

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec

Résumé avec pistes d'action proposées

Chercheuses principales

Sonia Semenic, Université McGill et CUSM
Danielle Groleau, Université McGill et Hôpital Général Juif – IRMLD

Cochercheuses

Charo Rodríguez, Université McGill
Katherine Gray-Donald, Université McGill
Linda Bell, Université de Sherbrooke

Collaboratrices

Laura Haiek, Université McGill et MSSS
Lindiwe Sibeko, Université McGill

Autres membres de l'équipe

Julie Lauzière, coordonnatrice de recherche principale
Ménaïque Légaré-Dionne, coordonnatrice terrain
Maria Carolina Agnolon, étudiante graduée, Université de Montréal
Luisa Molino, étudiante graduée, Université McGill
Alessandra Miklavcic, professionnelle de recherche, Université McGill

Établissement gestionnaire de la subvention

Université McGill

Numéro du projet de recherche

2009-AM-132497

Titre de l'Action concertée

Évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel

Partenaires de l'Action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

1. Titre promotionnel

L'allaitement maternel au Québec – Agir ensemble pour mieux soutenir les mères

2. Principales questions de recherche

Deux études parallèles ont été menées afin d'évaluer la politique lancée en 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et intitulée *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices* (LD). Une première étude, l'Étude #1, avait comme objectif de décrire et de comprendre l'action concertée des comités pour l'allaitement au Québec. L'Étude #2, pour sa part, comportait deux volets : le premier visait à identifier les processus sociaux (p. ex., culturels, organisationnels, politiques) influençant la mise en œuvre de l'*Initiative des amis des bébés* (IAB) dans certains établissements de santé au Québec, alors que le second visait à mieux comprendre les expériences des mères relatives aux services de promotion et de soutien à l'allaitement. Les six établissements ayant participé à cette deuxième étude ont été choisis de façon à permettre la comparaison entre différents types et grandeurs d'établissements et différents niveaux d'implantation de l'IAB à travers le Québec. Les données de la recherche proviennent d'entretiens individuels et de groupe ainsi que de l'analyse documentaire. Un total de 214 personnes ont ainsi été rencontrées pour les deux études, à savoir 25 informateurs-clés ou des membres de divers comités nationaux en allaitement (Étude #1, données recueillies entre octobre 2009 et février 2010), de même que 42 gestionnaires ou personnes responsables de la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements participants, 95 intervenants¹ en périnatalité et 52 mères (Étude #2, données recueillies entre avril 2010 et juin 2011).

3. Principaux résultats et pistes de solution

Les résultats et les pistes de solution issus du présent projet concernent tous les partenaires du dossier allaitement au niveau national, régional et local, y compris la population à laquelle les LD s'adressent, c'est-à-dire les nouvelles mères et leur famille. Les pistes

¹ Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

d'action incontournables touchent la prise de décision partagée à tous les niveaux (national, régional et local) de même que l'allocation des ressources, le leadership et le pouvoir d'influence, la formation des professionnels et des intervenants de la santé, la continuité des services et l'accessibilité au soutien. La liste complète des pistes d'action découlant des Études #1 et #2 est disponible en annexe du présent document.

Émergence, élaboration et mise en œuvre des LD

L'étude #1 a permis de constater que les LD ont émergées à partir d'un mouvement de professionnelles très motivées et intéressées à recréer une culture d'allaitement dans la province. À partir du moment où le MSSS s'y est aussi engagé, le processus de développement des LD est alors devenu plus formel bien qu'il soit né de la contribution d'un grand nombre d'acteurs. Pendant la mise en œuvre des LD, le MSSS et les autres acteurs concernés par l'allaitement ont travaillé ensemble. La collaboration était alors possible en raison des mécanismes de concertation mis en place à ce moment, mécanismes qui donnaient une voix au gens du terrain et permettaient le partage du pouvoir. Cependant, après des changements survenus au sein du MSSS, les rapports entre le MSSS et les autres acteurs sont devenus plus conflictuels, notamment parce que, de l'avis des acteurs hors MSSS rencontrés dans le cadre de la présente étude, la façon centralisée et hiérarchique adoptée par le MSSS pour la prise de décision ne donnait plus d'espace à la négociation entre l'ensemble des partenaires concernés. L'inconfort et le mécontentement face à cette façon de gérer le dossier allaitement ont alors motivé les professionnels à s'organiser de nouveau, dès 2009, au sein d'un nouveau mouvement collectif qui a émergé à l'extérieur de la structure gouvernementale.

