



Facteurs associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital

Résultats de l'étude
Grandir au Québec

Étude longitudinale du développement
des enfants du Québec, 2^e édition

Pour tout renseignement concernant l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et les données statistiques dont il dispose, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone :
418 691-2401
1 800 463-4090 (Canada et États-Unis)

Site Web : statistique.quebec.ca

Ce document est disponible seulement en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
3^e trimestre 2026
ISBN 978-2-555-04478-4 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2026

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
statistique.quebec.ca/fr/institut/nous-joindre/droits-auteur-permission-reproduction

Août 2026

Publication réalisée à l'Institut de la statistique du Québec par :	Améyo Xoxoabu Djeha
Avec la collaboration de :	Catherine Fontaine et Amélie Lavoie
Sous la direction de :	Nancy Illick
Révision linguistique et édition :	Direction de la diffusion et des communications
Comité de lecture interne :	Nancy Illick et Bertrand Perron
Comité de lecture externe :	Mariana De Moraes Pontual, Laura Haiek et Marie-Pierre Harvey Ministère de la Santé et des Services sociaux
Étude sous la responsabilité de :	Direction des études longitudinales (DEL) Institut de la statistique du Québec
Étude financée par :	Fondation Lucie et André Chagnon Ministère de la Famille Ministère de la Santé et des Services sociaux Ministère de l'Éducation Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Conseil de gestion de l'assurance parentale Institut de la statistique du Québec
Photo en couverture :	AnnaStills / iStock
Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :	Direction des études longitudinales Institut de la statistique du Québec 1200, avenue McGill College, 5 ^e étage Montréal (Québec) H3B 4J8 Téléphone : 418 691-2401 1 800 463-4090 (Canada et États-Unis) Site Web : statistique.quebec.ca

Notice bibliographique suggérée

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2026). *Facteurs associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital. Résultats de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 51 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/grandir-au-quebec-facteurs-allaitement-exclusif-hopital.pdf].

Table des matières

Résumé	5
Introduction	6
Aspects méthodologiques	9
Résultats	13
Discussion	20
Forces et limites de l'étude	27
Conclusion	28
Annexe 1 – Tableaux complémentaires	29
Annexe 2 – Description des variables	35
Bibliographie	39

Résumé

Dans cette publication, on se propose d'examiner les facteurs contextuels liés à la grossesse et à la naissance qui sont associés à la pratique de l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier de naissance. Les données utilisées pour ces analyses proviennent de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition (ELDEQ 2) et de la banque de données sur la clientèle hospitalière (MED-ECHO) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les analyses portent sur les enfants nés à l'hôpital au Québec en 2020-2021.

Du point de vue des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale, les résultats montrent que la probabilité pour un enfant d'être allaité exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance est plus élevée lorsque la mère :

- possède un diplôme de niveau universitaire ;
- a conçu l'enfant par procréation médicalement assistée ;
- a participé à des cours prénataux ;
- a l'intention d'allaiter pendant la grossesse.

À l'inverse, cette probabilité est plus faible quand la mère :

- présente certaines conditions de santé, notamment de l'embonpoint ou de l'obésité avant la grossesse, de l'hypertension artérielle, du diabète ou une dépression durant la grossesse ;
- a fumé durant la grossesse ;
- a accouché par césarienne.

En ce qui concerne les conditions entourant la naissance, on note que la probabilité d'être allaité exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance est plus faible chez les enfants :

- premiers-nés ;
- prématurés ;
- présentant un score d'Apgar à cinq minutes inférieur à la normale.

