Promotion de l'allaitement : vers de nouvelles recommandations pour optimiser le bien-être des familles

Julie Lacerte, erg., DESS^{1,2}, Mélanie Levasseur, erg., Ph.D.^{1,2}, Anne McSween, M.D., IBCLC, RLC³,
Véronique Provencher, erg., Ph.D.^{1,2}

RÉSUMÉ

Les enjeux de santé publique associés à l'alimentation des nourrissons nécessitent d'accroître la pratique de l'allaitement. Pour ce faire, des initiatives ont été mises en place et se sont révélées efficaces, particulièrement sur les taux d'amorce de l'allaitement. Cependant, la poursuite de l'allaitement selon les recommandations officielles demeure rare et plusieurs expériences sont associées à un fardeau émotionnel considérable pour les mères. Ce commentaire soulève donc la question de l'effet de la promotion de l'allaitement sur le bien-être des familles et porte un regard critique sur les stratégies mises en place. Un modèle conceptuel ainsi que des évidences empiriques sont utilisés pour mieux comprendre la recherche d'équilibre sous-jacente aux décisions relatives à l'alimentation du nourrisson ainsi que les risques associés à une promotion de l'allaitement effectuée en l'absence d'un soutien adéquat. Le contexte de transition vers une culture d'allaitement requiert la mise en place de services adaptés aux besoins actuels des parents. Une approche considérant la satisfaction des parents et renforçant leur auto-efficacité doit être adoptée, notamment par l'implantation complète de l'Initiative Amis des bébés. L'allocation des ressources nécessaires pour concrétiser cette approche est essentielle pour accroître la pratique de l'allaitement en assurant le bien-être des familles.

MOTS CLÉS : allaitement; promotion de la santé; pratique de santé publique; santé familiale; auto-efficacité

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Can J Public Health 2017;108(2):e214–e216
doi: 10.17269/CJPH.108.5732

Les risques liés à une alimentation non optimale des nourrissons ainsi que les coûts humains et financiers associés¹ font de l'allaitement un enjeu de santé publique majeur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Santé Canada recommandent d'ailleurs un allaitement exclusif au cours des six premiers mois et sa poursuite jusqu'à deux ans ou plus avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés^{2,3}. Ces recommandations s'inscrivent dans un processus de revalorisation de l'allaitement. En effet, les taux d'allaitement à la naissance dans les sociétés industrialisées ont diminué au cours du XXe siècle, jusqu'à atteindre 26 % au Canada à la fin des années 1960⁴, engendrant ainsi une perte des savoirs et un contexte nuisible aux femmes désirant allaiter.

Afin d'augmenter les taux d'allaitement, le Québec a été en 2001 la première province canadienne à élaborer des lignes directrices spécifiques. La principale stratégie retenue fut l'implantation de l'Initiative amis des bébés (IAB) élaborée par l'OMS et le Fonds des Nations unies pour l'enfance⁵. Depuis, les taux d'amorce de l'allaitement ont continué d'augmenter au Québec, dépassant la cible de 85 % à la sortie des services de maternité^{5,6}. Toutefois, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois demeure rare (16,1 % au Québec en 2012)⁶ et plusieurs expériences continuent d'être associées à un fardeau émotionnel considérable^{7–9}. Par ailleurs, l'implantation de l'IAB dans les établissements de santé rencontre plusieurs obstacles, dont la crainte des intervenants de culpabiliser les mères dans un contexte où l'allaitement n'est pas encore une pratique ancrée dans la culture de la population⁸. Les interventions découlant d'IAB, malgré leur objectif de transformer le système de soins de façon à mieux soutenir les mères, ont d'ailleurs été

critiquées à cet égard¹⁰. Il apparaît ainsi légitime de s'interroger quant aux effets de la promotion de l'allaitement sur le bien-être des mères et des familles et de poser un regard critique sur les stratégies mises en place.

