes utilisés).

Les quatre colonnes dans chacune des sections présentent les renseignements suivants :

Numéros de la condition et du message	Analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
---------------------------------------	---	-----------------------	--

Dans chaque section, les Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé du CCA s'avèrent la première ressource présentée pour chaque message; ils sont liés aux annexes et aux indicateurs de résultat pertinents. Toutes les autres ressources sont également accompagnées de liens hypertextes.

L'IAB Ontario et le Centre de ressources Meilleur départ espèrent que vous aimerez ce document et en tirerez profit dans la mise en œuvre de l'Initiative. Ce document est disponible en ligne afin de permettre une mise à jour périodique des ressources et de la bibliographie. Si vous connaissez des ressources ou ouvrages susceptibles d'enrichir ce document, veuillez communiquer avec meilleurdepart@nexussante.ca. Pour toute question au sujet de la mise en œuvre de l'IAB, veuillez communiquer avec le représentant du CCA de votre province ou territoire. Une liste de ces représentants se trouve sur le site du CCA.

Type de données probantes

CRev/IRéV – Analyses critiques et de synthèse.

OBSERV – Données probantes tirées d'études descriptives non expérimentales bien conçues, telles que les études comparatives, de corrélation et de cas.

OPINION – Données probantes tirées de rapports de comités d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes respectés.

QUALI – Recherches qualitatives.

QUASI – Données probantes tirées d'au moins un autre type d'études quasi expérimentales bien conçues, sans répartition aléatoire.

RCT – Données probantes tirées d'au moins un essai comparatif aléatoire.

SRev/META – Données probantes tirées de la méta-analyse ou de l'analyse systématique d'essais comparatifs aléatoires.

Préparation

Cette ressource a été adaptée par le Centre de ressources Meilleur départ et l'Initiative Amis des bébés Ontario (autrefois le Comité ontarien pour l'allaitement), avec l'aide d'un comité consultatif composé d'experts dans les domaines de la recherche et du travail sur le terrain représentant certains acteurs clés. Son contenu et les principaux sujets abordés ont été revus par des spécialistes et évalués par certaines organisations, et ce, à diverses étapes de la mise en œuvre et de l'application de l'IAB.

Comité consultatif

Bev Chambers – Better Beginnings for Kingston Children, Kingston Community Health Centre

Eileen Chuey – Service de santé publique de la région de Halton, directrice de projet pour l'Initiative Amis des bébés Ontario (IAB Ontario)

Hiltrud Dawson – Directrice de projet pour le Centre de ressources Meilleur départ (CRMD)

Cindy-Lee Dennis – Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto

Jean Kouba – Association canadienne des consultantes en lactation (ACCL/CLCA), Halton BFI Community Coalition

Kim Lichty – Two Rivers Family Health Team, Cambridge

Janet Moorhead-Cassidy – Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et de Prince Edward, Ontario Family Health Management in Public Health

Paula Morrison – Hôpital régional de Windsor

Anne Smith – Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound, groupe de travail sur l'allaitement maternel de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (OPHA)

Nancy Watters – Université d'Ottawa, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), Maternal Child Nurses Interest Group (MCNIG)

Experts-réviseurs

Le contenu et les sujets présentés dans ce document ont également été révisés par un groupe d'experts :

Kathy Venter – Présidente, Comité canadien pour l'allaitement

Marg La Salle – Évaluatrice IAB, Comité canadien pour l'allaitement; présidente du comité d'évaluation IAB, IAB Ontario

Membres du groupe de travail OSNPPH FHNAG IAB

Évaluation sur le terrain

IAB Ontario et le Centre de ressources Meilleur départ souhaitent remercier les organisations suivantes, qui ont vu à l'évaluation sur le terrain de ce document :

Circonscription sanitaire de Middlesex-London

Circonscription sanitaire de la cité d'Ottawa

St. Joseph's Healthcare, Hamilton

Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay

Trillium Health Partners, Mississauga

Services de santé communautaire de la région d'York

Résumé des messages clés

CONDITION 1	Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les intervenants en santé et des bénévoles.	
1.1	Des politiques bien formulées sont essentielles à la communication des pratiques exemplaires au sein des organisations	8
1.2	Les politiques doivent protéger toutes les dyades mères-bébés, indépendamment de la méthode d'alimentation	9
1.3	Les politiques doivent être modelées au niveau organisationnel	10
CONDITION 2	S'assurer que tous les intervenants en santé ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement.	
2.1	La connaissance et la compréhension des politiques organisationnelles influencent les attitudes et les pratiques des intervenants en santé	11
2.2	L'acquisition et le maintien d'habiletés par l'entremise de l'éducation permettent aux intervenants en santé de remplir leur rôle	12
CONDITION 3	Informar les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.	
3.1	Afin de prendre une décision éclairée en ce qui concerne l'alimentation de leurs nourrissons et de leurs tout-petits, les mères et les familles ont besoin de renseignements à jour et concrets	14
3.2	Les principes de l'Initiative des amis des bébés soutiennent toutes les dyades mères-bébés et font la promotion de rapports parents-enfants affectueux	19
3.3	L'alimentation des nourrissons et des tout-petits est une question de santé publique, et non seulement un choix de mode de vie	19
3.4	Les femmes sont plus susceptibles de décider d'allaiter et de persévérer dans ce choix lorsque les paroles et les gestes des intervenants en santé démontrent la valeur qu'ils accordent à l'allaitement et au lait maternel	25
CONDITION 4	Placer les bébés en contact peau-à-peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.	
4.1	Le contact peau-à-peau est important pour tous les bébés et pour toutes les mères, indépendamment de la méthode d'alimentation	26
4.2	Le fait d'aider les mères à commencer à allaiter lorsque le bébé montre qu'il est prêt à être nourri est essentiel au succès précoce de l'allaitement	28
CONDITION 5	Aider les mères à initier l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.	
5.1	Le fait de fournir des renseignements et un soutien personnalisés à chaque mère amène celle-ci à être plus confiante	30
5.2	Chaque mère a droit à une information centrée sur le client et fondée sur les faits. Cette information est susceptible d'avoir un effet sur le rôle parental et l'alimentation du nourrisson	31
5.3	Lorsque les mères ont de la difficulté à commencer et à maintenir l'allaitement, elles doivent bénéficier d'interventions supplémentaires	32
5.4	Lorsque la mère et le bébé sont séparés, des mesures doivent être prises pour assurer et maintenir l'approvisionnement en lait, et l'acheminement du lait vers le bébé	33
5.5	Les mères qui décident ou ont besoin d'offrir un complément alimentaire à leurs bébés doivent être informées de façon concrète, afin de le faire de manière sécuritaire et attentionnée, avec le soutien des intervenants en santé	34

CONDITION 6	Soutenir les mères à allaiter exclusivement pendant les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.	
6.1	L'allaitement exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie des nourrissons en santé nés à terme, le lait maternel fournissant les éléments nutritifs optimaux pour la croissance et le développement des nourrissons	35
6.2	L'utilisation d'un substitut du lait maternel (préparation lactée) est un traitement médical auquel on ne devrait avoir recours qu'après une profonde réflexion, avec le consentement éclairé de la mère	36
6.3	Les gouttes de vitamine D sont le seul complément alimentaire systématiquement recommandé chez les bébés nourris exclusivement au lait maternel	38
6.4	Certaines raisons peuvent justifier l'utilisation d'un substitut du lait maternel	39
CONDITION 7	Faciliter la cohabitation 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés : mères et bébés restent ensemble.	
7.1	La cohabitation profite aux bébés et aux mères, indépendamment de la méthode d'alimentation	42
7.2	Les contacts mères-bébés profitent aux nourrissons malades et prématurés, de même qu'à leurs mères	44
CONDITION 8	Encourager l'allaitement selon les signes du bébé. Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction appropriée d'aliments complémentaires.	
8.1	L'allaitement selon les signes du bébé profite à ce dernier	45
8.2	Les mères, les bébés, les familles et la société profitent du maintien de l'allaitement, combiné à l'introduction d'aliments complémentaires à l'âge de 6 mois	46
8.3	Le sevrage à un rythme qui leur est propre est encouragé chez les mères et les bébés	48
CONDITION 9	Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.	
9.1	Il est plus facile de favoriser l'allaitement si on évite d'avoir recours à une tétine artificielle ou à une suce	49
9.2	La décision de recourir à une tétine artificielle ou à une suce doit être prise de façon éclairée	51
CONDITION 10	Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaires et les groupes d'entraide en allaitement.	
10.1	Des stratégies qui favorisent un soutien professionnel, familial et des pairs jouent un rôle important dans la réussite de l'allaitement	52
10.2	Une culture qui soutient l'Initiative des amis des bébés protège, promeut et appuie l'allaitement et les rapports parents-enfants affectueux	54
10.3	Les déterminants de la santé devraient être pris en considération dans le cadre des conseils prodigués aux mères en matière d'allaitement	55
CONDITION 11	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la Santé	
11.1	Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la Santé est essentiel et d'ordre éthique	56



Condition 1 Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les intervenants en santé et des bénévoles.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
1.1	Des politiques bien formulées sont essentielles à la communication des pratiques exemplaires au sein des organisations.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 1 et annexes connexes
1.1.1	Les politiques, protocoles et principes directeurs des activités cliniques dans les milieux maternels et infantiles devraient refléter les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS ainsi que les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.	Les organisations ont des lignes directrices et des pratiques claires et fondées sur les faits lorsque les politiques, protocoles et principes directeurs des activités cliniques suivent les recommandations des Dix conditions et du Code.	Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Annexe 1 – Liste de vérification liée à la Politique

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
1.1.2	Les politiques doivent être élaborées en collaboration avec les principaux intervenants, et analysées et évaluées régulièrement afin d'assurer leur pertinence et d'établir des pratiques fondées sur les faits.	Les politiques organisationnelles sont analysées régulièrement avec de nombreux intervenants, et leur efficacité est évaluée (CCA, 2011).	Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Annexe 1 – Liste de vérification liée à la Politique
1.1.3	Les politiques, protocoles et principes directeurs des activités cliniques qui reflètent les Dix conditions et le Code ont un effet positif sur l'allaitement.	Les politiques, protocoles et principes directeurs des activités cliniques qui reflètent les Dix conditions et le Code ont un effet positif sur la réussite de l'allaitement (DeClercq et coll., 2009; DiGirolamo et coll., 2008; Kramer et coll., 2001; Ingram et coll., 2011; Renfrew et coll., 2012).	Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Policy Template – Community Organizations</i> (en anglais seulement) Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Policy Template – Hospitals</i> (en anglais seulement)
1.2	Les politiques doivent protéger toutes les dyades mères-bébés, indépendamment de la méthode d'alimentation.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 1 et annexes connexes
1.2.1	Les politiques doivent déterminer comment soutenir toutes les dyades mères-bébés.	Selon le CCA, les politiques qui appuient l'IAB doivent déterminer et soutenir les politiques et les pratiques qui appuient les mères qui n'allaitent pas.	Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Annexe 1 – Liste de vérification liée à la Politique

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
1.3	Les politiques doivent être modelées au niveau organisationnel		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 1 et annexes connexes
1.3.1	Les valeurs d'une organisation se reflètent dans sa culture organisationnelle.	Les politiques doivent être approuvées et mises en pratique par tous les employés, des DG/administrateurs au personnel de première ligne.	<i>L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec</i>
1.3.2	Les valeurs d'une organisation se reflètent dans ses pratiques et dans la façon dont elle traite ses employés et ses bénévoles.	Lorsque les employées allaitent, les organisations en profitent : on note un moins grand absentéisme, une plus grande satisfaction au travail, moins de rotation de personnel et une meilleure productivité (Mills, 2009; Stewart-Glenn, 2008; Witters-Green, 2003).	Centre de ressources Meilleur départ – <i>How to Be a Family-Friendly Workplace</i> (en anglais seulement) Association pour la santé publique de l'Ontario – <i>Creating a Breastfeeding Friendly Workplace</i> (en anglais seulement)



Condition 2 S'assurer que tous les intervenants en santé ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
2.1	La connaissance et la compréhension des politiques organisationnelles influencent les attitudes et les pratiques des intervenants en santé.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 2 et annexes connexes
2.1.1	La connaissance influence les attitudes et les pratiques des intervenants en santé.	La connaissance approfondie des politiques et de leur justification a un effet positif sur les attitudes et les pratiques des intervenants en santé (Lutter et coll., 1997; Merewood et coll., 2005).	Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Annexe 2.1

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
2.1.2	Les pratiques du personnel et des intervenants en santé sont influencées par la formation qu'ils reçoivent.	Selon le CCA, tout le personnel, les bénévoles et les intervenants communautaires devraient suivre une formation afin d'assurer une efficacité maximale.	Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Annexes 2.1 et 2.2
2.2	L'acquisition et le maintien d'habiletés par l'entremise de la formation permettent aux intervenants en santé de remplir leur rôle.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 2 et annexes connexes
2.2.1	Des habiletés accrues chez les intervenants en santé augmentent leur niveau de confiance envers leurs pratiques.	<p>Lorsque les intervenants en santé acquièrent et maintiennent des habiletés, ils sont plus susceptibles de pratiquer leur profession avec confiance et satisfaction (Cattaneo et Buzzetti, 2001; Ingram et coll., 2011; Kramer et coll., 2001).</p> <p>En pratiquant avec confiance, les infirmières et les autres intervenants en santé peuvent appuyer les efforts de la mère visant à allaiter avec succès (Noel-Weiss et coll., 2006).</p>	<p>Documents de formation appuyant l'IAB : Le Centre de ressources Meilleur départ – <i>Maman en santé, bébé en santé, Cours virtuel sur l'allaitement</i></p> <p><i>Trousse d'information et d'activités au sujet de l'allaitement maternel à l'intention des enseignants du secondaire</i></p> <p>Fondation Quintessence – <i>Course for policy makers (awareness), level 1 (direct contact) and level 2 (direct contact and specialist)</i> (en anglais seulement)</p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>Lignes directrices sur les pratiques en allaitement maternel à l'intention des infirmières et des infirmiers</i></p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>L'allaitement maternel : concepts fondamentaux Document d'auto-apprentissage</i></p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>Breastfeeding e-learning</i> (en anglais seulement)</p> <p>Santé et Service sociaux du Québec – <i>Formation de base en allaitement maternel</i></p> <p>Le programme de l'IAB de l'OMS et de l'Unicef comprend du <i>Matériel de formation et de soutien pour l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB)</i>, dont un cours pour les décideurs et un cours de 20 heures pour le personnel en contact direct avec les mères. (Disponible en anglais seulement; le matériel français est en cours de révision.)</p> <p>OMS – <i>Paquet de Counseling Communautaire Pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant – Guide du facilitateur</i></p>
2.2.2	Selon l'Initiative Amis des bébés, la formation destinée au personnel et aux bénévoles devrait comprendre :	<ul style="list-style-type: none"> • Les principes de l'Initiative Amis des bébés. • Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS ainsi que les résolutions subséquentes. • La façon de favoriser une prise de décision éclairée. • La façon de fournir une formation sur l'allaitement qui soit individuelle, culturellement appropriée, de soutien et valorisante. • La façon de soutenir les mères qui n'allaitent pas (voir la Condition 6). • Les principes d'une promotion de l'allaitement adaptée à la population desservie par l'organisation (CCA, 2011). 	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>Lignes directrices sur les pratiques en allaitement maternel à l'intention des infirmières et des infirmiers</i></p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>L'allaitement maternel : concepts fondamentaux Document d'auto-apprentissage</i></p> <p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – <i>Breastfeeding e-learning</i> (en anglais seulement)</p> <p>Santé et Service sociaux du Québec – <i>Formation de base en allaitement maternel</i></p> <p>Le programme de l'IAB de l'OMS et de l'Unicef comprend du <i>Matériel de formation et de soutien pour l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB)</i>, dont un cours pour les décideurs et un cours de 20 heures pour le personnel en contact direct avec les mères. (Disponible en anglais seulement; le matériel français est en cours de révision.)</p> <p>OMS – <i>Paquet de Counseling Communautaire Pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant – Guide du facilitateur</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
2.2.3	Selon le Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH), trois niveaux de formation sont reconnus.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation • Contact direct • Spécialisation (PCMCH, 2009) Pour plus de renseignements sur cette classification, veuillez vous référer au document mentionné à droite.	Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Breastfeeding Curriculum Outline and Educational Resources</i> (en anglais seulement)
2.2.4	Les pratiques exemplaires favorisent une formation continue.	Les employés et bénévoles devraient bénéficier d'une formation continue sur l'allaitement. Le fait d'assurer le suivi de la formation offerte et des participants favorise une responsabilisation et une formation continue.	