Introduction

L'allaitement exclusif est largement considéré comme le mode d'alimentation optimal pour les nouveau-nés, compte tenu de ses nombreux bienfaits sur la santé de l'enfant et de la mère. De nombreuses études ont montré que l'allaitement permet de répondre aux besoins nutritionnels, immunitaires et affectifs essentiels à la croissance et au développement du nourrisson. Elles soulignent également les effets positifs à long terme de l'allaitement, notamment sur la réduction du risque infectieux et de survenue de certaines maladies comme l'asthme, certains cancers, le surpoids ou l'obésité (Binns et autres 2016 ; Duijts et autres 2009 ; Güngör et autres 2019 ; Liu et autres 2022 ; Oddy 2001 ; Patnode et autres 2025a ; Su et autres 2021 ; Wilson et autres 2022). De plus, l'allaitement favorise le développement cognitif et moteur de l'enfant (Boucher et autres 2017 ; Kramer et autres 2008) ainsi que l'attachement mère-enfant (Woodward et Liberty 2017), en plus d'être économique, écologique et pratique. Ces bénéfices augmentent avec la durée et l'exclusivité de l'allaitement, c'est-à-dire que plus l'allaitement est exclusif et prolongé, plus les bénéfices sont marqués (Duijts et autres 2009 ; Kramer et Kakuma 2012 ; Oddy 2001 ; Patnode et autres 2025a). Chez la mère, l'allaitement est associé à une diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire, ainsi qu'à des bénéfices métaboliques (Chowdhury et autres 2015 ; Victora et autres 2016).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie, suivi de la poursuite de l'allaitement avec une alimentation complémentaire appropriée jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (Organisation mondiale de la Santé 2003). Cette recommandation est reprise au Québec, où la promotion de l'allaitement est inscrite dans les priorités nationales de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2003 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2015) depuis plusieurs décennies. Celles-ci intègrent l'Initiative des amis des bébés (IAB)¹ comme la principale stratégie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour encourager les hôpitaux, les services de santé (maison de naissances, centre local de services communautaires (CLSC)) et les autres milieux fréquentés par les parents et leurs enfants, à adopter des pratiques favorisant la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement exclusif dès la naissance. Dans le cadre de cette initiative, l'objectif est qu'au moins 75 % des enfants soient allaités de façon exclusive, pendant leur séjour au lieu de naissance. Il convient de souligner que le déploiement de services de santé publique visant la promotion de l'allaitement dans les établissements de santé demeure une priorité du nouveau programme national de santé publique (PNSP) 2025-2035 (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2025).

1. Pour plus d'information sur l'Initiative des amis des bébés (IAB), consulter le document [L'initiative des amis des bébés - Orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux](#).

Au Québec, bien que la part de mères qui amorcent l'allaitement à la naissance soit élevée (avec environ 90 %) (Statistique Canada 2023), la proportion de nourrissons allaités exclusivement demeure nettement plus faible. Les données recueillies à ce sujet dans le cadre de la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 2) montrent que seulement la moitié des nouveau-nés sont allaités exclusivement durant le séjour à l'hôpital ou en maison de naissance, ce qui demeure inférieur à la cible pour les lieux de naissance dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés (Djeha et autres 2024). L'introduction de préparation commerciale pour nourrisson durant les premiers jours suivant la naissance est associée à un arrêt précoce de l'allaitement (Blomquist et autres 1994 ; Holmes et autres 2011 ; Riva et autres 1999 ; Sheehan et autres 1999). Par ailleurs, l'allaitement exclusif durant l'hospitalisation est associé à la poursuite de l'allaitement (Forster et autres 2015) et aussi à l'allaitement exclusif à six mois (Takano et autres 2024), ce qui porte à croire que ces facteurs ont un effet protecteur vis-à-vis du sevrage précoce.