LES ENJEUX DERRIÈRE LES DÉCISIONS D'ALLAITEMENT

Tully et Ball¹¹ proposent un modèle établissant une similitude de structure entre la prise de décisions des parents en matière d'allaitement et une évaluation économique coûts-bénéfices. Selon ce modèle, les décisions des parents de s'engager et de poursuivre l'allaitement reposent sur une recherche d'équilibre entre les bénéfices perçus (bienfaits attendus sur la santé, satisfaction, etc.) et les coûts perçus (temps et efforts). À la différence d'une évaluation économique, l'aspect financier de l'allaitement peut être inclus, selon qu'il est perçu par les parents

Affiliations des auteurs

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec)
2. Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke (Québec)
3. Clinique d'Allaitement, Centre de Santé Carillon, Sherbrooke (Québec)

Correspondance : Mme Julie Lacerte, Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke (Québec) J1H 4C4, Tél : 819-780-2220, poste 45677, Courriel : Julie.Lacerte@USherbrooke.ca

Conflit d'intérêt : Mme Julie Lacerte bénéficie d'une bourse aux études supérieures de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche sur le vieillissement. Lors de l'écriture de ce commentaire, Mme Mélanie Levasseur était une chercheuse boursière junior 1 du FRQS (#26815) et elle est maintenant une nouvelle chercheuse des IRSC (#360880).

en tant que bénéfice (ex : épargne) ou coût (ex : réduction des heures de travail), mais n'est pas central au modèle. Ces bénéfices et ces coûts perçus sont influencés par des facteurs inhérents à la dyade mère-bébé, tels que les attentes prénatales, l'état de santé et le déroulement de l'accouchement, mais également par des éléments relatifs au contexte¹¹. À cet égard, des facteurs culturels et structurels, comme les pratiques de soins entourant la maternité⁵, la facilité à allaiter à l'extérieur du foyer⁷ et la durée du congé de maternité¹², ont également un impact important. Ainsi, l'engagement dans l'allaitement se concrétisera si la famille y perçoit, consciemment ou non, un profit, c'est-à-dire des bénéfices supérieurs aux coûts qui justifient l'investissement de ses ressources¹¹. En augmentant les bénéfices perçus, notamment par la promotion des bienfaits, l'engagement dans l'allaitement en vient donc à se produire en présence de coûts qui l'auraient auparavant découragé.

LES BESOINS DE SOUTIEN EN CONTEXTE DE TRANSITION CULTURELLE

La sollicitation de l'ensemble de la communauté afin de créer des milieux de vie où l'allaitement constitue le choix le plus facile pour toutes les femmes et leurs enfants, tel que promu par les instances nationales en la matière¹³, représente une stratégie prometteuse pour diminuer les coûts perçus par les familles. Cette stratégie correspond aux besoins des mères qui valorisent davantage le soutien social que celui des services de santé¹⁴ et permet de cibler les facteurs d'influence culturels et structurels⁷. Bien que des signes d'émergence d'une culture d'allaitement soient observés dans certaines régions¹⁵, les résultats de cette stratégie impliquant d'importants changements de mentalités sont toutefois attendus à moyen et long terme¹⁴. Dans le contexte actuel de transition, une offre d'accompagnement adaptée doit être mise en place. D'autres facteurs influençant les coûts perçus de l'allaitement, telles les pratiques de soins entourant la maternité⁵, doivent également être ciblés.

LES LACUNES DU SOUTIEN ET LEURS CONSÉQUENCES

Une synthèse de 47 études qualitatives portant sur la perspective de mères de plusieurs pays occidentaux quant à leur expérience des services de santé¹⁴ révèle une incompatibilité entre leurs besoins et le soutien à l'allaitement reçu. Cette incompatibilité découle notamment d'un manque de disponibilité des professionnels, de la promotion de pratiques nuisibles, comme le minutage des tétées, et de la présence de conseils contradictoires. Toutefois, peu d'études portant sur l'efficacité des interventions de soutien en allaitement tiennent compte de la satisfaction des mères¹². D'un point de vue théorique, Tully et Ball¹¹ ont soulevé l'insuffisance de la seule promotion des bienfaits de l'allaitement maternel en l'absence d'interventions visant à en diminuer les coûts perçus par les parents. D'un point de vue empirique, une étude sur l'implantation de l'IAB au Québec⁸ a également fait ressortir les risques d'une telle pratique sur le sentiment de compétence des mères. En comparaison avec celles desservies par des établissements où l'IAB était bien implantée, les mères ayant reçu les services d'établissements où la promotion avait été effectuée dans un contexte de préparation insuffisante et d'accès limité aux services de soutien ont plus fréquemment abandonné l'allaitement avant

l'atteinte de leur objectif. Ces mères ont aussi rapporté des sentiments négatifs importants associés à leur perception d'échec⁸.