Pour la gestion du dossier allaitement. À la lumière de l'ensemble des résultats de l'Étude #1, une première piste de solution à l'impasse dans laquelle se trouvait le dossier allaitement à l'automne 2010 serait la reconnaissance, par tous les partenaires, du besoin de développer une logique d'action collective. En d'autres mots, un plus grand succès de la

pratique de l'allaitement au Québec passe nécessairement par la collaboration entre les acteurs concernés. La reconnaissance mutuelle que les deux approches (*top-down* et *down-top*) sont nécessaires pour atteindre plus efficacement le but poursuivi et que les attributs de pouvoir respectifs sont complémentaires, constituerait le fondement de base pour élaborer des solutions collaboratives efficaces qui paveront la voie vers un entrepreneuriat institutionnel collectif. Une seconde piste de solution, en lien étroit avec la précédente, serait l'adoption, autant par les décideurs politiques que par les intervenants et les gestionnaires, d'une approche véritablement axée sur les mères. L'incorporation des mères, à titre de partenaires intégrées au processus de prise de décision, constituerait ainsi un élément qui permettrait de soutenir le développement d'un véritable entrepreneuriat institutionnel collectif.

Barrières et facilitateurs à la mise en œuvre de l'IAB

Nos résultats issus d'entretiens avec les gestionnaires et les intervenants ayant participé à l'Étude #2 suggèrent que les facteurs suivants agissent à titre de barrières ou de facilitateurs à la mise en œuvre de l'IAB, à savoir : 1) la culture populationnelle; 2) les facteurs organisationnels; 3) les ressources et la formation des professionnels; 4) le leadership; et 5) la continuité et l'intégration des soins et des services. Une des clés du moteur de changements nécessaires à l'implantation d'un modèle de soins *Amis des bébés* est sans conteste la présence d'un groupe de leaders composé d'intervenants cliniques et de gestionnaires dotés de ressources, d'un pouvoir d'influence et de crédibilité non seulement auprès de leur pairs mais aussi auprès de leurs supérieurs et de la haute direction. Le leadership, pour s'actualiser, a cependant besoin de fonds et de ressources initiales qui permettent ensuite d'agir comme levier pour mobiliser des ressources additionnelles et mettre l'établissement en diapason avec ses leaders. Avec des fonds de départ et un pouvoir d'influence, un groupe de leaders peut alors, via la formation professionnelle et l'approche participative, provoquer le changement culturel requis par

l'IAB, à la fois auprès des professionnels et des intervenants qu'auprès de la population. Mais organiser les services de promotion et de soutien pour répondre aux besoins des mères requiert aussi que des dispositifs de communication et de collaboration intra et interétablissements soient mis en place afin de favoriser l'intégration et la continuité des services de promotion et de soutien offerts aux mères par les établissements de santé et leurs partenaires environnants, y compris les groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement (GOESA) et les médecins œuvrant en cabinet.

Expériences maternelles des services de promotion et de soutien à l'allaitement

Nos résultats issus des entretiens réalisés avec des mères renvoient à l'importance de bien préparer celles-ci et leur conjoint en période prénatale lors des activités de promotion, afin de les outiller de façon réaliste à faire face aux problèmes potentiels de l'allaitement. Le soutien postnatal est incontournable aussi, pour permettre aux mères de résoudre les problèmes d'allaitement dans un contexte où peu de modèles de mères allaitantes existent et où la pression sociale est parfois négative. Les activités de promotion provenant d'établissements de santé ayant un niveau élevé d'implantation de l'IAB ont davantage répondu aux besoins d'information et de préparation à l'allaitement des mères, et les familles desservies par ces établissements avaient un accès continu à des services de soutien provenant de différentes sources (CLSC, hôpital, médecins, GOESA). À l'opposé, les activités de promotion provenant d'établissements à faible niveau d'implantation de l'IAB ont su convaincre les mères d'allaiter sans toutefois avoir mis en œuvre des dispositifs de soutien qui soient accessibles et continus pour les aider à mener à terme leur projet d'allaitement. Ainsi, encourager l'allaitement sans garantir l'accès à un soutien adéquat en période postnatale équivaut à mettre en scène un scénario où des mères se retrouvent trop souvent en situation d'échec, avec un sentiment d'incompétence maternelle et les séquelles psychologiques délétères qui l'accompagnent.

