

Populations ayant de faibles taux d'allaitement :

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS



Remerciements

Le Centre de ressources Meilleur départ aimerait remercier les intervenants clés, les fournisseurs de services qui ont pris l'évaluation des besoins et le comité consultatif pour les information et commentaires qu'ils ont fournis.

Membres du comité consultatif

Kelly Graff, Sage-femme autorisée
Représentante du Nord de l'Ontario
Association des sages-femmes de l'Ontario

Anne Smith, Infirmière de la santé publique
Coprésidente Initiative Amis des bébés de l'Ontario

Gillian Szollos, Promotrice de la santé
Centre de santé communautaire Carlington, Ottawa

Janet Moorhead-Cassidy, Directrice, service de la promotion de la santé Unité de services de santé des comtés de Hastings et de Prince Edward

Teresa Pitman, Rédactrice
Ligue La Leche Canada

Dre Patricia Mousmanis, MD, CMFC, FCMF
Coordonnatrice, programme du développement des enfants en santé Collège des médecins de famille de l'Ontario

Kathryn Forsyth, Diététiste de la santé publique
Groupe de travail sur la nutrition familiale/représentante du groupe de travail sur l'allaitement maternel
La Société ontarienne des professionnel(le)s de nutrition en santé publique

Beverly Guttman, Chargée de projet principale
Conseil provincial de la santé maternelle et infantile

Dre Susan Hayward MD, CMFC, FCMF, FABM
Équipe de la santé familiale de Queen Square, Brampton

Stephanie MacDonald, Première nation de Oneida
Sage-femme autochtone, IBCLC Centre de naissance autochtone des Six Nations

Hoa Duong, Infirmière autorisée, EC, IBCLC
Centre de santé communautaire Somerset West, Ottawa

Dre Lisa Graves, Chef du service de médecine familiale
Département de la médecine familiale et communautaire
Hôpital St. Michael's, Toronto

Linda Young, MScN, EdD, Directrice
Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, santé mentale Pratique interprofessionnelle et apprentissage organisationnel Hôpital Toronto East General

Kristina Niedra, Chargée de projet
Hôpital Toronto East General

Jennifer Abbass-Dick, Professeure assistante
Institut de technologie de l'Université de l'Ontario

Debbie Silvester, Gérante du service de santé familiale
Unité de santé du comté de Windsor-Essex

Un merci tout particulier s'adresse aussi aux personnes suivantes pour leur contribution dans la poursuite de la recherche et sa synthèse de même que dans la rédaction du présent rapport :

- Harriet Nwachukwu
- Tekla Hendrickson
- Yolande Lawson, Nexus Santé
- Daniel Bédard, BORN Ontario

Avertissement

Ce rapport s'appuie en partie sur les données fournies par le Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN Ontario), un programme provincial mené au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. L'interprétation de ces données et les conclusions qui en ont été tirées dans le présent rapport ne représentent pas nécessairement celles du registre BORN Ontario. Les données documentant ce rapport proviennent de la Base de données périnatales historiques Niday et du nouveau système d'information du registre BORN (BIS).

Utilisation du document

Le Centre de ressources Meilleur départ vous remercie pour l'appui et l'intérêt que vous manifestez à l'égard de nos travaux. L'organisme Meilleur départ autorise quiconque à copier, distribuer ou encore mentionner ou citer le document à des fins non commerciales à condition d'en mentionner la source. Étant donné que nos ressources visent à soutenir des initiatives de promotion de la santé à l'échelle locale, nous serons heureux de savoir comment la présente ressource vous a été utile ou a été intégrée à votre travail (beststart@healthnexus.ca).

Citation

Populations ayant de faibles taux d'allaitement : résumé des conclusions. 2015. Centre de ressources Meilleur départ, Toronto (Ontario) Canada: auteur.

Coordonnées pour toute question sur le droit d'auteur ou la reproduction

Centre de ressources Meilleur départ a/s Nexus Santé
180, rue Dundas Ouest, bureau 301, Toronto (Ontario) M5G 1Z8
www.beststart.org | www.healthnexus.ca | beststart@healthnexus.ca

Table des matières

Introduction	3
Méthodologie de la recherche	4
Taux d'allaitement maternel en Ontario	7
Populations ayant de faibles taux d'allaitement	9
Obstacles à l'allaitement maternel	17
Stratégies de promotion efficaces de l'allaitement maternel	18
Lacunes dans les services	24
Recommandations	25
Références	27





Introduction

Grâce au financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, Nexus Santé a lancé en décembre 2013 un programme de subventions du projet d'allaitement communautaire visant les populations ayant de faibles taux d'allaitement.

Dans le but de soutenir les organismes communautaires dans leur objectif de valorisation de l'allaitement maternel au sein des populations ciblées, le Centre de ressources Meilleur départ, un programme fondamental de Nexus Santé, a mis en œuvre quatre stratégies de validation. Celles-ci ont été mises en œuvre de décembre 2013 à mars 2014. Les voici :

1. Une revue de la littérature portant sur l'allaitement maternel.
2. L'examen des conclusions apportées par BORN Ontario.
3. L'évaluation des besoins des fournisseurs de services ontariens qui ont fait la promotion ou ont soutenu l'allaitement maternel.
4. Des entretiens avec des répondants clés parmi les fournisseurs de services qui interviennent auprès de femmes de populations ayant des taux d'allaitement plus faibles.

Ce rapport présente un résumé des résultats de recherche et servira de guide pour l'implantation de projets communautaires d'allaitement maternel et pour l'établissement d'autres services liés à l'allaitement maternel en Ontario.

Remarque – Dans ce document, le terme fournisseur de services englobe toutes les personnes susceptibles de fournir aux femmes des services ayant trait à l'allaitement maternel, notamment des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des intervenants en soutien aux pairs, des membres du personnel de programmes de formation sur le rôle parental, etc.

En 2015, les renseignements du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance (BORN) ont été mis à jour dans ce rapport (les données de 2012/13 ont été mises à jour avec celles de 2013/14).

Méthodologie de la recherche

1. Revue de la littérature portant sur l'allaitement maternel

Afin de repérer les populations de femmes où les taux d'allaitement maternel étaient susceptibles d'être plus faibles et mettre en lumière les pratiques et les stratégies efficaces de promotion de l'allaitement, les auteurs de ce rapport ont procédé à l'examen de publications évaluées par les pairs et de la documentation parallèle. Des mots clés ont été saisis dans les moteurs de recherche de Pubmed, de Google et de Google Scholar. La requête a été limitée aux articles publiés au cours des dix dernières années (de 2003 à 2013). Au total, 78 articles ont été recensés. Parmi eux, on retrouve :

- des travaux de recherche publiés;
- des résultats de sondage;
- des revues systématiques;
- des revues de la littérature.

Par l'examen de cette documentation, on a pu relever les facteurs qui sont associés à des taux d'allaitement maternel plus faibles et mettre en lumière les stratégies qui ont une incidence favorable sur l'allaitement.

2. Examen des conclusions apportées par BORN Ontario

Pour mieux comprendre la situation de l'allaitement maternel en Ontario, on a extrait les données du registre BORN sur ce sujet. On a porté une attention particulière sur les facteurs qui influent sur les taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital chez les mères ontariennes qui ont accouché à terme (c. à-d. à partir de 37 semaines de gestation). Les facteurs suivants ont été pris en considération :

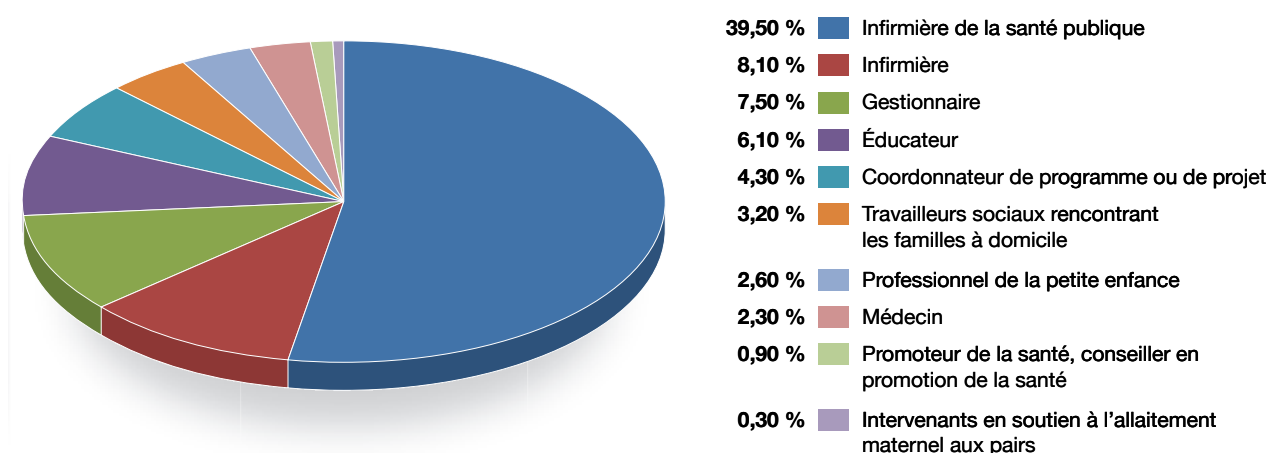
- les caractéristiques démographiques des mères;
- les caractéristiques démographiques du quartier habité par les mères selon les données de recensement de Statistique Canada;
- les conditions à la naissance et pendant la période néonatale;
- les soins prénataux;
- l'état de santé;
- la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

En 2015, les renseignements du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance (BORN) ont été mis à jour dans ce rapport (les données de 2012/13 ont été mises à jour avec celles de 2013/14). Compte tenu de l'insuffisance des données, on devra traiter cette information avec prudence.