VERS L'IMPLANTATION DE STRATÉGIES RÉPONDANT AUX BESOINS DES PARENTS

Pourtant, l'objectif d'augmenter les taux d'allaitement justifie à lui seul l'urgence d'implanter des interventions répondant aux besoins des familles. Ces interventions doivent, d'une part, accroître les bénéfices perçus par les familles en visant leur satisfaction et, d'autre part, remédier à l'effet potentiellement dissuasif de la diffusion d'expériences négatives. Par ailleurs, dans une optique de préoccupation pour le bien-être des familles, l'adoption d'une approche axée sur le développement de l'auto-efficacité des parents, concept promu par Bandura¹⁶, constitue une stratégie recommandée pour réduire le fardeau émotionnel associé à un abandon précoce de l'allaitement^{8,17}. Ainsi, il est primordial que cette approche, d'ailleurs déjà mise de l'avant dans la politique de périnatalité¹⁸, se traduise concrètement dans les pratiques. Toute intervention de soutien en périnatalité devrait donc, par souci éthique, prioriser le développement de cette auto-efficacité en autonomisant les parents.

Afin qu'une réelle autonomisation des parents soit possible, les préoccupations liées aux objectifs d'accroître les taux d'allaitement doivent faire place au souci de l'expérience des familles. Bien que la qualité de l'enseignement dispensé soit prise en compte pour l'obtention de la désignation IAB, le choix de l'atteinte du taux d'allaitement fixé par le programme en tant qu'unique critère lié à l'effet des interventions¹⁹ lance cependant un message contradictoire au regard de ce changement d'approche. Pour faire écho aux pistes suggérées par d'autres auteures^{8,9} et aux revendications de plusieurs acteurs²⁰, les politiques existantes^{5,18,21} gagneraient à favoriser la mise en place d'un système d'évaluation de l'IAB tenant compte de la satisfaction des parents quant au soutien reçu et à leur expérience d'allaitement.

De plus, le développement de l'auto-efficacité des parents nécessite la présence d'une relation de soutien¹⁴ avec des intervenants au fait des enjeux liés aux décisions d'allaitement¹¹ et en mesure de leur transmettre de l'information impartiale fondée sur des données probantes¹⁷, et ce, en période prénatale et postnatale⁸. L'IAB favorise ces aspects en exigeant la formation du personnel pour la certification ainsi que la collaboration avec des associations de soutien à l'allaitement. Par contre, en 2014, seulement 11,8 % des Centres de santé et de services sociaux québécois avaient reçu la certification IAB pour la totalité de leurs installations et ces établissements étaient répartis inégalement sur le territoire²². L'étude québécoise sur l'implantation de l'IAB⁸ a d'ailleurs soulevé des questionnements quant à l'adéquation des ressources allouées pour l'implantation. La mise en œuvre d'une telle transformation des pratiques exigeant la concertation et la bonne volonté de nombreux acteurs n'est pourtant envisageable que moyennant l'accès aux ressources humaines et financières nécessaires. Dans l'optique de favoriser cette implantation, le renforcement des capacités des intervenants à adopter une approche axée sur l'auto-efficacité devient d'autant plus pertinent que cette approche contribue à atténuer leur crainte de culpabiliser les mères⁸.

CONCLUSION

La souffrance générée par le décalage entre la valorisation de l'allaitement et le contexte engendrant encore des coûts élevés pour plusieurs familles requiert l'application de stratégies répondant à leurs besoins plutôt que visant uniquement à les convaincre de s'engager dans l'allaitement. Tout en travaillant à la création de milieux de vie favorisant l'allaitement, les ressources nécessaires à la mise en place de services renforçant l'auto-efficacité des parents, notamment par la pleine implantation de l'IAB, doivent être consenties. Puisqu'ultimement, seule l'atteinte d'un bien-être de tous les membres de la famille permettra d'intégrer l'allaitement dans le mode de vie de la majorité des parents canadiens, leur satisfaction doit aussi être prise en compte.