4. Contexte et historique du projet en lien avec l'appel de propositions et les besoins exprimés par les partenaires

Au cours des 15 dernières années, le Québec a fait des progrès remarquables en matière d'allaitement maternel. Un nombre important de femmes allaitent aujourd'hui leur enfant et elles le font avec une plus grande intensité (en termes d'exclusivité et de durée), même si de grandes disparités persistent à travers la province et parmi des groupes sociaux et culturels. En outre, le Québec est un chef de file au Canada dans la mise en œuvre de l'IAB, une stratégie internationale promue par l'UNICEF et l'OMS qui vise à transformer les services de maternité et de santé communautaire de façon à mieux soutenir les nouvelles mères. Publiées par le MSSS en 2001, les LD constituent une politique clé soutenant les efforts visant à protéger, à promouvoir et à soutenir l'allaitement au Québec. En 2008, le MSSS lançait un appel de propositions afin d'évaluer la mise en œuvre des LD. Sur la base des besoins exprimés alors par le MSSS et les préoccupations soulevées par un comité consultatif mis sur pied par l'équipe de recherche pour prioriser les questions de recherche, le présent projet a pris la forme d'une évaluation de processus plutôt qu'une évaluation des effets ou de l'impact des LD. Les résultats et les pistes d'action qui en sont issus pourront éclairer le MSSS et ses partenaires dans la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement maternel au Québec.

Rapport intégral de recherche

Les personnes intéressées à consulter le rapport de recherche issu de l'Action concertée *Allaitement maternel* peuvent le faire en visitant la page « Rapports de recherche » dans la section Actions concertées du site Web du Fonds de recherche du Québec – Société et culture, en utilisant l'adresse suivante :

<http://www.frqsc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php>

ANNEXE
Pistes d'action découlant de l'Action concertée *Allaitement maternel*

PISTES D'ACTION DÉCOULANT DE L'ÉTUDE #1	PALIERS CONCERNÉS*
Gestion du dossier allaitement	
<p>Recréer un terrain d'entente entre tous les acteurs en allaitement au Québec.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître que tous les acteurs concernés visent l'atteinte d'un même but, soit la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement, et que, par conséquent, leur intérêt ultime est partagé. ▪ Maintenir les LD comme document de base et d'orientation des actions à entreprendre, puisqu'elles sont le résultat d'un consensus entre professionnels, gestionnaires et décideurs politiques à l'égard de la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement au Québec. ▪ Considérer toutes les stratégies proposées à l'intérieur des LD dans le prochain Programme national de santé publique (PNSP). ▪ Le moment venu, réviser les LD en partenariat avec toutes les parties prenantes, en tenant compte notamment des résultats de la présente évaluation, des nouveaux enjeux du domaine de l'allaitement de même que des politiques, des stratégies et des initiatives existant à l'intérieur du Québec et ailleurs dans le monde. 	National
<p>Reconfigurer les structures de gouvernance en vue d'un partage plus efficace du pouvoir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En tenant compte de la complémentarité des sources de pouvoir des différents partenaires, mettre sur pied une structure de gouvernance permettant la prise de décision partagée entre tous les acteurs, en s'inspirant des rôles, des fonctions et des modes d'action du Comité québécois en allaitement (CQA) à ses débuts. ▪ Sur la base de la reconnaissance que les approches <i>top-down</i> (bureaucratie) et <i>down-top</i> sont toutes les deux nécessaires, privilégier la négociation et prise de décision partagée. ▪ Rassembler le plus large éventail possible d'acteurs concernés par l'allaitement au Québec et les inviter à intégrer la structure de gouvernance mise sur pied, et ce, au-delà des décideurs politiques, des gestionnaires et des professionnels de la santé; cette mesure renvoie notamment aux groupes et organismes d'entraide et de soutien en allaitement (GOESA) et aux mères. ▪ Identifier et intégrer dans la structure de gouvernance des individus (leaders) qui, au-delà du poste qu'ils occupent, disposent d'une grande crédibilité et de la légitimité discursive leur permettant de parler au nom des autres acteurs du domaine. 	National
<p>Redéfinir les mécanismes destinés à la mise en œuvre efficace des LD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître et soutenir le rôle de leadership de la Table nationale des répondantes en allaitement maternel (TNRAM) en tant que mécanisme de concertation provinciale et de soutien indirect aux établissements de santé et aux GOESA (ce soutien étant offert par l'intermédiaire des répondantes régionales en allaitement et non directement par la TNRAM). Pour ce faire, et en plus de l'adoption d'une modalité de gestion participative: <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser le renforcement des capacités (<i>capacity building</i>) des membres de la TNRAM à travers l'adoption de mesures telles que le transfert fluide de l'information, l'assistance technique et la formation continue. ○ Instaurer des mécanismes de surveillance et d'évaluation continue de la qualité et de l'impact des mesures adoptées. 	National, Régional

