

Position

de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

**pour la création d'un environnement
favorable à l'allaitement maternel**



Mise à jour de la position

Membres du sous-comité allaitement de l'OPDQ :

- Julie Lauzière, coordonnatrice du sous-comité allaitement de l'OPDQ; Université Laval, Département des sciences des aliments et de nutrition
- Marie-Pierre Drolet, Commission scolaire de Montréal
- Stéphanie Gendreau, CHU de Québec, Hôpital CHUL
- Sylvie Renaud, Centre de santé et de services sociaux Drummond, CLSC Drummond
- Annie Vallières, Université de Montréal, Département de nutrition

Rédaction de la position initiale de 2002 :

Micheline Beaudry (coordonnatrice du groupe de travail), Andrée Brière, Odette Drolet, Anne-Marie Hamelin, Claude Jobin, Marie-Claire Lepage, Lise Richard, Lydia Rocheleau, Monik St-Pierre et Thérèse Samson Laberge

Remerciements

Les membres du sous-comité allaitement tiennent à remercier le comité de nutrition publique de l'OPDQ, présidé par M^{me} Julie Desrosiers, pour son soutien tout au long des travaux de révision de la présente position.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, septembre 2012

Bibliothèque nationale du Canada, septembre 2012

ISBN : 978-2-9800892-9-9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Position adoptée par le conseil d'administration de l'OPDQ le 24 septembre 2011

Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel

Préambule

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation, notamment par le contrôle de l'exercice de la profession et de la qualité de l'acte professionnel. Il assure également le maintien et le développement des compétences professionnelles des diététistes/nutritionnistes. L'Ordre contribue ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des individus en favorisant la création d'environnements favorables à de saines habitudes alimentaires à tous les âges, de même qu'en soutenant, dans chacun de ces environnements, l'accès aux compétences de ses membres.

Parmi les clientèles recevant des services nutritionnels par les membres de l'OPDQ se retrouvent les femmes enceintes et les nourrissons. Que les services soient offerts dans les établissements du réseau de la santé ou en cabinet privé, ce sont près de 700 diététistes/nutritionnistes qui possèdent une expertise en obstétrique, périnatalité ou pédiatrie, spécialement auprès des nourrissons. Œuvrant pour la plupart dans le secteur clinique, elles sont autorisées par leur appartenance à l'Ordre à « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé »*. Elles peuvent notamment déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie, et surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.

En plus de la pratique clinique, certaines diététistes/nutritionnistes de ce champ d'expertise travaillent également avec de multiples partenaires à mettre en place des environnements facilitant la pratique de l'allaitement maternel, notamment celles travaillant dans des organisations de santé publique comme les ministères et les agences de la santé et des services sociaux et leurs directions de santé publique. Dans une optique de promotion de la santé et de prévention de la maladie, il importe que les meilleures pratiques nutritionnelles soient adoptées, bien entendu, à toutes les étapes de la vie, mais particulièrement en très bas âge. À cet égard, les nutritionnistes deviennent elles aussi des actrices clés dans la création d'un environnement favorable à l'allaitement.

Comme organisme mandaté pour assurer la protection du public, l'OPDQ joue un rôle important auprès du public pour lui permettre de faire les meilleurs choix nutritionnels au quotidien. C'est dans ce contexte où les diététistes/nutritionnistes se préoccupent de la santé des générations futures, et où des données probantes existent quant à la valeur de l'allaitement chez les nourrissons et les femmes et à l'importance de la qualité de l'alimentation dès le début de la vie, qu'il est apparu important à l'OPDQ de mettre à jour sa position sur la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel.

* L.R.Q. c. C-26, Code des professions, art. 37 c)

Résumé de la position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel

Considérant que l'OPDQ est responsable de la protection du public sur le plan de la pratique professionnelle en matière de nutrition;

Considérant que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation optimal du nouveau-né et du jeune enfant, et ce, dans le respect de l'autonomie économique, professionnelle et sociale des femmes;

Considérant les recommandations en vigueur préconisant l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement, avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, jusqu'à deux ans ou plus, tant et aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent;

Considérant que les Québécoises qui désirent allaiter rencontrent des obstacles dans leur environnement, sur lesquels il est possible d'agir;

L'OPDQ réaffirme son intention d'œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé des Québécoises et des Québécois. La vision de l'OPDQ est celle d'une société où, dans tous les milieux, les familles se sentent accueillies et soutenues au regard de l'allaitement, permettant ainsi aux mères et à leur partenaire de prendre des décisions éclairées concernant l'alimentation optimale pour leur enfant et d'avoir la possibilité d'agir selon ces décisions.

