



- > **Jasmine Keurentjes, Dt.P.**
Candidate à la maîtrise, Département de nutrition, Université de Montréal et Centre de Recherche du CHU Sainte-Justine
- > **Auteure de correspondance :**
jasmine.keurentjes@umontreal.ca



- > **Suzanne Lepage, Dt.P.**
Diététiste-nutritionniste, coordonnatrice des pratiques en nutrition sociale, Alima, Centre de nutrition sociale périnatale

À propos
des auteures

Efficacité de diverses interventions sur l'amorce de l'allaitement chez les mères en situation de vulnérabilité

Résumé

Contexte : L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont émis une recommandation pour promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà en complément des aliments. Le taux d'amorce de l'allaitement au Québec est d'environ 89 %, mais après un mois, on observe déjà la plus grande baisse dans les taux d'allaitement. Les femmes immigrantes avec un statut



Messages clés :

sociodémographique défavorable et peu d'expérience en allaitement constituent une population souvent plus à risque de ne pas amorcer l'allaitement.

Objectif : Examiner les interventions les plus efficaces pour augmenter les taux d'amorce de l'allaitement des mères en situation de vulnérabilité.

Méthodologie : Une revue narrative d'études publiées depuis 2013 a été réalisée avec la base de données PubMed par le biais d'une recherche par mots-clés.

Résultats et conclusions : Un total de 19 études d'interventions a été recensé. La combinaison de soutien et d'éducation sous diverses formes durant les périodes prénatales et postnatales, tout en individualisant le mode de transmission (visite à domicile, en groupe, etc.) selon les besoins de la mère en situation de vulnérabilité et en incluant le partenaire, semble l'intervention la plus efficace pour favoriser l'amorce de l'allaitement partout au Québec.

- > Il est plus efficace de combiner des interventions éducatives et de soutien aux mères en périodes prénatales et postnatales comparativement à des interventions pendant une seule de ces périodes.
- > Il faut individualiser, dans la mesure du possible, le choix d'interventions en ce qui a trait au mode de transmission et de personne-ressource en fonction des besoins de la mère et de son partenaire, de leur contexte socioéconomique ainsi que de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources.
- > Il est important de faire preuve d'humilité culturelle dans nos messages et interventions de soutien en allaitement auprès des mères et de leur partenaire.



> **Maude Perreault, Dt.P., Ph. D.**
Professeure adjointe, Département de nutrition, Université de Montréal et Chercheure, Centre de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal — Centre Jean-Jacques-Gauthier



> **Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D.**
Professeure adjointe, Département de nutrition, Université de Montréal et Chercheure, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine

À propos
des auteures



Introduction

Depuis 2003, l'OMS et l'UNICEF recommandent aux mères d'allaiter exclusivement durant les six premiers mois après l'accouchement, puis d'introduire les aliments complémentaires en continuant l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà (1). Selon un rapport de 2022, le taux d'amorce de l'allaitement au Québec est d'environ 89 % (2). La baisse la plus importante du taux d'allaitement a souvent lieu dans le premier mois de vie, chutant à un taux d'allaitement exclusif à un mois de 73 % au Canada (2). L'amorce de l'allaitement, soit les premières semaines post-accouchement, représente donc une période très importante à cibler pour améliorer la durée d'allaitement.

Les jeunes mères monoparentales avec peu d'expérience d'allaitement, un faible niveau d'éducation et un faible revenu présentent plus fréquemment de faibles taux d'allaitement (2). De plus, quelques études incluses dans une revue systématique ont suggéré que les mères nouvellement immigrantes sont plus enclines à amorcer l'allaitement, mais en raison de diverses croyances et barrières culturelles, elles ont moins tendance à allaiter exclusivement (3). Ainsi, si l'on considère l'instabilité financière plus fréquente auprès de cette population dans un contexte de statut d'immigration précaire (demandeuse d'asile, réfugiée, etc.), combinée à un faible niveau de scolarisation et un possible isolement social, ces femmes sont considérées comme étant en situation de vulnérabilité et devraient être davantage accompagnées pour les aider à atteindre leur objectif en matière d'allaitement. Ces facteurs concordent également avec les principaux critères du Gouvernement du Québec en matière de vulnérabilité (4).

Actuellement, plusieurs interventions sont mises en place (de manière non systématique) auprès de la population générale au Québec pour promouvoir



Mots-clés :

> allaitement, interventions, prénatal, postnatal, facteurs socioéconomiques.

que l'allaitement est peu dispendieux, naturel et offrant plusieurs bénéfices autant pour la mère que pour le nourrisson (1, 7). Ainsi, cette revue narrative a pour objectif principal de présenter et d'analyser les interventions qui se sont montrées efficaces pour augmenter les taux d'amorce dans les premières semaines de l'allaitement auprès des mères en situation de vulnérabilité.

