

Dossier de décision pour l'Initiative des amis des bébés

L'allaitement maternel est une méthode inégalée d'alimentation des bébés et il se classe parmi les plus importants facteurs contribuant à la santé du nourrisson. Les enfants qui ne sont pas allaités au sein et les femmes qui n'allaitent pas courent un plus grand risque de résultats négatifs sur la santé.

L'allaitement maternel confère des avantages économiques à la famille, au système de soins de santé et au lieu de travail.

Santé Canada (2012) recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et de poursuivre celui-ci jusqu'à deux ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés.

La décision au sujet de l'alimentation du nourrisson

Le choix entre l'allaitement au sein et l'allaitement artificiel se fait souvent avant la conception ou au début de la grossesse. Les chiffres indiquent que 30 % à 50 % des femmes choisissent une méthode d'alimentation avant la conception. Un examen des publications donne à penser qu'il y a bon nombre de facteurs qui influent sur la décision de la mère d'allaiter au sein et qui comprennent une exposition préalable à l'allaitement maternel, l'attitude à l'égard de l'allaitement maternel, la personnalité ou l'image de soi, l'influence du partenaire, de la mère ou du groupe affinitaire et l'accessibilité de la préparation pour nourrissons. De plus, les normes sociales prédisent de façon appréciable le début de l'allaitement maternel (Atchan, Foureur et Davis, 2011)

Une récente étude menée aux Philippines suggère que, après avoir tenu compte des études et des indicateurs économiques, deux facteurs étaient fortement associés à la décision de ne pas allaiter au sein : l'exposition à la publicité sur la préparation pour nourrissons signalée par la personne intéressée et les recommandations des médecins. Dans cette étude, les enfants avaient plus de probabilités de recevoir une préparation pour nourrissons si leur mère se rappelait des messages publicitaires ou si un médecin, la mère ou un membre de la parenté l'avait recommandée. Les personnes qui avaient recours à la préparation pour nourrissons étaient 6,4 fois plus susceptibles de cesser l'allaitement maternel avant 12 mois (Sobel et coll., 2011).

L'impact de l'Initiative des amis des bébés

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) a été lancée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en 1991. Au Canada, l'IHAB est appelée l'Initiative des amis des bébés (IAB), reflétant le continuum de soins entre les services hospitaliers et les services communautaires. L'objectif de l'Initiative des amis des bébés, c'est d'améliorer les résultats pour les mères et les bébés en améliorant la qualité de leurs soins et en leur permettant de faire des choix éclairés en matière d'alimentation du nourrisson. En particulier, l'IAB a été créée pour protéger, soutenir et promouvoir le début et la durée de l'allaitement maternel dans le monde entier (Comité canadien pour l'allaitement, 2011).

Bon nombre d'études de recherche observationnelles ont montré qu'il y a une augmentation des taux d'allaitement maternel lorsque l'IAB est mis en oeuvre au sein des organismes, de même qu'une augmentation de l'allaitement maternel exclusif et de la période pendant laquelle les mères allaitent. On a mené un essai clinique randomisé de haute qualité au Bélarus qui a montré que la mise en oeuvre de l'IAB a entraîné une augmentation de la durée et du degré (exclusivité) de l'allaitement maternel. En particulier, l'intervention expérimentale a montré une grande augmentation de l'allaitement maternel exclusif à trois (3) mois (44,3 % par opposition à 6,4 %; $P < 0,001$) et une prévalence appréciablement

plus élevée de quelque allaitement maternel que ce soit à tout âge jusqu'à 12 mois, inclusivement (Kramer et coll., 2001).

Les avantages quant au coût et les recommandations pour les lieux de travail

En 2006, 58,3 % des femmes faisaient partie de la population active canadienne (Statistique Canada, 2006). Bien que le congé de maternité soit maintenant d'un an au Canada, il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les mères ne sont pas en mesure de profiter du congé d'un an. Par exemple, à neuf mois après la naissance, 60 % des mères étaient retournées au travail, 37 % à plein temps et 22 % à temps partiel (Mills, 2009).