3. Évaluation des besoins des fournisseurs de services

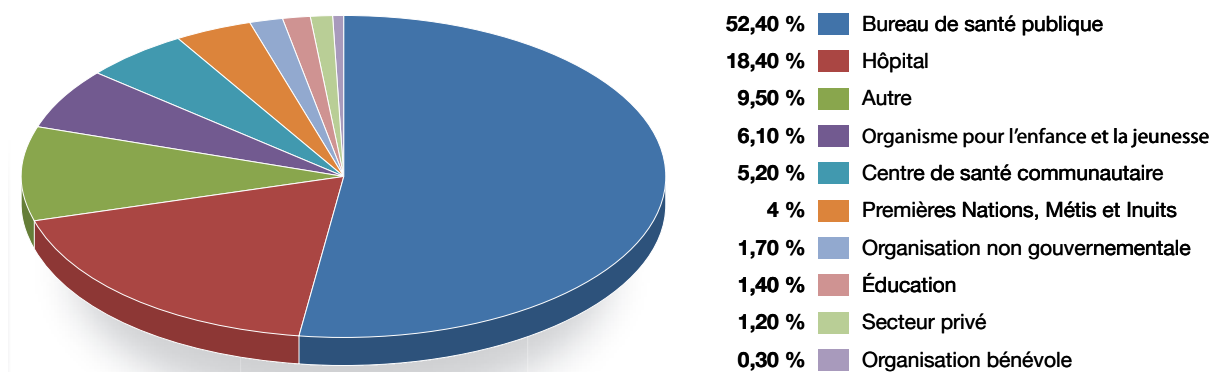
En janvier 2014, le Centre de ressources Meilleur départ a réalisé un sondage en ligne auprès des fournisseurs de services de l'Ontario pour évaluer leurs besoins en matière de promotion de l'allaitement maternel auprès de femmes enceintes ou allaitantes qui sont issues de populations ayant de faibles taux d'allaitement. Au total, 349 personnes ont répondu au sondage.

La plus grande proportion des répondants se sont identifiés comme des infirmières de la santé publique (39,5 %), comme infirmières (8,1 %) et comme gestionnaires (7,5 %). Parmi les autres catégories de répondants, on compte notamment des éducateurs, des travailleurs sociaux rencontrant les familles à domicile, des professionnels de la petite enfance, des médecins, des promoteurs de la santé, des conseillers en promotion de la santé et des intervenants en soutien à l'allaitement maternel aux pairs.



Rôle ou discipline des répondants au sein de leur organisme (Tableau 1)

Les répondants représentaient un vaste éventail d'organismes : bureaux de santé publique (52,4 %), hôpitaux (18,4 %), organismes pour l'enfance et la jeunesse (6,1 %), centres de santé communautaire (5,2 %), Premières Nations, Métis et Inuits (4,0 %), organisations non gouvernementales (1,7 %), éducation (1,4 %), secteur privé (1,2 %), organisations bénévoles (0,3 %) et autres organismes (9,5 %).



Répartition des répondants selon le type de services qu'ils représentent (Tableau 2)

On a demandé aux personnes interrogées de préciser la région géographique où ils exercent leur métier en Ontario. Dans l'ensemble, toutes les régions de la province étaient représentées.



4. Entrevues avec les répondants clés

Par le biais d'entrevues menées auprès de répondants clés parmi les fournisseurs qui offrent des services aux femmes enceintes ou allaitantes, le Centre de ressources Meilleur départ a analysé les façons d'atteindre les femmes moins susceptibles d'allaiter, entre autres au moyen de stratégies pour favoriser le taux d'adoption, l'exclusivité et la durée de l'allaitement. Vingt-six (26) entrevues ont été réalisées de décembre 2013 à janvier 2014 auprès des répondants clés. Parmi eux, on comptait des fournisseurs de services de première ligne, des gestionnaires et du personnel administratif.

Les personnes interrogées ont fait part de leur point de vue sur les sujets suivants :

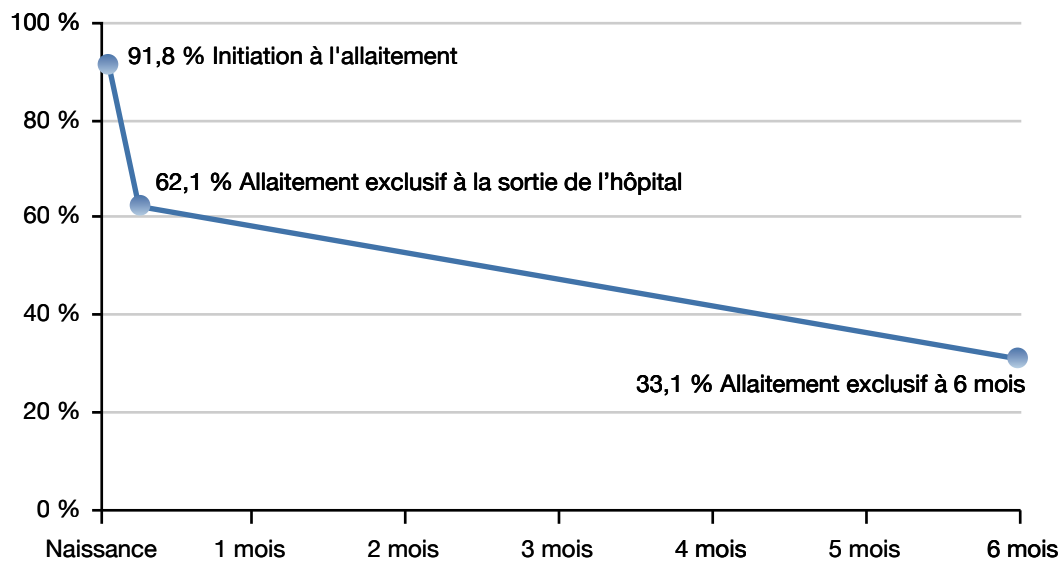
- les difficultés de l'allaitement;
- les facteurs de protection de l'allaitement;
- les stratégies de promotion de l'allaitement maternel;
- les besoins en matière de soutien à l'allaitement maternel;
- les pratiques efficaces et les stratégies d'intervention concrètes dans la promotion de l'allaitement.

Les services suivants étaient représentés par les répondants clés :

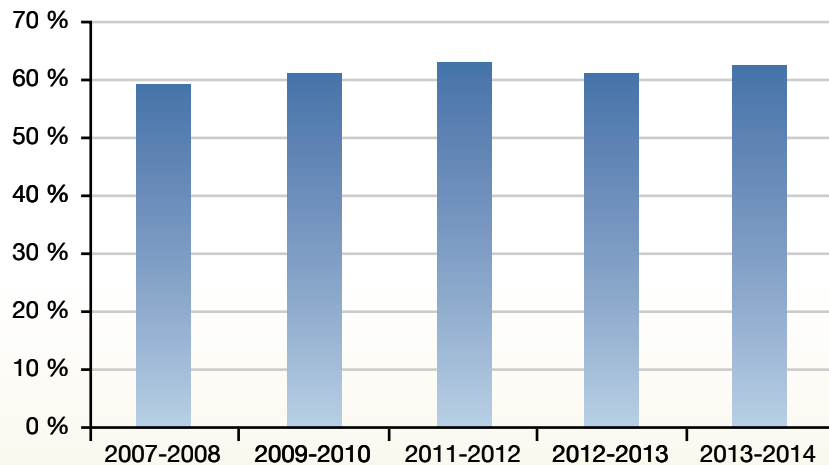
	NOMBRE
Santé publique	7
Santé/soins de santé	6
Santé communautaire	5
Promotion de la santé	4
Médecine familiale	2
Soutien à l'allaitement maternel	2
Nourrissons et rôle parental	1
Santé mentale	1
Soins de santé primaires	1

Taux d'allaitement maternel en Ontario

Statistique Canada indique que 91,8 % des femmes qui résident en Ontario ont commencé à allaiter (au moins une fois) de 2012 à 2013. Les données du registre BORN indiquent que, en 2013/14, 62,1 % des femmes qui résidaient en Ontario et qui ont accouché à terme (à partir de 37 semaines de gestation) pratiquaient l'allaitement exclusif à leur sortie de l'hôpital. En Ontario, seules 33,1 % des femmes ont allaité exclusivement pendant au moins 6 mois ou plus⁵¹. Il faut noter que les naissances à domicile en Ontario (2,5 % des naissances) ne sont pas compilées dans les données du registre BORN. Généralement, l'accouchement à domicile est réalisé avec l'aide d'une sage-femme. En Ontario, seules les femmes qui présentent une grossesse à faible risque peuvent accoucher à domicile. En règle générale, le taux d'allaitement de ces femmes à la naissance est élevé. Dans le Tableau 3, la première valeur (allaitement à la naissance) et la troisième (allaitement exclusif à 6 mois) sont tirées de Statistique Canada (2013). Ces données concernent toutes les femmes qui ont donné naissance, y compris celles qui ont accouché à domicile et celles qui ont accouché prématurément.