Méthodologie

La base de données PubMed a été utilisée avec différents mots-clés dont, par exemple : « breastfeeding », « initiation », « interventions », « socioeconomically disadvantaged women », « immigrants », « low-income », « vulnerable women », ainsi que par les références citées des différents articles. Ceux-ci ont été sélectionnés en fonction de critères d'éligibilité préétablis¹.

Résultats

Nous présentons dans cette section l'analyse abrégée de neuf études ayant testé des interventions en période prénatale ou postnatale, ou durant une combinaison de ces deux périodes (voir Tableau infra). Nous discutons brièvement du contenu des interventions, et nous effectuons un bref survol de certaines interventions offertes actuellement au Québec.

Interventions en période prénatale

La méta-analyse de Robinson et coll. (n = 8047) démontre que la participation à des groupes de soutien avec un ou une professionnel(le) de la santé (infirmier(ère)s, médecins ou consultant(e)s en lactation certifié(e)s par le conseil international IBCLC de manière régulière à partir du second trimestre de grossesse était associée à une probabilité accrue de 53 % (intervalle de confiance 29-81%; p<0,0001)

et soutenir l'allaitement afin que cela devienne une norme sociale et biologique. Il existe ainsi plusieurs programmes et organismes aidant les mères en situation de vulnérabilité (4, 5, 6). Or, les taux d'amorce, bien que généralement élevés dans les premiers jours, diminuent tout de même rapidement au cours du premier mois (2). Il s'agit ainsi d'un moment clé pour offrir des ressources et augmenter la confiance des mères et de leurs partenaires pour les soutenir dans la poursuite de l'allaitement. D'autant plus

1. Les articles retenus pour la revue incluaient des interventions qui devaient être réalisées auprès de mères ayant minimalement un des critères de vulnérabilité suivants (4) soit : un faible revenu, un faible niveau de scolarité, une monoparentalité ou un statut d'immigration précaire. Les publications devaient être en français ou en anglais et dater de 2013 à aujourd'hui. En revanche, les publications n'étaient pas retenues pour la revue narrative si les mères avaient eu des complications durant la grossesse et des jumeaux.

d'amorcer l'allaitement comparativement aux soins standards (8). Ainsi, les groupes de soutien avec un suivi individuel jumelé avec l'Initiative des amis des bébés (IAB) sont des interventions efficaces (voir encadré *infra*).

L'étude de cohorte rétrospective (n = 1489) d'Ahlers-Schmidt et coll. proposait quant à elle des ateliers éducatifs sans suivi individuel (deux heures et demie de contenu sur l'allaitement, en période prénatale) aux mères pendant la grossesse (11). Cette intervention a augmenté significativement le taux d'amorce de l'allaitement comparativement aux soins standards (94 % par rapport à 88 %; p = 0,003) [11].

On pourrait aussi se demander si du contenu éducatif en ligne ou via des applications pourrait être efficace, surtout en contexte postpandémique. Les études actuelles ne semblent pas montrer d'effet bénéfique significatif de ce type d'intervention en période prénatale, mais il semblerait tout de même y avoir un effet sur la confiance des mères quant à l'allaitement (12, 13-16). Avec l'avancement de la télémédecine et des applications web, davantage d'études seront probablement réalisées quant à l'efficacité de ce type d'approche.

Finalement, l'étude randomisée (n = 119) de Lewkowitz et coll. a comparé des interventions éducatives et de soutien individuel par des pairs, comparativement aux professionnels de la santé (médecins, infirmier(ère)s IBCLC), chez des femmes afro-américaines pendant la période prénatale (17). Ils ont montré que les taux d'amorce de l'allaitement étaient supérieurs à la moyenne nationale des États-Unis en 2018 (78 % par rapport à 59 %) pour ce groupe ethnoculturel, mais sans différence significative entre l'intervention et le groupe contrôle (17).

Interventions en période postnatale

Peu d'études ont examiné l'effet d'interventions en période postnatale seulement. En outre, plusieurs auteurs et autrices ont suggéré la combinaison du contact peau à peau, de l'allaitement dans la première heure après l'accouchement et de la cohabitation mère-enfant en continu comme étant efficaces pour augmenter le taux d'amorce de l'allaitement et le maintien de celui-ci jusqu'à au moins un mois (12, 18-19). Bien que ces pratiques soient encouragées dans les établissements certifiés IAB, la promotion dans tous les centres de maternité demeure pertinente considérant les effets positifs et la faible mobilisation de ressources liée à ces pratiques (12-13).