Le séjour hospitalier de naissance est ainsi une période charnière, au cours de laquelle les pratiques cliniques, l'organisation des soins et le soutien offert aux mères peuvent influencer de manière déterminante l'établissement et la poursuite de l'allaitement exclusif. Cependant, les hôpitaux font face à plusieurs défis dans la mise en œuvre des recommandations et dans l'atteinte des objectifs en matière d'allaitement. Ces défis sont liés à l'organisation des soins hospitaliers, à la mise en place des services de soutien et des pratiques cliniques favorables à l'allaitement ainsi qu'à la formation du personnel (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2011 ; Rollins et autres 2016). Dans les systèmes de santé, le personnel professionnel joue un rôle important en influençant et en soutenant les décisions relatives à l'alimentation du nourrisson à des moments clés avant et après la naissance, de même qu'en accompagnant les mères qui ont des difficultés afin de favoriser le maintien de l'allaitement exclusif et sa poursuite (Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 2019 ; Patnode et autres 2025b). Or, des lacunes en matière de connaissances et de compétences en soutien à l'allaitement sont signalées à différents niveaux chez le personnel de la santé (Clark et autres 2024 ; Sims et autres 2015). À cela s'ajoutent des disparités sociales qui influencent les normes et les pratiques d'allaitement. Ces disparités se manifestent dès le séjour au lieu de naissance, selon les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des mères, ainsi que selon les conditions entourant l'accouchement (Kersuzan et autres 2014). Ces facteurs sont bien documentés par la littérature scientifique. Il s'agit notamment des caractéristiques sociodémographiques des mères (notamment le niveau de scolarité), de leur état de santé et de leurs comportements durant la grossesse (indice de masse corporelle, tabagisme, santé mentale), ainsi que des facteurs liés à l'accouchement et au nouveau-né, tels que le mode d'accouchement, la prématurité et l'état de santé à la naissance (Rollins et autres 2016). D'autres facteurs comme la confiance et l'efficacité personnelle de la mère, des difficultés d'allaitement liées à un mauvais positionnement ou une prise du sein inadéquate ou un soutien insuffisant affectent la pratique de l'allaitement (Rolling 2016). Ces déterminants sont également observés dans des études canadiennes, qui mettent en évidence des inégalités sociales dans les pratiques d'allaitement, particulièrement chez les femmes en situation de vulnérabilité sociale ou présentant des conditions de santé chroniques (Agence de la santé publique du Canada 2024 ; Institut national de santé publique du Québec 2025).

Des liens entre la proportion de bébés ayant reçu d'autres liquides que du lait maternel au lieu de naissance – donc n'ayant pas été allaités de façon exclusive – et certaines de ces caractéristiques ont été présentés dans le rapport *La santé, l'alimentation et le sommeil des bébés*, tiré du premier passage de l'ELDEQ 2 (Djehe 2024). Nous avons notamment vu que la proportion de bébés ayant reçu des préparations commerciales pour nourrissons et la proportion de bébés ayant reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane au lieu de naissance sont toutes deux plus élevées chez les bébés de faible poids à la naissance (pesant moins de 2 500 grammes), ou nés prématurément (de moins de 37 semaines d'âge gestationnel) que chez les autres bébés.

Ces premières analyses offrent des éclairages utiles, bien qu'elles reposent sur des méthodes bivariées. Les analyses multivariées proposées dans cette publication permettront d'aller plus loin en offrant la possibilité de contrôler les facteurs de confusion potentiels ou d'examiner les interactions entre certaines variables. Par ailleurs, l'analyse spécifique de l'allaitement exclusif à l'hôpital est pertinente, cette période constituant une étape déterminante pour la poursuite de l'allaitement. Enfin, l'ajout de nouvelles variables provenant des données administratives de santé — notamment celles liées aux interventions durant l'accouchement et à la santé de la mère et de l'enfant à la naissance — viendraient enrichir nos analyses.

Dans ce contexte, la présente publication vise à poursuivre les analyses sur le sujet afin de tenter de dégager des facteurs liés au contexte de la grossesse, de l'accouchement ou de la naissance qui sont associés à l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier de naissance. Elle contribuera ainsi à une meilleure compréhension des déterminants de l'allaitement exclusif au Québec et à orienter les interventions cliniques et les politiques de santé publique visant à améliorer les pratiques dès la naissance.



FatCamera / iStock

Aspects méthodologiques

Population visée

Les résultats présentés dans cette publication portent sur les enfants visés par la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 2, voir la section *Au sujet de L'ELDEQ 2*) qui sont nés dans un hôpital. Comme l'objectif est d'analyser les facteurs associés à l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier de naissance, la population visée dans le cadre de cette publication exclut les enfants nés en maison de naissance, à domicile ou dans un autre lieu (par exemple dans l'ambulance). Ils représentent environ 4 % des enfants visés par l'ELDEQ 2.