PISTES D'ACTION DÉCOULANT DE L'ÉTUDE #2	PALIERS CONCERNÉS*
<p>Allocation des ressources</p> <p>Assurer un financement adéquat et durable pour soutenir à la fois la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements de santé, et les services de soutien offerts par les GOESA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la réalisation d'une analyse coûts-bénéfices de l'implantation de la politique des LD pour le système de santé au Québec. <i>Étant donné que les besoins en ressources varient selon les établissements (p. ex., nombre de leadeurs à dégager, ressources financières disponibles, proportion du personnel à former en allaitement), il serait utile et pertinent de réaliser une évaluation des ressources requises à la mise en œuvre de l'IAB dans les établissements de santé québécois.</i> ▪ Financer la formation des professionnels et des intervenants de la santé responsables de la promotion et du soutien à l'allaitement dans les établissements, puisqu'il s'agit d'une composante incontournable de la mise en œuvre de l'IAB. ▪ Fournir aux établissements et aux services concernés les ressources requises et une dotation en personnel adéquate pour assurer la mise en œuvre de l'IAB (p. ex., libérer le temps des porteurs de dossier). <i>Il est attendu que les ressources nécessaires varieront d'un établissement à l'autre, notamment en fonction de leur mission, de leur taille, de leur territoire et de leur clientèle.</i> ▪ Continuer de soutenir les établissements qui sont déjà certifiés <i>Amis des bébés</i>, en s'assurant qu'ils ont accès aux ressources leur permettant de maintenir leurs acquis et leur agrément. <i>Les défis auxquels les établissements Amis des bébés font face incluent la pénurie de personnel, des coupures dans les budgets de formation, un accroissement du nombre de naissances (ce qui augmente la charge de travail du personnel) et la stagnation ou la diminution des taux d'allaitement dans la population desservie.</i> 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Leadership et pouvoir d'influence</p> <p>Identifier, désigner et soutenir des leadeurs dans les Agences et les établissements pour coordonner la mise en œuvre de l'IAB, dans une approche participative visant l'intégration des services et favorisant les échanges avec les établissements déjà certifiés <i>Amis des bébés</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner un ou des leadeurs, selon les besoins de l'établissement, pour coordonner la mise en œuvre de l'IAB, et leur fournir le temps et les ressources nécessaires pour réaliser ce projet. ▪ Rechercher les caractéristiques suivantes chez les leadeurs à mandater : <ul style="list-style-type: none"> ○ Conviction personnelle en l'allaitement; ○ Crédibilité clinique; respecté par ses collègues (infirmières, médecins, autres intervenants) et les gestionnaires de l'établissement; ○ Accès au pouvoir décisionnel et aux ressources, et capacité à mobiliser les gens; ○ Favorise une approche participative. ▪ S'assurer que les leadeurs désignés proviennent de différents corps professionnels et champs cliniques (p. ex., gestionnaires, infirmières, consultantes en lactation, pédiatres, obstétriciens) pour aider à engager leurs collègues à promouvoir et à soutenir les changements professionnels et administratifs requis pour implanter l'IAB. 	<p>Régional, Local</p>