Contexte

L'OPDQ faisait connaître, en juin 2002, sa volonté d'œuvrer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement afin de donner aux femmes désireuses d'allaiter toutes les chances de réussir dans leur démarche.¹ Toujours d'actualité, cette position s'inscrit dans les actions plus larges de l'OPDQ visant la mise en place d'environnements alimentaires sains.

La nutrition est une composante fondamentale universellement reconnue du droit qu'a l'enfant de jouir du niveau de santé le plus élevé possible, comme le prévoit la Convention relative aux droits de l'enfant.^{2, 3} Une nutrition adéquate ainsi qu'un accès à des aliments sûrs et nutritifs constituent deux éléments indispensables permettant à l'enfant de jouir de ce droit. La femme a elle aussi le droit à une nutrition adéquate

de même qu'à celui de décider comment nourrir son enfant, et ce, sur la base d'une information juste et complète et de conditions appropriées lui permettant d'appliquer ses décisions.

L'allaitement maternel est largement reconnu comme étant le mode d'alimentation par excellence pour le nourrisson et le jeune enfant. L'OPDQ soutient le droit à l'information sur l'allaitement et à la possibilité pour les femmes d'allaiter leur enfant selon les recommandations en vigueur. Ces dernières préconisent l'allaitement exclusif – sans autres liquides ou aliments – pour les six premiers mois, puis la poursuite de l'allaitement, avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tant et aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent.^{2, 4, 5, 6, 7}

Un environnement favorable à l'allaitement permet aux mères et aux familles de se sentir accueillies et soutenues au regard de l'allaitement. Cela touche tous les milieux, y compris – mais sans s'y limiter – les établissements de santé, les milieux de travail, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance, les lieux culturels et de loisirs, les commerces et les transports. Ainsi, la création d'un environnement favorable à l'allaitement est l'affaire de tous les individus et de toutes les organisations à l'intérieur d'une société.

Situation au Québec

Les données provinciales indiquent que 85 % des enfants québécois nés en 2005 ont été allaités pendant leur séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance et que 67 %, 56 % et 47 % l'étaient toujours à 2, 4 et 6 mois respectivement.⁸ Quant aux taux d'allaitement exclusif, ils n'étaient que de 52 % pendant le séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance et de 3 % à 6 mois. Ces statistiques sont nettement plus élevées que celles observées chez les enfants québécois nés en 1997-1998^{9,10} au moment où le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) inscrivait l'allaitement maternel dans ses priorités nationales de santé publique.¹¹

Malgré les progrès réalisés au cours des dernières années, les taux d'allaitement au Québec demeurent inférieurs aux recommandations de santé publique^{2, 4, 5, 6, 7} de même qu'aux objectifs inscrits dans les lignes directrices en allaitement du MSSS^{†,12} et ce, tout particulièrement pour la durée de l'allaitement exclusif. Par ailleurs, d'autres données montrent que les Québécoises sont moins nombreuses que la moyenne canadienne à amorcer l'allaitement et qu'elles allaitent moins longtemps.^{13,14,15}

Plusieurs obstacles rencontrés par les femmes qui souhaitent allaiter ont été relevés dans diverses régions du Québec.^{16, 17, 18, 19} Ces obstacles sont semblables à ceux observés ailleurs au Canada et dans le monde, et plusieurs touchent l'environnement des familles. Ils ont trait notamment à la promotion des préparations commerciales pour nourrissons, à l'organisation inappropriée des services de santé, au manque de cohérence dans les messages transmis et les pratiques des professionnels de la santé, au peu de soutien que reçoivent les familles et à leurs conditions de travail.