Condition 3 Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.1	Afin de prendre une décision éclairée en ce qui concerne l'alimentation de leurs nourrissons et de leurs tout-petits, les mères et les familles ont besoin de renseignements à jour et concrets.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 3 et annexes connexes Centre de ressources Meilleur départ – <i>Programme d'éducation prénatale</i>
3.1.1 to 3.1.6	Selon le Comité canadien pour l'allaitement, ces renseignements devraient minimalement inclure les éléments suivants :		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 3

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.1.1	L'importance de l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois suivant la naissance, et de la poursuite de l'allaitement pendant deux ans ou plus.	<p>Les avantages de l'allaitement sont proportionnels à la dose. Par exemple, un bébé allaité pendant plus de 4 mois court un risque moins élevé de souffrir de diabète qu'un bébé allaité pendant 2 mois (Ip, 2009).</p> <p>L'allaitement fournit tous les nutriments requis pendant les 6 premiers mois (Dewey, 2001; Kramer et Kakuma, 2009), ainsi que des éléments nutritifs pendant toute la petite enfance.</p> <p>L'allaitement est économique et réduit les inégalités. Par exemple, une famille qui allaite a plus d'argent à sa disposition pour l'alimentation de toute la famille. L'allaitement diminue la réponse du bébé à des stimuli douloureux (Shah, 2009).</p>	<p>Santé Canada – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois : Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement</i></p> <p>Voir la Condition 6 pour des renseignements sur la vitamine D.</p> <p>Société canadienne de pédiatrie – <i>Les suppléments de vitamine D : Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada</i></p> <p>Association pour la santé publique de l'Ontario – Exposé de position : <i>Breastfeeding Position Paper</i> (en anglais seulement)</p> <p>Association pour la santé publique de l'Ontario – Exposé de position : <i>Informed Decision-Making and Infant Feeding</i> (en anglais seulement)</p>
3.1.2	L'importance de l'allaitement pour la mère et le bébé.	<p>Le colostrum a de nombreuses propriétés immunologiques qui sont parfaitement adaptées aux besoins du nourrisson. La poursuite de l'allaitement exclusif contribue au développement d'un système immunitaire efficace (Forchielli et Walker, 2005). Le lait maternel est un liquide vivant qui se transforme afin de répondre aux besoins du bébé qui grandit. L'allaitement est une activité qui favorise le développement du cerveau du bébé et renforce la relation mère-enfant (Clinton, 2012).</p> <p>De nombreuses données indiquent que l'allaitement prolongé et exclusif comporte de nombreux avantages pour le bébé, la mère et la société (Meyers, 2009). Même l'allaitement à court terme procure certains de ces avantages.</p>	<p>Santé Canada – <i>10 conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel et 10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé</i></p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte : Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille</i> – Chapitre 1</p> <p>Organisation mondiale de la Santé – <i>Long-term effects of breastfeeding: A Systematic Review</i> (en anglais seulement)</p> <p>Evergreen Perinatal Education et la Ligue La Leche – <i>Outcomes of Breastfeeding</i> (en anglais seulement)</p> <p>Haute autorité de santé, France – <i>Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.1.3	Renseignements sur les banques de lait maternel.	Selon l'OMS et d'autres experts, si le lait produit par la mère n'est pas disponible pour combler les besoins du bébé, la deuxième option doit être celle des banques de lait maternel pasteurisé, surtout en ce qui concerne les nourrissons malades ou prématurés.	<p><i>Roger Hixon Ontario Human Milk Bank</i> (en anglais seulement)</p> <p><i>Human Milk Banks of North America</i> (en anglais seulement)</p> <p><i>Association Des Lactariums de France</i></p>
3.1.4	<p>Les risques et les coûts associés à l'utilisation de substituts du lait maternel :</p> <p>Pour le bébé</p>	<p>Le fait de ne PAS allaiter augmente les risques de certaines affections chez le bébé :</p> <p>[pour une liste à jour, voir <i>The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants</i> (Steube, 2009)]</p> <p>Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) (Ip et coll., 2009; Venneman, 2009) et mort post-néonatale (Chen, 2004).</p> <p>Infections (Duijts et coll., 2010) telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • oreilles (Ip et coll., 2009); • voies respiratoires inférieures (Ip et coll., 2009; Kramer et coll., 2009); • voies urinaires (Marild, 2004); • méningite bactérienne (Hanson, 2007). <p>Inflammation des intestins entraînant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diarrhée (Kramer et coll., 2001; Quigley, 2007; Talayero, 2006); • infections gastrointestinales (Kramer et coll., 2009); • inflammation de l'estomac et des intestins pouvant mener à une entéocolite nécrosante chez les bébés prématurés (McGuire et Anthony, 2003); • maladie de Crohn, colite ulcéreuse et autres maladies digestives (Barclay et coll., 2009; Klement et coll., 2004). <p>Cette association devrait être confirmée par des études de meilleure qualité.</p>	<p>Stuebe, A. (2009). <i>The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants</i> (en anglais seulement)</p> <p>Evergreen Perinatal Education et la Ligue La Leche – <i>Outcomes of Breastfeeding</i> (en anglais seulement)</p> <p>Santé Montréal (QC) – <i>Aide-Mémoire : Risques associés au non allaitement Info-Allaitement – Recommandations de l'Académie Américaine de pédiatrie</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.1.4	<p>Les risques et les coûts associés à l'utilisation de substituts du lait maternel :</p> <p>Pour le bébé</p>	<p>Maladies chroniques telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • obésité (Horta, 2013; Ip, 2009); • diabète de type II (Horta, 2013; Ip, 2009); • hypertension artérielle et maladie du cœur à l'âge adulte (Horta, 2013; Singhal et coll., 2001), bien que d'autres auteurs affirment que le lien avec la maladie cardiaque n'est pas établi (Fall et coll., 2011; Ip, 2009); • taux de cholestérol plus élevé à l'âge adulte (Horta, 2013); • certains cancers chez l'enfant, tels que la leucémie aiguë lymphoblastique, la maladie de Hodgkin et le neuroblastome (Ip, 2009; Martin et coll., 2005). <p>QI plus faible (Horta, 2013).</p>	
	<p>Pour la mère</p>	<p>Le fait d'allaiter diminue les risques de certaines affections chez la mère :</p> <p>Cancer du sein (Ip, 2009) et cancer de l'ovaire (Ip, 2009).</p> <p>Maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, (Schwarz et coll., 2009), le diabète de type II et le syndrome métabolique (Schnatz et coll., 2010; Wiklund et coll., 2011).</p>	<p>La Leche League (France) : Dossiers de l'allaitement – <i>Allaitement et santé maternelle</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.1.4	<p>Les risques et les coûts associés à l'utilisation de substituts du lait maternel :</p> <p>Pour les soins de santé/la société</p>	<p>Les substituts du lait maternel augmentent les coûts de santé pour les familles et la société (Ball et Bennett, 2001; Bartick et Reinhold, 2010; Cattaneo et coll., 2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux cas de nourrissons tombés malades après avoir consommé des substituts du lait maternel ont été rapportés. Certains étaient dus à des erreurs du fabricant, d'autres à des erreurs de reconstitution. Les préparations en poudre pour nourrissons posent un risque distinct d'infection, puisqu'elles ne sont pas stériles (Reich et coll., 2010). • L'argent nécessaire à l'achat de substituts du lait maternel et d'accessoires d'alimentation peut représenter une part importante du budget familial. <p>Revenir sur la décision de cesser l'allaitement peut être difficile, parfois impossible.</p>	<p>Comité canadien pour l'allaitement – <i>Dossier de décision pour l'Initiative Amis des bébés.</i></p> <p>INFACT Canada – <i>L'allaitement et la salubrité alimentaire coût élevé des préparations pour nourrissons</i></p> <p>Santé et Allaitement maternel (France) – <i>Impact économique de l'allaitement artificiel</i></p>
3.1.5	<p>Les soins apportés appuient l'amorce et le maintien de l'allaitement.</p>	<p>Voir les messages et ressources clés pour les Conditions 5 à 10.</p>	<p><i>Voir la Condition 5.</i></p>
3.1.6	<p>La position peau-à-peau immédiate et prolongée est importante pour tous les nourrissons (y compris la méthode kangourou pour les enfants prématurés).</p>	<p>Voir les messages et ressources clés pour la Condition 4.</p>	<p><i>Voir la Condition 4.</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.2	Les principes de l'IAB soutiennent toutes les dyades mères-bébés et font la promotion de rapports parents-enfants affectueux.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 3 et annexes connexes, et certaines composantes des Conditions 4 à 9
3.2.1	Le message envoyé aux familles doit mettre l'accent sur le fait que les principes et pratiques de l'IAB soutiennent toutes les dyades mères-bébés, indépendamment de la méthode d'alimentation adoptée.	Une prise de décision éclairée, la position peau-à-peau, l'alimentation du bébé dès l'apparition des signes de la faim, la continuité des soins et le soutien post-partum sont des exemples de principes et de pratiques qui soutiennent toutes les dyades mères-bébés. Ces pratiques font la promotion de rapports parents-enfants affectueux.	
3.2.2	Toutes les familles doivent être acceptées et soutenues.	Les pratiques associées à des soins centrés sur les familles ou les clients ont été reconnues comme étant des pratiques exemplaires favorisant l'ouverture, le respect et l'autonomie.	Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – Préface
3.2.3	Les mères doivent connaître leurs droits en matière d'allaitement.	La Commission ontarienne des droits de la personne appuie les droits des mères en matière d'allaitement, y compris celui d'allaiter en public.	Commission ontarienne des droits de la personne – <i>La grossesse et l'allaitement</i>
3.3	L'alimentation des nourrissons et des tout-petits est une question de santé publique, et non seulement un choix de mode de vie.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 3 et annexes connexes Santé Canada – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois et VERSION PROVISOIRE</i> – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois</i>
3.3.1 to 3.3.10	Les femmes enceintes tirent profit de discussions ouvertes sur les sujets qui suivent et d'un soutien supplémentaire, surtout si elles sont à risque de ne pas allaiter ou de cesser rapidement d'allaiter.		Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – chapitre 4 (présentement non disponible en ligne)

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.3.1	Alcool	<p>L'alcool consommé par la mère se retrouve dans sa circulation sanguine et son lait maternel (Giglia et coll., 2008).</p> <p>L'alcool dans le lait maternel peut affecter le sommeil et la prise de lait du nourrisson (Menella et Garcia-Gomez, 2001).</p> <p>Les intervenants en santé peuvent aider les mères qui choisissent de consommer de l'alcool et d'allaiter à éviter ou à minimiser l'exposition du bébé à cet alcool (Chien et coll., 2005; Santé Canada, 2012; Koren, 2002).</p>	<p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>Breastfeeding and Alcohol Use: Parent Knowledge and Behaviour in Ontario</i> (en anglais seulement)</p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>Ressources sur la consommation d'alcool</i></p> <p><i>Ne prenez aucun risque : l'alcool pendant la grossesse</i></p> <p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Ce que nous avons appris : Campagnes de sensibilisation canadiennes importantes à l'égard de l'ETCAF</i></p>
3.3.2	Contraception	<p>L'allaitement peut, pour une certaine période, s'avérer une méthode de protection naturelle contre la grossesse. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) peut être utilisée pour prévenir une grossesse au cours des six premiers mois post-partum, si les conditions suivantes sont respectées : (Peterson et coll., 2000) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'allaitement est exclusif (aucun aliment supplémentaire à l'exception de médicaments ou de vitamines; l'allaitement se produit au moins toutes les quatre heures le jour, la période sans allaitement est d'au maximum 6 heures la nuit; la suce ou le lait exprimé ne sont pas utilisés). • Pas de saignements vaginaux ou de pertes vaginales une fois les lochies terminées (tous les saignements, pertes ou écoulements avant le 56e jour post-partum peuvent être ignorés). • Le bébé a moins de 6 mois. <p>Selon l'OMS, aucune méthode hormonale ne représente le choix de prédilection en matière de planification familiale pour les femmes qui allaitent (Academy of Breastfeeding Medicine, 2006; OMS, 2008); les essais menés sont toutefois insuffisants pour établir les effets de la contraception hormonale (Truitt et coll., 2003, Espey et coll., 2012).</p>	<p>Région de Halton – <i>Breastfeeding and Birth Control – What are my options?</i> (en anglais seulement)</p> <p>Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – <i>Consensus canadien sur la contraception</i></p> <p>Organisation mondiale de la Santé – <i>Planification familiale – Guide de la planification familiale</i></p> <p>Organisation mondiale de la Santé – <i>Progesterone-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate.</i> (en anglais seulement)</p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.3.3	Relations familiales	Le soutien des partenaires, en particulier, mais aussi des mères, des autres membres de la famille et des amis peut avoir un effet positif ou négatif sur la façon dont une femme vivra l'allaitement, et sur la réussite de ce dernier (Arora et coll., 2000; Clifford et McIntyre, 2008).	
3.3.4	Antécédents de maltraitance et d'agressions sexuelles	<p>Des souvenirs de violence et d'agressions peuvent remonter à la surface lors de la grossesse, de la naissance ou de l'allaitement. Les mères ont besoin du soutien d'intervenants en santé qui peuvent les écouter, les renseigner et les soutenir dans leur cheminement vers la guérison.</p> <p>Les mères qui ont été victimes d'agressions sexuelles ou physiques peuvent se sentir vulnérables au moment d'allaiter et trouver cette expérience traumatisante. Les soins doivent être personnalisés, et la décision de ne pas allaiter doit être respectée (Wood et Van Estrick, 2010).</p>	Isabelle Côté – <i>Soutenir les mères victimes de violence conjugale</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.3.5	Alimentation	<p>La composition du lait dépend des nutriments emmagasinés par la mère. Les besoins nutritionnels de cette dernière peuvent être comblés en ayant un régime alimentaire équilibré et en suivant les conseils pour les femmes qui allaitent présentés dans <i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien</i>. Les femmes qui allaitent ont besoin de deux à trois portions du Guide alimentaire supplémentaires chaque jour. Ces portions supplémentaires peuvent prendre la forme de collations ou être ajoutées aux repas habituels. Les femmes qui allaitent devraient continuer de boire suffisamment de liquides pour éteindre leur soif et garder une urine non concentrée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères ayant un régime alimentaire très restrictif, un régime végétalien par exemple, auront probablement besoin de suppléments vitaminiques et minéraux. • Les femmes peuvent continuer de prendre 0,4 mg d'acide folique sous forme de suppléments pendant qu'elles allaitent, afin de maintenir une bonne santé (Santé Canada, 2009). <p>La consommation de caféine n'est pas contre-indiquée. Il est toutefois possible, en raison de sa longue demi-vie, que celle-ci ait un effet stimulant cumulatif sur les nourrissons, surtout au cours de la période néonatale (Hale, 2010). Santé Canada recommande que les femmes qui allaitent ne consomment pas plus de 300 mg de caféine par jour.</p>	<p>Santé Canada – <i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien</i></p> <p>Santé Canada – <i>Guide alimentaire canadien : Grossesse et allaitement</i></p> <p>Santé Canada – <i>La caféine dans les aliments</i></p>
3.3.6	Obésité	<p>Les taux d'allaitement sont plus faibles chez les femmes présentant un IMC plus élevé (Donath et Amir, 2008). Des difficultés liées à l'allaitement sont aussi plus courantes chez ces femmes.</p>	