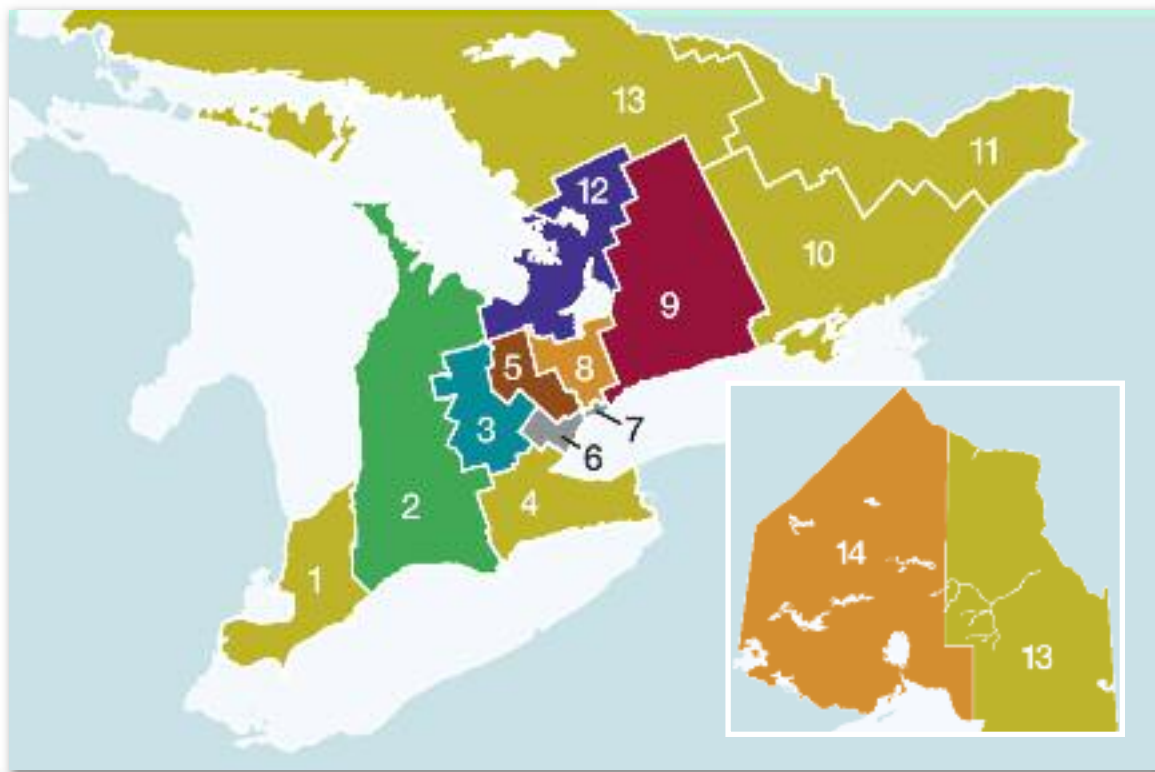


Commencer d'allaiter et taux d'allaitement exclusif en Ontario (Tableau 3)

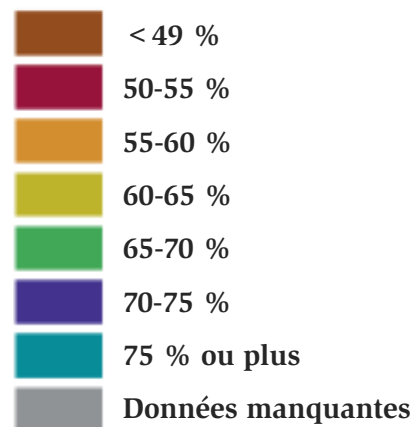


Le taux d'allaitement au sein exclusivement au moment du congé des bébés nés à terme en Ontario

En Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui affichent les plus faibles taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital sont ceux des régions Centre-Ouest (43,8 %) and Centre-Est (53,9 %). En contrepartie, les RLISS qui affichent les taux d'allaitement exclusif les plus élevés en Ontario sont ceux de Waterloo Wellington (77,5 %) et de Simcoe Nord Muskoka (74,4 %) (BORN, 2013-2014). Les RLISS de l'Ontario sont des organismes à but non lucratif qui travaillent en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé locaux et les membres de la collectivité en vue d'établir des priorités en matière de services de santé pour leur région. Financées par le MSSLD, les RLISS planifient, intègrent et subventionnent les services de santé locaux. Il existe 14 RLISS en Ontario.



LIEU DE NAISSANCE	ALLAITEMENT EXCLUSIF À LA SORTIE DE L'HÔPITAL
(1) Erie St.Clair	61,4 %
(2) Sud-Ouest	68,0 %
(3) Waterloo Wellington	77,5 %
(4) Hamilton Niagara Haldimand Brant	60,9 %
(5) Centre-Ouest	43,8 %
(6) Mississauga Halton*	58,1 %
(7) Centre de Toronto*	72,2 %
(8) Région centrale	57,2 %
(9) Centre-Est	53,9 %
(10) Sud-Est	62,3 %
(11) Champlain	64,6 %
(12) Simcoe Nord Muskoka	74,4 %
(13) Nord-Est	61,7 %
(14) Nord-Ouest	59,7 %
ONTARIO	62,1 %



*Exclus des calculs en raison des niveaux élevés de données manquantes



Populations ayant de faibles taux d'allaitement

En Ontario, plusieurs groupes de mères présentent un risque d'afficher des taux d'allaitement plus faibles. En déterminant ces populations, il devient possible de mieux cibler les initiatives de sensibilisation et de soutien à l'allaitement.

Données provenant de sources canadiennes

Selon la documentation tirée de sources canadiennes, on constate que les facteurs suivants sont reliés à des taux d'allaitement plus faibles :

l'âge de la mère et la parité

- jeune âge de la mère^{1,5,8,12-14,18,21,26,29-32,40,42,50,53,55}
- premier enfant^{1,5,8,14,21,25,28,40,42,45}

ethnicité et origine nationale de la mère

- être autochtone^{12,15}
- être immigrante^{8,17,23,58}
- être de race blanche²³

niveau de scolarité, revenu et emploi de la mère

- faible revenu^{3,5-8,13,14,31,42,19,21,40,43,44,55}
- faible niveau de scolarité^{4,5,17,18,28,30,40,42,49,50}
- retour au travail précoce^{1,21}

réseau de soutien de la mère

- célibataire^{3,40,42,45,50}
- absence d'un réseau social de soutien^{27,34}

attitudes et croyances de la mère

- absence d'intention d'allaiter^{3,8,48}
- absence d'approche parentale fondée sur l'attachement⁴⁶
- faible auto-efficacité par rapport à l'allaitement^{11,12,34,37,38,47}

problèmes de santé de la mère

- mauvais état de santé de la mère¹⁴
- diabète de grossesse¹⁶
- obésité de la mère^{1,3,56}
- problèmes de santé mentale chez la mère^{4,10,9,12,17,18,54}

consommation d'alcool ou d'autres drogues par la mère

- tabagisme pendant la grossesse^{1,3,8,28,30,31}

problèmes médicaux liés à l'accouchement

- accouchement par césarienne^{1,5,21,47}

problèmes de santé du nourrisson

- enfant prématuré^{33,35}
- admission de l'enfant à l'UNSI (unité néonatale de soins intensifs)^{1,4}
- supplémentation à l'hôpital^{12,13,17,20,21,30,47,48}

Les conclusions des différentes études en ce qui a trait au lieu de naissance de la mère, son ethnicité et sa parité sont contradictoires. Certaines études ont révélé que le fait d'être immigrante^{8,17,23,58}, nullipare^{1,5,8,14,21,25,28,40,42,45} ou de race blanche²³ sont des facteurs qui ont une incidence négative sur l'allaitement. Toutefois, d'autres études suggèrent que le fait d'être immigrante^{18,21,36,40,43,48,49,59}, nullipare^{21,40,42} ou de race blanche²⁵ sont des facteurs qui soit favorisent la pratique de l'allaitement maternel, soit n'ont pas d'effet sur celle-ci.

Selon des données de 2013-2014 (voir la section suivante pour des précisions), on constate que le taux d'allaitement est plus élevé dans les quartiers où la proportion d'immigrants est plus faible et dans les quartiers où la proportion de personnes issues des minorités visibles est plus faible. Les données du registre BORN ne font pas état d'une variance dans la parité des mères. Ces constatations sont cohérentes avec les données probantes démontrant que le fait d'être née au Canada ou de race blanche a une incidence positive sur les taux d'allaitement maternel et que la nulliparité n'a aucun effet sur ceux-ci.

Données propres à l'Ontario

Le registre BORN recueille des données dans les hôpitaux de la période précédant l'accouchement jusqu'à la sortie de l'hôpital, en règle générale. Le registre BORN utilise des données agrégées lorsqu'il s'agit de représenter des régions particulières ou l'ensemble de l'Ontario. Les caractéristiques démographiques sont extraites à partir du code postal et sont reliées aux données de recensement de Statistique Canada. Compte tenu de l'insuffisance des données, on devra traiter cette information avec prudence. Des données propres à l'Ontario ont été extraites des bases de données du registre BORN pour obtenir une vue d'ensemble de l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital en fonction des caractéristiques démographiques et des variables suivantes :

- l'âge de la mère;
- la langue maternelle de la mère;
- la parité de la mère;
- le poids de la mère;

- le statut matrimonial (relié aux données de recensement de Statistique Canada);
- le niveau de scolarité (relié aux données de recensement de Statistique Canada);
- le chômage (relié aux données de recensement de Statistique Canada);
- le revenu (relié aux données de recensement de Statistique Canada);
- l'appartenance à une minorité visible (reliée aux données de recensement de Statistique Canada);
- le lieu de naissance de la mère;
- un accouchement par césarienne;
- un accouchement par voie vaginale assisté;
- une déchirure périnéale du troisième ou quatrième degré ou une déchirure cervicale pendant l'accouchement;
- un traitement antidouleur pendant le travail et l'accouchement;
- l'état de santé de la mère, notamment l'hypertension et le diabète;
- des problèmes de santé mentale chez la mère;
- l'exposition à l'alcool, à d'autres drogues ou au tabac pendant la grossesse.