En plus des lignes directrices adoptées en 2001,¹² le MSSS a adopté d'autres politiques comprenant des orientations en matière d'allaitement.^{20, 21} Les objectifs et les activités compris dans ces politiques ne représentent toutefois qu'une étape vers le respect des droits de la mère et de l'enfant, lequel suppose que la possibilité soit donnée à toutes les femmes qui le désirent d'allaiter leur enfant selon les recommandations en vigueur.

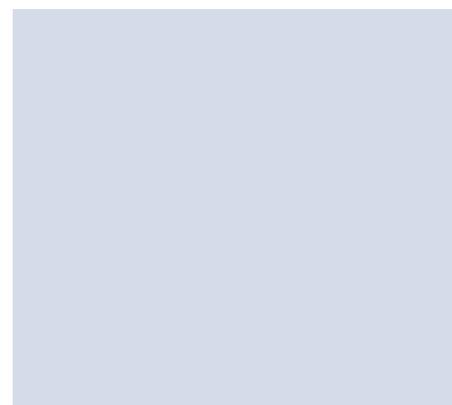
Lait humain et l'allaitement maternel

Le lait maternel, propre à l'espèce, contient tous les éléments nécessaires pour assurer la croissance et le développement du nourrisson.²² Outre son riche contenu en nutriments et sa spécificité, par exemple en acides aminés ou en acides gras, le lait humain contient plusieurs centaines de substances ayant des propriétés anti-infectieuses et immunologiques. Sa composition s'adapte aux besoins changeants du nouveau-né : le colostrum, par exemple, est plus riche en protéines et en minéraux et plus faible en glucides, en gras et en certaines vitamines que le lait produit par la suite. Ainsi, le lait humain change selon :

- l'âge gestationnel du bébé (prématuré ou à terme);
- l'âge du bébé (commençant avec le colostrum, sa composition varie ensuite avec l'âge du bébé);
- le stade de la tétée (le début ou la fin);
- la fréquence des tétées (l'offre et la demande);
- le moment de la journée (le matin ou le soir);
- l'alimentation de la mère dans le cas de l'apport en certains nutriments (tels les vitamines A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, l'iode et le sélénium).

De plus, le goût du lait maternel varie avec l'alimentation de la mère, ce qui pourrait faciliter l'introduction des aliments complémentaires le moment venu.^{23, 24, 25} L'impact de toutes ces variations sur la physiologie du nourrisson commence à peine à être reconnu, sans compter que les recherches découvrent, encore aujourd'hui, de nouveaux constituants du lait maternel. Malgré les développements en biotechnologie, le lait humain demeure non reproductible.

L'allaitement maternel est la façon physiologique de nourrir le nourrisson et le jeune enfant. Il représente bien plus que le contenu du lait en nutriments et en substances anti-infectieuses et immunologiques ou que la somme de leurs interactions multiples. Il réfère aussi au geste d'allaiter, à la relation d'affection et d'intimité qui s'établit entre la mère et l'enfant dans un allaitement pleinement vécu. Tout cela expliquerait les nombreux bienfaits de l'allaitement, à la fois pour la santé et le développement des nourrissons de même que pour la santé et le mieux-être des femmes qui allaitent.²²



† Les lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec recommandaient que d'ici 2007, l'allaitement à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 %, 50 % et 20 % respectivement à 2, 4, 6 et 12 mois, et que les taux d'allaitement exclusif soient de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement à la sortie des services de maternité et à 2, 4 et 6 mois.

Importance de l'allaitement

L'allaitement exclusif est la référence ou le modèle normatif auquel doivent être comparés tous les autres modes d'alimentation au regard de la croissance, de la santé, du développement et de tout autre résultat à court ou à long terme.

– American Academy of Pediatrics (2005 : ²⁶ 496, traduction libre)

La façon d'alimenter les nourrissons et les jeunes enfants a des impacts à l'échelle des familles et des collectivités. Les effets de l'allaitement sont souvent fonction de son exclusivité et de sa durée. Ainsi, plus l'allaitement est exclusif pendant les six premiers mois et plus la durée totale de l'allaitement augmente, plus grands sont les bienfaits qui y sont associés. À l'inverse, un allaitement sous-optimal (c.-à-d. plus court et non exclusif) offre moins de bénéfices alors que le non-allaitement est associé à des risques et à des coûts augmentés.