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.3.7	Dépression et anxiété post-partum	Dennis et McQueen (2007) et Ip et coll. (2009) affirment que le fait de ne pas allaiter ou de cesser rapidement d'allaiter est associé à un taux plus élevé de dépression post-partum. Les femmes présentant des symptômes de dépression lors de la période périnatale sont à risque de cesser rapidement d'allaiter (Dennis et McQueen, 2009).	Centre de ressources Meilleur départ – <i>Ressources sur les troubles de l'humeur post-partum</i>
3.3.8	Pauvreté	Les taux d'allaitement sont plus faibles chez les femmes dont le statut socio-économique est plus précaire (Amir et Donath, 2008). Le fait d'allaiter accroît la sécurité alimentaire des nourrissons et des enfants.	Association pour la santé publique de l'Ontario – Exposé de position : <i>Breastfeeding Position Paper</i> (en anglais seulement) Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture – <i>Directives pour l'élaboration de plans nationaux d'action pour la nutrition</i>
3.3.9	Tabagisme	<p>Les taux d'allaitement sont plus faibles chez les fumeuses. Ces dernières sont moins susceptibles de vouloir allaiter (Donath et Amir, 2004; Horta, Kramer et Platt, 2001). Les mères qui fument sont encouragées à allaiter. Les intervenants en santé peuvent leur présenter les stratégies suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères devraient limiter l'exposition de leur bébé à la fumée secondaire et tertiaire, et s'assurer qu'on ne fume pas dans leur domicile ou dans leur voiture (Priest et coll., 2009). • Toutes les mères devraient être informées des stratégies visant à les aider à arrêter de fumer ou à réduire le nombre de cigarettes qu'elles fument (Lumley et coll., 2009). <p>Les mères qui sont incapables d'arrêter de fumer devraient tenter de le faire uniquement après l'allaitement, afin de réduire l'exposition du bébé à la nicotine dans le lait maternel (Dahlstrom et coll., 2008; Mennella, Yourshaw et Morgan, 2007).</p>	Centre de ressources Meilleur départ – <i>Ressources sur le tabagisme</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.3.10	Toxicomanie	<p>La toxicomanie ne devrait pas entraîner la renonciation à l'allaitement. La grossesse et l'allaitement peuvent offrir une occasion de soutien et de traitement. Les femmes enceintes sont souvent ouvertes aux interventions visant à les amener à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool ou de drogue. La prudence doit être de mise à la suite d'une telle consommation par la mère, puisque de petites quantités de drogue peuvent être transférées au nourrisson durant les jours suivants, et demeurer dans l'organisme du nouveau-né pendant une longue période. Il est donc possible que l'on détecte chez lui la présence de drogue des semaines, voire des mois, suivant la consommation par la mère. Les mères toxicomanes doivent être averties du fait que la drogue sera détectable chez leur nourrisson pendant 2 à 4 semaines ou plus, selon ce qui a été consommé, et informées des effets négatifs de la drogue sur leur bébé (American Academy of Pediatrics, 2001).</p>	<p>Motherisk – <i>Pregnancy and Breastfeeding (en anglais seulement)</i> et <i>Articles en français produit par Motherisk</i></p> <p>Portail d'information prénatale (QC) – <i>Drogues et allaitement</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
3.4	Les femmes sont plus susceptibles de décider d'allaiter et de persévérer dans ce choix lorsque les paroles et les gestes des intervenants en santé démontrent la valeur qu'ils accordent à l'allaitement et au lait maternel.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 3 et annexes connexes
3.4.1	Les femmes, particulièrement celles qui ne sont pas certaines de vouloir allaiter, veulent obtenir des renseignements sur l'allaitement durant leur grossesse (Aurora et coll., 2000).	<p>Les cours prénataux, spécialement conçus pour montrer comment allaiter, peuvent accroître l'efficacité personnelle (Noel-Weiss, Bassett et Cragg, 2006).</p> <p>Les femmes sont plus susceptibles de commencer à allaiter et de le faire pendant plus longtemps si leurs intervenants en santé le leur recommandent (Clifford et McIntyre, 2008).</p> <p>Les sages-femmes, les infirmières et les autres intervenants en santé exercent une influence positive sur la durée de l'allaitement lorsqu'ils fournissent une formation axée sur les habiletés et des renseignements exacts, se montrent sensibles aux besoins de la mère et ont une attitude positive à l'égard de l'allaitement (Clifford et McIntyre, 2008).</p>	Santé Canada – <i>10 conseils utiles pour réussir l'allaitement maternel et 10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé</i>



Condition 4 Placer les bébés en contact peau-à-peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
4.1	Le contact peau-à-peau est important pour tous les bébés et pour toutes les mères, indépendamment de la méthode d'alimentation.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 4 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
4.1.1	Un contact peau-à-peau immédiat à la naissance favorise une transition plus facile vers la vie extra-utérine, comme le démontrent la diminution des pleurs, la plus grande interaction avec la mère et la réussite de l'allaitement.	<p>Le contact peau-à-peau stabilise les paramètres physiologiques : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, consommation d'oxygène, épisodes d'apnée et de bradycardie.</p> <p>Les bébés qui sont gardés peau-à-peau ont une meilleure thermorégulation que les bébés enveloppés dans des couvertures (Mori et coll., 2010).</p> <p>Les bébés qui sont gardés peau-à-peau ont un taux de glycémie plus élevé deux heures après leur naissance (Moore et coll., 2009).</p> <p>Le contact peau-à-peau avec leur mère permet aux bébés de développer des comportements en lien avec le préallaitement et l'allaitement qui les amènent à se déplacer vers le sein et le mamelon et à les prendre (Widstrom et coll., 2011).</p> <p>Les bébés sont plus facilement allaités s'ils sont gardés peau-à-peau plutôt qu'enveloppés dans des couvertures (Moore et coll., 2012).</p>	<p>Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Mother-Baby Dyad Care: Implementation Tool Kit</i> (en anglais seulement)</p> <p>OMS – La Bibliothèque de Santé Génésique (BGS) – <i>Contact peau-à-peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé</i></p> <p>IAB, gouvernement du Nouveau-Brunswick – <i>C'est mon jour de naissance, serre-moi dans tes bras!</i></p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte : Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille</i> Section 2 – Comment s'y prendre</p>
4.1.2	Un contact peau-à-peau immédiat est plus bénéfique s'il est ininterrompu pendant 2 heures après la naissance.	<p>Toutes les observations, cueillettes de données et procédures doivent être faites sans que le contact peau-à-peau soit interrompu.</p> <p>Un contact peau-à-peau immédiat et ininterrompu à la naissance et une cohabitation post-partum ont des effets positifs sur les interactions mères-enfants précoces (Dumas et coll., 2013). Le contact peau-à-peau immédiatement à la suite d'une césarienne est encouragé.</p>	<p><i>Commencer à donner le sein : le « Breast Crawl »</i> – Vidéo en anglais seulement, texte en français</p> <p>Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 4 et annexes connexes</p>
4.1.3	Un contact peau-à-peau qui se prolonge au-delà de la période post-partum immédiate demeure bénéfique pour tous les bébés et mères.	Un contact peau-à-peau qui se prolonge au-delà de la période post-partum immédiate contribue à améliorer l'humeur de la mère au cours des 2 premiers mois et à augmenter les taux d'allaitement à 3 mois.	Université St. Francis Xavier – <i>Enhancing Baby's First Relationship: Results from a Study on Mother-Infant Skin-to-Skin Contact</i> . Une vidéo pour les parents et une autre pour les intervenants en santé présentent les résultats d'une étude (en anglais seulement).

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
4.1.4	Les partenaires ou d'autres personnes de soutien peuvent fournir le contact peau-à-peau lorsque les mères en sont incapables.	Les bébés gardés peau-à-peau par les pères après la naissance lorsque les mères ne sont pas disponibles pleurent moins, montrent plus de comportements en lien avec le préallaitement et peuvent allaiter plus tôt (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg et Christensson, 2007).	Baby-Friendly UK – <i>Skin-to-Skin in Theatre or Recovery</i> (en anglais seulement) – Explique comment les mères peuvent garder leur bébé peau-à-peau à la suite d'une césarienne.
4.2	Le fait d'aider les mères à commencer à allaiter lorsque le bébé montre qu'il est prêt à être nourri est essentiel au succès précoce de l'allaitement.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 4 et annexes connexes
4.2.1	Certaines pratiques qui interviennent après la naissance promeuvent l'amorce rapide et le succès de l'allaitement.	<p>La plupart des bébés gardés peau-à-peau par leur mère se montreront prêts à allaiter à l'intérieur de 60 minutes après leur naissance (Widstrom et coll., 2011), et souvent beaucoup moins.</p> <p>Les interruptions du contact mère/bébé perturbent la transition en place et peuvent mener à de mauvais comportements en lien avec l'allaitement au cours des premiers jours (Righard et Alade, 1990).</p> <p>Les bébés montrent plus rapidement des signes de la faim et prennent mieux le sein lorsqu'ils ne sont pas enveloppés ou attachés et n'ont pas les mains couvertes (Widstrom et coll., 2011).</p> <p>Lorsque les bébés sont en mesure d'être souvent sur le sein ou près du sein, ils perdent moins de poids, ont des selles de transition plus rapidement et sont allaités mieux et plus souvent (Yamauchi et Yamanouchi, 1990).</p>	Région de Peel – <i>Vidéos éducatives – L'allaitement au cours des premières heures et peau-à-peau avec le bébé.</i> Ces vidéos de la Région de Peel présentent l'amorce de l'allaitement, l'allaitement selon les signes du bébé et le contact peau-à-peau.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
4.2.2	<p>Les intervenants en santé devraient être conscients du fait que les pratiques à la naissance peuvent avoir un effet sur l'allaitement.</p>	<p>Les naissances par césarienne sont liées à une amorce de l'allaitement moins réussie; un soutien supplémentaire à l'allaitement peut être requis (Sakalidis et coll., 2012).</p> <p>Plusieurs types d'analgésiques donnés à la mère au cours du travail peuvent nuire à la recherche spontanée du sein par le bébé et à ses comportements en lien avec l'allaitement (Ransjo-Arvidson et coll., 2001).</p> <p>Un lien ténu entre l'anesthésie épidurale et un allaitement moins réussi a été observé dans certaines études (Baumgarder et coll., 2003; Emery, 2009). Les femmes recevant une anesthésie épidurale durant le travail peuvent avoir besoin d'un plus grand soutien à l'allaitement.</p>	<p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – chapitre 5 (présentement non disponible en ligne)</p>



Condition 5 Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes, y compris la séparation de leur nourrisson.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
5.1	Le fait de fournir des renseignements et un soutien personnalisés à chaque mère amène celle-ci à être plus confiante.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 5 et annexes connexes
5.1.1	Le soutien des pairs et de professionnels amène la mère à être plus confiante.	Le soutien des pairs et de professionnels peut amener à une plus grande confiance en soi (Larsen et coll., 2008; Grassley et coll., 2008).	<i>Voir aussi la Condition 10.</i>
5.1.1	Une meilleure efficacité personnelle est liée à de meilleurs résultats en matière d'allaitement.	Une meilleure efficacité personnelle est liée à de meilleurs résultats en matière d'allaitement (Blyth et coll., 2002; Chezem, 2003; Dennis, 2006; Nichols, 2009).	

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
5.2	Chaque mère a droit à une information centrée sur le client et fondée sur les faits. Cette information est susceptible d'avoir un effet sur le rôle parental et l'alimentation du nourrisson		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 5 et annexes connexes
5.2.1	Les intervenants en santé devraient garder à l'esprit les éléments suivants lorsqu'ils fournissent des renseignements aux nouvelles mères :	<p>Alors qu'elles se remettent du travail et de l'accouchement, les mères passent par trois phases post-partum distinctes liées à des besoins différents en matière d'information (Ingram, 2002).</p> <p>Il est plus probable que l'information soit retenue si elle répond aux demandes de chaque mère, si elle est fondée sur les principes de la formation des adultes et si elle répond à des besoins d'apprentissage sur les plans auditif, visuel et kinesthésique.</p> <p>L'expérience d'allaitement d'une mère dépend en partie de l'information qu'elle reçoit de ceux qu'elle considère comme des experts en la matière (Larsen et coll., 2008).</p>	<p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales – annexe 2</i> (présentement non disponible en ligne)</p> <p><i>Voir la Condition 2.</i></p> <p>Agence de la santé publique du Canada et Comité des organismes communautaires d'entraide en allaitement de Québec et Vidéo femmes : – <i>Allaitement maternel : la mise au sein</i>, disponible au info@videoallaitement.org 418 666-7000.</p>
5.2.2	Selon le Comité canadien pour l'allaitement, certaines habiletés devraient être enseignées aux mères afin de les aider à apprendre à allaiter. Le contact peau-à-peau et l'allaitement selon les signes de la faim promeuvent également des rapports parent-enfant affectueux chez toutes les mères.	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir un contact peau-à-peau. • Reconnaître les signes de la faim. • Savoir comment positionner le bébé et lui faire prendre le sein. • Apprendre comment exprimer manuellement le colostrum/le lait maternel. • Comprendre les signes d'un transfert de lait efficace. 	<p><i>Voir la Condition 4.</i></p> <p>Gouvernement du Queensland – <i>Baby Feeding Cues (signs)</i> (en anglais seulement)</p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte : Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille</i> – Sections 3, 4 et 5</p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>Ressources sur l'allaitement maternel</i></p> <p>Lactitude (France) <i>Expression manuelle – Vidéo-clip et feuillet de la Stanford University</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
5.2.3	Assurer une production de lait copieuse est essentiel au maintien de la lactation pour la période souhaitée par la mère et le bébé.	Une lactation adéquate est liée au volume précoce de lait (Hill et coll., 2005). Le fait d'allaiter souvent des deux seins favorise une production de lait copieuse et un allaitement réussi (Walshaw, 2010), et devrait répondre aux signes du bébé.	Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – Chapitre 7 : Allaitement (présentement non disponible en ligne) Région de Peel – Ressources sur l'allaitement – <i>Vidéos sur l'allaitement</i> LLL France – <i>Positions d'allaitement</i>
5.3	Lorsque les mères ont de la difficulté à commencer et à maintenir l'allaitement, elles doivent bénéficier d'interventions supplémentaires.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 5 et annexes connexes
5.3.1	Certaines des difficultés courantes précoces incluent : <ul style="list-style-type: none"> • Le bébé ne prend pas le sein • Le bébé prend mal le sein • La mère ressent des douleurs aux mamelons pour diverses raisons. 	Si les difficultés rencontrées à l'amorce de l'allaitement ne sont pas résolues par le contact peau-à-peau, un positionnement qui facilite les choses, une bonne prise du sein et le fait de répondre aux signes de la faim et d'offrir de petites quantités de colostrum à lécher ou à prendre à la cuillère ou à la tasse, il est important de faire intervenir un spécialiste en allaitement pour assister la mère et le bébé.	International Breastfeeding Centre – <i>Feuillets d'information</i> et <i>Vidéo</i> sur l'allaitement
5.3.2	Les causes les plus courantes entraînant la cessation de l'allaitement sont les suivantes : l'impression d'une production de lait insuffisant, des problèmes d'allaitement antérieurs et l'impression que l'allaitement au biberon est facile.	Une prise en charge et des conseils appropriés sont nécessaires afin d'assurer que les difficultés rencontrées ne mènent pas à la cessation de l'allaitement (Colin et Scott, 2002). L'impression d'un approvisionnement en lait insuffisant est fréquente et l'une des raisons entraînant un sevrage précoce; cette préoccupation peut être résolue par la formation donnée à la mère (Gatti, 2008). À la suite de l'évaluation de la dyade mère-enfant, des stratégies pour améliorer l'approvisionnement en lait peuvent être adoptées : allaitement libre, avec les deux seins, amélioration de la prise et du positionnement, compression du sein. Le fait d'exprimer le lait à la main ou à l'aide d'un tire-lait après l'allaitement peut accroître l'approvisionnement en lait. Des substances galactogues peuvent être utilisées dans les cas où il n'y a aucune cause traitable à la faible production de lait (Zuppa et coll., 2010).	International Breastfeeding Centre – <i>Feuillets d'information</i> et <i>Vidéo</i> sur l'allaitement