Sources de données

Les résultats présentés dans cette publication s'appuient sur les données de l'ELDEQ 2 et de la banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière).

Un appariement entre la base de sondage de l'enquête et le Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) a été fait avant le début de la première collecte de données. Puis, pour les enfants appariés avec succès, certaines données administratives de MED-ECHO ont été combinées avec les données recueillies auprès des participants et participantes à environ 5 mois. La banque de données de MED-ÉCHO, quant à elle, contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier du Québec². Ce système renseigne sur les hospitalisations dans les établissements québécois offrant des soins hospitaliers de courte durée. Dans le cas d'un accouchement, le dossier de la mère et celui du nouveau-né vivant y sont résumés, sauf pour les résidentes du Québec qui ont accouché hors du Québec, en maison de naissance, ou à domicile.

Environ 99 % des données d'enquête ont été appariées aux données administratives (n=4 677). Les enfants pour lesquels l'appariement n'a pas réussi ont été exclus des analyses.

Parmi les cas appariés, on définit la sous-population des enfants nés en centre hospitalier (n=4 494) à l'aide des données administratives, lorsque le séjour hospitalier est associé à un code de diagnostic, principal ou secondaire, relié à un accouchement. Les dates de début et de fin du séjour hospitalier ont aussi été utilisées en comparaison avec la date de naissance de l'enfant pour retenir le séjour approprié dans le dossier de la mère ou de l'enfant.

2. Pour plus d'information sur la banque MED-ÉCHO, consulter le cadre normatif : [Cadre normatif du système MED-ÉCHO - Mise à jour 2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

Au sujet de L'ELDEQ 2

L'objectif principal de la deuxième édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 2), communément appelée *Grandir au Québec*, est de mieux connaître les facteurs qui peuvent influencer le développement et le bien-être des enfants du Québec.

Les enfants visés par l'étude sont ceux qui sont nés en 2020-2021 de mères résidant au Québec au moment de la naissance de leur enfant, sauf exclusion¹. La première collecte de données de l'étude s'est déroulée dans l'ensemble des régions du Québec de mai 2021 à mars 2022, alors que les enfants étaient âgés d'environ 5 mois. Au total, 4 703 familles y ont participé. Les enfants feront l'objet d'une collecte annuelle de l'âge de 5 mois à environ 8 ans.

L'étude est réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, avec la collaboration de différents partenaires. Elle est financée par la Fondation Lucie et André Chagnon, le ministère de la Famille, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Conseil de gestion de l'assurance parentale et l'Institut de la statistique du Québec.

Pour plus d'information sur *Grandir au Québec*, consulter la [fiche de l'étude](#).



1. Les enfants qui auraient temporairement quitté le Québec avec leur famille sont également visés.

Les variables examinées

Les variables examinées dans cette publication proviennent des fichiers administratifs sur la clientèle hospitalière, ainsi que des données de l'ELDEQ 2 collectées par le biais des questionnaires administrés à distance (au téléphone ou par visioconférence). La description détaillée des variables se trouve dans la section [Description des variables](#) en annexe.

La variable d'intérêt

L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel uniquement (y compris du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait). Il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments. Parmi les bébés nés à l'hôpital, 50 % ont été allaités de façon exclusive.

Les facteurs examinés

Les résultats examinés en lien avec l'allaitement exclusif à l'hôpital ont été sélectionnés à la lumière de la littérature consultée et des variables disponibles dans l'ELDEQ 2, ainsi que dans les données de MED-ÉCHO. Les facteurs étudiés sont subdivisés en trois grands groupes.