Interventions pendant une combinaison des périodes prénatales et postnatales

Le contenu éducatif et le soutien durant les deux périodes semblent particulièrement positifs comme le démontrent

deux revues systématiques qui soutiennent que cette combinaison d'interventions par des professionnel(le)s de la santé a un effet sur les taux d'amorce de l'allaitement (augmentation d'environ 56 % des chances pour Khatib et coll. et effet positif général sur l'amorce de l'allaitement pour Balogun et coll.) [13,18]. Dans la revue systématique de Ségura-Pérez et coll., l'une des études recensées a analysé la combinaison de suivis individuels à domicile et téléphoniques durant les deux périodes par une intervenante en lactation. Cela triplait les chances pour les mères d'amorcer et d'allaiter jusqu'à 1 mois, en particulier auprès des femmes d'origine hispanique (12). La combinaison d'interventions durant les deux périodes est d'ailleurs ce qui est souvent proposé dans plusieurs centres au Québec, notamment dans le cadre de référence SIPPE-Olo (voir Ressources complémentaires *infra*) déployé dans plusieurs centres à travers la province (4-5), mais il n'y a pas d'emblée des intervenantes en lactation, il s'agit plus souvent d'infirmier(ère)s.

D'autres études ont plutôt examiné l'impact du soutien individuel aux mères en pré- et postnatal par des intervenant(e)s non professionnel(le)s de la santé (marraines, *doulas*² et pairs) plutôt que par des professionnel(le)s de la santé, suggérant un effet positif, bien que non significatif des interventions sur le taux d'amorce de l'allaitement (12-13, 20). Un autre aspect à considérer selon l'étude randomisée contrôlée de Reeder et coll. (n = 1855) est que les consultations individuelles seulement effectuées par téléphone ne semblent pas avoir d'effet significatif comparativement à un soutien en personne qui, lui, semble bénéfique pour l'allaitement (21-22). Ainsi, les consultations en individuel, adaptées en ce qui a trait au mode de transmission et d'intervenant(e)s selon les préférences des mères, sont à considérer.

Parmi les groupes de professionne(le)s de la santé, les interventions par des IBCLC ont été démontrées comme étant efficaces dans plusieurs études, et ce dans plusieurs contextes (individuel, en groupe), selon plusieurs modalités et pour éduquer les pairs (bénévoles) qui aideront à leur tour les mères allaitantes (23). Une méta-analyse de Patel et coll. (n = 5084; populations hétérogènes en termes de statuts socioéconomiques) a montré qu'une combinaison d'activités éducatives et de soutien à l'allaitement, via des groupes et individuellement avec notamment des IBCLC (par téléphone et en présentiel), avait un effet positif sur l'amorce de l'allaitement et sur l'allaitement exclusif jusqu'à un mois (24). Il est à noter qu'aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur le rôle potentiel des diététistes-nutritionnistes dans le soutien à l'allaitement.

2. Pour plus d'informations, voir le Collectif Les Accompagnantes (<https://accompagnantes.quebec/>) et l'accompagnante à la naissance ou doula (https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/accompagnante-naissance/?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI5-ffq9y3ggMV7E1HAR3Vtw2pEAAyAiAAEgLQX_D_BwE)

Tableau

Résumé des études d'interventions sélectionnées et de leur effet sur l'amorce de l'allaitement de mères en situation de vulnérabilité

	Auteurs (référence) et devis d'étude	Caractéristiques des participant(e)s^a	Description des interventions	Résultats
Interventions en période prénatale	Ahlers-Schmidt et coll. (12) Étude de cohorte rétrospective	N = 1489; la majorité avec faible revenu et des origines ethniques variées aux États-Unis	Groupe d'intervention : 6 ateliers éducatifs prénataux de 2 h avec 2,5 h de contenu sur l'allaitement Groupe comparatif : sans intervention (banque de données statistiques)	<ul style="list-style-type: none"> > Taux plus élevé d'amorce de l'allaitement dans le groupe d'intervention par rapport au groupe comparatif (94 % par rapport à 88 %; p = 0,003) > Différence particulièrement marquée chez les femmes noires
	Kellams et coll. (15) Essai contrôlé randomisé	N = 522 femmes noires non hispaniques avec un faible revenu, non mariées pour la plupart aux États-Unis	Groupe d'intervention : Vidéo éducatif prénatal sur l'allaitement de 25 min avec des suggestions d'exercices Groupe contrôle : Vidéo éducatif prénatal de 20 min sur la nutrition durant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative sur le taux d'amorce de l'allaitement entre les groupes (RR : 1,05; IC : 95 % : 0,70-1,56)^b
	Lewkowitz et coll. (17) Essai contrôlé randomisé (analyse secondaire)	N = 118 femmes d'origine afro-américaine avec un faible revenu aux États-Unis	Groupe d'intervention : Intervention éducative prénatale sur le développement de l'enfant et de soutien à la parentalité à domicile par des pairs (parents ayant reçu de la formation), avec contenu éducatif sur l'allaitement Groupe contrôle : Intervention ci-dessus, sans le contenu éducatif sur l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative dans le taux d'amorce de l'allaitement entre le groupe intervention (78 %) et le groupe contrôle (75 %) (RR: 1,05; 95 %; IC : 0,87-1,28)
	Lewkowitz et coll. (14) Essai contrôlé randomisé	N = 87 femmes majoritairement noires avec faible revenu et niveau d'éducation, d'origine non hispanique, primipares et ayant l'intention d'allaiter, aux États-Unis	Groupe d'intervention : accès prénatal à l'application téléphonique (<i>Breastfeeding friend</i>) contenant des ressources éducatives et vidéos sur l'allaitement Groupe contrôle : accès prénatal à l'application téléphonique (<i>Breastfeeding friend</i>) avec informations de routine sur l'allaitement, sans vidéo	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative dans le taux d'amorce de l'allaitement entre les groupes intervention (88 %) et contrôle (91 %; p = 0,6) > Pas de différences significatives à 6 semaines, 3 mois ou 6 mois <i>post-partum</i> > La probabilité de ne pas rapporter de problèmes liés à l'allaitement était 2,5 fois plus élevée dans le groupe intervention (43 %) par rapport au groupe contrôle (17 %; p = 0,02)