Les avantages quant au coût des politiques en matière d'allaitement maternel du lieu de travail. Les employeurs et les lieux de travail peuvent appuyer les mères qui allaitent à leur retour au travail en prévoyant un milieu de travail positif. Des avantages pour les lieux de travail comprennent la diminution des frais d'assurance médicale de 331 \$ à 472 \$ par nourrisson allaité au sein, la diminution de l'absentéisme en raison de la diminution du nombre de maladies chez le nourrisson, la diminution du stress maternel, la diminution du roulement du personnel, l'augmentation de la satisfaction professionnelle et l'augmentation de la productivité des employées qui allaitent (Brown et coll., 2001; Mills, 2009; Stewart-Glenn, 2008; Witters-Green, 2003).

La mesure recommandée. Les lieux de travail peuvent appuyer les femmes enceintes et les femmes qui retournent au travail en mettant en oeuvre les politiques en matière d'allaitement maternel qui améliorent les milieux de travail et qui aident à encourager des milieux de travail moins stressants pour les femmes et pour les membres de leur famille. Les politiques qui prévoient le pompage du lait ou l'allaitement au lieu de travail permettent aux femmes de mieux maîtriser leur milieu de travail et la santé de leurs enfants. Parce que l'allaitement maternel prévient la maladie chez le jeune enfant, le stress au lieu de travail lié aux dispositions à prendre pour prendre soin des enfants malades est diminué. Les résultats de plusieurs études ont montré qu'avoir un programme de lactation au lieu de travail fait économiser de l'argent aux compagnies en diminuant l'absentéisme et en augmentant la satisfaction professionnelle des employées (OPHA, 2007). Par exemple, pour chaque dollar qu'un lieu de travail dépense pour un programme de lactation, trois dollars peuvent être économisés, car les femmes qui allaitent manquent moins de journées de travail et retournent au travail plus tôt (Brown, Poag et Kapsrzcki, 2001). La mise en oeuvre des politiques en matière d'allaitement maternel est avantageuse non seulement pour la mère et le nourrisson, mais aussi pour l'employeur.

Les avantages quant au coût et les recommandations pour le système de soins de santé

Une récente analyse des coûts aux É.-U. a conclu que si 90 % des familles allaitaient au sein exclusivement pendant six mois, les coûts annuels liés aux soins de santé seraient réduits de 13 milliards de dollars (Bartick et Reinhold, 2010). En outre, un autre rapport commandé par l'UNICEF a récemment entraîné l'analyse de 25 examens systématiques et études du Royaume-Uni. Ce rapport suggère que si 45 % des femmes allaitaient exclusivement pendant quatre mois et que si 75 % des bébés dans les unités de soins néonataux étaient allaités au sein au moment du congé, cela se traduirait par des économies pour le système de soins de santé de plus de 17 millions de livres (environ 27 millions de dollars canadiens) par année. Ces estimations d'économies ont rapport au nombre réduit de cas de maladie gastro-intestinale, de maladie respiratoire, d'otite moyenne et d'entérococolite nécrosante néonatale seulement. On a indiqué que l'allaitement maternel avait d'importants autres bienfaits pour la santé en plus des quatre avantages indiqués; par conséquent, on a conclu que cette estimation d'économies en matière des coûts est modérée (Renfrew et coll., 2012).