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
5.3.3	Des interventions opportunes sont essentielles à la réussite de l'allaitement.	Un accès adéquat à du soutien en matière d'allaitement, y compris l'aide de professionnels après que la mère a obtenu son congé de l'hôpital, permet d'évaluer le bien-être du nourrisson et peut favoriser la réussite de l'allaitement.	<i>Voir la Condition 10.</i>
5.4	Lorsque la mère et le bébé sont séparés, des mesures doivent être prises pour assurer et maintenir la production de lait, et l'acheminement du lait vers le bébé.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 5 et annexes connexes
5.4.1	Lorsqu'une mère et son bébé doivent être séparés, il est essentiel que tous les efforts soient faits pour les réunir le plus tôt possible, et pour les appuyer durant la séparation.	Le nourrisson et la mère devraient avoir des preuves tangibles de la présence de l'autre (p. ex. une photo du bébé pour la mère, une compresse imbibée de lait près du bébé). Cela stimulera la descente de lait et augmentera les taux de prolactine chez la mère, et favorisera un comportement préallaitement chez le bébé.	Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte: Feuilles factuels – Exprimer et conserver le lait maternel</i>
5.4.2	Un enlèvement fréquent du lait/colostrum est nécessaire afin de favoriser et de maintenir la production de lait adéquat.	L'approvisionnement en lait produit par la mère peut être favorisé et maintenu par un enlèvement fréquent et régulier si, pour une raison ou une autre, le bébé est incapable de stimuler efficacement l'approvisionnement en lait ou doit être séparé de la mère (Hill et coll., 2005). L'expression manuelle produit plus de colostrum au cours de 48 premières heures suivant la naissance que ne le fait un tire-lait (Ohyama et coll., 2010). Les tire-lait devraient être utilisés avec prudence; un suivi adéquat par une consultante en lactation devrait être assuré. Une lactation adéquate est liée au volume précoce de lait (Hill et coll., 2005).	Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte: Feuilles factuels – Exprimer et conserver le lait maternel</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
5.5	Les mères qui décident ou ont besoin d'offrir un complément alimentaire à leurs bébés doivent être informées de façon concrète, afin de le faire de manière sécuritaire et attentionnée, avec le soutien des intervenants en santé.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 5 et annexes connexes
5.5.1	Lorsque les parents prennent la décision d'offrir à leur nourrisson des substituts du lait maternel, il est essentiel pour la santé et le bien-être du bébé de leur montrer comment préparer, entreposer et donner ces substituts de façon sécuritaire et attentionnée.	Le fait d'enseigner comment préparer, entreposer et donner sécuritairement des substituts du lait maternel est l'un des éléments de l'IAB. Cet enseignement devrait toujours se faire sur une base individuelle. Les noms de marques ne devraient pas être mentionnés. Les directives devraient être fondées sur les lignes directrices de l'OMS.	OMS – Salubrité alimentaire – <i>Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons</i>
5.5.2	Les intervenants en santé doivent s'assurer que les parents connaissent les principes « AFADS » lorsqu'ils offrent des substituts du lait maternel à leur nourrisson.	Lorsqu'ils offrent des substituts du lait maternel à leur nourrisson, les parents doivent s'assurer que cette décision est <ul style="list-style-type: none"> • Acceptable • Faisable • Abordable • Durable • Sûre (AFADS) Ces principes ont été établis par l'OMS dans le contexte de la transmission du VIH, mais s'appliquent à toutes les décisions alimentaires relatives à un nourrisson.	OMS – <i>VIH et alimentation infantile: outils pour le conseil et Le VIH et l'alimentation du nourrisson : mise à jour</i> <i>The Mother and Child Health Education Trust – Principes AFADS</i>



Condition 6 Soutenir les mères à allaiter exclusivement pendant les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.1	L'allaitement exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie des nourrissons en santé nés à terme, le lait maternel fournissant les éléments nutritifs optimaux pour la croissance et le développement des nourrissons.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 6 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.1.1	Les nourrissons en santé nés à terme ont uniquement besoin de lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois.	<p>Le lait maternel procure tous les éléments nutritifs requis pour les nourrissons en santé nés à terme jusqu'à l'âge de 6 mois (Santé Canada, 2012).</p> <p>Lorsque les mères sont bien soutenues et suivent les recommandations de l'OMS en matière d'allaitement, elles fournissent à leur nourrisson des quantités de lait procurant un apport énergétique adéquat et permettant une croissance normale (Nielsen et coll., 2011).</p>	Santé Canada – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois : Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement</i>
6.1.2	Les mères doivent être renseignées au sujet de l'expression manuelle et des tire-lait.	Le fait d'exprimer son lait 7 à 8 fois toutes les 24 heures permettra à la plupart des mères d'assurer un approvisionnement en lait adéquat, sans allaitement direct.	Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte: Feuilles factuels – Exprimer et conserver le lait maternel</i>
6.2	L'utilisation d'un substitut du lait maternel (préparation lactée) est un traitement médical auquel on ne devrait avoir recours qu'après une profonde réflexion, avec le consentement éclairé de la mère.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire – Condition 6 et annexes connexes</i>
6.2.1	Des renseignements à jour et factuels au cours de la grossesse et après la naissance soutiennent une prise de décision éclairée.	<p>Les renseignements fournis avant et après la naissance devraient inclure l'information présentée à la Condition 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raisons médicales pour la supplémentation • Risques associés aux substituts du lait maternel • Options en matière d'alimentation (par ordre de préférence) : <ul style="list-style-type: none"> – Expression du lait maternel (celui de la mère) – Banques de lait maternel – Substituts commerciaux du lait maternel <p>Les mères qui reçoivent une formation prénatale ont moins recours à la supplémentation à l'hôpital (Tender et coll., 2009).</p>	<p>Voir la Condition 3.</p> <p>Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire – Annexe 6</i></p> <p>Organisation mondiale de la Santé/UNICEF – <i>Acceptable reasons for use of breast-milk substitutes</i>. Document de l'OMS en anglais seulement, mais une traduction française a été produite par LLL France : <i>Raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nourrissons allaités</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.2.2	<p>Les intervenants en santé devraient renseigner les parents au sujet d'autres méthodes d'alimentation sécuritaires lorsqu'une supplémentation est nécessaire, ou lorsqu'il a été décidé de façon éclairée d'offrir des substituts du lait maternel.</p>	<p>Si des substituts du lait maternel sont utilisés, ils doivent l'être de façon sécuritaire.</p> <p>Si de tels substituts sont nécessaires, les intervenants en santé devraient recommander l'utilisation d'un liquide concentré ou d'une préparation prête à servir si le nourrisson est prématuré ou malade, ou si son système immunitaire est affaibli. Il existe un risque d'ingestion d'<i>enterobacter sakazakii</i> dans le cas des préparations en poudre, qui ne sont pas stérilisées (OMS, 2004). Les intervenants en santé devraient s'assurer que la reconstitution et l'entreposage sont sécuritaires et optimaux pour chaque bébé. Les parents devraient recevoir une formation sur la façon d'observer un nourrisson pour percevoir ses signes de stress et de satiété, et sa tolérance à l'alimentation. Il est nécessaire que les parents apprennent comment nourrir leur bébé de manière réceptive. Les habitudes d'élimination du bébé et son gain de poids devraient être surveillés afin de déterminer s'il est suffisamment nourri. Les parents doivent se montrer un peu moins préoccupés par la fréquence à laquelle un bébé est nourri et par la quantité consommée lors de ces moments. L'attention doit d'abord se tourner vers le nourrisson et les signes et réponses de ce dernier.</p> <p>Les familles doivent être au courant des rappels formulés pour les préparations et savoir comment trouver les renseignements requis. Elles doivent être informées de la contamination de l'eau et du contenu de l'eau de leur puits.</p> <p>Se référer au document de l'OMS/UNICEF pour de plus amples renseignements au sujet de la supplémentation chez le nourrisson, de la cessation temporaire de l'allaitement et des affections chez la mère qui peuvent être source d'inquiétude.</p> <p>Ces renseignements devraient être fournis sur une base individuelle, et non dans le cadre d'une séance de formation en groupe.</p>	<p>Voir la Condition 5.</p> <p>OMS/UNICEF – <i>Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons</i></p> <p>Santé Canada – <i>Recommandations sur la préparation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons (PPN)</i></p> <p>Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – <i>Enterobacter sakazakii et d'autres microorganismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons.</i></p> <p>Santé Canada – <i>Avis, mises en garde et retraits</i></p> <p>Organisation mondiale de la Santé – <i>Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.3	Les gouttes de vitamine D sont le seul complément alimentaire systématiquement recommandé chez les bébés nourris exclusivement au lait maternel.		Société canadienne de pédiatrie – <i>Suppléments de vitamine D chez les nourrissons allaités au Canada : statistiques et graphiques clés (2007-2008)</i>
6.3.1	La lumière du soleil est la principale source de vitamine D pour les êtres humains.	Une exposition directe au soleil n'est pas recommandée pour les nourrissons (Casey, 2010).	
6.3.2	Une carence en vitamine D peut entraîner de graves problèmes médicaux.	<p>Une carence en vitamine D peut avoir comme conséquence chez les enfants des problèmes de masse osseuse, de croissance osseuse et de minéralisation. Une telle carence peut entraîner un rachitisme et un risque plus élevé d'ostéoporose, de sclérose en plaques et de certaines formes de cancer (Santé Canada, 2004).</p> <p>Les plus grands avantages pour la santé de la vitamine D sont liés aux maladies osseuses, à plusieurs types de cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies métaboliques comme le diabète sucré, à la sclérose en plaques, aux troubles cognitifs et à certaines infections comme la grippe, la pneumonie et la septicémie (Grant, 2011).</p> <p>La synthèse de la vitamine D est influencée par la pigmentation de la peau, la quantité de peau exposée, la latitude (Casey, 2010) et l'utilisation d'écrans solaires (SCP, 2007).</p> <p>Une étude a démontré que la plus forte incidence de rachitisme était observable chez les enfants vivant dans le Nord et chez ceux ayant la peau plus foncée. 94 % de ces cas avaient été allaités, et aucun n'avait reçu la dose recommandée de vitamine D (Ward, 2007).</p> <p>Outre l'IMC, les niveaux de vitamine D sont également influencés par les saisons (Ostergard, 2011).</p>	Santé Canada – <i>Vitamin D supplementation of breastfed infants in Canada: Key statistics and graphics (2007-2008)</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.3.3	Un supplément de vitamine D de 400 UI/jour est recommandé au Canada pour tous les nourrissons en santé nés à terme.	<p>Les données indiquent de plus en plus que les niveaux quotidiens recommandés devront peut-être être augmentés (SCP, 2007; Grant, 2011). Aucun effet indésirable n'a été observé à la dose actuellement recommandée de 400 UI par jour (Casey, 2010).</p> <p>En 2007-2008, le pourcentage de mères ontariennes donnant un supplément de vitamine D à leur nourrisson allaité était significativement plus faible que la moyenne nationale, établie à 67 % (Santé Canada, 2008).</p>	Santé Canada – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois : Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement</i>
6.3.4	Une supplémentation en vitamine D est recommandée dès la naissance et jusqu'à ce que le régime alimentaire de l'enfant inclue au moins 400 UI de vitamine D par jour provenant d'autres sources d'alimentation, ou jusqu'à ce que le nourrisson atteigne l'âge de deux ans.	<p>Les intervenants en santé devraient discuter de la supplémentation en vitamine D avec les parents; les niveaux de vitamine D de la mère devraient être abordés. Au besoin, des recommandations pour une supplémentation devraient être faites (Taylor, 2010; Linger-Gould, 2011).</p> <p>Il est raisonnable d'offrir de la vitamine D jusqu'à l'âge de deux ans à titre de mesure préventive (Lerch, 2009).</p>	Alberta Health Services – <i>Nutrition Guidelines for Healthy Infants and Young Children</i> (en anglais seulement)
6.4	Certaines raisons peuvent justifier l'utilisation d'un substitut du lait maternel.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 6 et annexes connexes
6.4.1	Certains nourrissons ne devraient pas recevoir de lait maternel, ou tout autre type de lait, à l'exception d'une préparation spéciale.	Nourrissons atteints de galactosémie classique, de la maladie des urines à odeur de sirop d'érable, de phénylcétonurie (un certain allaitement peut être possible si étroitement surveillé).	<i>Dépistage néonatal Ontario</i> (les ressources sont en anglais seulement) <i>Dépistage des maladies génétiques chez les nouveau-nés au Québec</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.4.3	Il est possible que certaines mères doivent éviter d'allaiter de façon permanente.	Les mères présentant une infection au VIH devraient éviter d'allaiter de façon permanente si une solution de rechange acceptable, faisable, abordable, durable et sûre (AFADS) existe.	
6.4.4	Il est possible que certaines mères doivent temporairement éviter d'allaiter. Au cours de cette période, les mères devraient être renseignées sur la façon de maintenir leur approvisionnement en lait. Certaines de ces affections peuvent justifier que l'on évite l'allaitement de façon permanente.	<p>Les mères gravement malades incapables de prendre soin de leur nourrisson.</p> <p>Les mères qui ont des lésions actives liées au virus herpès simplex de type 1 sur les seins pouvant venir en contact avec la bouche du nourrisson devraient éviter d'allaiter jusqu'à ce que toutes les lésions soient guéries.</p> <p>Les mères qui prennent certains médicaments, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> des agents psychothérapeutiques sédatifs, des antiépileptiques, des opioïdes ou leurs combinaisons. Ces médicaments devraient être évités, et une solution de rechange plus sécuritaire devrait être recherchée. <p>Une mère peut allaiter même si elle prend des médicaments psychothérapeutiques, y compris de la méthadone (Jansson et coll., 2008).</p> <p>L'iode 131 radioactif devrait être évité, et une solution de rechange plus sécuritaire devrait être recherchée.</p> <p>L'allaitement peut reprendre deux mois après que cette substance a été administrée. La plupart des substances radioactives utilisées lors de procédures et de tests courants sont compatibles avec l'allaitement, ou exigent simplement que celui-ci soit brièvement interrompu.</p> <p>L'utilisation excessive d'iode topique ou d'iodophores sur des plaies ouvertes ou des membranes muqueuses peut entraîner un freinage de la fonction thyroïdienne ou des anomalies des électrolytes chez le nourrisson allaité; elle devrait être évitée.</p> <p>L'allaitement devrait être évité lors d'une chimiothérapie cytotoxique.</p> <p>Il est important, lorsque les mères prennent des médicaments ou certaines substances, de se référer aux plus récentes sources et aux ressources les plus fiables.</p>	<p>CAMH, Motherisk – <i>Exposure to Psychotropic Medications and Other Substances during Pregnancy and Lactation.</i> (en anglais seulement)</p> <p>Motherisk – <i>Articles en français produit par Motherisk</i></p> <p>Le portail d'information prénatale (Québec) – <i>Drogues et allaitement</i></p> <p>Texas Tech University Health Sciences Centre – <i>Infant Risk Centre – Recommendations for Radio-contrast Agents</i> (en anglais seulement)</p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
6.4.5	Il est possible que certaines affections suscitent des préoccupations, même si l'allaitement peut se poursuivre.	<p>Abcès au sein – l'allaitement devrait se poursuivre sur le côté non touché, puis reprendre sur le côté touché une fois le traitement commencé.</p> <p>Hépatite B – les nourrissons devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B à l'intérieur de 48 heures, ou dès que possible.</p> <p>Mastite – les mères devraient être traitées par leur intervenant en santé et poursuivre l'allaitement. Si celui-ci est trop douloureux, il importe que l'enlèvement du lait soit fait fréquemment.</p> <p>Toxicomanie – Les mères devraient être encouragées à ne pas consommer, et profiter d'occasions et de soutien en ce sens.</p>	<p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte: Feuilles factuels – L'infection mammaire (mastite)</i></p> <p>CAMH, Motherisk. <i>Exposure to Psychotropic Medications and Other Substances during Pregnancy and Lactation</i> (en anglais seulement)</p> <p>Forum de savoir CAMH – <i>Trousse d'outils sur la toxicomanie</i></p>