- Caractéristiques sociodémographiques : groupe d'âge, lieu de naissance, plus haut diplôme obtenu de la mère et du père, type de famille, revenu du ménage, zone de résidence.
- Caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale : indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse, gain de poids durant la grossesse, consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis durant la grossesse, hypertension artérielle, diabète ou diagnostic de dépression durant la grossesse, moment de la première consultation prénatale, type de professionnel de santé qui a suivi la grossesse, intention d'allaiter.
- Caractéristiques liées à l'accouchement et à la période postnatale : type d'accouchement, interventions durant l'accouchement (déclenchement du travail), complications obstétricales (déchirure obstétricale du périnée, hémorragie de la délivrance, prééclampsie sévère ou éclampsie), transfert de la mère aux soins intensifs, présence du père durant l'accouchement, sexe du bébé, premier enfant de la mère, type de naissance (simple, multiple), naissance prématurée, bébé de faible poids de naissance, score d'Apgar à 5 minutes, malformation congénitale, séjour du nouveau-né aux soins intensifs.

Analyses statistiques

Des analyses bivariées ont d'abord été réalisées afin de vérifier la présence d'associations entre les différents facteurs sélectionnés et l'allaitement exclusif à l'hôpital.

Tous les facteurs associés significativement à l'allaitement exclusif à l'hôpital au seuil de 10 % ont été pris en compte pour le modèle multivarié de régression logistique (voir les [tableaux 5 à 7](#) de la section [Tableaux complémentaires](#)). Ainsi, des facteurs comme le lieu de naissance de la mère, le gain de poids durant la grossesse, la consommation d'alcool ou de cannabis durant la grossesse, etc., n'ont pas été retenus (voir le [tableau 8](#) de la section [Tableaux complémentaires](#)).

Ensuite, une approche pas-à-pas descendante (*backward elimination*) a permis de déterminer les facteurs à conserver dans le modèle de régression logistique. Cette procédure consiste à inclure tous les facteurs d'intérêt pour ensuite retirer de façon séquentielle ceux qui ne sont pas significatifs au seuil de 5 %. Nous avons aussi fait des vérifications pour nous assurer qu'il n'y avait pas de problèmes importants de multicolinéarité entre les facteurs retenus, ni de facteurs confondants.

Pour réduire la non-réponse du modèle de régression logistique, deux variables ont fait l'objet d'imputation : le score d'Apgar à la naissance (7 % de valeurs manquantes) ainsi que l'IMC de la mère (4,9 % de valeurs manquantes). Finalement, une analyse de biais a été réalisée pour évaluer l'incidence de la non-réponse partielle restante (environ 8 %) sur les estimations. Les résultats montrent que les bébés pour lesquels nous n'avons pas d'informations sont plus nombreux en proportion à présenter des caractéristiques liées à une moins grande chance d'avoir été allaité exclusivement à l'hôpital. Il est donc possible que la proportion de bébés allaités de manière exclusive soit légèrement surestimée.

Les résultats du modèle de régression logistique sont présentés sous la forme de rapports de cotes (RC) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Les tests statistiques et l'estimation de la variance sont obtenus à l'aide de 500 poids d'autoamorçage. Pour chacun des facteurs retenus, une catégorie (indiquée en italique dans les tableaux) sert de groupe de référence (RC = 1,00). Lorsqu'il est accompagné du symbole « † », « †† » ou « ††† », un rapport de cotes supérieur à 1 indique que les enfants présentant une caractéristique donnée sont significativement plus susceptibles que les autres d'avoir été allaités exclusivement lors de leur séjour à l'hôpital, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins.

Précisons que puisque le phénomène étudié n'est pas rare, il n'est pas recommandé d'interpréter un rapport de cotes comme un risque relatif (p. ex. être quatre fois plus susceptible d'être allaité exclusivement à l'hôpital) et donc de le quantifier précisément. Il est plutôt recommandé d'interpréter les rapports de cotes de façon corrélationnelle, c'est-à-dire en considérant que la probabilité pour les enfants de se trouver dans la catégorie d'intérêt (p. ex. avoir été allaité exclusivement à l'hôpital) est élevée, est augmentée ou est diminuée par un facteur donné dont l'ampleur n'est pas précisée (Hosmer et Lemeshow 1989). Étant donné la nature transversale des analyses de cette publication, les relations révélées par les résultats ne peuvent pas être considérées comme causales. Bien que l'on dispose de plusieurs renseignements permettant de contrôler les effets de confusion potentiels, les différences détectées peuvent être engendrées par des facteurs de confusion non mesurés dans l'enquête.