Les indications non médicales de supplémentation précoce. Les hôpitaux peuvent grandement influencer sur la décision de la mère en matière de l'alimentation de son nourrisson et sur le résultat d'allaitement maternel par l'entremise d'indications non médicales de supplémentation précoce de préparation pour nourrissons et la distribution de trousse de congé de l'hôpital (Kaplan et Graff, 2008). Selon une étude canadienne, 47,9 % des 564 participants mère-nourrisson nés à terme en bonne santé ont reçu la supplémentation de préparation pour nourrissons moins de 8,4 heures après la naissance (Gagnon, Leduc, Waghorn, Yang, Platt 2005). Les indications non médicales précèdent souvent la supplémentation de préparation pour nourrissons à l'hôpital et elles sont les raisons les plus communes de cette occurrence (Ekstrom, Widstrom, Nissen, 2003). Par exemple, par l'entremise d'une étude menée aux États-Unis, 60 % des 150 femmes à faible revenu ont commencé l'allaitement maternel, 78 % ont reçu la supplémentation à l'hôpital et 87 % de ces supplémentations avaient des indications non médicales (Tender, et coll., 2008). Les indications non médicales de supplémentation précoce de préparation pour nourrissons ne se fondent pas sur la physiologie et elles comprennent « les problèmes d'allaitement maternel (c.-à-d. le nourrisson qui a sommeil, qui refuse l'allaitement au sein, la difficulté à prendre le sein ou à sucer et les mamelons endoloris), le comportement du nourrisson (c.-à-d. difficile, perturbé et pleurant), la fatigue maternelle, la culture maternelle et la motivation maternelle et l'attitude quant à l'allaitement au sein » (Gagnon et coll., 2005, p. 401). Ces indications inculquent souvent de fausses croyances au sujet de la capacité d'une mère à allaiter, ce qui nuit à sa confiance en soi tout en augmentant l'anxiété inutile. Ainsi, les indications non médicales n'ont pas d'effet sur les taux de début de l'allaitement maternel, mais elles ont été associées à un effet négatif sur l'établissement de l'allaitement maternel et la durée de l'allaitement maternel (Merten et Ackermann-Liebrich, 2004; Sheehan et coll., 2001; Ekstrom et coll., 2003; Gagnon et coll., 2005).

La distribution de trousse de congé sur la préparation pour nourrissons. L'IAB n'appuie pas la distribution de trousse de congé sur la préparation pour nourrissons. Les trousse de congé sur la préparation pour nourrissons données aux mères par le personnel hospitalier donnent aux mères des messages contradictoires au sujet de l'allaitement maternel et de l'utilisation de la préparation pour nourrissons. Par exemple, bien que certains membres du personnel hospitalier puissent verbalement appuyer et encourager le début de l'allaitement maternel, l'acte de distribuer de la préparation pour nourrissons dans les hôpitaux exerce une plus grande influence sur le résultat de la mère en matière d'alimentation du nourrisson. Une étude démographique aux É.-U. a trouvé que 66,8 % des mères avaient commencé l'allaitement maternel (Rosenberg, Eastham, Kasehagen, Sandoval, 2008). Cette étude a aussi indiqué que les mères qui ont reçu la trousse étaient moins susceptibles d'allaiter au sein exclusivement au-delà de 10 semaines.

L'incidence financière du recours à la préparation pour nourrissons sur le système de soins de santé. Le coût du recours à la préparation pour nourrissons se fait sentir non seulement sur la famille, mais aussi sur le système de soins de santé. Par exemple, pour une famille en Ontario qui reçoit une prestation du programme Ontario au travail, la préparation pour nourrissons peut coûter à une famille jusqu'à 54 % du revenu disponible de la famille, soit 2 868 \$, pour six mois (INFACT Canada). Une étude publiée dans l'*American Academy of Pediatrics* a indiqué qu'en rapport au système de soins de santé pendant la première année de vie d'un nourrisson, par comparaison avec 1 000 nourrissons exclusivement allaités au sein, 1 000 nourrissons n'ayant jamais été allaités au sein ont 2 033 visites excédentaires au bureau, 212 jours excédentaires d'hospitalisation et 609 ordonnances excédentaires. Pendant la première année de vie d'un nourrisson, cela se traduit par le coût pour le système de soins de santé de 331 \$ à 475 \$ par nourrisson n'ayant jamais été allaité au sein (Ball et Wright, 1999). Dans une étude de cohorte plus récente de 2006, le manque d'allaitement maternel et la plus grande utilisation et le coût plus élevé des soins de santé étaient associés de façon appréciable. En particulier,

les nourrissons allaités au sein exclusivement à trois (3) mois avaient 4,9 épisodes de maladie nécessitant des soins ambulatoires par nourrisson par année et 0,10 épisode de maladie nécessitant l'hospitalisation par nourrisson par année par comparaison avec les nourrissons alimentés de façon complémentaire ou avec les nourrissons non allaités au sein à 6,0 et 0,17, respectivement (Cattaneo et coll., 2006). Par conséquent, en limitant le recours à la préparation pour nourrissons et son impact de corrélation sur les décisions de la mère en matière d'alimentation de son nourrisson, le système de soins de santé a eu l'occasion de profiter financièrement en raison du moindre coût des soins pour nourrissons qui sont exclusivement allaités au sein.