Plusieurs études dans divers pays industrialisés montrent que le non-allaitement ou un allaitement sous-optimal augmente l'incidence ou la sévérité de diverses infections chez les enfants, notamment les infections gastro-intestinales, certaines infections des voies respiratoires inférieures, les otites moyennes et, chez les prématurés, l'entéocolite nécrisante.^{22,27,28} D'autres études suggèrent que le non-allaitement ou un allaitement sous-optimal serait un facteur de risque pour diverses maladies chroniques comme le diabète (type 1 et 2), la leucémie infantile aiguë, l'obésité et le syndrome de mort subite du nourrisson.^{22, 27, 29, 30, 31} Aussi, le développement cognitif des bébés

non allaités serait moindre que celui des bébés allaités, et ces différences se maintiendraient pendant l'enfance et jusqu'au début de la vie adulte.^{22, 29, 32, 33} D'autres différences reliées au développement social, émotif et moteur sont avancées; par exemple, la durée de l'allaitement aurait d'importants effets sur le développement de certaines habiletés motrices et du langage avant l'âge scolaire.^{34,35}

Chez les mères, un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois permet généralement un retour tardif des menstruations, ce qui aiderait à préserver leurs réserves en fer et à espacer les naissances.²² L'allaitement pourrait également être associé à une modeste perte de poids et de gras corporel chez les mères.²² Cet impact est cependant influencé par plusieurs facteurs tels que la durée et l'intensité de l'allaitement, l'âge de la mère, son apport nutritionnel, son état nutritionnel antérieur, son état de santé et son niveau d'activité physique. Une perte de poids n'est donc pas toujours observée durant l'allaitement. À plus long terme, les femmes qui n'allaitent pas ou qui allaitent seulement pour une courte période seraient plus à risque de développer un cancer du sein et des ovaires.^{27, 30}

Le non-allaitement entraîne des coûts importants pour les parents (préparations commerciales pour nourrissons, temps, médicaments, etc.), les services de santé (traitements, hospitalisations, etc.), les services sociaux et éducatifs (coûts associés au développement intellectuel ou social sous-optimal, etc.) et l'environnement (traitement des déchets additionnels, effets des déchets sur l'environnement, etc.).^{22, 36} Pour le Québec, par exemple, il a été estimé au début des années 2000 que si 60 % des nourrissons étaient allaités exclusivement jusqu'à trois mois (comparativement à 18 % en 1998³), la province pourrait épargner au moins cinq millions de dollars par année en

coûts d'utilisation des soins de santé, et ce, seulement pour les soins associés aux maladies respiratoires, aux otites moyennes et aux gastro-entérites.³⁷ En outre, cette estimation est conservatrice, puisqu'elle n'est basée que sur l'allaitement exclusif durant trois mois (plutôt que 6 mois) et qu'elle ne tient pas compte des coûts associés aux autres conséquences éventuelles du non-allaitement (autres problèmes de santé associés au non-allaitement, souffrance de l'enfant et des parents, absentéisme au travail de ces derniers, etc.). Par ailleurs, l'allaitement s'inscrit parmi les mesures pouvant diminuer l'inégalité sociale des jeunes enfants devant la santé³⁸ de même que celles contribuant à leur sécurité alimentaire – et, par extension, celle de leur famille –, même dans les régions industrialisées.^{39, 40, 41}

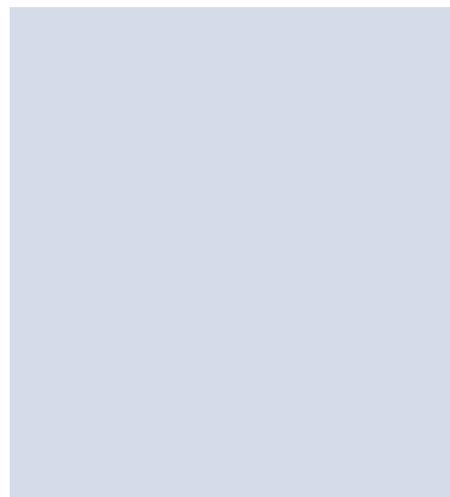
Stratégies pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement

D'importantes stratégies ont été proposées à l'échelle internationale pour soutenir les femmes désireuses d'allaiter et contribuer à recréer une culture d'allaitement maternel adaptée à leurs besoins d'autonomie économique, professionnelle et sociale, dont le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,⁴² qui est devenu plus tard une des composantes de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB).⁴³ Le but de ces stratégies est de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en permettant aux femmes de se réapproprier leur savoir-faire et le pouvoir de décision quant à l'alimentation de leur bébé. Bien que ces stratégies aient été proposées

au début des années 1980 et 1990, elles demeurent utiles et pertinentes aujourd'hui. D'ailleurs, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée en 2002 par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), s'appuie largement sur leur mise en œuvre.²

Ces stratégies trouvent leur origine dans la baisse importante des taux d'allaitement observée au cours des années 1960 dans diverses régions du globe. L'analyse de cette baisse a d'abord mené à une prise de conscience de l'impact négatif des pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel. De nombreuses consultations furent engagées avec toutes les parties intéressées, y compris l'industrie des aliments pour nourrissons. Après plusieurs années de débats animés, l'AMS a adopté, en 1981, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel⁴² (ci-après

nommé le Code; voir encadré). Le Code a été reconduit par consensus en 1994 et l'AMS a depuis entériné plusieurs nouvelles résolutions s'y rattachant. Ces dernières clarifient ou étendent certaines dispositions du Code et, à ce titre, en font partie intégrante.



Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé

1. Aucune promotion de substituts du lait maternel (y compris des préparations commerciales pour nourrissons), de tétines ou de biberons n'est faite auprès du grand public.
2. Aucun échantillon gratuit n'est distribué aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Aucune promotion de ces produits n'est faite dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnements gratuits).
4. Aucun personnel payé par les fabricants ne donne de conseils aux parents.
5. Aucun cadeau ni échantillon personnel n'est remis aux professionnels de la santé.
6. Aucune promotion d'aliments commerciaux pour bébés, comme les aliments en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, n'est faite afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Chaque emballage ou étiquette mentionne clairement les bienfaits de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. L'information fournie aux professionnels de la santé doit être scientifique et factuelle.
9. Tous les produits sont de bonne qualité, la date limite de consommation y est indiquée, et les emballages ne comportent pas d'images ou de texte idéalisant l'alimentation artificielle (ex. : aucun terme comme « humanisé » ou « maternisé » n'est utilisé).
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitation à des congrès, etc.).

Adapté de MSSS (2001)¹² et WHO, UNICEF (2009)⁴³

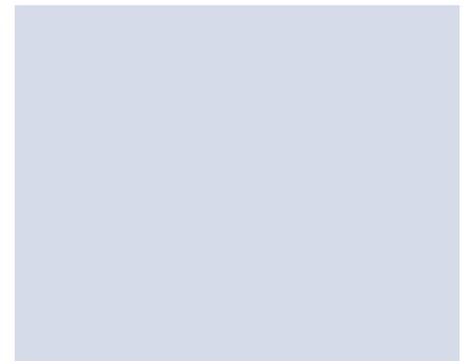
Pendant les années 1980, plusieurs des pratiques de commercialisation minant l'allaitement se poursuivaient. Diverses pratiques des professionnels de la santé et des services de maternité interféraient aussi avec l'allaitement (ex. : séparation mère-enfant, horaire des tétées, utilisation des suppléments). Le personnel peu formé en allaitement n'était pas en mesure de prendre conscience de l'impact négatif de l'ensemble de ces pratiques sur les femmes qui souhaitaient allaiter. C'est alors que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF ont publié, en 1989, les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel⁴⁴ (voir encadré). Chacune de ces conditions se fonde sur des assises scientifiques⁴⁵ et vise notamment à faciliter l'amorce de l'allaitement.