Condition 7 Faciliter la cohabitation 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés : mères et bébés restent ensemble.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
7.1	La cohabitation profite aux bébés et aux mères, indépendamment de la méthode d'alimentation.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 7 et annexes connexes
7.1.1	Lorsque la mère et le bébé cohabitent, la transition du nourrisson vers la vie extra-utérine se fait plus facilement.	L'odeur, le toucher et la voix de la mère permettent de stabiliser la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la glycémie du bébé (Moore, Anderson, Bergman et Dowswell, 2012). Lorsque le bébé cohabite avec sa mère, il est plus susceptible de passer moins de temps dans son berceau, et plus de temps à dormir doucement (Keefe, 1987).	Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Mother-Baby Dyad Care: Implementation Tool Kit</i> (en anglais seulement) Cochrane summaries – <i>Séparation de la mère et du nourrisson versus cohabitation</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
7.1.2	Lorsqu'elle cohabite avec son bébé, la mère s'ajuste plus facilement à son rôle.	<p>Lorsqu'elle demeure avec son bébé 24 heures par jour, indépendamment de la méthode d'alimentation, la mère s'ajuste plus facilement à son rôle de parent (O'Connor, Vietze, Sherrod, Sandler et Altemeier, 1980; Zuppa et coll., 2009).</p> <p>Des taux plus élevés de prolactine et d'oxytocine chez la mère favorisent l'attachement parental (Uvnas-Moberg, 1998). Le contact peau-à-peau et la cohabitation post-partum ont un effet positif sur les interactions mère-enfant précoces (Dumas et coll., 2013).</p> <p>Lorsque la mère cohabite avec son bébé, elle est plus susceptible de valoriser les rapprochements avec celui-ci (Svensson, Matthiesson et Windstrom, 2005) et d'y être plus attachée (Norr et coll., 1989).</p>	<p>Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Mother-Baby Dyad Care: Implementation Tool Kit</i> (en anglais seulement)</p> <p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directives nationales</i> – Chapitre 6 (présentement non disponible en ligne)</p>
7.1.3	Lorsque la mère et le bébé cohabitent, il est plus probable que le bébé se fasse allaiter et que la mère produise une quantité de lait suffisante.	<p>Lorsque le bébé cohabite avec sa mère, il se fait allaiter plus souvent (Buranasin, 1991; Yamouchi et Yamanouchi, 1990).</p> <p>Un allaitement plus fréquent est associé à un passage plus rapide du méconium et à des taux plus faibles de bilirubine (Yamouchi et Yamanouchi, 1990).</p> <p>Lorsqu'elle cohabite avec son bébé, la mère est plus susceptible d'amorcer l'allaitement (Buranasin, 1991), d'éprouver un plus grand désir d'allaiter (Procianoy et coll., 1987) et de produire une quantité de lait suffisante (DeCarvalho et coll., 1983). La mère est plus susceptible de produire une quantité de lait suffisante si elle voit ses seins et mamelons fréquemment stimulés et si l'enlèvement du lait est fréquent. Cela se produit lorsque le bébé est allaité souvent et efficacement (Neville et Morton, 2001).</p>	<p>Kellymom.com: Parenting/Breastfeeding – <i>How does milk production work?</i> (en anglais seulement)</p> <p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directives nationales</i> – Chapitre 6 (présentement non disponible en ligne)</p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
7.1.4	Le bébé est plus calme lors d'interventions ou d'examens douloureux s'il est avec sa mère.	<p>Toutes les interventions devraient être faites au chevet de la mère à l'hôpital. Le fait d'en apprendre davantage sur son bébé et sur la façon de le calmer donne confiance aux nouvelles mères.</p> <p>Une personne de confiance peut être présente pour assister et appuyer la mère lors de son séjour à l'hôpital.</p>	Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Mother-Baby Dyad Care: Implementation Tool Kit</i> (en anglais seulement)
7.2	Les contacts mères-bébés profitent aux nourrissons malades et prématurés, de même qu'à leurs mères.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 7 et annexes connexes
7.2.1	Les nourrissons prématurés tirent profit de la méthode kangourou.	Les bébés prématurés tenus peau-à-peau en vertu des principes de la méthode kangourou sont moins susceptibles de souffrir d'attaques d'apnée, respirent mieux, ont une température plus stable lorsque la méthode kangourou est appliquée et ont tendance à être plus alertes lorsqu'ils sont éveillés (Bergman, non daté).	<p>Instituts de recherche en santé du Canada – <i>La méthode mère kangourou : une autre façon de prendre soin des prématurés</i></p> <p>OMS – La Bibliothèque de Santé Génésique (BSG) – <i>La « méthode mère-kangourou » pour réduire la morbidité et la mortalité chez le nouveau-né de faible poids de naissance</i></p> <p>Réseaux Périnataux d'Ile-de-France – <i>Les unités « mère kangourous » : Soigner les nouveau-nés auprès de leurs mères en maternité</i></p>
7.2.2	Les mères de nourrissons prématurés tirent profit de la méthode kangourou.	Les parents de bébés prématurés jouent un rôle central dans la prestation de soins, ont tendance à établir des liens plus solides et interagissent plus souvent avec leur bébé. Ils sont également plus susceptibles de surmonter leurs difficultés émotionnelles, de se sentir moins coupables et d'acquiescer plus rapidement des connaissances au sujet de leur bébé (Bergman, non daté).	Instituts de recherche en santé du Canada – <i>La méthode mère kangourou : une autre façon de prendre soin des prématurés</i>



Condition 8 Encourager l'allaitement selon les signes du bébé.
Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction appropriée d'aliments complémentaires.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
8.1	L'allaitement selon les signes du bébé profite à ce dernier.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 8 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
8.1.1	Les bébés montrent qu'ils sont prêts à être nourris à l'aide de certains signes.	<p>Certains des signes précoces de la faim incluent : une sommeil agité, le foussement, de légers mouvements de tétée, le fait de sortir la langue.</p> <p>Les signes actifs de la faim incluent : le foussement sur l'objet ou la personne avec lesquels le bébé est en contact, le fait d'essayer de se mettre en position d'allaitement, le fait d'avoir la bougeotte ou de se tortiller, une respiration rapide, l'émission de faibles sons, le fait de gémir et de s'agiter.</p> <p>Les signes tardifs de la faim incluent : le fait de bouger la tête désespérément d'un côté à l'autre, les pleurs, l'épuisement et le fait de s'endormir.</p>	<p>LLL France – <i>Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil</i></p> <p>CHUM – <i>Signes de faim du bébé</i></p>
8.1.2	L'allaitement selon les signes soutient le développement physiologique du bébé.	<p>L'allaitement selon les signes soutient les besoins anatomiques, physiologiques et nutritionnels du bébé (Goldman, 1993; Horta, 2013).</p> <p>L'allaitement selon les signes minimise la perte de poids, encourage le contrôle de l'appétit et est étroitement lié à la réussite de l'allaitement (De Carvalho, Robertson, Friedman et Klaus, 1983).</p>	<p>Lisa Marasco et Jan Barger – <i>Examining the Evidence for Cue feeding of Breastfed Infants</i> (en anglais seulement)</p> <p>ILCA – <i>Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif</i> – Stratégie 4</p>
8.1.3	L'allaitement selon les signes soutient l'allaitement continu.	Les mères qui nourrissent leur nourrisson en fonction des signes de ce dernier sont plus susceptibles de produire une quantité suffisante de lait en mesure de soutenir continuellement les besoins individuels d'un bébé qui grandit (De Carvalho et coll., 1983; Hartman et Prosser, 1984).	Kellymom.com : L'art d'être parent/l'allaitement – <i>Milk Production</i> (en anglais seulement)
8.2	Les mères, les bébés, les familles et la société profitent du maintien de l'allaitement, combiné à l'introduction d'aliments complémentaires, à l'âge de 6 mois.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 8 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
8.2.1	Un allaitement maintenu jusqu'à l'âge de 2 ans et plus est normal et bénéfique pour l'enfant et la mère.	<p>Les avantages de l'allaitement sont proportionnels à la dose. Un allaitement qui est maintenu procure des éléments nutritifs, des sources d'énergie (Michaelsen et coll., 2003) et une protection contre les infections (Fisk et coll., 2011) lors de l'introduction d'aliments solides et au cours de la deuxième année de vie de l'enfant. Il promeut des rapports parents-enfants affectueux (Britton et coll., 2006) et fournit une protection modérée contre l'obésité plus tard dans la vie (Horta, 2013; Scott et coll., 2012). Il protège également les mères contre le cancer du sein (Chang-Claude et coll., 2000).</p>	Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Comité canadien pour l'allaitement – <i>VERSION PROVISOIRE - La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois</i>
8.2.2	Les nourrissons sont prêts pour des aliments solides à l'âge de 6 mois environ (Kramer, 2001; Kramer, 2009).	<p>Les nourrissons sont prêts pour des aliments solides à l'âge de 6 mois environ, comme le démontrent les éléments suivants (Naylor et Morrow, 2001) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les muscles du cou et des épaules sont assez forts pour assurer la coordination tête-langue-lèvres et la déglutition. • Le bébé n'a plus de réflexe de poussée de la langue. • Le bébé peut s'asseoir. • Le bébé est prêt à mastiquer et en mesure de le faire. • Le bébé est en mesure de saisir des choses (par une pince fine) et de les mettre dans sa bouche. • Le bébé recherche de la nourriture de table. • Les réflexes oraux se sont développés. • Le système immunitaire du bébé est en mesure de supporter d'autres aliments et de le protéger contre les agents pathogènes et les allergies. <p>Les aliments complémentaires devraient être introduits lorsque le développement du bébé le justifie. Ils devraient inclure des aliments riches en fer (Santé Canada, 2012).</p>	Kellymom.com : L'art d'être parent/l'allaitement – <i>Breastfeeding Past Infancy: Fact Sheet</i> (en anglais seulement)

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
8.2.3	Des aliments complémentaires riches en fer devraient être introduits dans l'alimentation des bébés vers l'âge de 6 mois; l'allaitement devrait être maintenu pendant 2 ans et plus.	<p>Vers l'âge de 6 mois, les bébés sont physiologiquement et physiquement prêts pour des aliments complémentaires (Rapley, 2011; Wright et coll., 2011).</p> <p>Même si la principale source d'alimentation des bébés après 6 mois demeure l'allaitement, des éléments nutritifs essentiels (p. ex. le fer) leur sont fournis par l'introduction d'aliments complémentaires (Kramer, Kakuma et OMS, 2001).</p> <p>L'allaitement demeure important sur les plans nutritionnel, immunologique et du développement après l'âge de 6 mois (Goldman, 1993; Horta, 2013).</p> <p>Il assure toujours une sécurité alimentaire.</p>	<p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>Nourrir votre bébé de six mois à un an</i></p> <p>World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) – <i>Activity Sheet 10: Breastfeeding and Food Security</i> (en anglais seulement)</p> <p>Organisation mondiale de la Santé (OMS) – <i>Complementary feeding</i> (en anglais seulement)</p> <p>Medical Aid Films – <i>Vidéo : Quand et comment nourrir votre enfant (6 à 24 mois)</i></p> <p>Le lien lacté – Allaitement maternel – <i>Allergies et régimes d'éviction</i></p>
8.3	Le sevrage à un rythme qui leur est propre est encouragé chez les mères et les bébés.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaires</i> – Condition 8 et annexes connexes
8.3.1	L'allaitement peut se poursuivre aussi longtemps que le souhaitent la mère et l'enfant, indépendamment du travail, de l'école ou d'autres situations de la vie quotidienne.	<p>Le lait maternel continue de fournir des quantités importantes d'éléments nutritifs clés – particulièrement des protéines, des matières grasses et la plupart des vitamines – après l'âge de 6 mois, et bien au-delà de la première année de vie (Dewey, 2001).</p> <p>La composition du lait humain se modifie pour s'adapter à l'âge de l'enfant, et est susceptible de fournir une quantité importante de matières grasses (Mandel, 2005), qui sont essentielles au bon développement du cerveau au cours des premières années de vie.</p> <p>Il est possible d'allaiter et de travailler ou d'aller à l'école; cela continue d'apporter des avantages à la mère et à l'enfant (Goldman, 1993; Horta, 2013).</p> <p>La diminution de la consommation de lait maternel entraîne la diminution de sa production, ce qui permet un processus de sevrage graduel (Peaker et Wilde, 1996).</p>	<p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>Le retour au travail après une naissance</i></p> <p>Commission ontarienne des droits de la personne – <i>La grossesse et l'allaitement</i></p> <p>Association pour la santé publique de l'Ontario – <i>Breastfeeding Friendly Workplace</i> (en anglais seulement)</p>