La mesure recommandée. Les établissements, les politiques et les fournisseurs de soins de santé ont le plus grand impact sur les dyades mère-nourrisson pour établir des habitudes d'allaitement maternel exclusif (Tender et coll., 2009; Gagnon et coll., 2005). Par exemple, les femmes « primipares » qui perçoivent qu'elles ont reçu des conseils négatifs de professionnels de la santé ont, selon les rapports, « des déclinés rapides des taux d'allaitement maternel » (Sheehan et coll., 2001, p. 218). Par conséquent, il est recommandé pour les hôpitaux, les bureaux de santé publique et les centres de santé communautaires pour mettre en œuvre les politiques et pratiques en matière des amis des bébés décrites dans l'IAB. Ces politiques et pratiques peuvent promouvoir des pratiques positives d'allaitement maternel, encourager l'augmentation de l'enseignement prénatal aux familles sur l'allaitement maternel et l'augmentation des connaissances fondées sur des données probantes en matière d'allaitement maternel des fournisseurs de soins de santé (Tender et coll., 2009). Par conséquent, de telles interventions peuvent aider à diminuer les risques des mères quant à la supplémentation de préparation pour nourrissons à l'hôpital et diminuer la prestation d'indications non médicales inutiles, tout en appuyant les indications médicales de supplémentation de préparation pour nourrissons à l'hôpital.

Résumé

Appuyer l'allaitement maternel et la mise en oeuvre de l'IAB est considéré comme une pratique exemplaire dans bon nombre d'organismes de santé connus, y compris, mais non de façon limitative, l'Association pour la santé publique de l'Ontario, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, la Société canadienne de pédiatrie, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La mise en oeuvre de l'IAB sert l'objectif de protéger, d'appuyer et de promouvoir l'allaitement maternel qui, par conséquent, offre plusieurs avantages pour tout le monde, notamment des lieux de travail et des hôpitaux qui décident d'entamer leur démarche en vue de la désignation de l'IAB.

Bref, comme il est décrit ci-dessus, les mesures recommandées comprennent : la création de milieux de travail positifs pour l'allaitement maternel par l'entremise de politiques appuyant l'IAB et entamant la démarche en vue de la désignation de l'IAB ou maintenant la désignation de l'IAB.

Pour obtenir plus de renseignements et de ressources au sujet d'appuyer l'allaitement maternel et l'Initiative des amis des bébés, veuillez communiquer avec le Comité canadien pour l'allaitement ou Baby-Friendly Initiative Ontario (Initiative des amis des bébés Ontario - www.bfiontario.ca).

Les ressources

Best Start Resource Centre (2010). How to be a Family Friendly Workplace

http://beststart.org/resources/wrkplc_health/pdf/preg_work_16pg_FNL.pdf

OPHA Breastfeeding Promotion Workgroup (2008). Creating a Breastfeeding Friendly Workplace.

<http://www.opho.on.ca/resources/docs/BreastfeedingFriendlyWorkplace-Sep08.pdf>

D'autres ressources

« OPHA Position Paper: The WHO Code and the Ethical Marketing of Breastmilk Substitutes » (2010)

http://www.opho.on.ca/our_voice/ppres/papers/2010-01_pp.pdf

« OPHA Position Paper Informed Decision Making and Infant Feeding », révision 2007

http://www.opho.on.ca/our_voice/ppres/papers/2007-02_pp.pdf

« OPHA Position Paper: Breastfeeding Position Paper », révision 2007

http://www.opho.on.ca/our_voice/ppres/papers/2007-03_pp.pdf

Les références

Atchan, M., Foureur, M. et Davis, D. (2011). « The decision not to initiate breastfeeding – women's reasons, attitudes and influencing factors – a review of the literature ». *Breastfeeding Review* 2011; 19(2): 9-17.