Afin d'analyser les caractéristiques démographiques des quartiers, BORN a établi un rapport entre les renseignements consignés au dossier des naissances et les données enregistrées lors de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) du recensement de 2011 de Statistique Canada (menée auprès d'un échantillon de 20 % de la population) au moyen du code postal de la mère. Ces corrélations ont été établies à l'aide du fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada. Par exemple, pour la variable du taux de chômage, BORN a procédé de la manière suivante :

1. Les taux de chômage ont été calculés pour chacune des aires de dissémination de l'Ontario, puis divisés en quartiles.
2. Grâce au code postal, chaque dossier de naissance a été associé à l'aire de dissémination correspondant afin d'obtenir le taux de chômage d'un quartier.
3. Le niveau de chômage d'un quartier correspond à son nombre de chômeurs, exprimé en pourcentage de la population active.
4. D'une part, les valeurs sur le chômage du quartile inférieur correspondent à la tranche inférieure de distribution des chômeurs d'un quartier selon l'aire de dissémination. D'autre part, les valeurs du quartile supérieur correspondent à la tranche supérieure de distribution des chômeurs.
5. Les valeurs relatives au niveau de chômage d'un quartier distribuées par aire de dissémination sont classées par quartile. Chaque quartile correspond approximativement au quart de la population de l'Ontario, mais ne représente pas nécessairement le quart des naissances vivantes à terme en Ontario pour 2013-2014.

Les paragraphes suivants décrivent les tendances observées en Ontario en ce qui a trait aux taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital chez les femmes dont les enfants sont nés à terme.

L'âge de la mère

Avec un taux d'allaitement exclusif de 51,2 %, les mères de moins de 20 ans forment le groupe d'âge qui affiche le plus faible taux d'allaitement. Le groupe d'âge ayant le taux d'allaitement le plus élevé est composé de femmes âgées de 30 à 34 ans, avec un taux d'allaitement exclusif de 65,0 % (BORN, 2013-2014).

Langue maternelle de la mère

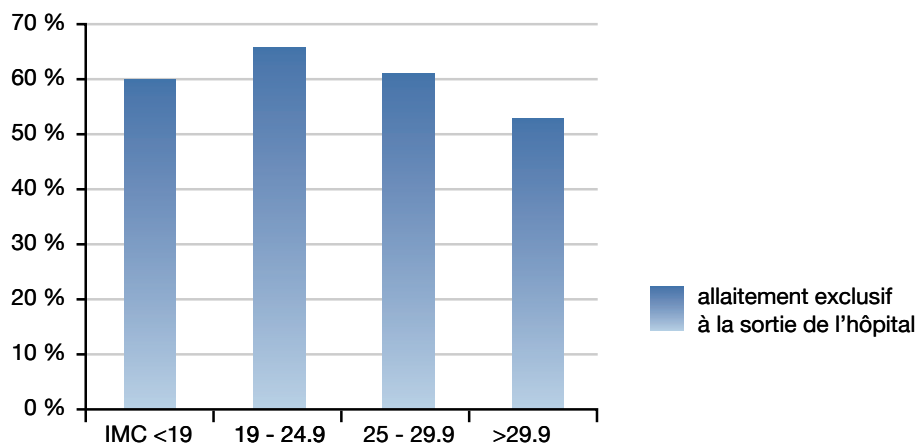
En Ontario, le groupe linguistique qui affiche le taux d'allaitement exclusif le plus faible à la sortie de l'hôpital (52,2 %) est composé de femmes dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais. Les femmes qui affichent le taux d'allaitement exclusif le plus élevé (68,2 %) sont celles dont la langue maternelle est le français (BORN, 2013-2014).

Parité

Les femmes multipares et nullipares affichaient des taux d'allaitement exclusifs semblables à la sortie de l'hôpital, soit 61,4 % chez les femmes multipares et 62,7 % chez les femmes nullipares (BORN, 2013-2014).

Poids de la mère

Les femmes de poids normal (IMC de 18,5 à 24,9) affichaient le plus haut taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital, soit 66,5 %. Les femmes qui présentent un poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5) connaissaient un taux d'allaitement plus faible (59,9 %). Parallèlement, 60,8 % des femmes en surpoids (IMC de 25,0 à 29,9) pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital tandis que les femmes obèses (IMC de 30 ou plus) affichaient le taux d'allaitement le moins élevé à la sortie de l'hôpital, soit 52,9 % (BORN, 2013-2014).



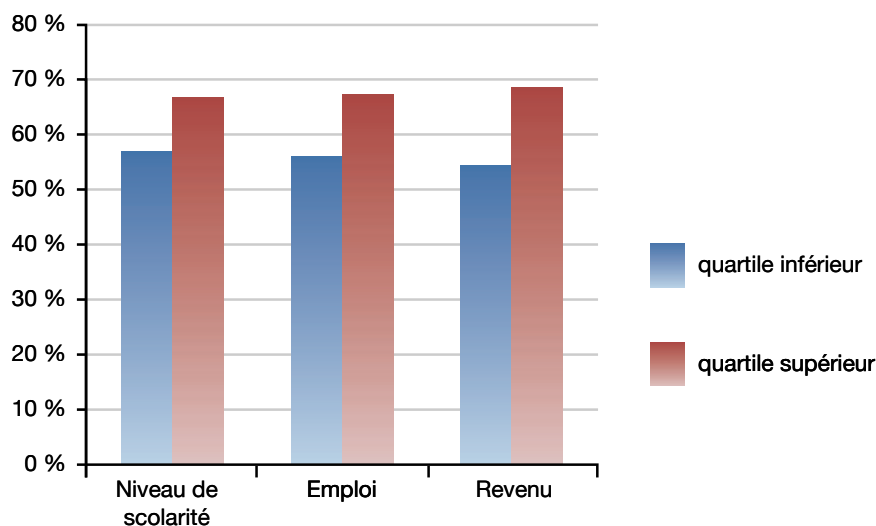
Allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital selon l'IMC de la mère (Tabelau 4)

Statut matrimonial (relié au recensement)

En Ontario, on a analysé les liens existant entre le statut matrimonial des femmes et le niveau d'allaitement exclusif. Dans les quartiers étudiés, le quartile affichant la proportion la plus faible de couples mariés connaissait les taux d'allaitement maternel exclusif les plus faibles avec 57,8 %. Les deux quartiles affichant la proportion la plus élevée de couples mariés connaissaient les taux d'allaitement maternel exclusif les plus élevés avec 64,8 % et 64 % (BORN, 2011-2012). Depuis 2012-2013, en raison des changements apportés au recensement au Canada, BORN n'est plus en mesure d'analyser les données reliant l'allaitement maternel au statut matrimonial des femmes dans les quartiers étudiés.

Niveau de scolarité, emploi et revenu (relié au recensement)

On a également étudié les rapports existant entre le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu d'une part et l'allaitement maternel d'autre part. Dans les quartiers étudiés à travers l'Ontario, le quartile affichant la proportion la plus élevée de résidents ayant obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires connaissait les taux d'allaitement maternel exclusif les plus élevés à la sortie de l'hôpital (67,4 %). En revanche, le quartile affichant la plus faible proportion de résidents ayant obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires connaissait les taux d'allaitement maternel exclusif les plus faibles à la sortie de l'hôpital (57,0 %). On a constaté en outre que le quartile affichant le taux de chômage le plus faible connaissaient les taux d'allaitement maternel exclusif les plus élevés (67,0 %). Le quartile affichant le taux de chômage le plus élevé connaissait les taux d'allaitement maternel exclusif les plus faibles (56,6 %). En conséquence, le quartile affichant un revenu médian des ménages le plus élevé connaissait les taux d'allaitement maternel exclusif les plus élevés à la sortie de l'hôpital (68,4 %) alors que le quartile affichant un revenu médian des ménages le plus faible connaissait aussi le taux d'allaitement maternel le plus faible (54,2 %) (BORN, 2013-2014).



Allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital selon le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu (Tableau 5)

Minorité visible et statut d'immigrant

On a constaté qu'un lien existait entre l'allaitement maternel et le fait de vivre dans un quartier constitué d'une proportion plus élevée de personnes issues de minorités visibles ou d'immigrants. En effet, on a constaté que dans les quartiers étudiés, le quartile affichant une proportion inférieure d'immigrants connaissait des taux d'allaitement maternel exclusif plus élevés (67,0 %, 68,1 % et 65,1 %) alors que le quartile affichant la proportion d'immigrants la plus élevée connaissait le taux d'allaitement maternel exclusif le plus faible (53,8 %). Le quartile affichant une faible proportion de résidents issus des minorités visibles connaissait un taux d'allaitement maternel exclusif plus élevé (67,6 %, 67,6 % et 65,5 %) alors que le quartile affichant la proportion de résidents issus des minorités visibles la plus élevée connaissait le taux d'allaitement maternel exclusif le plus faible (54,3 %) (BORN, 2013-2014).



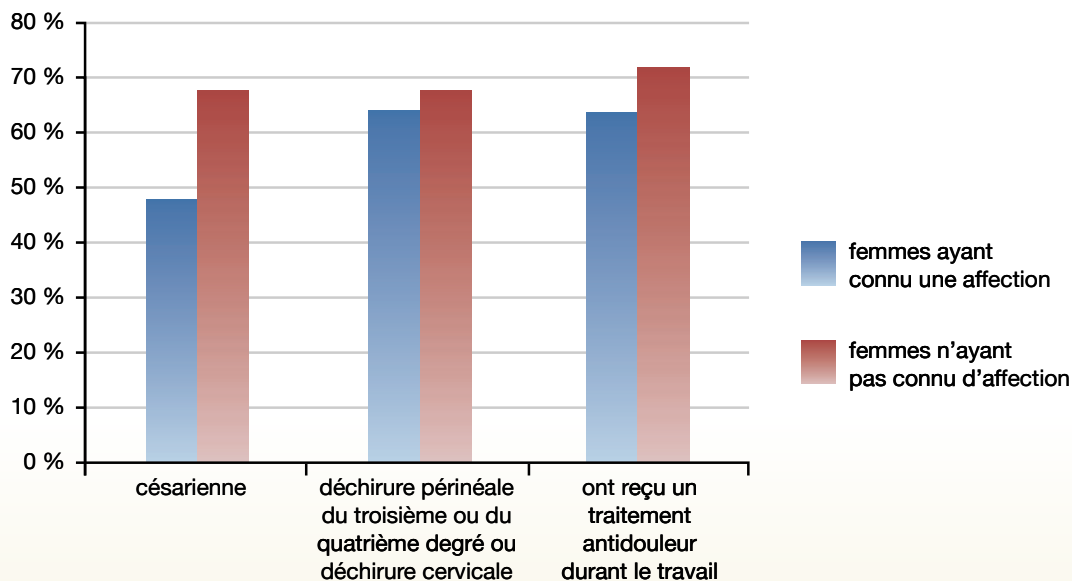
Complications et variations pendant l'accouchement

On a établi une corrélation entre les complications survenues pendant l'accouchement et l'allaitement maternel exclusif.