Condition 9 Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d’amusement ou à une tétine artificielle.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
9.1	Il est plus facile de favoriser l’allaitement si on évite d’avoir recours à une tétine artificielle ou à une suce.		Comité canadien pour l’allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l’allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 9 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
9.1.1	<p>La mère devrait être encouragée à prendre soin de son nourrisson sans l'aide d'une suce, particulièrement lorsque l'allaitement n'est pas encore établi.</p>	<p>Les parents peuvent apprendre à apaiser leur nourrisson autrement que par l'utilisation d'une suce, en le tenant par exemple peau-à-peau, en le berçant, en se balançant, en lui chantant des chansons, en lui parlant ou en lui donnant des massages.</p> <p>L'utilisation d'une suce peut entraîner des difficultés d'allaitement ou affaiblir la volonté d'allaiter (Kramer, 2001).</p> <p>L'utilisation d'une suce est associée à une plus grande incidence d'otites moyennes (Niemela et coll., 2002; Warren et coll., 2001).</p> <p>L'utilisation prolongée d'une suce (plus d'un an, et surtout plus de cinq ans) est associée à des problèmes de dentition (Warren, 2001).</p> <p>Les sucres peuvent héberger et transmettre des agents pathogènes, et entraînent un risque de suffocation si elles sont attachées au nourrisson et un risque d'étouffement si elles sont utilisées alors qu'elles sont usées ou endommagées.</p> <p>L'utilisation d'une suce chez les bébés en santé nés à terme ne devrait pas affecter de façon importante la prévalence ou la durée de l'allaitement exclusif ou partiel (Jaafar, 2012). Il existe peu de données permettant d'évaluer les difficultés d'allaitement à court terme ou les effets des sucres à long terme.</p> <p>L'utilisation de bouteilles complémentaires sans une stimulation adéquate des seins et l'enlèvement du lait est susceptible d'entraîner une production réduite ou insuffisante de lait, ou l'incapacité de maintenir une quantité suffisante. Cela peut faire en sorte de ne pas fournir les conditions requises à l'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.</p>	<p>Maman Éprouvette: <i>La suce : une amie qui vous veut du bien? Et Pourquoi la suce est-elle si populaire?</i></p> <p>International Breastfeeding Centre – <i>Feuillets d'information</i></p> <p><i>Voir la Condition 5.</i></p> <p><i>Voir la Condition 3.</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
9.1.2	Les suces peuvent être bénéfiques dans certaines situations.	La tétée non nutritive favorise une régulation de l'état, une prise de poids rapide et un congé plus rapide de l'hôpital chez les bébés prématurés (Pinelli et coll., 2000). Le fait de téter une suce a un effet analgésique lorsque la mère n'est pas en mesure d'allaiter son enfant lors d'interventions douloureuses (Carbajal et coll., 1999). L'utilisation d'une suce peut réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (Hauck et coll., 2003).	Société canadienne de pédiatrie – Exposé de position de la SCP – <i>Les recommandations sur l'usage des sucettes</i>
9.2	La décision de recourir à une tétine artificielle ou à une suce doit être prise de façon éclairée.		Association pour la santé publique de l'Ontario – <i>Informed Decision Making and Infant Feeding Position Paper</i> (en anglais seulement) Le portail d'information prénatale (Québec) – <i>Promouvoir et soutenir l'allaitement : L'apprentissage de l'allaitement</i> et annexe 2
9.2.1	Si une supplémentation est requise, la mère devrait être encouragée à choisir d'autres méthodes d'allaitement.	L'organisation mondiale de la Santé recommande l'utilisation de ces autres méthodes d'allaitement dans le cadre de la supplémentation chez les nourrissons en santé nés à terme. Il a été établi que ces méthodes ne causent aucun préjudice aux bébés (Howard et coll., 2000) : a) tasse ou cuillère b) seringue ou compte-gouttes c) dispositif d'aide à l'allaitement ou, si le bébé ne peut l'utiliser, une sonde d'alimentation sur un doigt.	Organisation mondiale de la Santé/UNICEF – <i>Acceptable reasons for use of breast-milk substitutes</i> . Document de l'OMS en anglais seulement, mais une traduction française a été produite par LLL France : <i>Raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nourrissons allaités</i> Organisation mondiale de la Santé (OMS) – <i>Alimentation de complément</i> Organisation mondiale de la Santé (OMS) – <i>Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i>
9.2.2	Les mères doivent avoir accès à une information factuelle et à jour afin d'être en mesure de prendre une décision éclairée en ce qui a trait à l'utilisation d'une tétine artificielle ou d'une suce.	Les études menées sur les autres méthodes d'allaitement, telles que l'alimentation à la tasse, sont insuffisantes pour fournir des données probantes. Des données anecdotiques lient l'utilisation de ces méthodes de rechange à une plus grande réussite en matière d'allaitement. L'alimentation à la tasse peut profiter à la dyade mère-nourrisson lorsque de nombreux suppléments sont nécessaires (Howard 2003). Les bébés ont plus de chances d'être exclusivement allaités à leur congé de l'hôpital si une tasse a été utilisée pour la supplémentation plutôt qu'une tétine artificielle (Flint, New et Davies, 2008).	Bandara et coll., Round Table Discussion – <i>Use of Alternative Feeding Methods in the Hospital</i> . La discussion et le document sont en anglais, mais une traduction française a été produite par LLL France : <i>La tasse : une méthode d'alimentation infantile</i>



Condition 10 Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaire et les groupes d'entraide en allaitement.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
10.1	Des stratégies qui favorisent un soutien professionnel, familial et des pairs jouent un rôle important dans la réussite de l'allaitement.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 10 et annexes connexes

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
10.1.1	Les mères et les bébés tirent profit de soins fondés sur des données probantes et d'interventions appropriées.	<p>Les bébés tirent profit d'un suivi étroit jusqu'à ce que leur courbe de prise de poids ait été établie (Agence de la santé publique du Canada, 2000).</p> <p>Un soutien professionnel peut permettre des interventions immédiates et à long terme visant à appuyer un allaitement continu et prolongé (Barros et coll., 1995; Haider et coll., 1996; Haider et coll., 2000; Lutter et coll., 1997; Neyzi et coll., 1991; Palda et coll., 2004; Renfrew et coll., 2012).</p>	<p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – précisément : Transition vers la maison et la collectivité, et Soutien à la mère et au nouveau-né (présentement non disponible en ligne)</p> <p>Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – <i>Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique</i></p>
10.1.2	Les mères et les familles tirent profit de renseignements factuels fournis par l'entremise de services et de programmes communautaires.	<p>Les mères tirent profit de recevoir des conseils préventifs au sujet de problèmes courants liés à l'allaitement.</p> <p>Des renseignements cohérents permettront d'assurer que les mères (et les intervenants en santé) savent que les bébés allaités présentent une courbe de croissance différente de celle des bébés qui reçoivent des substituts du lait maternel (de Onis et coll., 2006; Marchand, 2010).</p> <p>Une formation donnée à tous les professionnels de la santé qui assistent la famille permettra d'assurer la cohérence des messages (Cattaneo et Buzzetti, 2001) (voir la Condition 2).</p>	<p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales</i> – chapitre 7 : Allaitement (présentement non disponible en ligne)</p> <p>Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Comité canadien pour l'allaitement – <i>La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois : Énoncé conjoint de Santé Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, des Diététistes du Canada et du Comité canadien pour l'allaitement</i></p> <p>Diététistes du Canada – <i>Les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
10.1.3	Les mères et les bébés tirent profit d'un réseau de soutien par les pairs.	Le soutien des pairs peut s'exprimer par l'entremise de réseaux formels et informels, de groupes de mentorat ou de sites communautaires professionnels ou paraprofessionnels (Renfrew et coll., 2012).	Amies-allaitement et d'autres groupes de soutien par les pairs semblables sont dirigés par divers bureaux de santé publique en Ontario, parfois en français. <i>Ligue La Leche Canada</i> D'autres programmes de soutien aux parents fournissant un soutien pair à pair à l'allaitement [p. ex., <i>Life with a Baby</i> (en anglais seulement)]. Santé Canada a publié un guide comprenant des activités et des suggestions pour l'animation de groupes d'entraide – <i>Guide pratique pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement dans le cadre des projets communautaires</i>
10.2	Une culture qui soutient l'Initiative Amis des bébés protège, promeut et appuie l'allaitement et les rapports parents-enfants affectueux		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 10 et annexes connexes
10.2.1	La création d'une culture appuyant l'IAB devrait être encouragée dans tous les milieux communautaires et de soins de santé.	Afin de créer une culture appuyant l'IAB, les messages peuvent être intégrés à de nombreux projets sociaux et liés aux soins de santé (p. ex. salubrité alimentaire, attachement, stratégies contre l'obésité et la pauvreté). Une culture qui appuie les principes de l'IAB dans les collectivités locales encourage l'allaitement prolongé (Hoddinott, Chalmers et Pill, 2006; Palda et coll., 2004; Sikorski et coll., 2003). L'allaitement est un droit et peut être pratiqué en tout temps et en tout lieu (Commission ontarienne des droits de la personne, 2008). Le fait d'allaiter et de donner du lait maternel à son nourrisson est bénéfique pour la mère et le bébé lors du retour au travail ou à l'école (Goldman, 1993; Horta, 2013). Le fait de promouvoir le contact peau-à-peau et l'allaitement selon les signes permet de soutenir toutes les mères, indépendamment de la méthode d'alimentation, et encourage les rapports parents-enfants affectueux.	Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile (PCMCH) – <i>Placemat Template for CEOs and Administrators</i> (en anglais seulement) Fonds de recherche sur la société et la culture – <i>L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec</i> Commission ontarienne des droits de la personne – <i>Politique concernant la discrimination liée à la grossesse et à l'allaitement maternel</i>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
10.2.2	Une culture qui appuie l'IAB permet de soutenir les mères, les partenaires et les bébés.	Une culture qui appuie l'IAB soutient les familles alors qu'elles composent avec les changements apportés à leur vie et les défis rencontrés, y compris au travail et à l'école.	<p><i>Voir la Condition 8.</i></p> <p>Centre de ressources Meilleur départ – <i>L'allaitement, ça compte : Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille</i> – Section 5 : Foire aux questions et section 6 : Obtenir de l'aide.</p>
10.3	Les déterminants de la santé devraient être pris en considération dans le cadre des conseils prodigués aux mères en matière d'allaitement.		Comité canadien pour l'allaitement – <i>Indicateurs de résultats pour les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, intégrés pour les hôpitaux et les services de santé communautaire</i> – Condition 10 et annexes connexes
10.3.1	Les mères qui sont plus à risque de ne pas allaiter, ou d'allaiter moins longtemps, ont besoin de plus de soutien et de renseignements adaptés à leur situation.	<p>Les éléments suivants sont considérés comme étant des facteurs de risque pouvant entraîner la décision de ne pas allaiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • statut socioéconomique plus précaire • niveau d'éducation plus faible • mère plus jeune • manque de soutien • tabagisme • le fait de ne pas avoir de partenaire <p>(Arlotti et coll., 1998; Kistin et coll., 1994; Lutter et coll., 1997; Mickens et coll., 2009; Olson et coll., 2010).</p>	<p>Agence de la santé publique du Canada – <i>Qu'est-ce qui détermine la santé?</i></p> <p>Organisation mondiale de la Santé – <i>Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i></p>

Condition 11 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la Santé.

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
11.1	Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la Santé est essentiel et d'ordre éthique.		<i>OMS : Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et Comité canadien pour l'allaitement – Documents sur le Code (Introduction, Résolutions, etc.)</i>
11.1.1	Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et de ses résolutions subséquentes est essentiel, éthique et non négociable.	<p>Les violations au Code ont pour effet d'appuyer les substituts du lait maternel et les produits qui y sont liés, et minent par le fait même les efforts de promotion de l'allaitement (OMS, 1981).</p> <p>Les stratégies marketing des fabricants de préparations affectent l'allaitement (Semenic, 2012). L'existence d'un lien entre les fabricants de préparations et les intervenants en santé a pour effet de fidéliser les gens à une marque et de créer une dépendance envers celle-ci. Les fabricants de préparations et leurs représentants ne cherchent pas à éduquer la population et transmettent des renseignements erronés – directement ou indirectement, par l'entremise d'études commanditées – aux mères et aux intervenants en santé.</p> <p>Les recherches commanditées par les fabricants sont plus susceptibles d'être favorables à leurs commanditaires (Lundh, 2012).</p> <p>Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et de ses résolutions subséquentes pertinentes est lié à un taux supérieur d'allaitement exclusif et prolongé (Rosenberg et coll., 2008).</p>	<p><i>INFACT Canada</i></p> <p><i>INFACT Québec : Le Code</i></p> <p>Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) – <i>Questions et réponses sur le Code</i></p>

Numéros de la condition et du message	Message clé et analyse du message clé pour plus de détails	Bibliographie annotée	Ressources en ligne à l'appui de la mise en œuvre de l'IAB
11.1.2	Une prise de décision éclairée est au cœur d'une pratique éthique.	Les intervenants en santé peuvent faciliter une prise de décision éclairée en fournissant des renseignements exacts et factuels. Ces renseignements devraient inclure les risques d'une alimentation basée sur les préparations. Ces renseignements devraient être fournis avant que des difficultés ne soient rencontrées, de façon respectueuse et sensible, en tenant compte du contexte individuel et des sentiments, souhaits et préoccupations exprimés.	<p>Exposé de position de l'OPHA – <i>Informed Decision-Making and Infant Feeding</i> (en anglais seulement)</p> <p>Le portail d'information prénatale (Québec) – <i>L'allaitement</i></p> <p>Venter – <i>The Ethics of Informed Decision Making</i> (en anglais seulement)</p>

References

Introduction

- Breastfeeding Committee for Canada. (2012). *Baby-Friendly facilities in Canada*. Retrieved from http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Baby-Friendly_Facilities_in_Canada_English_Feb_2013.pdf.
Type: OPINION
- Breastfeeding Committee for Canada. (2011). *BFI integrated 10 steps practice outcome indicators for hospitals and community health services*. Retrieved from http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/2012-05-14_BCC_BFI_Ten_Steps_Integrated_Indicators.pdf
Type: OPINION
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ...Helsing, E. (2001). A randomized trial in the Republic of Belarus -Promotion of breast feeding intervention trial (Probit). *JAMA*, 285(4), 423-420. doi:10.1001/jama.285.4.413
Type: RCT
- Public Health Agency of Canada. (2012). *Canadian hospitals maternity policies and practices survey*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/chmpps-eppmhc-2012-eng.php>
Type: OBSERV
- Toronto Public Health. (2010). *Breastfeeding in Toronto. Promoting supportive environments*. Toronto, Ontario, Canada: author.
Type: OBSERV
- World Health Organization. (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva: author.
Type: OPINION
- World Health Organization & UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Geneva: author.
Type: OPINION

Condition 1

- Declercq, E., Labbok, M., Sakala, C., & O'Hara, M. A. (2009). Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health* 99, 929-935. doi:10.2105/AJPH.2008.135236
Type: OBSERV
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*, 122(2), 543-549.
Type: OBSERV
- Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care. *Primary Health Care Research and Development*, 12, 266-275.
Type: OBSERV
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ...Helsing, E. (2001). A randomized trial in the Republic of Belarus - Promotion of breast feeding intervention trial (Probit). *JAMA*, 285(4), 423-420. doi:10.1001/jama.285.4.413
Type: RCT

Mills, S. (2009). Workplace lactation programs: A critical element for breastfeeding mothers success. *AAOHN Journal*, 57(6), 227-231.

Type: OPINION

Stewart-Glenn, J. (2008). Knowledge, perceptions and attitudes of managers, coworkers, and employed breastfeeding mothers. *AAOHN Journal*, 56(10), 423-429.

Type: OPINION

Witters-Green, R. (2003). Increasing Breastfeeding rates in working mothers. *Families, Systems & Health*, 21(4), 415-434.

Type: OBSERVATIONAL

Condition 2

Cattaneo, A., & Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby-friendly hospital initiative. *BMJ*, 323(7325), 1358-1362.

Type: QUASI

Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care. *Primary Health Care Research and Development*, 12, 266-275.

Type: OBSERV

Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ...Helsing, E. (2001). A randomized trial in the Republic of Belarus -Promotion of breast feeding intervention trial (Probit). *JAMA*, 285(4), 423-420. doi:10.1001/jama.285.4.413

Type: RCT

Lutter, C. K., Perez-Escamilla, R., Segall, A., Sanghvi, T., Teruya, K., & Wickham, C. (1997). The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American Journal of Public Health*, 87(4), 659-663.

Type: QUASI

Merewood, A., Mehta, S. D., Chamberlain, L. B., Philipp, B. L., & Bauchner, H. (2005). Breastfeeding rates in US baby-friendly hospitals: Results of a national survey. *Pediatrics*, 116(3), 628-634.

Type: OBSERV

Noel-Weiss, J., Bassett, V., & Cragg, B. (2006). Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *JOGNN*, 35, 349-357.

Type: OBSERV

Condition 3

Academy of Breastfeeding Medicine. (2006). Contraception during breastfeeding. Clinical Protocol #13. *Breastfeeding Medicine*, 1(1), 43-51.