	Auteurs (référence) et devis d'étude	Caractéristiques des participant(e)s^a	Description des interventions	Résultats
Interventions en combinaison des périodes prénatales et postnatales	Efrat et coll. (21) Étude randomisée	N = 140; avec un faible revenu, d'origine hispanique, mariées pour la plupart, aux États-Unis	Groupe d'intervention : Intervention éducative par téléphone et soutien à l'allaitement par des éducateur(rices) en allaitement (assistant(es) de recherche formé(e)s : 4 appels prénataux à partir du 3 ^e trimestre et 17 appels de suivi <i>post-partum</i>) Groupe contrôle : Éducation et soutien de routine en allaitement au centre de soins	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative entre les deux groupes sur le taux d'amorce de l'allaitement (68 % par rapport à 63 %, respectivement; p = 0,57) > Durée moyenne plus longue d'allaitement exclusif dans le groupe avec intervention éducative par téléphone (à 6 mois : 23 % par rapport à 8 % respectivement; p = 0,06)
	Gebremariam et coll. (30) Devis quasi expérimental	N = 123 couples, femmes multipares avec partenaires, en Éthiopie	Groupe d'intervention 1 : envoi de 16 textos éducatifs au couple (4 textos prénataux + 12 <i>post-partum</i>) Groupe d'intervention 2 : envoi de textos éducatifs seulement à la mère (4 textos prénataux + 12 <i>post-partum</i>) Groupe comparatif : Soins usuels	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative dans les taux d'allaitement exclusif entre les groupes à 1 mois (Groupe 1 : 95 %; Groupe 2 : 90 %; Groupe de comparaison : 85 %; p = 0,14) > Taux d'allaitement exclusifs à 3 mois plus élevés dans le groupe d'intervention 1 (85 %) et 2 (80 %) comparativement au groupe contrôle (60 %; p < 0,05 pour les comparaisons)
	Kivlighan et coll. (10) Devis quasi expérimental	N = 1005 femmes principalement d'origine hispanique (35 % caucasiennes), population mal desservie quant à l'accès aux soins de santé, aux États-Unis	Cohorte 1 : préimplantation de l'IAB Cohorte 2 : post-implantation de l'IAB	<ul style="list-style-type: none"> > Entre 2 et 6 semaines <i>post-partum</i>, 69 % des mères allaitaient exclusivement dans la cohorte post-IAB vs 58 % dans la cohorte pré-IAB (RR : 1,43; 95 %; IC : 1,09-1,88)^c
	Reeder et coll. (22) Essai contrôlé randomisé	N = 1885 femmes inscrites dans le programme WIC (faible revenu) aux États-Unis, majorités caucasiennes non hispaniques mariées	Groupe d'intervention 1 : Consultations téléphoniques par des paires (3 appels prénataux et 1 <i>post-partum</i>) Groupe d'intervention 2 : Consultations téléphoniques par des paires (8 appels téléphoniques : 3 appels prénataux et 5 <i>post-partum</i>) Groupe contrôle : Soutien à l'allaitement avec le programme WIC	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de différence significative entre les deux groupes sur le taux d'amorce de l'allaitement^b

	Auteurs (référence) et devis d'étude	Caractéristiques des participant(e)s^a	Description des interventions	Résultats
Interventions en combinaison des périodes prénatales et postnatales	Schreck et coll. (23) Essai contrôlé randomisé	N = 650 femmes avec faible revenu, majoritairement d'origine afro-américaine, États-Unis	Groupe d'intervention : 10 séances prénatales sur l'allaitement par IBCLC avec groupe de soutien à l'hôpital en période prénatale et post-natale selon l'envie des mères, et soins usuels prénataux Groupe contrôle : Soins usuels prénataux en vigueur à la clinique	> Le taux d'amorce de l'allaitement était significativement plus élevé dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle (72 % par rapport à 51 %; p < 0,0001)

Glossaire

IAB : Initiative des amis des bébés; RR : risque relatif; IC : Intervalle de confiance; WIC : The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children; IBCLC : consultant(e)s en lactation certifié(e)s par le Conseil international.