À l'échelle de la province, 48,5 % des femmes qui ont eu une césarienne pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 67,2 % de celles qui ont accouché par voie vaginale (BORN, 2013-2014).

Parmi les femmes qui ont connu une déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré ou une déchirure cervicale pendant l'accouchement, 67,4 % pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à l'accouchement comparativement aux 63,4 % qui ont connu une déchirure de deuxième degré ou moins (BORN, 2013-2014).

Il a également été signalé que 63,0 % des femmes qui ont reçu un traitement antidouleur pendant l'accouchement pratiquaient l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 71,3 % de celles qui n'ont reçu aucun traitement contre la douleur (BORN, 2013-2014).

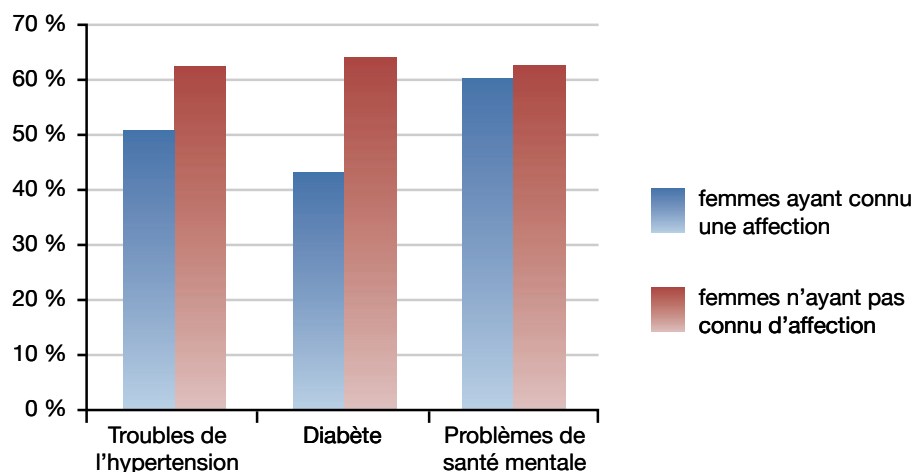


Allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital selon les complications et les variations pendant l'accouchement (Tableau 6)

État de santé de la mère

En Ontario, 62,8 % des mères n'ayant pas déclaré de problèmes de santé ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 60,1 % ayant déclaré des problèmes de santé. Comparativement à 62,8 % des femmes n'ayant pas déclaré de troubles de l'hypertension, 50,8 % des mères ayant déclaré des troubles de l'hypertension (y compris l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie, la prééclampsie superposée à l'hypertension préalable, l'éclampsie ou le syndrome de HEHRP) pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital. On a aussi constaté que 42,8 % des femmes qui avaient le diabète durant leur grossesse (préalable ou gestationnel) pratiquaient l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 63,3 % de celles qui n'avaient pas le diabète (BORN, 2013-2014).

Parmi les mères qui ont connu des problèmes de santé mentale (comme l'anxiété, la dépression, la dépression postpartum, l'accoutumance, la bipolarité ou la schizophrénie), 60,0 % pratiquaient l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 62,5 % qui n'ont pas connu de problèmes de santé mentale (BORN, 2013-2014).



Allaitement maternel exclusif selon les affections maternelles courantes des mères pendant la grossesse (Tableau 7)

Consommation d'alcool et d'autres drogues et allaitement maternel

En Ontario, 46,9 % des femmes ayant déclaré de façon volontaire qu'elles consommaient de l'alcool ou d'autres drogues ou qu'elles y étaient exposées pendant la grossesse (p. ex., cocaïne, essence/colle, hallucinogènes, marijuana, méthadone ou opioïdes) ont pratiqué l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 62,4 % de celles qui ont déclaré ne pas en avoir consommé. Parmi les mères ayant été exposées à l'alcool sur une base hebdomadaire pendant leur grossesse (au moins un verre par semaine jusqu'à une quantité inconnue), 58,8 % pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital comparativement à 62,2 % de celles ayant consommé de zéro à trois verres par mois (BORN, 2013-2014).

L'analyse révèle aussi que le tabagisme influe sur l'allaitement maternel. Parmi les femmes qui n'ont pas fumé du tout pendant leur grossesse, 63,6 % pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital alors que le taux se situait à 47,8 % parmi celles qui ont fumé tout le long de leur grossesse. Le taux d'allaitement maternel exclusif des femmes qui fumaient lors de l'examen du premier trimestre, mais pas pendant le reste de leur grossesse était de 57,1 %. Parmi celles qui n'avaient pas fumé du tout au cours du premier trimestre, mais qui avaient fumé à l'accouchement, le taux était de 57,9 % (BORN, 2013-2014).

Résumé des tendances en Ontario

En bref, les données du registre BORN pour 2011-2012 et 2013-2014 laissent supposer que le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital chez certaines populations de femmes ontariennes accouchant à terme est plus faible selon :

l'âge de la mère

- les femmes de moins de 20 ans

l'ethnicité et l'origine nationale de la mère

- les femmes dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais
- les femmes qui ont immigré au Canada
- les femmes d'une minorité visible

le niveau de scolarité, le revenu et le travail de la mère

Les femmes résidant dans des quartiers caractérisés par :

- un niveau de scolarité inférieur
- un taux de chômage plus élevé
- des revenus inférieurs

le soutien social de la mère

- les femmes monoparentales

les problèmes de santé de la mère

- les femmes souffrant de troubles d'hypertension
- les femmes souffrant de diabète
- les femmes en surpoids ou obèses
- les femmes ayant un poids insuffisant

la consommation d'alcool ou d'autres drogues par la mère

- l'exposition à l'alcool pendant la grossesse
- la consommation de médicaments ou de drogues pendant la grossesse
- le tabagisme pendant la grossesse

les problèmes médicaux à l'accouchement

- les femmes qui ont eu une césarienne
- les femmes qui ont reçu un traitement antidouleur pendant le travail et l'accouchement

Obstacles à l'allaitement maternel

Des entrevues menées auprès de répondants clés parmi les fournisseurs de services en janvier 2014 ont permis de connaître les difficultés auxquelles sont confrontées les populations dont le taux d'allaitement est inférieur à celui observé dans la population générale. On a également constaté des différences négatives sur le plan de l'adoption, de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement maternel. Ces difficultés étaient largement identiques, peu importe l'aspect de l'allaitement maternel qui était abordé (adoption, durée, exclusivité). Ces difficultés comprennent :

la confiance, l'attitude, les connaissances ou les croyances de la mère

- une attitude négative à l'égard de l'allaitement maternel
- un manque d'intention d'allaiter
- un manque de confiance en soi à l'égard de l'allaitement maternel
- une gêne pour l'allaitement maternel en public
- un manque de connaissances et de scolarité
- une information incohérente ou inexacte

les déterminants sociaux de la santé et des circonstances particulières

- peu de soutien social
- précarité face à l'argent, la nourriture et le logement
- médicaments et mode de vie considérés comme contre-indiqués à l'allaitement maternel.
- congé de maternité de courte durée

les problèmes d'allaitement maternel

- douleurs pendant l'allaitement maternel
- problèmes de prise du sein
- expériences d'allaitement maternel précédentes infructueuses.

l'accès aux services

- accès limité à un soutien et des services

des messages contradictoires et incohérents

- exposition à des publicités sur les préparations pour nourrissons
- messages contradictoires par les fournisseurs de services

Afin de promouvoir l'allaitement maternel auprès des populations vulnérables, ces difficultés devront être prises en compte lors de la planification et la mise en œuvre de stratégies de promotion et de soutien de l'allaitement maternel.



Stratégies de promotion efficaces de l'allaitement maternel

Une partie importante des données composant les quatre stratégies de recherche porte sur des stratégies efficaces permettant d'atteindre et de soutenir les populations de femmes ayant de faibles taux d'allaitement. Parmi les stratégies qui ont une incidence positive sur l'allaitement maternel, citons :

Stratégies ciblées par les répondants clés (janvier 2014)

Stratégies axées sur le soutien

- Création de groupes d'entraide sur l'allaitement maternel
- Soutien par les pairs, les professionnels de la santé et la famille en matière d'allaitement maternel
- Soutien interdisciplinaire en matière d'allaitement maternel
- Soutien adapté à la langue parlée en matière d'allaitement maternel

Stratégies axées sur la sensibilisation

- Sensibilisation à l'allaitement maternel avant la grossesse
- Sensibilisation à l'allaitement maternel avant l'accouchement
- Sensibilisation à l'allaitement maternel après l'accouchement
- Campagnes de promotion de l'allaitement maternel

Stratégies axées sur les interventions et les soins

- Interventions prévisibles et courantes
- Interventions en personne (y compris les visites à domicile)
- Interventions réalisées à distance (par téléphone)
- Interventions ciblant le partenaire masculin
- Mise en œuvre de l'initiative Amis des bébés
- Soins prodigués par des sages-femmes
- Promotion du contact peau à peau entre la mère et le bébé à l'hôpital
- Interventions réalisées par les professionnels de la santé
- Partenariat dans tout le continuum de soins prénataux et postnataux

Les répondants clés ont aussi relevé les facteurs qui ont influé sur la décision des femmes présentant un taux faible d'allaitement maternel de nourrir leur bébé au sein. Au nombre des facteurs de protection, mentionnons :

- le désir des femmes de faire ce qu'il y a de mieux pour leur bébé;
- le faible coût de l'allaitement maternel par rapport à l'utilisation des préparations pour nourrissons;
- l'accessibilité au soutien des pairs, de la famille et des professionnels de la santé;
- l'exposition à l'allaitement maternel et le fait d'avoir été allaitées elles-mêmes.