Type: OPINION

American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. (2001). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108(3), 776-789.

Type: OPINION

Amir, L., H., & Donath, S., M. (2008). Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: Evidence from three recent national health surveys. *Medical Journal of Australia* 189(5), 254-256.

Type: OBSERV; population survey

- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., & Kuhn, P. (2000). Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*, *106*(5), e67.
Type: OBSERV
- Balaban, G., & Silva, G. A. (2004). Protective effect of breastfeeding against childhood obesity. *Pediatrics*, *80*(1), 7-16.
Type: LRev
- Ball, T., & Wright, A. (1999). Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, *103*(4), 870-876.
Type: OBSERV
- Barclay, A. R., Russell, R. K., Wilson, M. L., Gilmour, H., Satsangi, J., & Wilson, D. C. (2009). Systematic review: The role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *Pediatrics*, *155*(3), 421-426.
Type: SRev
- Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics*, *10*(1542), 1048-1056. Retrieved from <http://pcmch.on.ca/LinkClick.aspx?fileticket=HF010ISVVGQ%3d&tabid=98>
Type: OBSERV
- Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quintero-Romero, S., Macaluso, A., & Dimario, S. (2006). Infant feeding and cost of health care: A cohort study. *Acta Paediatrica*, *95*, 540-546.
Type: QUASI
- Chen, A., & Rogan, W. J. (2004). Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*, *113*(5), e435-e439.
Type: OBSERV
- Chien, Y-C., Liu, J-F., Huang, Y-J., Hsu, C-S., & Chao, J. C-J. (2005). Alcohol levels in Chinese lactating mothers after consumption of alcoholic diet during postpartum "doing-the-month" ritual. *Alcohol*, *37*, 143-150.
Type: OBSERV
- Clifford, J. & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? *Breastfeeding Review*, *16*(2), 9-19.
Type: LRev
- Dahlstrom, A., Ebersjo, C., & Lundell, B. (2008). Nicotine exposure in breastfed infants. *Acta Paediatrica*, *93*, 810-816.
Type: QUASI
- Dennis, C.-L., & McQueen, K. A. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomology influence infant feeding behavior? *Acta Paediatrica*, *94*(4), 590-594.
Type: QUASI
- Dennis, C.-L., & McQueen, K. A. (2009). Relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*, *123*, e73e751.
Type: SRev
- Dewey, K., Cohen, R. J., Brown, K. H., & Rivera, L. L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: Results of two randomized trials in Honduras. *Journal of Nutrition*, *131*(2), 262-267.
Type: QUASI followed by RCT
- Diaz, S., Aravena, R., Cardenas, H., Casado, M. E., Miranda, P., Schiappacasse, B., & Croxatto, H. B. (1991). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception*, *43*(4), 335-352.
Type: OBSERV

- Donath, S., M., & Amir, L. H. (2008). Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: Data from the longitudinal study of Australian children. *Maternal and Child*, 4, 163-170.
Type: OBSERV; Population survey
- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 126, 1e18-e25.
Type: QUASI
- Espey, E., Ogburn, T., Leeman, L., Singh, R., Ostrum, K., & Schrader, R. (2012). Effect of progesterone combined oral contraceptive pills on lactation- A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 119(1), 5-13.
Type: Blinded RCT
- Fall, C. H. D., Borja, J. B., Osmond, C., Richter, L., Bhargava, S. K., ...Victoria, C. G. (2011). Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: Data from five cohorts in low- and middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, 40, 47-62.
Type: QUASI
- Forchielli M. L., Walker W.A. (2005). The role of gut-associated lymphoid tissues and mucosal defence. *British Journal of Nutrition*. 93(1), S41-S48.
Type: OPINION
- Giglia, R. C., Binns, C. W., Alfonso, H. S., Scott, J. A., & Oddy, W. H. (2008). The effect of alcohol intake on breastfeeding duration in Australian women. *Acta Paediatrica*, 97(5), 624-629.
Type: QUASI
- Hamosh, M. (2001). Bioactive factors in human milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 69-86.
Type: OBSERV
- Hanson, L. A. (2007). The role of breastfeeding in the defence of the child. In T. Hale & P. Q Hartmann (Eds.), *Textbook of Breastfeeding*. Hale, Amarillo, TX, Hale Publishing. As quoted in Hanson, L. A. (2007). Feeding and development, breastfeeding and immune function. *Proceedings of the Nutrition Society*, 66, 384-396.
Type: LRev
- Health Canada. (2009). *Prenatal nutrition guidelines for health professionals: Folate*. Retrieved from: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/folate-eng.pdf
Type: OPINION
- Health Canada. (2012). *Nutrition for healthy term infants: Recommendations from birth to six months: Draft*. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/infant-nourrisson/recommendations/index-eng.php#sec3>.
Type: OPINION
- Horta, B.L. & Victora, C.G. (2013). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systemic Reviews and Meta-Analyses*. World Health Organization.
Type: Srev/META
- Horta, B. L., Kramer, M. S., Platt, R. W. (2001). Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 91, 304-307.
Type: META
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine*, 18, 15-16.
Type: SRev
- Kennedy, K. I., & Visness, C. M. (1992). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. *The Lancet*, 339, 227-230.
Type: QUASI/META

- Klement, E., Cohen, R. V., Boxman, J., Joseph, A., & Relf, S. (2004). Breastfeeding and the risk of inflammatory bowel disease: A systematic review with meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(5), 1342-1352.
Type: SRev/META
- Koren, G. (2002). Drinking alcohol while breastfeeding: Will it harm my baby? *Canadian Family Physician*, 48, 39-41.
Type: OPINION
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ...Helsing, E. (2001). A randomized trial in the Republic of Belarus -Promotion of breast feeding intervention trial (Probit). *JAMA*, 285(4), 423-420. doi:10.1001/jama.285.4.413
Type: RCT
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., ...Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and child development: New evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578-584.
Type: RCT
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (8). doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
Type: SRev
- Labbok, M. H., Hight-Laukaran, V., Peterson, A. E., Fletcher, V., von Hertzen, H., & Van Look, P. F. A. (1997). Multicenter study of lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception*, 55, 327-336.
Type: OBSERVE following RCT
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub3
Type: SRev
- Marild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A., & Svedberg, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infections. *Acta Paediatrica* 93, 164-168.
Type: QUASI
- Martin, R. M., Gunnell, D., Owen, C. G., & Smith, D. S. (2005). Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *International Journal of Cancer* 177, 1020-1031.
Type: SRev/META
- McGuire, W., & Anthony, M. Y. (2003). Donor human milk versus formula for preventing necrotising enterocolitis in preterm infants: A systematic review. *Archives of Diseases of Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 88, F11-F14.
Type: SRev
- Mennella, J., & Garcia-Gomez, P. (2001). Sleep disturbances after acute exposure to alcohol in mother's milk. *Alcohol*, 25, 153-158.
Type: QUASI
- Mennella, J., Yourshaw, Y. M., & Morgan, L. K. (2007). Breastfeeding and smoking: Short term effects on infant feeding and sleep. *Pediatrics*, 120(3), 497-502.
Type: QUASI
- Meyers, D. (2009). Breastfeeding and Health Outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 4(s1), S-13-S-15. doi:10.1089/bfm.2009.0066
Type: OPINION

- Noel-Weiss, J., Bassett, V., & Cragg, B. (2006). Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35, 349-357.
Type: OBSERV
- Peterson, A.E., Perez-Escamilla, R., Labbok, M.H., Hight, V., von Hertzen, H., Van Look, P. (2000). Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 62 221-230.
Type: QUASI
- Priest, N., Roseby, R., Waters, E., Polnay, A., Campbell, R., Spencer, N., ...Ferguson-Thorne, G. (2008). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1).
Type: SRev
- Quigley, M. A., Hockley, C., Carson, C., Kelly, Y., Refnrew, M J., & Sacker, A. (2012). Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: A population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*, 160(1), doi: 10.1016/j.jpeds.2011.06.035
Type: QUASI/Cohort Study
- Quigley, M. A., Kelly, Y. J., & Sacker, A. (2007). Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. *Pediatrics*, 119(4), 207-215.
Type: QUASI/Cohort Study
- Reich, F., Konig, R., Von Wiese, W., & Klein, G. (2010). Prevalence of Cronobacter spp. in a powdered infant formula processing environment. *International Journal of Food Microbiology*, 140, 214-217.
Type: Biological sample testing
- Schnatz, P. F., Barker, K. G., Marakovits, K. A., & O'Sullivan, D. M. (2010). Effects of age at first pregnancy and breastfeeding on the development of postmenopausal osteoporosis. *Journal of the North American Menopause Society* 16(6), 1161-1166.
Type: OBSERV
- Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., Allison, M. A., Ness, R. B., Freiberg, M. S., & Cauley, J. A. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 974-982.
Type: OBSERV
- Shah, P. S., Aliwalas, L. L., & Shah, V. S. (2009). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
Type: SRev
- Singhal, A., Cole, T. J., & Lucas, A. (2001). Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: Two cohorts after randomised trials. *The Lancet*, 357, 413-419.
Type: RCT
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. (2004). Canadian contraception consensus. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 143(3), 347-387. Retrieved from http://www.sogc.org/guidelines/index_e.asp#Contraception
Type: OPINION
- Talayero, J. M. P. , Lizan-Garcia, M., Puime, A., Muncharaz, M., Soto, B., Sanchez-Palo-mares, M.,...Rivera, L. L. (2006). Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*, 118(1), e92-e99. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/e92.full>
Type: QUASI

- Truitt, S. T., Fraser, A. B., Gallo, M. F., Lopez, L. M., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2003). Hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
Type: SRev
- Vennemann, M. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yucesan, K., Sauerland, C., & Mitchell, E. A. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123(3), e406-e410.
Type: QUASI/Case Control
- Wiklund, P. K., Xu, L., Wang, Q., Mikkola, T., Lyytikainen, A., Volgyi, E.,...Cheng, S. (2011). Lactation is associated with greater maternal bone size and bone strength later in life. *Osteoporosis International*, 23, 1939-1945.
Type: OBSERV
- Wall, G. (2013). Outcomes of Breastfeeding. La Leche League and Evergreen Perinatal Education Program; updated February 2013. Retrieved from http://www.la lecheleague.org/docs/cbi/outcomes_of_breastfeeding_jan_2013.pdf
Type: LRev
- Wood, K. & Van Estrick, P. (2010). Women with childhood sexual abuse: Infant feeding experiences. *Canadian Family Physician*, 56(4), e136-e141.
Type: QUALI
- World Health Organization. (2008). Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_RHR_09_13/en/index.html
Type: OPINION

Condition 4

- Baumgardner D. J., Muehl, P., Fischer, M., & Pribbenow B. (2003). Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(1),7-13.
Type: OBSERV
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A-S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A-M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomised controlled trial. *Clinical Nursing Research*. doi: 10.1177/1054773812468316.
Type: RTC
- Emery J. S. (2009). Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 116(12), 1622-1629. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x
Type: OBSERV
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105-114.
Type: RCT
- Mennella, J., & Garcia-Gomez, P. (2001). Sleep disturbances after acute exposure to alcohol in mother's milk. *Alcohol*, 25, 153-158.
Type: QUASI
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2009). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
Type: SRev/META

- Mori, R., Khanna, R., Pledge, D., & Nakayama, T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*, 52(2), 161-170.
Type: SRev/META
- Ransjö-Arvidson, A. B., Matthiesen, A. S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A. M., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12.
Type: QUASI
- Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723), 1105-1107.
Type: QUASI
- Sakalidis, V. S., Williams, T. M., Hepworth, A. R., Garbin, C. P., Hartmann, P. E., Paech, M. J.,... Geddes, D. T. (2012). A Comparison of early sucking dynamics during breastfeeding after cesarean section and vaginal birth. *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 79-85. doi: 10.1089/bfm.2012.0018
Type: QUASI
- Widstrom, A. M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllof, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100(1), 79-85.
Type: OBSERV
- Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2), 171-175.
Type: OBSERV

Condition 5

- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-84.
Type: QUASI
- Chezem, J., Friesen, C., & Boettcher, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 40-47.
Type: QUASI
- Clinton, J. (2012). On Track guide: a resource for professionals; presentation with slides on breastfeeding and social determinants of health. London, Ontario, Canada: author.
Type: Opinion
- Colin, W. B., Scott, J. A. (2002). Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Review*, 10(2), 13-19.
Type: OBSERV
- Dennis, C. L. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*. 29(4),256-68.
Type: QUASI
- Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355-63.
Type: IRev

- Grassley, J. S. & Nelms, T. P. (2008). Understanding maternal breastfeeding confidence: A Gadamerian hermeneutic analysis of women's stories. *Health Care for Women International*, 29(8), 841-62.
Type: QUALI
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18(2), 87-101.
Type: QUASI
- Hill, P. D., & Aldag, J. C. (2005). Milk volume on day 4 and income predictive of lactation adequacy at 6 weeks of mothers of non-nursing preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(3), 273-82
Type: QUASI
- Larsen, J. S., Hall, E. O., & Aagaard, H. (2008). Shattered expectations: When mothers' confidence in breastfeeding is undermined--a metasyntesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 653-61.
Type: META
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C. L., & Price, I. (2009). The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior*, 36(2), 250-8.
Type: RCT
- Ohyama, M., Watabe, H., & Hayasaka, Y. (2010). Manual expression and electric breast pumping in the first 48 hours after delivery. *Pediatrics International*, 52(1), 39-43.
Type: QUASI
- Walshaw, C. A. (2010). Are we getting the best from breastfeeding? *Acta Paediatrica*, 99(9), 1292-1297.
doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01812.x
Type: OBSERV
- Zuppa, A. A., Sindico, P., Orchi, C., Carducci, C. Cardiello, V. Romagnoli, C., & Catenazzi, P. (2010). Safety and efficacy of galactogogues: Substances that induce, maintain and increase breast milk production. *Journal of Pharm Pharmaceut Science*, 13(2), 162-174.
Type: LRev
- ## Condition 6
- Canadian Pediatric Society. (2007). *Vitamin D supplementation: Recommendations for Canadian mothers*. Retrieved from <http://www.cps.ca/english/statements/ii/fnim07-01.htm>.
Type: OPINION
- Casey, C. F., Slawson, D. C., & Lindsey, R. N. (2010). Vitamin D supplementation in infants, children, and adolescents. *American Family Physician*. 81(6), 745-750.
Type: CRev
- Dewey, K., Cohen, R. J., Brown, K. H., & Rivera, L. L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: Results of two randomized trials in Honduras. *The Journal of Nutrition*, 131(2), 262-267.
Type: RCT
- Dewey, K. G. (2001). Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 87-104.
Type: SRev
- Grant, W. B., & Boucher, B. J. (2011). Requirement for vitamin D across the life span. *Biological Research for Nursing*, 13(2), 120-133.
Type: CRev