Ball, T. et Wright, A. (1999). « Health care costs of formula-feeding in the first year of life ». *Pediatrics*, 103(4), 870-876.

Bartick, M. et Reinhold, A. (2010) « The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis ». *Pediatrics*, 10(1542), 1048-1056. Extrait de :

<http://pcmch.on.ca/LinkClick.aspx?fileticket=HF010ISVVGQ%3d&tabid=98>

Brown, C. Poag, S. et Kasprzycki, C. (2001). « Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace ». *Journal of Human Lactation*, 17(1), 39-46. doi : 10.1177/089033440101700108

Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quintero-Romero, S., Macaluso, A. et Dimario, S. (2006). « Infant feeding and cost of health care: A cohort study ». *Acta Paediatrica*, 95: 540-546.

Comité canadien pour l'allaitement (2011). Extrait de : <http://breastfeedingcanada.ca/default.aspx>

Ekstrom, A., Widstrom, A. et Nissen, E. (2003). « Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women ». *Journal of Human Lactation*, 19(2), 172-178. doi : 10.1177/0890334403252537

- Gagnon, A., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H. et Platt, R. (2005). « In-hospital formula supplementation of health breastfeeding newborns ». *Journal of Human Lactation*, 21(4), 397-405. doi : 10.1177/080334405280835
- INFACT Canada. Extrait de : http://infactcanada.ca/Breastfeeding_and_Food_Security.pdf
- Kaplan, D. et Graff, K. (2008). « Marketing breastfeeding – reversing corporate influence on infant feeding practices ». *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(4), 486-504. doi : 10.1007/s11524-008-9279-6
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et coll. pour le PROBIT Study Group (2001). « Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus ». *JAMA* 2001 Jan 24/31; 285:413–20.
- Merten, S. et Ackermann-Liebrich, U. (2004). « Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss Baby-Friendly hospitals ». *Journal of Human Lactation*, 20(1), 9-17. doi : 10.1177/0890334403261017
- Mills, S. (2009). « Workplace lactation programs: A critical element for breastfeeding mothers success ». *AAOHN Journal*, 57(6), 227-231.
- OPHA (2007). « Breastfeeding Position Paper ». Extrait de : http://www.opha.on.ca/our_voice/ppres/papers/2007-03_pp.pdf
- Renfrew, M.J., Pokhrel, S., Quigley, M., McCormick, F., Fox-Rushby, J., Dodds, R., Duffy, S., Trueman, P. et Williams, A. (2012) « Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK ». Extrait de : http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources.pdf
- Rosenberg, K., Eastham, C., Kasehagen, L., Sandoval, A. (2008). « Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding ». *American Journal of Public Health*, 98(2), 290-295.
- Santé Canada (2004). « Exclusive Breastfeeding Duration - 2004 Health Canada Recommendation. » Extrait de : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/excl_bf_dur-dur_am_excl-eng.php
- Sheehan, D., Krueger, P., Sword, W., Watt, S. et Bridle, B. (2001). « The Ontario mother and infant survey: Breastfeeding outcomes ». *Journal of Human Lactation*, 17(3), 211-219. doi : 10.1177/089033440101700304
- Sobel, H., Iellamo, A., Raya, R., Padilla, A., Olivé, J. et Nyunt-U. (2011). « Is unimpeded marketing for breastmilk substitutes responsible for the decline in breastfeeding in the Philippines? An exploratory survey and focus group analysis ». *Social Science & Medicine*, 2011 Nov; 73(10): 1445-8.
- Statistique Canada (2006). « Women in Canada: Work Chapter Updates » (N° de catalogue 89F01333CIE). Extrait de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89f0133x/89f0133x2006000-eng.htm> (version française : « Femmes au Canada : une mise à jour du chapitre sur le travail ». Extrait de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89f0133x/89f0133x2006000-fra.htm>)

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

Tender, J., Janakiram, J., Arce, E., Mason, R., Jordan, T., Marsh, J., Kin, S., He, J., Moon, R. (2008). « 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

UNICEF UK (2011). Extrait de : <http://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>

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