Stratégies efficaces repérées dans la littérature

- Sensibilisation à l'allaitement prénatal²⁸
- Interventions en personne (y compris les visites à domicile)²²
- Interventions réalisées à distance (par téléphone)²⁴
- Interventions réalisées par des professionnels de la santé²²
- Soutien pour les mères pratiquant l'allaitement maternel²²
- Soutien interdisciplinaire en matière d'allaitement maternel²²
- Soutien adapté à la langue parlée en matière d'allaitement maternel²⁴
- Sensibilisation à l'accouchement et à l'allaitement maternel avant l'accouchement²⁸



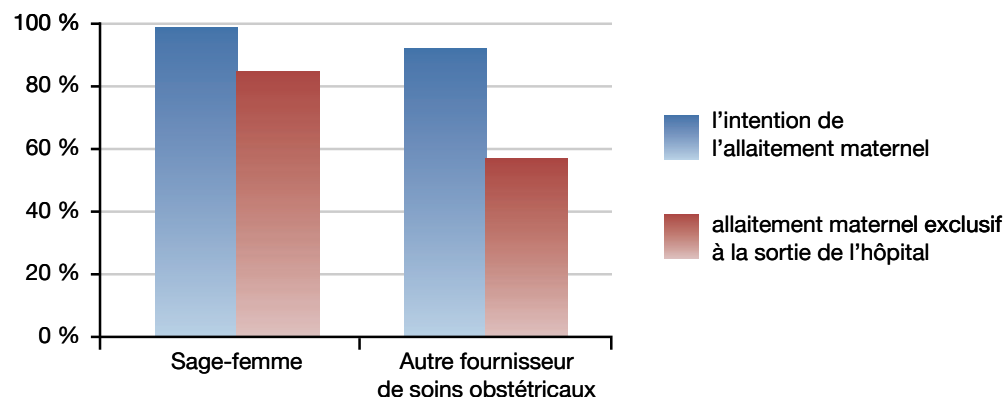
Types de stratégies de soutien efficaces

Les stratégies en faveur de l'allaitement maternel qui ont connu du succès auprès des populations de femmes ayant de faibles taux d'allaitement peuvent être classées selon le type de soutien fourni. Il peut s'agir des programmes et services, des ressources et outils, des stratégies en contexte prénatal, du soutien social et de l'auto-efficacité et du soutien souhaité par les fournisseurs de services.

Programmes et services

On associe les soins prodigués par les sages-femmes à des taux d'intention d'allaitement maternel plus élevés (BORN, 2013-2014). Parmi les femmes qui ont reçu des soins de santé d'une sage-femme avant l'accouchement, 97,9 % avaient l'intention d'allaiter. Parmi celles qui ont reçu des soins d'autres professionnels de la santé, 92,6 % avaient l'intention d'allaiter.

On associe également les soins prodigués par les sages-femmes à des taux d'allaitement maternel exclusif plus élevés (données du registre BORN de 2013-2014). En Ontario, 84,3 % des femmes qui ont reçu les soins d'une sage-femme avant l'accouchement pratiquaient l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital. Parmi les femmes qui ont reçu les soins d'autres professionnels de la santé, 58,7 % pratiquaient l'allaitement maternel exclusif au même point de mesure.



Allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital ou trois jours après l'accouchement selon le fournisseur de soins obstétricaux (Tableau 8)

Parmi d'autres programmes et services considérés par les répondants clés comme ayant un impact positif sur l'allaitement maternel, mentionnons :

- les services téléphoniques accessibles jour et nuit;
- la mise en œuvre d'une initiative Amis des bébés;
- l'accessibilité à des endroits pratiques pour allaiter;
- le soutien d'une doula pendant la grossesse et l'accouchement;
- le soutien d'aînées dans les communautés autochtones.

Les programmes considérés comme efficaces sont ceux qui comptent sur le soutien des pairs, la participation de groupes sociaux traitant d'allaitement maternel, les cafés d'allaitement maternel, les centres Meilleur départ et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) (Entrevues auprès des répondants clés, 2014).

Les entrevues menées auprès des répondants clés ont permis de relever les caractéristiques des programmes et services qui ont contribué à avoir un impact positif sur l'allaitement maternel, notamment :

- l'accessibilité en fonction de l'horaire et du lieu;
- la prestation de services appropriés, lorsque nécessaire;
- l'obtention de références appropriées;
- les fournisseurs de services et bénévoles dont le soutien pour l'allaitement maternel est une passion;
- le recours au soutien respectif ou combiné des pairs et des professionnels de la santé;
- la promotion et le renforcement du message selon lequel l'allaitement maternel est important.

(Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

On a aussi constaté que les interventions organisationnelles à multiples facettes étaient efficaces.^{22,39}

Ressources et outils

Plusieurs ressources et outils ayant pour objet la promotion de l'allaitement maternel au sein de la population générale ont été relevés au cours des entrevues menées auprès des répondants clés. Il s'agit, entre autres, des ressources du Centre de ressources Meilleur départ, des modèles de poitrine servant d'outils de formation, des campagnes de promotion de la santé auprès de femmes de différents horizons sociodémographiques et de sensibilisation à l'allaitement maternel lors des entrevues précédant l'admission ou l'accouchement à l'hôpital.

Dans l'enquête d'évaluation des besoins menée auprès des fournisseurs de services en 2014, les ressources qui ont été reconnues comme étant utiles ou très utiles pour l'ensemble des femmes par la majorité d'entre eux sont les sites Web (liens et ressources téléchargeables) et les vidéos téléchargeables.

Selon les répondants à l'enquête, pour qu'ils soient efficaces et utiles particulièrement pour les populations ayant de faibles taux d'allaitement maternel, les ressources et les outils devraient :

- fournir une information uniforme;
- être actualisés;
- être adaptés à la culture des mères;
- fournir une information personnalisée aux mères et aux personnes qui les soutiennent;
- être accessibles pendant la période précédant l'accouchement;
- être cohérents avec les lignes directrices de l'initiative Amis des bébés;
- comprendre une information visuelle et des images;
- éviter d'utiliser le jugement ou la morale.

(Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

On a constaté que lors de l'intervention auprès de populations ayant de faibles taux d'allaitement, certaines ressources et stratégies de sensibilisation spécifiques étaient privilégiées, notamment :

- des ateliers sur l'allaitement maternel;
- des cours sur l'allaitement maternel pendant la période précédant l'accouchement;
- des DVD ou vidéos téléchargeables;
- des applications;
- des sites Web.

Afin d'améliorer leur compréhension des populations ayant de faibles taux d'allaitement et de mieux connaître les stratégies efficaces d'intervention auprès de ces populations, la majorité des répondants à l'enquête ont indiqué avoir besoin de meilleures connaissances sur les questions suivantes :

- comprendre les populations de femmes ayant de faibles taux d'allaitement;
- comment mettre sur pied et maintenir des cours d'allaitement maternel et des groupes d'entraide;
- comment évaluer l'efficacité des programmes d'allaitement maternel;
- comment définir des stratégies d'intervention efficaces auprès des populations ayant les taux d'allaitement les plus faibles.

Un format en ligne est souhaité pour la dispense des formations (webinaires, cours en ligne ou sites Web) (Évaluation des besoins, 2014).

Stratégies en contexte prénatal

Les séances de sensibilisation, d'information et de soutien qui se déroulent pendant la période précédant l'accouchement ont été considérées par beaucoup de répondants clés comme des occasions privilégiées pour la promotion de l'allaitement maternel. On a constaté qu'en contexte prénatal, des décisions peuvent être prises et une aide peut être apportée aussi bien de façon formelle qu'informelle. Ces éléments peuvent être encouragés et soutenus par les professionnels de la santé et les pairs dans différents environnements, notamment en groupe, face à face et en ligne. Les cours prénataux qui traitent ou intègrent de l'information sur l'allaitement maternel dans leur programme sont généralement préférés et sont mis à l'essai auprès de populations ayant de faibles taux d'allaitement maternel. On a également observé qu'au-delà de la sensibilisation faite pendant la période précédant l'accouchement, les efforts de soutien complémentaires offerts après la naissance et tout au long du premier mois sont importants pour améliorer les taux d'allaitement maternel (Entrevues auprès des répondants clés, 2014).



Soutien social et auto-efficacité

On a également souligné l'importance du soutien social. On a constaté que les personnes qui œuvrent à la promotion de l'allaitement maternel étaient sensibilisées à l'importance du soutien social et qu'elles s'attendent à l'offrir dans le cadre de la prestation des programmes et services. Toutefois, en raison de diverses contraintes, ce but n'est pas toujours atteint. À tout le moins, beaucoup de responsables de programmes essaient de fournir une liste des ressources communautaires auxquelles les femmes peuvent accéder pour renforcer le soutien social qu'elles peuvent recevoir de la communauté. Par exemple, parmi les programmes qui ont intégré le soutien social et la sensibilisation des partenaires, certains proposent des cliniques d'allaitement maternel et des centres d'accueil, une forme ou une autre de soutien à l'allaitement maternel, des groupes sociaux, des groupes Facebook, des visites à domicile et des programmes sur le rôle parental (Entrevues auprès des répondants clés, 2014).