Notes

- Caractéristiques pertinentes rapportées par les auteurs des études.
- À l'inclusion, la majorité des femmes avaient l'intention d'allaiter dans les deux groupes.
- Hétérogénéité entre les groupes étudiés en ce qui concerne l'âge maternel. Pas de résultats sur le taux d'amorce de l'allaitement en dessous de 2 semaines.

Contenu des interventions recensées

De manière générale, le contenu abordait les barrières et bénéfiques liés à l'allaitement, les éléments techniques de l'allaitement et le partage des expériences tout en étant le plus possible adapté à l'identité culturelle des populations ciblées.

De plus, la plupart des interventions auprès de populations de femmes d'origine hispanique ou afro-américaine avec un faible revenu incluaient du contenu adapté. Très peu d'études se sont toutefois intéressées aux mères avec un statut d'immigration précaire et on en sait donc très peu sur leurs besoins en termes d'interventions et de contenu pour amorcer et maintenir l'allaitement, ce qui est dommage considérant leur présence de plus en plus grande dans la population québécoise (25). Deux études ont exploré la perception des mères avec un statut d'immigration précaire envers la qualité des soins de santé en général reçus dans divers contextes et ces études ont conclu que les services devraient être plus accessibles, inclusifs, équitables et culturellement sécuritaires pour leur permettre une meilleure adhésion aux recommandations (26-27). Dans la même optique, la revue de la portée de Gyamfi et coll. a fait ressortir trois grandes thématiques clés à considérer pour offrir des interventions équitables et inclusives aux femmes allaitantes en situation de vulnérabilité (faible revenu) : le besoin de considérer la culture, l'aspect social et les déterminants de la santé (28). Ainsi, cela met de l'avant

l'importance d'offrir des interventions individualisées avec une approche et un contenu culturellement sécuritaire pour soutenir les femmes en contexte d'allaitement. Selon l'Agence de Santé publique du Canada, pour assurer une sécurité culturelle dans les interventions par des groupes de professionnels et non professionnels, ces personnes doivent faire preuve d'humilité culturelle soit effectuer un processus d'introspection sur leurs pratiques et leurs biais autant personnels que ceux véhiculés dans la société et qui pourraient influencer la qualité de leurs interventions dans une optique de respect mutuel entre les diverses cultures (29).

Discussion

À la lumière des données de la littérature recensée, la combinaison de rencontres de groupe ou individuelles serait efficace pourvu que ce soit en périodes prénatales et postnatales combinées (voir tableau). Comme plusieurs modalités existent (en personne, à domicile, etc.), il demeure important de choisir les interventions selon ce qui convient le mieux à la mère allaitante. Il faut également s'assurer de bâtir une relation de confiance pour un soutien de qualité aux mères en tenant compte de leur perception et de leur croyance pour adopter une approche la plus individualisée et bienveillante possible.

Il est à noter également que la présence d'un partenaire a été considérée dans quelques études analysées. Ainsi, il semble y avoir un effet favorable sur les taux d'allaitement lorsque les partenaires sont inclus dans les interventions



(30). Selon la revue systématique de Koksall et coll. incluant sept études, le soutien du partenaire (des hommes dans ces études) durant l’allaitement en améliore significativement les taux d’amorce et la durée [3-4 mois] (31). Ainsi, leur inclusion dans les activités gagnerait à être favorisée au bénéfice de la famille.

Brefs survols des services offerts actuellement au Québec

Il existe plusieurs programmes au Québec pour soutenir les mères en situation de vulnérabilité dans l’allaitement dont deux particulièrement connus : le programme ministériel des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et le programme de la Fondation Olo en partenariat souvent avec les CLSC. Ainsi, les femmes enceintes avec un faible revenu peuvent avoir accès au suivi Olo et, s’il y a un faible niveau d’éducation ou un isolement social en plus, elles peuvent avoir accès à un suivi SIPPE, et ce, dès la douzième semaine de grossesse. Les suivis Olo sont plutôt d’ordre alimentaire alors que SIPPE cible globalement le développement de l’enfant (4-5). Dans les deux cas, il peut y avoir plusieurs modalités d’interventions (rencontres individuelles à domicile, ateliers de groupes, etc.) en fonction des préférences des familles, avec un(e) intervenant(e) (nutritionniste, infirmier(ère), travailleur(euse)

social(e), etc.). Ceci est similaire avec ce qui est démontré comme concluant pour améliorer l’amorce et la durée de l’allaitement dans la littérature (voir tableau). À noter que le premier suivi OLO en *post-partum* est recommandé dans les six premières semaines, ce qui peut parfois être un long délai dans une optique d’amorce de l’allaitement (4-5).