RÉFÉRENCES

1. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125(5):e1048–56. PMID: 20368314. doi: 10.1542/peds.2009-1616.
2. World Health Organization. *Report of the Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*. Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva, Switzerland: WHO, 2001. Sur Internet : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67219> (consulté le 2 février 2016).
3. Gouvernement du Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*. Santé Canada, 2012. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-fra.php#a3> (consulté le 2 février 2016).
4. Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste*. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec, 2006; 570 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Dionne S, Jetté S, Guay L, Saint-Germain M-J, Veilleux S. *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*. Québec (Québec): Santé et services sociaux, 2001. Sur Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/42804> (consulté le 2 février 2016).
6. Government of Canada. *Breastfeeding Practices by Province and Territory (Percent)*. Health Canada, 2016. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/health92b-eng.htm> (consulté le 6 juin 2016).
7. Wall G. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gend Soc* 2001;15(4):592–610.
8. Semenik S, Groleau D, Rodríguez C, Gray-Donald K, Bell L, Haiek L, et coll. *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec. Rapport de recherche*. 2012. Sur Internet : http://www.thechildren.com/sites/default/files/3-rapport_scientifique_2009-am-132497.pdf (consulté le 2 février 2016).
9. Niquette M. La promotion du soutien aux femmes qui désirent allaiter : pour en finir avec la culpabilité. Dans : Bayard C, Chouinard C (Réd.), *La promotion de l'allaitement au Québec : Regards critiques*. Montréal (Québec) : Remue-Ménage, 2014; 89–113.
10. Nicoud A. Cachez ce biberon que je ne saurais voir. *La Presse* 24 octobre 2012. Sur Internet : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201210/23/01-4586357-cachez-ce-biberon-que-je-ne-saurais-voir.php> (consulté le 6 juin 2016).
11. Tully KP, Ball HL. Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: A conceptual model. *Matern Child Nutr* 2013;9(1):90–98. PMID: 22188564. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00378.x.
12. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141. PMID: 22592675. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
13. Agence de la santé publique du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : un guide pratique pour les*

programmes communautaires. Ottawa (Ontario), 2014. Sur Internet : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2014/electronique/w14-25-U-F.html/collections/collection_2014/asp-phac/HP15-18-2014-fra.pdf (consulté le 6 juin 2016).

14. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. *J Adv Nurs* 2008;62(4):407–27. PMID: 18476941. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x.
15. Bell L, Lacombe M, Yergeau É, Moutquin J-M, St-Cyr Tribble D, Royer F, et coll. Les facteurs facilitant et contraignant l'allaitement maternel en Estrie (Québec). *Can J Public Health* 2008;99(3):212–15. doi: 10.17269/cjph.99.1632.
16. Bandura A. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, 2e éd. Paris, France : de Boeck, 2007; 859 p. Sur Internet : <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=0f7b635b-488f-48e6-8e9c-51414a4ad1a7%40sessionmgr4001&hid=4213&bdata=jmxhbm9ZnImc2l0ZT11ZHMtG1Z2Q%3d%3d&AN=she.19782804155049&db=cat04883a> (consulté le 6 juin 2016).
17. Knaak SJ. The problem with breastfeeding discourse. *Can J Public Health* 2006; 97(5):412–14. PMID: 17120884.
18. Laverdière F, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire. *Politique de périnatalité 2008–2018 un projet porteur de vie*. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008. Sur Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67395> (consulté le 30 janvier 2017).
19. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Agrément de l'Initiative des amis des bébés au Québec*. Sur Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/agrement-de-linitiative-des-amis-des-bebes> (consulté le 30 janvier 2017).
20. *Pétition : Modification des exigences visant l'obtention de l'agrément « Initiative des amis des bébés » (IAB) au Québec*. Sur Internet : <https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-5899/index.html> (consulté le 30 janvier 2017).
21. Gouvernement du Québec. *Programme national de santé publique 2015–2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec (Québec), 2015. Sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf> (consulté le 3 février 2017).
22. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Établissements « Amis des bébés » au Québec*. Sur Internet : http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Sante_publicque_et_services/Allaitement_maternel/Etablissements_Amis_des_bebes.pdf (consulté le 30 janvier 2017).

Reçu : 12 août 2016

Accepté : 19 février 2017

ABSTRACT

Public health concerns associated with infant feeding have prompted the need to increase breastfeeding rates. To do so, initiatives have been implemented and proven successful in raising breastfeeding initiation rates. However, continued breastfeeding according to official recommendations remains scarce and many mothers feel emotionally burdened by their experience. This commentary thus raises the question about the effects of breastfeeding promotion on the well-being of families and takes a critical look at the strategies being put in place. A conceptual model as well as empirical evidences help better understand the balancing act underlying the decisions related to infant feeding and the risks of promoting breastfeeding without providing adequate support. The context of the transition towards a breastfeeding culture requires setting up services adapted to parents' current needs. An approach taking into account their satisfaction and reinforcing their self-efficacy must be adopted, namely through a more thorough implementation of the Baby-Friendly Initiative. Allocating resources allowing for proper enactment of this approach is essential to increase breastfeeding while ensuring families' well-being.

KEY WORDS: Breast feeding; health promotion; public health practice; family health; self efficacy