Résultats

Portrait des caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance

Avant d'analyser les facteurs associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital, nous allons d'abord présenter quelques statistiques descriptives des conditions d'accouchement et de naissance tirées des données administratives de santé (MED_ÉCHO). En plus de bonifier le portrait de l'expérience périnatale réalisé à partir des données d'enquête de l'ELDEQ 2 (Lavoie et Daly 2024), ce bref portrait permettra également de mettre en contexte les résultats des analyses multivariées qui seront présentées plus loin.



gorodenkoff / iStock

Caractéristiques de la grossesse



Une faible proportion (1,7 %) d'enfants sont issus d'une grossesse résultant d'une technologie de procréation assistée ; la grande majorité (98 %) des grossesses sont donc issues d'une conception et d'une ovulation spontanées (tableau 1). De plus, la grossesse multiple (jumeaux, triplés, etc.) touche environ 2,6 % des bébés.

Sur le plan de la santé physique, la mère d'environ 7 % des bébés avait une hypertension artérielle préexistante ou induite par la grossesse, et celle d'environ 16 % des enfants avait un diabète gestationnel, ou de type 1 ou 2. Concernant le statut pondéral, la mère du quart (25 %) des bébés présentait de l'embonpoint et celle d'un peu moins d'un bébé sur cinq (17 %) était en situation d'obésité avant la grossesse selon l'indice de masse corporelle (IMC). Durant la grossesse, la mère d'environ le tiers (35 %) des bébés a déclaré un gain de poids approprié selon les recommandations de Santé Canada. Cependant, celle de 42 % des bébés a pris plus de poids qu'il n'est recommandé et celle du quart (23 %) en a pris moins.

Tableau 1

Caractéristiques liées à la grossesse et à la santé de la mère, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Mode de conception	
Grossesse par procréation médicalement assistée	1,7
Grossesse spontanée	98,3
Type de grossesse	
Grossesse simple	97,4
Grossesse multiple	2,6
Hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante	
Oui	7,1
Non	92,9
Diabète gestationnel ou diabète de type 1 ou 2	
Oui	16,2
Non	83,8
Indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse	
Poids insuffisant ou normal	57,6
Embonpoint	25,1
Obésité	17,4
Gain de poids durant la grossesse²	
Inférieur au gain recommandé	23,2
Recommandé	35,1
Supérieur au gain recommandé	41,7

1. Nés au Québec en 2020-2021.

2. Le taux de non-réponse partielle pour cette variable est de 7,6 %. L'analyse des caractéristiques des non-répondants indique que la proportion de bébés dont la mère a eu un gain de poids supérieur au gain recommandé est possiblement légèrement sous-estimée.

Source : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Caractéristiques de l'accouchement



Le travail d'accouchement a été déclenché chez la mère d'environ 37 % des bébés (tableau 2). Environ un enfant sur 4 (26 %) est né par césarienne et 74 % sont nés par voie basse. Parmi ces derniers, l'accouchement a nécessité l'usage d'un instrument (forceps ou ventouse) dans 12 % des cas.

Certaines complications obstétricales ont été observées, dont une prééclampsie sévère ou une éclampsie (0,8 %*), une hémorragie du post-partum (11 %) ou une déchirure du périnée (58 %).

Tableau 2

Caractéristiques de l'accouchement, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Déclenchement du travail	
Oui	37,2
Non	62,8
Mode d'accouchement	
Césarienne	26,1
Voie basse	73,9
Accouchement instrumental ou assisté (parmi les accouchements par voie basse)	
Oui	12,3
Non	87,7
Prééclampsie sévère ou éclampsie	
Oui	0,8*
Non	99,2
Déchirure obstétricale du périnée	
Oui	57,9
Non	42,1
Hémorragie du post-partum	
Oui	10,7
Non	89,3
Admission de la mère aux soins intensifs	
Oui	0,4**
Non	99,6