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Leadership et pouvoir d'influence – suite</i></p> <p>Promouvoir une approche participative et interdisciplinaire dans la prise de décisions et les actions nécessaires à la mise en œuvre de l'IAB, afin que ce processus devienne un projet collectif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engager le personnel de tous les niveaux dans la prise de décision concernant la mise en œuvre de l'IAB, et garder le personnel régulièrement informé des progrès réalisés. ▪ Renforcer la collaboration interdisciplinaire pour faciliter l'implantation de l'IAB. ▪ Mettre en œuvre l'IAB de façon graduelle, une étape à la fois, tout en étant flexible et en ayant un échéancier réaliste, de façon à diminuer la résistance au changement. ▪ Créer des mécanismes de rétroaction pour informer régulièrement le personnel des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'IAB (p. ex., niveau d'implantation de chacune des <i>Dix conditions</i>) afin de renforcer leur motivation et leur pouvoir décisionnel. 	<p>Local</p>
<p>Intégrer les services de promotion et de soutien à l'allaitement entre les milieux hospitaliers, les CLSC et leurs partenaires (p. ex., GOESA, médecins œuvrant en cabinet), en vue d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les CSSS, avoir des leaders de l'IAB qui ont l'autorité nécessaire pour influencer les pratiques à la fois dans les installations hospitalières et dans les CLSC, de façon à éliminer les silos de pratiques et à améliorer la continuité des services. ▪ Renforcer la collaboration et le partage des ressources entre les hôpitaux, les CLSC et leurs partenaires (p. ex., GOESA, médecins œuvrant en cabinet) pour assurer une meilleure continuité des soins et des services pré, per et postnataux. 	<p>Régional, Local</p>
<p>Créer des occasions pour partager les expériences positives relatives à la mise en œuvre de l'IAB entre les acteurs concernés dans la province.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter des échanges entre le personnel d'établissements <i>Amis des bébés</i> et celui d'établissements en processus vers l'agrément, puisque cela permet de constater que le changement culturel est possible; inclure tous les membres des équipes de soins et des gestionnaires. ▪ Encourager le personnel d'établissements en processus vers l'agrément à visiter des établissements <i>Amis des bébés</i> similaires au leur (p. ex., mission, population desservie). ▪ Soutenir le réseautage et le mentorat entre les établissements travaillant vers l'agrément <i>Amis des bébés</i>. ▪ Créer un guide de mise en œuvre de l'IAB basé sur les données probantes déjà publiées et sur les expériences réussies à travers le Québec, et diffuser largement cet outil sur un site Web. 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Formation des professionnels et des intervenants de la santé</p>	
<p>Soutenir et assurer la formation du personnel en matière d'allaitement, non seulement au niveau des connaissances mais aussi au niveau des habiletés interpersonnelles et relationnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des formations qui répondent aux besoins des différents professionnels et intervenants de la santé concernés par la promotion et le soutien à l'allaitement, de sorte que tous acquièrent et maintiennent les compétences minimales attendues pour la mise en œuvre de l'IAB. 	<p>National, Régional, Local</p>

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Formation des professionnels et des intervenants de la santé – suite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la cohérence des messages entre les différents professionnels et intervenants de la santé en harmonisant leur formation de base en allaitement. ▪ Déployer une formation multidisciplinaire pour les médecins et le personnel des établissements de santé, en s'inspirant du modèle d'agents multiplicateurs. ▪ Dégager du temps réservé à cette fin pour les agents multiplicateurs au niveau régional et local. ▪ Développer différentes options novatrices d'éducation (p. ex., des modules d'auto-formation en ligne avec crédits de formation continue) pour faciliter l'accès à la formation des professionnels et des intervenants plus difficiles à rejoindre, comme les médecins et le personnel temporaire. 	
<p>Continuité des services et accessibilité au soutien</p>	
<p>Assurer que toute activité de promotion se réalise dans un contexte d'accessibilité à un soutien postnatal adéquat afin d'éviter les effets psychologiques délétères pour les mères qui décident de ne pas allaiter ou qui abandonnent l'allaitement par manque de soutien.</p>	<p>Régional, Local</p>
<p>Adopter des stratégies pour faire en sorte que les professionnels et les intervenants de la santé surmontent leur peur d'induire de la culpabilité chez les mères et qu'ils soient plus à l'aise de discuter d'allaitement avec les familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'<i>empowerment</i> des mères afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées, en offrant aux familles des informations factuelles sur l'allaitement et les préparations commerciales pour nourrissons, et soutenir les mères dans leurs décisions. ▪ Mettre l'accent et focaliser les efforts de changement sur les pratiques professionnelles requises pour implanter l'IAB plutôt que sur les mères et les taux d'allaitement de l'établissement. 	<p>Local</p>
<p>Informar les mères en période prénatale, en présence du conjoint ou d'un membre de la famille, sur l'allaitement et les autres modes d'alimentation afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopter une approche non moralisatrice, où les parents ne sont pas jugés. <i>Le fait de présenter l'allaitement comme la « meilleure façon » de nourrir un enfant amène un fort sentiment de culpabilité chez les mères qui n'allaitent pas ou qui cessent prématurément l'allaitement.</i> ▪ Informer les parents sur les réalités de l'allaitement, les problèmes qui peuvent survenir et les sources de soutien disponibles dans leur milieu afin qu'ils soient mieux préparés en période postnatale. ▪ Aider les mères à se fixer des objectifs réalistes d'allaitement. ▪ Toujours inclure les personnes importantes de la famille (telles que désignées par la mère) dans les activités de promotion, en insistant sur l'importance de leur rôle de soutien émotif et domestique. ▪ Préparer les mères en période prénatale (p. ex., à travers des ateliers d'<i>empowerment</i>) : <ul style="list-style-type: none"> ○ à comprendre l'importance du soutien dans le succès de l'allaitement, de façon à les aider à surmonter leur sentiment de culpabilité dans le cas d'un abandon précoce; ○ à faire face aux regards désapprobateurs de certaines personnes quand elles allaiteront en public ou devant des personnes de leur entourage. 	<p>Local</p>