De plus, plusieurs organismes clés œuvrent partout au Québec pour offrir un soutien à l’allaitement. L’énumération avec leur descriptif de manière exhaustive n’est pas possible dans le cadre de cette revue. Généralement, ce que l’on retrouve comme services fréquemment offerts inclut : les groupes de soutien et d’échanges en lien avec l’allaitement (halte-allaitement) ou les ateliers éducatifs sur différents sujets avec soit des mairaines d’allaitement, des consultant(e)s en lactation ou autres professionnel(le)s. Également, des suivis individuels – que ce soit en présentiel, à domicile et parfois en virtuel – sont possibles avec des professionnel(le)s de la santé ou non (6). Un exemple concret qui offre une variété d’interventions est l’organisme Alima, Centre de nutrition sociale périnatale (voir encadré relié). L’accessibilité aux services est également à considérer puisque plusieurs organismes communautaires sont dans les grandes villes. Bien que la majorité (environ 70 % en 2021) de la population immigrante soit située dans la grande région

de Montréal, il demeure important de s'assurer que la population dans les régions plus éloignées des grands centres ait un accès équitable en termes de services (25).

Informations pertinentes concernant Alima, Centre de nutrition sociale périnatale :

- > Alima offre un soutien aux femmes enceintes et à leurs familles jusqu'à quatre mois *post-partum*.
- > Les intervenantes s'assurent de tisser un lien de confiance solide avec la clientèle d'Alima par leur bienveillance, leur équité et leur curiosité. Ainsi, le lien qui se développe est précieux et assure ainsi un soutien allant dans le même sens (32).
- > Alima offre gratuitement des consultations individuelles en présentiel, en visioconférence ou par téléphone et des cours de groupes de manière virtuels selon les besoins, avec des diététistes-nutritionnistes, des intervenantes sociales et des consultantes en lactation certifiées par le conseil international (IBCLC) [32].
- > En 2022, chez Alima, 96 % des mères avaient amorcé l'allaitement et 48 % l'avaient poursuivi de manière exclusive jusqu'à six mois comparative-ment à 25 % pour la population québécoise (2, 32).

Une certaine limite à cette revue est que la majorité des études analysées ont été réalisées aux États-Unis ou ailleurs qu'au Canada. La comparaison doit ainsi être nuancée considérant la variabilité entre le fonctionnement et l'offre des différents réseaux de la santé. Néanmoins, il est possible de constater selon le survol des interventions offertes au Québec et ce qui ressort comme interventions les plus efficaces dans la littérature, qu'un arrimage entre les différents services en périodes prénatale et postnatale partout au Québec serait nécessaire de manière à s'assurer qu'ils soient accessibles et dans un délai acceptable pour soutenir les mères dans le besoin avec l'amorce de l'allaitement.

En bref, le choix des interventions devrait être adapté selon les besoins de la mère en incluant le partenaire en fonction de leurs préférences, leur contexte socioéconomique et culturel et de la disponibilité des ressources dans la région du Québec en question.

Conclusion

La combinaison de soutien et d'éducation sous diverses formes durant les périodes prénatales et postnatales tout en individualisant le mode de transmission (visite à domicile, en groupe, etc.) selon les besoins de la mère en situation de vulnérabilité et du partenaire semble le plus efficace pour favoriser l'amorce de l'allaitement. Les intervenant(e)s en allaitement avec les populations plus vulnérables doivent également faire preuve d'humilité culturelle, ce qui peut influencer l'efficacité de leurs interventions en allaitement.

Certification Initiative Amis des Bébés

« L'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) a été lancée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en 1991 dans le but de protéger, d'encourager et de soutenir l'allaitement maternel comme un moyen de "renforcer la contribution des services de santé à la maternité sans risque, à la survie de l'enfant et aux soins de santé primaires en général" (45^e Assemblée mondiale de la Santé [AMS], 1992). La norme minimale de soins pour les nouveau-nés et leur mère dans les hôpitaux a été énoncée dans les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ainsi que dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [...] et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé. L'IHAB a été révisée et mise à jour conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 2009 et en 2018 à la lumière des récentes recherches et de l'expérience acquise dans plusieurs pays. »³

Ainsi, « Les établissements de santé qui se conforment aux *Dix conditions*, incluant le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* [...] de même que les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) s'y rattachant, peuvent être reconnus "Amis des bébés" »⁴

« Au Canada, l'IHAB est plutôt appelée IAB, Initiative Amis des bébés, en vue de refléter le continuum de soins et services de notre système de santé. Les établissements de santé publics, tels les hôpitaux, les centres de naissances et les services de santé communautaire offrant des services pré et postnatals sont éligibles à l'évaluation IAB menant à la reconnaissance Amis des bébés au Canada. »⁵

3. *Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative Amis des bébés*, disponible sur le site du Comité canadien pour l'allaitement (CCA).