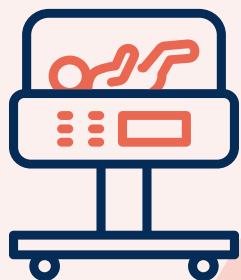
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

Source : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Caractéristiques des bébés à la naissance



Environ 3 % des enfants ont présenté à la naissance une détresse respiratoire (3,1 %) ou des malformations congénitales, des déformations ou des anomalies chromosomiques (3,4 %) (tableau 3). Environ 4 % des enfants ont été admis aux soins intensifs ; près de la moitié (46 %) y a séjourné au moins cinq jours.

Tableau 3

Caractéristiques du nouveau-né à la naissance, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	
Oui	3,4
Non	96,6
Détresse respiratoire du nouveau-né	
Oui	3,1
Non	96,9
Admission du nouveau-né aux soins intensifs	
Oui	3,8
Non	96,2
Durée du séjour aux soins intensifs (parmi les enfants admis aux soins intensifs)	
1 jour	33,6
2 à 4 jours	20,2*
5 jours ou plus	46,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

Source : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Facteurs associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital

Durant leur séjour hospitalier de naissance, environ la moitié (50 %) des enfants ont été allaités de façon exclusive. Le [tableau 4](#) présente les résultats du modèle multivarié de régression logistique portant sur les facteurs associés à la probabilité qu'un enfant soit allaité de façon exclusive durant le séjour hospitalier de naissance.

Caractéristiques sociodémographiques

Lorsqu'on examine les caractéristiques sociodémographiques des mères, on constate que le plus haut diplôme obtenu par la mère est associé significativement à la probabilité d'allaiter exclusivement durant le séjour de naissance à l'hôpital, cette probabilité étant plus grande chez les bébés dont la mère a un diplôme de niveau universitaire (RC = 1,88) ou de niveau secondaire (RC = 1,59) que chez ceux dont la mère n'a aucun diplôme.

Caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale

La pratique de l'allaitement exclusif à l'hôpital est également associée à certaines caractéristiques liées à la période avant et durant la grossesse. La probabilité d'être allaité ou allaitée exclusivement est plus faible chez les bébés dont la mère était en situation d'embonpoint (RC = 0,80) ou d'obésité (RC = 0,66) avant leur grossesse et chez ceux dont la mère a fumé pendant la grossesse (RC = 0,67). Par ailleurs, les enfants dont la mère présentait une hypertension artérielle (préexistante ou gestationnelle) (RC = 0,71), ceux dont la mère avait reçu un diagnostic de diabète (gestationnel, ou de type 1 ou 2) (RC = 0,71) et ceux dont la mère a reçu un diagnostic de dépression durant la grossesse (RC = 0,34), sont également moins susceptibles que les autres d'avoir été allaités de façon exclusive à l'hôpital.

À l'inverse, la probabilité d'avoir été allaité ou allaitée de façon exclusive est plus élevée chez les bébés conçus par procréation assistée (RC = 2,11) que chez ceux issus d'une grossesse spontanée. Il en est de même pour les enfants dont la mère a participé à des cours prénataux ou de préparation à l'accouchement (RC = 1,33), qui sont plus susceptibles d'être allaités de façon exclusive à l'hôpital que ceux dont la mère n'a suivi aucun cours.

Finalement, notons sans surprise que les bébés dont la mère avait l'intention d'allaiter avant la naissance³ de leur enfant, que ce soit de façon exclusive ou non, sont plus susceptibles que les autres d'avoir été allaités de façon exclusive à l'hôpital (RC = 10,7).

3. Rappelons que la première collecte de données de l'ELDEQ 2 s'est déroulée lorsque les bébés avaient environ 5 mois. Il s'agit donc d'une information qui a été recueillie de manière rétrospective et non avant la naissance de l'enfant.

Caractéristiques liées à l'accouchement et à la période postnatale

Parmi les caractéristiques analysées liées à l'accouchement, une seule demeure associée à l'allaitement exclusif à l'hôpital, soit le mode d'accouchement : les enfants nés par césarienne (RC = 0,53) sont moins susceptibles d'avoir été allaités exclusivement à l'hôpital que ceux nés par voie basse.