Pour favoriser la mise en place des Dix conditions et le respect du Code, l'OMS et l'UNICEF ont lancé, en 1991, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB). Au

Canada et en Grande-Bretagne, l'IHAB a été reprise en 1998 sous le nom d'Initiative des amis des bébés (IAB). Celle-ci inclut les hôpitaux accoucheurs, les maisons de naissance et les services de santé communautaires, et vise à rendre ces milieux accueillants pour toutes les femmes et leur famille, que leur enfant soit allaité ou non. Au Québec, le MSSS a endossé ces initiatives en 2001 alors qu'il énonçait ses lignes directrices en matière d'allaitement.¹² L'IAB est une des principales stratégies retenues pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au Québec.^{12, 20, 21}

Parmi les autres initiatives importantes visant la création d'une culture d'allaitement, soulignons également la publication en 2006 des normes de croissance de l'OMS pour les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans. Adoptées dans plus de 140 pays, dont le Canada, ces nouvelles courbes de l'OMS définissent l'allaitement comme la norme biologique et placent le

nourrisson allaité au sein comme point de comparaison pour mesurer la croissance saine.⁴⁷ Contrairement aux courbes de croissance utilisées auparavant, les courbes de l'OMS indiquent comment les enfants doivent grandir; l'approche est donc normative plutôt qu'uniquement descriptive. Depuis février 2010, l'utilisation des normes de croissance de l'OMS est recommandée au Canada pour le suivi de tous les nourrissons et enfants, que ceux-ci soient allaités ou non.⁴⁸



Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante : Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide au besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Pratiquer la cohabitation – Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou suce.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Tiré de MSSS (2011)⁴⁶

Rôle des diététistes/nutritionnistes

Les diététistes/nutritionnistes reconnaissent l'importance d'œuvrer à la création d'une culture d'allaitement maternel dans la société. Elles fondent leurs actions sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et sur le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Dans ce contexte, les diététistes/nutritionnistes, peu importe leur champ d'expertise, visent à :

- participer à la création d'un environnement favorable à l'allaitement en soutenant la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement maternel du MSSS et d'autres politiques adoptées au Québec pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement;
- mettre à jour leurs connaissances théoriques et leurs compétences pratiques sur l'allaitement en fonction de leur champ d'expertise;
- travailler de concert avec les responsables de leur milieu de travail pour développer et mettre en œuvre une politique d'allaitement qui en facilite la pratique pour leur clientèle et leur personnel (quel que soit leur milieu de travail);
- favoriser l'application du Code (voir encadré, p. 7) dans leur établissement, dans leurs activités professionnelles et dans leur communauté;
- faire connaître l'importance de l'allaitement et les conséquences du non-allaitement afin que les femmes puissent exercer leur droit de prendre une décision éclairée;
- respecter et soutenir les parents, que leur enfant soit allaité ou non, notamment en examinant avec eux les différentes options d'alimentation possibles considérant les recommandations en vigueur et leur situation particulière;
- soutenir les familles afin de permettre aux mères qui décident d'allaiter de vivre une expérience positive et d'atteindre les objectifs d'allaitement qu'elles se sont fixés;
- accompagner les parents qui vivent des difficultés avec l'allaitement et savoir les diriger aux ressources appropriées au besoin;
- participer à faire reconnaître dans leur communauté l'allaitement comme le mode d'alimentation optimal du nourrisson et du jeune enfant.

Rôle de l'OPDQ

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) veut contribuer à promouvoir l'allaitement maternel en tant que mode d'alimentation optimal du nouveau-né et du jeune enfant au Québec, et ce, dans le respect de l'autonomie économique, professionnelle et sociale des femmes.