4. Site du Comité canadien pour l'allaitement, *Initiative Amis des bébés*.

5. Ibidem.

Ressources complémentaires

Mouvement allaitement du Québec : <https://mouvementallaitement.org/>

Fédération Nourri-Source : <https://nourri-source.org/>

La Maison Bleue : <https://maisonbleue.info/>

La Fondation OLO : <https://fondationolo.ca/>

Le guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/consultez-le-guide>

Le Guide Découvrir le monde et ses diverses saveurs : Profils alimentaires de régions du monde et de quelques aspects culturels liés à la périnatalité du Dispensaire Diététique de Montréal et de la Fondation OLO : <https://fondationolo.ca/wp-content/uploads/2017/12/fondation-olo-profils-alimentaires-complet-2017.pdf>

Feltner, C. et coll. 2018. Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Agency for healthcare research and quality Comparative Effectiveness Reviews no 210. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER210>

Formation nationale en allaitement : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/>

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Allaitement maternel [En ligne]. 2023 [consulté le 19 octobre 2023]. Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Gouvernement du Canada. Tableau de bord sur l'allaitement au Canada [En ligne]. 2022 [consulté le 15 mars 2023]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/allaitement/>
3. Odeniyi AO, Embleton N, Ngongalah L, Akor W, Rankin J. Breastfeeding beliefs and experiences of African immigrant mothers in high-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2020;16(3):12970. doi:10.1111/mcn.12970
4. Painchaud Guérard, G. et coll. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence [En ligne]. 2021 [consulté le 19 octobre 2023]. Gouvernement du Québec. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-03W.pdf>
5. Pigeon-Gagné, É., Deschamps, J., et coll. Cadre de référence «Le suivi Olo dans les 1000 premiers jours de vie» - les fondements du suivi [En ligne]. Septembre 2022 [consultée le 19 octobre 2023]. Fondation Olo. Disponible : <https://fondationolo.ca/wp-content/uploads/2022/09/les-fondements-du-suivi-olo-vf-1.pdf>
6. Nourri-source Montréal. Nourri-Source Montréal est un organisme communautaire d'entraide à l'allaitement, page d'accueil. [En ligne]. 2018 [consultée le 16 mars 2023]. Disponible : <https://nourrisourcemontréal.org/fr>
7. Meek, J. Y. et Noble, L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 150(1):1-30. doi:10.1542/peds.2022-057989 <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057989>
8. Robinson, K.; Garnier-Villarreal, M.; Hanson, L.. Effectiveness of Centering Pregnancy on Breastfeeding Initiation Among African Americans: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 2018 avril/juin; 32(2):116-126. doi:10.1097/JPN.0000000000000307
9. Segura-Pérez, S., Hromi-Fiedler, A., Adnew, M. et al. Impact of breastfeeding interventions among United States minority women on breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int J Equity Health.* 2021; 20:72. doi.org/10.1186/s12939-021-01388-4
10. Kivlighan KT, Murray-Krezan C, Schwartz T, Shuster G, Cox K. Improved breastfeeding duration with Baby Friendly Hospital Initiative implementation in a diverse and underserved population. *Birth.* 2020;47(1):135-143. doi:10.1111/birt.12468
11. Lewkowicz AK, Raghuraman N, López JD, Macones GA, Cahill AG. Infant Feeding Practices and Perceived Optimal Breastfeeding Interventions among Low-Income Women Delivering at a Baby-Friendly Hospital. *Am J Perinatol.* 2019 Jun; 36(7):669-677. doi:10.1055/s-0038-1676485.
12. Ahlers-Schmidt CR, Okut H, Dowling J. Impact of Prenatal Education on Breastfeeding Initiation Among Low-Income Women. *American Journal of Health Promotion.* 2020;34(8):919-922. doi:10.1177/0890117120925342
13. Balogun O.O, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A. Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane database of systematic review.* 2016;(11). doi:10.1002/14651858.pub.3
14. Lewkowicz AK, López JD, Werner EF, et al. Effect of a Novel Smartphone Application on Breastfeeding Rates Among Low-Income, First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med.* 2021;16(1):59-67. doi:10.1089/bfm.2020.0240
15. Kellams AL, Gurka KK, Hornsby PP, et al. The Impact of a Prenatal Education Video on Rates of Breastfeeding Initiation and Exclusivity during the Newborn Hospital Stay in a Low-income Population. *Journal of Human Lactation.* 2016;32(1):152-159. doi:10.1177/0890334415599402
16. Mieso B, Neudecker M, Furman L. Mobile Phone Applications to Support Breastfeeding Among African-American Women: a Scoping Review. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2022 Feb;9(1):32-51. doi:10.1007/s40615-020-00927-z.
17. Lewkowicz AK, López JD, Stein RI, et al. Effect of a Home-Based Lifestyle Intervention on Breastfeeding Initiation Among Socioeconomically Disadvantaged African American Women with Overweight or Obesity. *Breastfeed Med.* 2018;13(6):418-425. doi:10.1089/bfm.2018.0006
18. Khatib MN, Gaidhane A, Upadhyay S, et al. Interventions for promoting and optimizing breastfeeding practices: An overview of systematic review. *Front Public Health.* 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.984876
19. Noble L, Hand IL, Noble A. The Effect of Breastfeeding in the First Hour and Rooming-In of Low-Income, Multi-Ethnic Mothers on In-Hospital, One and Three Month High Breastfeeding Intensity. *Children (Basel).* 2023;10(2):313. doi:10.3390/children10020313
20. Rhodes, E.C., Damio, G., LaPlant, H.W. et al. Promoting equity in breastfeeding through peer counselling: the US Breastfeeding Heritage and Pride program. *Int J Equity Health (2021);* 20(1):128. doi:10.1186/s12939-021-01408-3 <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01408-3>
21. Efrat MW, Esparza S, Mendelson SG, Lane CJ. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomized trial. *Health Educ J.* 2015 Jul;74(4):424-441. doi:10.1177/0017896914542666.
22. Reeder JA, Joyce T, Sibley K, Arnold D, Altindag O. Telephone peer counselling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2014;134(3):700-709. doi:10.1542/peds.2013-4146
23. Schreck PK, Solem K, Wright T, Schulte C, Ronnisch KJ, Szpunar S. Both Prenatal and Postnatal Interventions Are Needed to Improve Breastfeeding Outcomes in a Low-Income Population. *Breastfeed Med.* 2017; 12:142-148. doi:10.1089/bfm.2016.0131
24. Patel S. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation.* 2016;32(3):530-541. doi:10.1177/0890334415618668
25. Bélanger G, Laurin J, Benzakour C, Beaugard V. Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2010 à 2019 [En ligne]. Avril 2022 [consultée le 16 mars 2023]. Ministère de l'immigration, de la Francisation et de l'Intégration.. Disponible : https://cdncontenu.quebec.ca/cdncontenu/immigration/publications/fr/recherchesstatistiques/PUB_Presence_Personnes_immigrantes_2021.pdf