Pistes d'action découlant de l'Étude #2 – suite	Paliers*
<p><i>Continuité des services et accessibilité au soutien – suite</i></p> <p>Mettre en place de moyens novateurs, flexibles, accessibles et qui respectent le Code, pour répondre aux divers besoins des parents en période prénatale (information) et postnatale (soutien).</p> <p><i>Actuellement, les cours prénataux et les activités des groupes d'entraide en allaitement ne rejoignent pas la totalité des (futurs) parents.</i></p> <p>À titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre disponible un outil interactif par Internet ou bonifier le site Web du MSSS. ▪ Publiciser davantage les outils et les services déjà disponibles : la ligne Info-Santé, le guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> (disponible en ligne sur le site de l'INSPQ). 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Assurer la continuité des soins et des services de soutien offerts en milieu hospitalier, par les CLSC et par la communauté, et leur cohérence avec la promotion faite en période prénatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer et faciliter le rôle des médecins, et particulièrement des spécialistes, dans le dossier allaitement, et ce, autant au niveau de la promotion que du soutien (p. ex., par l'intermédiaire d'une rémunération des services d'allaitement). ▪ Créer (ou renforcer) des programmes de soutien à l'allaitement plus proactifs pour les mères qui ont des difficultés à accéder aux services (p. ex., un appel systématique de suivi postnatal pour les mères qui allaitent; l'intégration de services de soutien par des pairs ou des bénévoles en milieu hospitalier). ▪ Soutenir financièrement les GOESA de façon à maintenir leurs services de soutien et prendre des dispositions supplémentaires pour favoriser l'expansion de ces groupes aux régions où ces services sont peu ou pas disponibles (p. ex., certaines régions rurales). ▪ Engager la famille dans le soutien domestique et émotif offert aux mères. 	<p>National, Régional, Local</p>
<p>Sensibiliser la population face à la normalité de l'allaitement et à l'importance de créer des environnements favorables à sa pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une ou des campagnes de marketing social en vue de changer les attitudes négatives face à l'allaitement en public (p. ex., sexualisation de l'allaitement). ▪ Faire connaître, notamment auprès des personnes œuvrant dans les entreprises et les lieux publics, le droit des femmes d'allaiter n'importe où, n'importe quand. ▪ Encourager et soutenir la mise en place de salles d'allaitement dans les entreprises et les lieux publics pour les mères qui préfèrent ne pas allaiter devant les autres. ▪ Collaborer avec le réseau de l'enseignement primaire et secondaire afin d'y présenter l'allaitement comme une façon normale de nourrir les bébés et les jeunes enfants (touche l'enseignement, les manuels scolaires et les autres ressources pédagogiques). 	<p>National, Régional, Local</p>

* Les paliers correspondent aux différents niveaux de gestion dans le réseau de santé québécois: *National* : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); *Régional* : les agences de la santé et de services sociaux (Agences); *Local* : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers universitaires (CHU) et leurs partenaires environnants, y compris les organismes communautaires et les médecins œuvrant en cabinet.