Pour ce faire, l'OPDQ vise à :

- soutenir les diététistes/nutritionnistes dans leurs actions en faveur de l'allaitement en veillant à ce que :
 - les étudiants en nutrition reçoivent, au cours de leur 1^{er} cycle universitaire, une formation théorique et pratique sur l'allaitement qui leur permettra d'acquérir les compétences minimales attendues par l'OMS et l'UNICEF;
 - les diététistes/nutritionnistes aient accès à une formation continue adéquate sur l'allaitement;
 - les diététistes/nutritionnistes utilisent les normes de croissance de l'OMS pour le suivi pédiatrique;
 - la position de l'OPDQ soit connue de tous ses membres et partenaires;
- favoriser dans ses activités le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de même que des résolutions subséquentes de l'AMS qui s'y rapportent;
- travailler de concert avec les autres ordres professionnels et les partenaires non traditionnels (ex. : les acteurs œuvrant dans les milieux de travail, le réseau de l'éducation, les milieux communautaires, les réseaux municipaux, etc.) pour :
 - promouvoir la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (IAB);
 - promouvoir l'évolution des normes de travail de sorte qu'elles facilitent la pratique de l'allaitement en respectant, comme minimum, les conventions et recommandations de l'Organisation internationale du Travail (OIT) à cet effet;^{49, 50}
 - apporter son soutien ou participer à des initiatives visant la création d'un environnement favorable à l'allaitement.

En travaillant ainsi à la création d'un environnement favorable, l'OPDQ entend protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois.

Références

1. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. *Position de l'OPDQ pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel*, Montréal, 2002. www.opdq.org (page consultée le 22 avril 2011)
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, 2003. www.who.int/nutrition/publications/g5_infant_feeding_text_fre.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
3. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES. *Convention relative aux droits de l'enfant*, New York, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989; entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49. <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm> (page consultée le 22 avril 2011)
4. SANTÉ CANADA. *Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada*, 2004, Ottawa, 2004. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl-fra.pdf (page consultée le 11 avril 2011)
5. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005. Cat. H44-76/2005F-PDF.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Formation de base en allaitement maternel*, Québec, 2008. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobatf/documentation/2008/formation_allaitement.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
7. DORÉ, N. et D. LE HÉNAFF. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 736 p.
8. NEILL, G., B. BEAUVAIS, N. PLANTE et al. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006. www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/allaitement2006.htm (page consultée le 22 avril 2011)
9. DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et al. « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, vol. 1, n° 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.
10. DUBOIS, L. et M. GIRARD. « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, vol. 2, n° 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, 1997. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobatf/documentation/1996/96_203.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, 2001. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobatf/documentation/2001/01-815-01.pdf> (page consultée le 22 avril 2011)
13. STATISTIQUE CANADA. « CANSIM – Tableau 105-0244 : Allaitement, femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années, Canada, provinces, territoires et groupes de régions homologues, 2003 ». http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables/html/2178_03_f.htm (page consultée le 20 avril 2011)
14. CHALMERS, B. et C. ROYLE. « Taux d'allaitement » dans *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, n° HP5-74/2-2009F-PDF, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009, 179-84 p.
15. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, Ottawa, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf> (page consultée le 11 avril 2011)
16. M. C. LEPAGE, N. DORÉ et G. CARIGNAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement : région de Québec*, Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000.
17. DUMAS, L., M. LEPAGE et L. CÔTÉ. *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1999.
18. SÉGUIN, L., L. GOULET, K. FROHLICH et al. Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez les femmes défavorisées. Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur Santé publique, 1998.
19. GROLEAU, D. et C. RODRÍGUEZ. "Breastfeeding and poverty: Negotiating cultural change and symbolic capital of motherhood in Québec, Canada" dans *Infant and young child feeding: Challenges to implementing a global strategy*, F. DYKES et V.H. MORAN, (sous la dir. de) Chichester, R.-U., Wiley-Blackwell Publisher, 2009, 80-98 p.
20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobatf/documentation/2002/02-216-01.pdf> (page consultée le 22 avril 2011)
21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*, Québec, 2008. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobatf/documentation/2008/08-918-01.pdf> (page consultée le 22 avril 2011)
22. BEAUDRY, M., S. CHIASSON et J. LAUZIÈRE. *Biologie de l'allaitement – Le sein, le lait, le geste*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, 624 p.
23. MENNELLA, J.A., C.P. JAGNOW et G.K. BEAUCHAMP. "Prenatal and postnatal flavor learning by human infants", *Pediatrics*, 2001; 107(6):E88.
24. FORESTELL, C.A. et J.A. MENNELLA. "Early determinants of fruit and vegetable acceptance", *Pediatrics*, 2007; 120(6):1247-54.
25. MENNELLA, J.A. "Mother's milk: a medium for early flavor experiences", *Journal of Human Lactation*, 1995; 11(1):39-45.
26. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. "Breastfeeding and the use of human milk – Policy statement", *Pediatrics*, 2005; 115(2):496-506.
27. IP, S., M. CHUNG, G. RAMAN et al. *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, avril 2007. www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf (page consultée le 22 avril 2011)