Par ailleurs, plusieurs stratégies encourageant l'auto-efficacité ont été définies :

- mobiliser le soutien (p. ex., par les groupes d'entraide);
 - éviter le blâme lorsque des difficultés se présentent dans l'allaitement maternel;
 - évaluer l'auto-efficacité et la confiance en soi de la mère;
 - éviter le jugement;
 - fournir des occasions à la mère de pratiquer l'allaitement et d'en maîtriser la technique.
- (Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

Les facteurs suivants contribuent à l'efficacité de l'enseignement de l'allaitement maternel :

- le recours aux fournisseurs de services et des pairs selon la situation;
 - la mise à disposition d'un environnement accueillant propice à l'enseignement;
 - la fourniture d'informations cohérentes et actualisées;
 - la fourniture d'un contenu adapté à la culture des mères;
 - la fourniture d'informations adaptées aux besoins des mères et des personnes offrant le soutien;
 - la sensibilisation faite pendant la période précédant l'accouchement;
 - la mise à disposition d'occasions de formation individualisées;
 - la fourniture d'information cohérente avec les lignes directrices de l'initiative Amis des bébés;
 - l'inclusion d'information visuelle et d'images.
- (Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

Soutien souhaité par les fournisseurs de services

Afin de fournir un soutien et des services adéquats comme ceux mentionnés ci-dessus, les fournisseurs de services souhaitent également recevoir un soutien sur le plan informationnel et pratique. Les vœux les plus chers concernent le matériel imprimé, les sites Web et le réseautage avec d'autres fournisseurs de services et des intervenants dans le soutien par les pairs (Évaluation des besoins, 2014).

Un intérêt également manifesté par les fournisseurs de soins de santé est l'amélioration du perfectionnement professionnel, notamment en suivant des cours, des ateliers et des séminaires sur l'allaitement maternel (Évaluation des besoins, 2014). On a découvert que les interventions qui visent à renforcer les connaissances, la confiance et les comportements des professionnels de la santé en matière d'allaitement maternel augmentent la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel dans la population générale.⁵⁷

Mise en œuvre

Il a été démontré qu'une large gamme de stratégies de promotion des connaissances et des comportements favorables à l'allaitement maternel sont efficaces pour la population générale. Même si certaines stratégies ont été reconnues comme pouvant être efficaces en particulier pour les populations ayant de faibles taux d'allaitement, beaucoup de progrès reste à faire pour la mise en œuvre de campagnes de promotion et de soutien recherchées en matière d'allaitement maternel afin de rejoindre les femmes des groupes de populations ciblés dans le rapport.

Lacunes dans les services

Bien que diverses stratégies s'avèrent efficaces pour la promotion de l'allaitement maternel au sein des populations ayant de faibles taux d'allaitement, certaines lacunes ont été relevées par rapport aux ressources et aux services offerts, dont le corollaire est un impact négatif potentiel sur les taux d'allaitement maternel :

- l'insuffisance de services communautaires;
 - l'incohérence des messages livrés;
 - des lacunes dans la formation des médecins;
 - l'inaccessibilité en temps opportun d'informations sur l'allaitement maternel;
 - la difficulté d'accès, voire l'inaccessibilité, aux services;
 - l'ignorance de certains fournisseurs de services à propos des services offerts.
- (Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

Les facteurs à long terme que l'on croit susceptibles d'améliorer l'information et la sensibilisation sur l'allaitement maternel n'ont été mis en œuvre que de manière limitée, si ce n'est aucunement. Ces facteurs sont :

- des campagnes d'allaitement maternel de grande portée;
 - l'intégration de la sensibilisation à l'allaitement maternel dans le programme scolaire;
 - la sensibilisation à l'allaitement maternel de tous les professionnels dans tout le continuum de soins de santé;
 - l'accessibilité à de la documentation destinée aux femmes qui ont décidé pendant la période précédant leur accouchement de ne pas allaiter;
 - la mise à disposition d'informations pour les pères et les partenaires;
 - le recours aux technologies (p. ex., les médias sociaux) afin d'aider les femmes à prendre leur décision.
- (Entrevues auprès des répondants clés, 2014)

Depuis 2014, les lacunes en termes d'évaluation des besoins sont recensées, que ce soit au niveau des ressources, de l'information ou des outils souhaités par les fournisseurs de services, afin que ceux-ci puissent intervenir avec succès auprès des populations ayant de faibles taux d'allaitement. Pour en savoir davantage sur le soutien de ces populations vulnérables, les fournisseurs de services ont suggéré l'organisation des activités suivantes :

- davantage d'ateliers et de cours de formation sur le lieu de travail;
- des webinaires.

Afin de soutenir leurs efforts visant à atteindre les femmes des populations ciblées et de travailler avec elles, les fournisseurs de services sont à la recherche :

- de nouvelles ressources, p. ex., des ateliers clé en main, des trousseaux d'outils, des sites Web et des ressources téléchargeables, notamment des vidéos, portant sur l'allaitement maternel.
- (Évaluation de besoins, 2014)

Les données du registre BORN montrent des variations considérables du taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital au sein des RLISS selon les situations. Cela est partiellement attribuable au fait que les services de soutien en matière d'allaitement maternel ne sont pas distribués de façon égale en Ontario. Un examen plus approfondi pourra aider les fournisseurs de services à relever les lacunes dans les services offerts à la population générale et aux populations particulières de leur communauté.



Recommandations

Des signes d'optimisme se dégagent devant les progrès accomplis dans la valorisation de l'allaitement maternel et les possibilités de changer davantage les choses grâce à des stratégies globales à long terme.

Les quatre stratégies de recherche exposées en détail dans ce rapport fournissent une information détaillée sur les caractéristiques et le soutien de populations ayant de faibles taux d'allaitement en Ontario. Les fournisseurs de services, notamment les gestionnaires, les coordonnateurs, les planificateurs de programmes, les éducateurs et les fournisseurs de services de première ligne, peuvent accéder à ces renseignements pour s'attaquer aux obstacles et aux lacunes dans les services qui freinent la pratique de l'allaitement maternel. Ils peuvent également élaborer et améliorer des programmes, des services et des stratégies visant particulièrement les populations vulnérables.

Afin de mettre à profit les ressources et les services existants et de combler les lacunes observées, plusieurs recommandations ont été proposées pour intensifier la promotion de l'allaitement maternel auprès des populations de femmes ayant de faibles taux d'allaitement.

À l'échelle locale

Recommandations concernant les fournisseurs de services de première ligne

- Mobiliser les femmes pendant la période précédant l'accouchement.
- Leur fournir une information et des messages cohérents sur l'allaitement maternel.
- Les diriger vers les ressources et les services offerts, y compris les services qui offrent du soutien.
- Les écouter et les soutenir sans porter de jugement.
- Recourir aux enseignements traditionnels lors d'interventions auprès de femmes autochtones.
- Respecter les principes de l'initiative Amis des bébés.

Recommandations concernant les planificateurs de programmes et les décideurs

- Offrir des ateliers sur l'allaitement maternel.
- Établir des groupes de soutien ou des programmes de soutien individuel.
- Financer l'embauche de personnel supplémentaire (y compris des conseillers ou des membres du personnel spécialisés en allaitement maternel afin d'élaborer ou d'administrer des programmes de soutien par les pairs).
- Offrir des visites de soutien à l'allaitement maternel à domicile.
- Offrir des programmes d'éducation et de formation pour le personnel de première ligne sur la façon de soutenir les populations de femmes ayant de faibles taux d'allaitement.
- Créer ou obtenir des ressources dans les langues parlées par les populations desservies par l'organisme.

À l'échelle provinciale

- Élaborer et offrir des ateliers, des cours ou des webinaires sur la façon de soutenir les populations ayant de faibles taux d'allaitement.
- Élaborer des ateliers ou des ressources éducatives clés en main destinés à l'usage des fournisseurs de services de première ligne dans les cours prénataux, les cours sur l'allaitement maternel ou sur le rôle parental.
- Élaborer des ressources éducatives (p. ex., des sites Web, des trousseaux d'outils et des imprimés) pour aider les formateurs et les animateurs de groupes ou de classes et les intervenants en soutien aux pairs.
- Élaborer des ressources dans d'autres langues.

À l'échelle de la société

- Interdire la commande d'activités de sensibilisation par les entreprises de préparation pour nourrissons.
- Faire respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé.
- Financer des publicités faisant la promotion de l'allaitement maternel.
- Financer l'embauche de personnel supplémentaire (y compris des conseillers ou des membres du personnel spécialisés en allaitement maternel afin d'élaborer ou d'administrer des programmes de soutien par les pairs).
- Financer l'achat d'équipement pour l'allaitement maternel, lorsque nécessaire.
- Offrir des visites de soutien à l'allaitement maternel à domicile.



Références

Références principales

- Entrevues auprès des répondants clés. 2014. Centre de ressources Meilleur départ.
- Évaluation des besoins, 2014. Centre de ressources Meilleur départ.
- Données sur l'allaitement pour 2011-2012. 2014. BORN Ontario. Accessible à : www.bornontario.ca.
- Données sur l'allaitement pour 2013-2014. 2015. BORN Ontario. Accessible à : www.bornontario.ca.