26. Bader LR, Ward J, Fouts HN, Jaekel J. Infant Care Practices among Resettled Refugee Mothers from East and Central Africa. *Children (Basel)*. 2020;7(6):63. doi:10.3390/children7060063
27. Marchetti F, Preziosi J, Zambri F, et al. Health needs and perception of health care quality among Asylum Seekers and Refugees in an Italian local health authority: A qualitative study. *Front. public health*. 2023; (11). doi:10.3389/fpubh.2023.1125125, 10.3389/fpubh.2023.1125125
28. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson WA, Lucas R. Black/African American Breastfeeding Experience: Cultural, Sociological, and Health Dimensions Through an Equity Lens. *Breastfeed Med*. 2021 Feb;16(2):103-111. doi: 10.1089/bfm.2020.0312.
29. Agence de la santé publique du Canada. Définitions communes en matière de sécurité culturelle – Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique [En ligne]. Juin 2023 [consultée le 19 octobre 2023]. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/chief-public-health-officer-health-professional-forum-common-definitions-cultural-safety/definitions-fr2.pdf>
30. Gebremariam, K.T., Mulugeta, A. & Gallegos, D. Theory-based mHealth targeting fathers and mothers to improve exclusive breastfeeding: a quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*. 2023; 18:2 . doi.org/10.1186/s13006-022-00537-x
31. Koksai, I., Acikgoz, A. et Cakirli, M. The effet of a father's support on breastfeeding: a systematic review. *Breastfeeding medicine*. 2022 Septembre, 17; (9): 711-722. doi.org/10.1089/bfm.2022.0058
32. Le Dispensaire diététique de Montréal. Rapport d'activités 2022-2023 du 1er avril 2022 au 31 mars 2023 [En ligne]. 2022-2023 [Consulté le 10 juin 2023]. Disponible : <https://www.dispensaire.ca/rapports-annuels>