28. DUIJTS, L., M.K. RAMADHANI et H.A. MOLL. "Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review", *Matern Child Nutr*, 2009; 5(3):199-210.
29. HORTA, B.L., R. BAHL, J.C. MARTINES et al. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses*, Genève, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf (page consultée le 20 avril 2011)
30. WORLD CANCER RESEARCH FUND et AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. *Food, nutrition and physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective*, Washington, DC, AICR, 2007.
31. MONASTA, L., G.D. BATTY, A. CATTANEO et al. "Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews", *Obes Rev*, 2010; 11(10):695-708.
32. KRAMER, M.S., F. ABOUD, E. MIRONOVA et al. "Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial", *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65(5): 578-84.
33. MCCRORY, C. et R. LAYTE. "The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: Results of an Irish cohort study", *Soc Sci Med*, 2011; 72(9):1515-21.
34. DEE, D.L., R. LI, L.C. LEE et al. "Associations between breastfeeding practices and young children's language and motor skill development", *Pediatrics*, 2007; 119 Suppl. 1:S92-8.
35. WHITEHOUSE, A.J., M. ROBINSON, J. LI et al. "Duration of breast feeding and language ability in middle childhood", *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2011; 25(1):44-52.
36. BARTICK, M. et A. REINHOLD. "The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis", *Pediatrics*, 2010; 125(5):e1048-56.
37. GUILLEMETTE, A et D. BADLISSI. « L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé », *Regard sur la santé publique lanauoise*, RRSST Lanaudière, DSP, 2001, vol 8:1-7.
38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, 2007.
39. *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire : une réponse au Sommet mondial de l'alimentation*, Ottawa, Agriculture et Agroalimentaire Canada, 1998. www.agr.gc.ca/misb/fsec-seca/pdf/action_f.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
40. HAMELIN, A.-M. et M. BEAUDRY. Le bébé allaité est-il en sécurité alimentaire?, communication présentée à la Conférence nationale du Canada sur l'allaitement maternel – L'allaitement maternel aujourd'hui, le mieux-être pour la vie; 24-26 mai, 2001, Moncton, N.-B.
41. PEOPLE'S FOOD POLICY PROJECT. *Resetting the Table: A People's Food Policy for Canada*, 2011. http://peoplesfoodpolicy.ca/files/pfpp-resetting-2011-lowres_1.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
42. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, 1981. www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf (page consultée le 22 avril 2011)
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION et UNICEF. *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, Section 1, Background and implementation*, Genève, 2009. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/index.html (page consultée le 22 avril 2011)
44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Genève, 1989.
45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*, Genève, 1999. www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591544/fr/index.html (page consultée le 22 avril 2011)
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport d'évaluation : Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*, Québec, 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-815-01.pdf> (page consultée le 9 septembre 2011)
47. « Succès des nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant » dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2011; 89:250-1. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-040411/fr/index.html> (page consultée le 20 avril 2011)
48. DIETITIANS OF CANADA, CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA et al. *Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: Using the New WHO Growth Charts*, 2010. www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/tcg-position-paper.aspx (page consultée le 22 avril 2011)
49. CONFÉRENCE GÉNÉRALE DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. C183, *Convention sur la protection de la maternité, 2000*, Genève, 15 juin 2000. www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm (page consultée le 22 avril 2011)
50. CONFÉRENCE GÉNÉRALE DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. R191, *Recommandation sur la protection de la maternité, 2000*, Genève, 15 juin 2000. www.ilo.org/ilolex/french/recdisp1.htm (page consultée le 22 avril 2011)



www.opdq.org