Références des analyses bibliographiques

1. Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: A national survey. *BMC Pediatrics*, 10:20.
2. Black, R., Godwin, M., Ponka, D. (2008). Breastfeeding among the James Bay Cree: A retrospective study. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2): 98-101.
3. Brown C., Dodds L., Attenborough R., Bryanton J., Elliott Rose A., Flowerdew G., Langille D., Lauzon L., Semenic S. (2013). Rates and determinants of exclusive breastfeeding in first 6 months among women in Nova Scotia: a population-based cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 1 (1): e9-e17.
4. Bryanton, J., Gagnon A., Hatem M., Johnston C. Does perception of the childbirth experience predict women's early parenting behaviors? *Research in Nursing & Health*, 32 (2):191-203.
5. Chalmers, B., Levitt, C., Heaman, M., O'Brien, B., Sauve, R., Kaczorowski, J. pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada. (2009). Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: A national survey of women. *Birth*, 36(2): 122-132.
6. Coleman B. (2006). Early Introduction of Non-Formula Cow's Milk to Southern Ontario Infants. *Canadian Journal of Public Health*, 97,(3): 187-190.
7. Coulibaly, R., Seguin L., Zunzunegui M., Gauvin, L. (2006). Links Between Maternal Breast-Feeding Duration and Quebec Infants' Health: A Population-Based Study. Are the Effects Different for Poor Children? *Maternal and Child Health Journal*, 10:537-543.
8. Dennis, C.-L., Gagnon, A., Van Hulst, A., Dougherty, G., et Wahoush, O. (2013). Prediction of duration of breastfeeding among Migrant and Canadian-Born Women: Results from a Multi-Center Study. *Journal of Pediatrics*, 162 (1): 72-29.
9. Dennis, C.-L. et McQueen, K. (2009). The relationship between infant feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123 (4): e736-e751.
10. Dennis, C.-L. et McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96 (4): 590-594.
11. Dennis, C.-L. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 29 (4): 256-268.
12. Dunn, S., Davies, B., McCleary, L., Edwards, N., Gaboury, I. (2006). The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(1): 87-97.

13. Durham Region. (2013). *Infant Feeding Surveillance System: Focused Report on Formula Introduction and Breastfeeding*. Accessible à : http://www.durham.ca/departments/health/health_statistics/IFSSearlyFormula.pdf
14. Eastern Ontario Health Unit. (2005). *Child Health Status In Eastern Ontario*. Accessible à : <http://www.eohu.ca/files/reports/report22.pdf>
15. Findlay, L. et Janz T. (2012). The health of Inuit children under age 6 in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 71.
16. Finkelstein S., Keely, E., Feig, D., Tu, X., A. S. Yasseen, A., Walker, M. (2013). Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. *Diabetic Medicine*, 30 (9): 1094–1101.
17. Gagnon, A., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., Platt, R. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation* 21(4): 397-405.
18. Goulet, L., D'Amour, D., Pineault, R. (2007). Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women & Health*, 45(4):19-39.
19. Groleau, D., Sigouin, C., D'souza, N. (2013). Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context: When motherhood meets poverty. *Health & Place*; 24;250–259.
20. Halton Region. (2012). *2012 Baby Friendly Initiative (BFI) Infant Feeding Study*. Accessible à : https://www.halton.ca/living_in_halton/public_health/halton_health_statistics/family_health_and_seniors/
21. Halton Region. (2010). *Infant Feeding in Halton*. Initiation Duration and Exclusivity of Breastfeeding. Accessible à : https://www.halton.ca/living_in_halton/public_health/halton_health_statistics/family_health_and_seniors/
22. Harris, S., Janssen, P., Saxell, L., Elaine, A., Carty, E., MacRae, G., Petersen, K. (2012). Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 184(17):1885-1892.
23. International Baby Food Action Network. (2012). *Report On The Situation of Infant and Young Child Feeding In Canada*. Accessible à : http://www.ibfan.org/art/IBFAN_CRC_61-Canada_2012.pdf
24. Janssen, P., Livingstone, V., Bruce Chang, B., Klein, M. (2009). Development and evaluation of a Chinese-language newborn feeding hotline: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 29 (9):3.
25. Kim, E., Hoetmer, S., Li, Y., Vandenberg, J. (2013). Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration. *Canadian Journal of Public Health*, 104(5):e388-e393.
26. Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Chamers, B. (2012). Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 129 (5): e1228-e1237.
27. Kingston, D., Dennis, C., Sword, W. (2007). Exploring breast-feeding self-efficacy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 21 (3): 207–215.

28. Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Public Health. (2012). *Feeding Practices of Infants in the Kingston, Frontenac, Lennox & Addington Area During the First Year of Life*. Accessible à : http://www.kflapublichealth.ca/Files/Research/Feeding_practices_of_infants_in_the_KFLA_area_during_the_first_year_of_life_Volume_1.pdf
29. Krpan, K., Coombs, R., Zinga, D., Steiner, M., Fleming A. (2004). Experiential and hormonal correlates of maternal behavior in teen and adult mothers. *Hormones and Behavior* 47 (1): 112- 122.
30. Leeds, Grenville et Lanark District Health Unit. (2006). *2006 Infant Feeding Survey: Factors Influencing Breastfeeding Initiation, Duration and the Introduction of Solids*. Accessible à : http://www.healthunit.org/reportpub/reports/LGLDHU%20Infant%20Feeding%20Survey%20Report_FINAL.pdf
31. Lepage, M., Moisan, J., Gaudet, M. (2004). What do Quebec children eat during their first six months? *Canadian Journal of Diet Research and Practice*, 65:106-113.
32. London-Middlesex Region. (2005). *Breastfeeding Practices, Awareness, and Attitudes in Middlesex-London*. Accessible à : <https://www.healthunit.com/statistics-and-reports>
33. Lutsiv, O., Giglia, L., Pullenayegum, E., Foster, G., Vera, C., Chapman, B., Fusch, C., McDonald, S. (2013). A population-based cohort study of breastfeeding according to gestational age at term delivery. *Journal of Pediatrics*, (163): 1283-1288.
34. Mannion, C., Hobbs, A., McDonald S., Tough, S. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 8:4.
35. McDonald, S., Benzies, K., Gallant, J., McNeil, D., Dolan, S., Tough, S. (2013). A comparison between late preterm and term infants on breastfeeding and maternal mental health. *Maternal and Child Health*, 17 (8):1468-1477.
36. Millar W. et Maclean H. (2005). Breastfeeding practices. *Health Reports*, 16(2):23-31.
37. Mossman, M., Heaman, M., Dennis, C., Morris, M. (2008). The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *Journal of Human Lactation*, 24(3):268-277.
38. Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., Woodend, A.K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35 (5):616-624.
39. O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L., Christie, K., Galarza, M., Dicky, T., Levin, A., Lee, S. (2013). A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13(Suppl 1): S12.
40. Peel Region. (2004). *Breastfeeding Practices in the Region of Peel 2004/2005*. Accessible à : <https://www.peelregion.ca/health/health-status-report/breastfeed-04-05/>
41. Porcupine Health Unit. (2007). *2005 Breastfeeding Survey Report*. Accessible à : <http://www.porcupinehu.on.ca/Reports/documents/2005BreastfeedingSurveyReport.pdf>
42. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php>
43. Rempel, L. A., Moore, K. C. (2012). Peer-led prenatal breastfeeding education: A viable alternative to nurse-led education. *Midwifery*, 28 (1): 73-79.

44. Rioux, F., Savoie, N., Jacques, A. (2006). Is there a link between postpartum anemia and discontinuation of breastfeeding? *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*; Summer 2006; 67 (2): 72-76.
45. Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W., Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*; 51: 1366-1367.
46. Scharfe, E. (2012). Maternal attachment representations and initiation and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28 (2): 218-225.
47. Semenic S., Loiseau C., Gottlieb L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in Nursing and Health*; 31 (5):428-441.
48. Sheehan, D., Watt, S., Krueger, P., Sword, W. (2006). The impact of a new universal postpartum program on breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation*, 22(4):398-408.
49. Simard, I., O'Brien, H.T., Beaudoin, A. et al. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 regions of Quebec. *Journal of Human Lactation*, 21(3): 327-337.
50. Statistique Canada. (2013). *Tendances de l'allaitement au Canada*. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm>
51. Statistique Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012*. Accessible à : <http://www5.statcan.gc.ca/olc-olc/action?ObjId=82M0013X&ObjType=2&lang=fr&limit=0>
52. Statistique Canada. 2013. *Tendances de la santé*. Numéro au catalogue de Statistique Canada: 82-213-XWF. Ottawa. Publiées le 12 décembre 2013. Accessible à : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/index.cfm?Lang=fra>
53. Statistique Canada. (2005). *Rapports sur la santé*. Vol. 16, no 2. Accessible à : <http://publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003-XIF/0020482-003-XIF.pdf>
54. Sword W., Kurtz Landy C., Thabane L., Watt S., Krueger P., Farine D., Foster G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*; 118 (8): 966-977.
55. Tatone-Tokuda, F., Dubois, L., Girard, M. (2009). Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods. *Health Education & Behavior*, 36(2): 302-320.
56. Visram, H., Finkelstein, S.A., Feig, D., Walker, M., Yasseen, A., Tu, X., Keely, E. (2013) Breastfeeding intention and early post-partum practices among overweight and obese women in Ontario: A selective population-based cohort study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(6): 611-615.
57. Watkins A. et Dodgson, J. (2010). Breastfeeding educational interventions for health professionals: A synthesis of intervention studies. *Journal for Specialization in Pediatric Nursing*, 15(3): 223-232.
58. Wilson-Mitchell et K., Rummens, A. (2013). Perinatal outcomes of uninsured Immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10 (6): 2198-2213.
59. Woldemicael, G. (2009). *Breastfeeding practices of immigrant mothers in Canada: The role of immigration status, length of residence, and ethnic minority*. Article présenté à la Conférence on Health over the Life Course, Université Western Ontario, London, Ontario, 14 au 16 octobre 2009. Accessible à : <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=rdchealth-conference>

**best start
meilleur départ**)

by/par health **nexus** santé

Centre de ressources Meilleur Départ

Nexus Santé

180, rue Dundas Ouest, bureau 301

Toronto (Ontario) M5G 1Z8

1-800-397-9567 | www.nexussante.ca | www.meilleurdepart.org

Ce document a été élaboré grâce au soutien financier du gouvernement de l'Ontario. L'information qu'il contient reflète les opinions des auteurs et n'est pas officiellement approuvée par le gouvernement de l'Ontario. Les ressources et les programmes mentionnés dans ce document ne sont pas nécessairement approuvés par le Centre de ressources Meilleur départ.