- Health Canada. (2012). Nutrition for Healthy Term Infants; Recommendations from birth to six months: A joint statement of Health Canada, Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada, and Breastfeeding Committee for Canada. Retrieved from <http://hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-eng.php#a3>
Type: OPINION
- Health Canada (2008). Vitamin D supplementation of breastfed infants in Canada: Key statistics and graphics (2007-2008). Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/vitamin-eng.php>
Type: OPINION
- Hollis, B. W., & Wagner, C. L.. (2004). Assessment of dietary vitamin D requirement during pregnancy and lactation. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 717-726.
Type: CRev
- Jansson, L. M., Choo, R., Velez, M. L., Harrow, C., Schroeder, J. R., Shakleya, M., & Huestis, M. A. (2008). Methadone Maintenance and Breastfeeding in the Neonatal Period. *Pediatrics*, 121(1), 106-114.
Type: QUASI
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 285(4): 413-420.
Type: RCT.
- Kramer M., & Kakuma R. (2009). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review) *Cochrane Library*. 4 (Data file). Oxford, England
Type: SRev
- Lerch, C., & Meissner, T. (2009). Interventions for the prevention of nutritional rickets in term born children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
Type: SRev
- Naylor, A. J. & Morrow, A. L. (2001). Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods: Reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor and maternal reproductive and lactational development. Retrieved from <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/devreadiness.pdf>.
Type: CRev
- Nielsen, S. B., Reilly, J. J., Fewtrell, M. S., Eaton, S., Grinham, J., & Wells, J. C. (2011). Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding: a longitudinal study. *Pediatrics*, 128(4), 907-914. doi: 10.1542/peds.2011-0914
Type: OBSERV
- Ostergard, M., Arnberg, K., Michaelsen, K. F., Madsen, A. L., Krarup, H. Trolle, E. & Molgaard, C. (2011). Vitamin D status in infants: relation to nutrition and season. *European Journal of Clinical Nutrition*, 65(5), 657-660.
Type: QUASI
- Perrine, C. G., Sharma, A. J., Jefferds, M. E., Serdula, M. K., & Scanlon, K. S. (2010). Adherence to vitamin D recommendations among U.S. infants. *Pediatrics*, 125(4): 627-632.
Type: QUASI
- Salle, B. L., Delvin, E. E., Lapillone, A., Bishop, N. J., & Glorieux, F. H. (2000). Perinatal metabolism of vitamin D. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1317-1324.
Type: CRev
- Taylor, J. A., Geyer, L. J., & Feldman, K. W. (2010). Use of supplemental vitamin D among infants breastfed for prolonged periods. *Pediatrics*, 125, 105-111.
Type: QUASI

- Tender, J. A. F., et al. (2009). Reasons for in-hospital formula supplementation of breastfed infants from low-income families. *Journal of Human Lactation*, 25(1), 11-17. doi: 10.1177/0890334408325821
Type: OBSERV
- Ward, L. M., Gaboury, I., Ladhani, M., & Zlotkin, S. (2007). Vitamin D-deficiency rickets among children in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 177(2), 161-166.
Type: QUASI
- Wharton, B. & Bishop, N. (2003). Reviews the effects of genes, stage of development, and environment on clinical expression of the disease. *Lancet*, 362(9393),1389-1400.
Type: CRev
- World Health Organization/UNICEF. (2009). *Acceptable reasons for use of breast-milk substitutes*. Retrieved from <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Acceptable%20Medical%20Reasons%20for%20use%20of%20Breastmilk%20Substitutes.pdf>
Type: OPINION
- World Health Organization/UNICEF (2004). *Question and answers on Enterobacter sakazakii in powdered infant formula*. Retrieved from <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/en/qa2.pdf>
Type: OPINION
- World Health Organization. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Retrieved from http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Global_Strategy_for_Infant_And_Young_Child_Feeding.pdf
Type: OPINION

Condition 7

- Buranasin, B. (1991). The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 5(3), 217-220.
Type: OBSERV
- Daschner, F. D. (1986). Nosocomial infections in maternity wards and newborn nurseries: Rooming-in or not?. *Journal of Hospital Infection*, 7(1), 1-3.
Type: OBSERV
- De Carvalho, M., Robertson, S., Friedman, A., & Klaus, M. (1983). Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3), 307.
Type: QUASI
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A-S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A-M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomised controlled trial. *Clinical Nursing Research*. doi: 10.1177/1054773812468316
Type: RTC
- Hanson, L. Å. (2006). Breast-feeding and protection against infection. *Scandinavian Journal of Food & Nutrition*, 50(1), 32-34. doi:10.1080/11026480600601083.
Type: OPINION
- Keefe, M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140-144.
Type: QUASI
- Lindenberg, C. S., Cabrera, A. R., & Jimenez, V. (1990). The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 179-186.
Type: QUASI

- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
Type: SRev/META
- Norr, K. F., Roberts, J. E., & Freese, U. (1989). Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34(2), 85-91.
Type: QUASI
- O'Connor, S., Vietze, P. M., Sherrod, K. B., Sandler, H. M., & Altemeier, W. A.,3rd. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2), 176-182.
Type: QUALI
- Procianoy, R. S., Fernandes-Filho, P. H., Lazaro, L., Sartori, N. C., & Drebes, S. (1983). The influence of rooming-in on breastfeeding. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29(2), 112-114.
Type: QUASI
- Shea, N. R. N., Klatskin, E. H. P. D., & Jackson, E. B. M. D. (1952). Home adjustment of rooming-in and non-rooming-in mothers. *American Journal of Nursing*, 52(1), 65-67.
Type: OBSERV
- Svensson, K. R. N. M., Matthiesen, A. B. S., & Widstrom, A. R. N. M. T. D. (2005). Night rooming-in: Who decides? An example of staff influence on mother's attitude. *Birth*, 32(2), 99-106.
Type: QUASI
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835.
Type: OPINION
- Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2), 171-175.
Type: OBSERV
- Zuppa, A. A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardiello, V., Cota, F., & Romagnoli, C. (2009). Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. *Journal of Maternal – Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 801 -805.
Type: QUASI

Condition 8

- Ball, T. M., & Bennett, D. M. (2001). The economic impact of breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 253-262.
Type: OPINION
- Bartick, M. & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), 1048-1056.
Type: QUASI
- Britton, J.R., Britton, H.L., & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, 118: 1436-1443.
Type: OBSERV
- Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quintero-Romero, S., Macaluso, A., & Di Mario, S. (2006). Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatrica*, 95(5), 540-6.
- De Carvalho, M., Robertson, S., Friedman, A., & Klaus, M. (1983). Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3), 307.
Type: QUASI

- Chang-Claude, J., Eby, N., Kiechle, M., Bastert, G., & Becher, H. (2000). Breastfeeding and breast cancer risk by age 50 among women in Germany. *Cancer Causes and Control*, 11: 687-695
Type: OBSERV
- Fisk, C.M., Crozier, S.R., Inskip, H.M., Godfrey, K.M., Cooper, C., Rogers, G.C., & Robinson, S.M., Southampton Women's Survey Study Group (2011). Breastfeeding and reported morbidity during infancy: Findings from the Southampton Women's Survey. *Maternal and Child Nutrition*, 7(1): 61-70.
Type: QUASI
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Camargo, C. A., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Rockett, H. R.,...Colditz, G. A. (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*, 285(19), 2461-2467.
Type: OBSERV
- Goldman, A. S. (1993). The immune system of human milk: Antimicrobial, anti-inflammatory and immuno-modulating properties. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 12(8), 664-672.
Type: IRev
- Horta, B.L. & Victora, C.G. (2013). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization.
Type: SRev/META
- Kramer, M., Kakuma, R., & World Health Organization. (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Geneva: World Health Organization.
Type: SRev
- Rapley, G. (2011). Baby-led weaning: Transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner*, 84(6), 20-23.
Type: OPINION
- Scott, J.A. (2012). The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health*, 12:107.
Type: OBSERV
- Smith, J. P., Thompson, J. F., & Ellwood, D. A. (2002). Hospital system costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 26(6), 543-51.
Type: QUASI
- Townsend, E. & Pitchford, N. J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2011-000298
Type: QUASI
- Wright, C. M., Cameron, K., Tsiaka, M., & Parkinson, K. N. (2011). Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 27-33.
Type: OBSERV

Condition 9

- Carbajal, R., Chauvet, X., Couderc, S., Olivier-Martin, M. (1999). Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. *BMJ*, 319, 1393-1397.
Type: RCT
- Hauck, F. R., Herman, S. M., Donovan, M., et al. (2003). Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality study. *Pediatrics*, 111, 1207-1214.
Type: QUASI
- Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., deBlieck, E. A., Eberly, S., & Lawrence, R. A. (1999). The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*, 103(3), 33.
Type: QUASI
- Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., Eberly, S., deBlieck, E. A., Oakes, D. et al. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111(3), 511-518.
Type: RCT
- Jaafar, S. H., Jahanfar, S., Angolkar, M., & Ho, J. J. (2012). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. [Update of Cochrane Database Syst Rev.] 2011;(3):CD007202; PMID: 21412899]. Cochrane Database of Systematic Reviews.7:CD007202.
Type: SRev
- Jenik, A. G., Vain, N. E., Gorestein, A. N., Jacobi, N. E., & Pacifier and Breastfeeding Trial Group (2009). Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *Journal of Pediatrics*, 155(3), 350-354.
Type: RCT
- Joanna Briggs Institute. (2010). Breastfeeding: Finger feeding supplementation. Evidence Summery.
Type: OBSERV
- Kramer, M. S., Barr, R. G., Dagenais, S., Yang, H., Jones, P., Ciofani, L. et al. (2001). Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: A randomized controlled trial. *JAMA*, 286(3), 322-326.
Type: RCT
- Kronborg, H. & Vaeth, M. (2009). How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*, 36(1), 34-42.
Type: QUASI
- Nelson, E. A., Yu, L. M., Williams, S., & International Child Care Practices Study Group (2005). International Child Care Practices study: breastfeeding and pacifier use. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 289-295.
Type: OBSERV
- O'Connor, N. R., Tanabe, K. O., Siadaty, M. S., & Hauck, F. R. (2009). Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(4), 378-382.
Type: SRev
- Pinelli, J., Symington, A. (2000) How rewarding can a pacifier be? A systematic review of nonnutritive sucking in preterm infants. *Neonatal Network*, 19, 41-48.
Type: SRev
- Warren J. J., Bishara, S. E., Steinbock, K. L., Yonezu T., & Nowak A. J. (2001). Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *Journal of the American Dental Association*, 132, 1685-1693.
Type: OBSERV

Condition 10

- Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. (2007). ABM Clinical Protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: “the going home protocol”. *Breastfeeding Medicine*, 2(3), 158-65.
Type: Opinion
- Arlotti, J. P., Cottrell, B. H., Lee, S. H., & Curtin, J. J. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *Journal of Community Health Nursing*, 15(3), 163-178.
Type: QUASI
- Barros, F. C., Semer, T. C., Tonioli Filho, S., Tomasi, E., & Victora, C. G. (1995). The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: A birth cohort study. *Acta Paediatrica*, 84(11), 1221-1226.
Type: QUASI
- Cattaneo, A., & Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*, 323(7325), 1358-1362.
Type: QUASI
- de Onis, M., Martorell, R., Garza, C., & Lartey, A. (2006). WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica*, 95, 76-85. doi:10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x
Type: OPINION
- de Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., & Pinol, A. (2006). *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age*. Geneva: World Health Organization
Type: OBSERV
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Gallop, R., & Chalmers, B. (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166(1), 21-28.
Type: RCT
- Goldman, A. S. (1993). The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 12(8), 664-672.
Type: OPINION
- Gunn, T. R., Thompson, J. M., Jackson, H., McKnight, S., Buckthought, G., & Gunn, A. J. (2000). Does early hospital discharge with home support of families with preterm infants affect breastfeeding success? A randomized trial. *Acta Paediatrica*, 89(11), 1358-1363.
Type: RCT
- Haider, R., Ashworth, A., Kabir, I., & Huttly, S. R. (2000). Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in dhaka, bangladesh: A randomised controlled trial. *Lancet*, 356(9242), 1643-1647.
Type: RCT
- Haider, R., Islam, A., Hamadani, J., Amin, N. J., Kabir, I., Malek, M. A., et al. (1996). Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2), 173-179.
Type: RCT
- Hoddinott, P., Chalmers, M., & Pill, R. (2006). One-to-one or group-based peer support for breastfeeding? women’s perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth*, 33(2), 139-146.
Type: QUALI

- Horta, B.L. & Victora, C.G. (2013). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization.
Type: SRev/META
- Kaunonen, M., Hannula, L., & Tarkka, M. T. (2012). A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1943-1954.
Type: SRev
- Kistin, N., Abramson, R., & Dublin, P. (1994). Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of Human Lactation*, 10(1), 11-15.
Type: QUASI
- Kramer, M., Kakuma, R., & World Health Organization. (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review*. (Systematic Review). Geneva: World Health Organization.
Type: SRev
- Kruske, S., Schmied, V., & Cook, M. (2007). The 'earlybird' gets the breastmilk: Findings from an evaluation of combined professional and peer support groups to improve breastfeeding duration in the first eight weeks after birth. *Maternal & Child Nutrition*, 3(2), 108-119.
Type: OBSERV
- Lutter, C. K., Perez-Escamilla, R., Segall, A., Sanghvi, T., Teruya, K., & Wickham, C. (1997). The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American Journal of Public Health*, 87(4), 659-663.
Type: QUASI
- Marchand, V. (2010). *Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: Using the new world health organization growth charts*. Retrieved July/20, 2012, from <http://www.cps.ca/en/documents/position/child-growth-charts>
Type: OPINION
- McKeever, P., Stevens, B., Miller, K. L., MacDonell, J. W., Gibbins, S., Guerriere, D. et al. (2002). Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth*, 29(4), 258-265.
Type: RCT
- Mickens, A. D., Modeste, N., Montgomery, S., & Taylor, M. (2009). Peer support and breastfeeding intentions among black WIC participants. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 157-162.
Type: OBSERV
- Neyzi, O., Olgun, P., Kutluay, T., Uzel, N., Saner, G., Gokcay, G., . . . Akar, U. (1991). An educational intervention on promotion of breast feeding. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 5(3), 286-298.
Type: QUASI
- Noel-Weiss, J., Courant, G., & Woodend, A. K. (2008). Physiological weight loss in the breastfed neonate: A systematic review. *Open Medicine: A Peer-Reviewed, Independent, Open-Access Journal*, 2(4), e99-e110.
Type: SRev
- Olson, B. H., Haider, S. J., Vangjel, L., Bolton, T. A., & Gold, J. G. (2010). A quasi-experimental evaluation of a breastfeeding support program for low income women in Michigan. *Maternal & Child Health Journal*, 14(1), 86-93.
Type: QUASI
- Ontario Human Rights Commission. (2008). *Policy on discrimination because of pregnancy and breastfeeding*. Retrieved from http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/attachments/Policy_on_discrimination_because_of_pregnancy_and_breastfeeding.pdf

Palda, V. A., Guise, J. M., Wathen, C. N., & Canadian Task Force on Preventive Health,Care. (2004). Interventions to promote breast-feeding: Applying the evidence in clinical practice. *Canadian Medical Association Journal*, 170(6), 976-978.

Type: SRev

Renfrew M. J., McCormick F. M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub4/pdf>

Type: SRev

Stevens, B., Guerriere, D., McKeever, P., Croxford, R., Miller, L. E. E., Watson-MacDonell, J.,... Coyte, P. (2006).

Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 233-43.

Type: QUASI

The World Health Organization International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes

Lundh, A., Sismonda, S., Lexchin, J., Busuioc, O. A., & Bero, L. (2012). Industry sponsorship and research outcome. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.MR000033.pub2

Type: SRev

Rosenberg, K. D., Eastham, C. A., Kasehagen, L. J., Sandoval, A. P. (2008). Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 98(2), 290-295.

Type: OBSERV

Semenic, S., Childerhose, J. E., Lauzière, J., & Groleau, D. (2012). Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 317-334.

Type: IRev

World Health Organization. (1981). International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/>.

Type: OPINION

***best start
meilleur départ***)

by/par health **nexus** santé

Centre de ressources Meilleur départ

a/s de Nexus Santé

180 Dundas Street West, bureau 301, Toronto (Ontario) M5G 1Z8

1-800-397-9567 | www.healthnexus.ca | www.beststart.org



Baby-Friendly Initiative Ontario

www.bfontario.ca | info@bfontario.com