En ce qui a trait aux caractéristiques de la période postnatale, on note que la probabilité qu'un bébé soit allaité exclusivement à l'hôpital est plus faible lorsqu'il est le premier enfant de la mère (RC = 0,58) ou qu'il est né prématurément (RC = 0,28) que lorsqu'il ne l'est pas. Quant aux enfants ayant un score d'Apgar⁴ à 5 minutes de vie en dessous de la normale (RC = 0,46), ils étaient moins susceptibles d'être nourris exclusivement au lait maternel lors du séjour hospitalier que les autres.

Tableau 4

Facteurs associés au fait d'avoir été allaités de façon exclusive à l'hôpital (modèles de régression logistique), enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	Allaitement exclusif	
	RC ²	IC à 95 %
Caractéristiques sociodémographiques		
Plus haut diplôme obtenu par la mère		
<i>Aucun diplôme</i>	1,00	
Diplôme de niveau secondaire	1,59 [†]	[1,05 - 2,43]
Diplôme de niveau collégial	1,35	[0,87 - 2,08]
Diplôme de niveau universitaire	1,88 ^{††}	[1,22 - 2,89]
Caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale		
Indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse		
<i>Poids insuffisant ou normal</i>	1,00	
Embonpoint	0,8 [†]	[0,67 - 0,96]
Obésité	0,66 ^{†††}	[0,53 - 0,83]
Mode de conception		
Grossesse par procréation assistée	2,11 [†]	[1,15 - 3,89]
<i>Grossesse spontanée</i>	1,00	
Hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante		
Oui	0,71 [†]	[0,52 - 0,98]
<i>Non</i>	1,00	
Diabète gestationnel ou diabète de type 1 ou 2		
Oui	0,71 ^{††}	[0,57 - 0,90]
<i>Non</i>	1,00	

Suite à la page 19

4. À la naissance, on utilise le score d'Apgar comme estimation de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Un score total est attribué après l'évaluation sur une échelle de 0 à 10, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, du tonus musculaire, de la couleur de la peau et la présence de réflexes d'irritabilité.

Tableau 4 (suite)

Facteurs associés au fait d'avoir été allaités de façon exclusive à l'hôpital (modèles de régression logistique), enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	Allaitement exclusif	
	RC ²	IC à 95 %
La mère avait l'intention d'allaiter		
Oui	10,70 ⁺⁺⁺	[7,44 - 15,38]
Non	1,00	
Diagnostic de dépression chez la mère durant la grossesse		
Oui	0,34 [†]	[0,13 - 0,89]
Non	1,00	
La mère fumait la cigarette durant la grossesse		
Oui	0,67 [†]	[0,48- 0,93]
Non	1,00	
Participation à des cours prénataux pendant la grossesse		
Oui	1,33 ⁺⁺	[1,08 - 1,63]
Non	1,00	
Caractéristiques liées à l'accouchement et à la période postnatale		
Mode d'accouchement		
Voie basse	1,00	
Césarienne	0,53 ⁺⁺⁺	[0,45 - 0,63]
Premier enfant de la mère		
Oui	0,58 ⁺⁺⁺	[0,49 - 0,69]
Non	1,00	
Bébé est né prématurément		
Oui	0,28 ⁺⁺⁺	[0,18- 0,42]
Non	1,00	
Score d'Apgar à 5 minutes en dessous de la normale		
Oui	0,46 ⁺⁺	[0,29 - 0,73]
Non	1,00	

IC Intervalle de confiance.

RC Rapport de cotes.

† p < 0,05 ; ++ p < 0,01 ; +++ p < 0,001.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

2. Pour chacun des facteurs, la catégorie de référence est en italique et prend la valeur 1. Lorsque l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1, un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que, par rapport à la catégorie de référence d'un facteur donné, les enfants sont plus susceptibles d'avoir été allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance, le cas échéant, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins.

Sources : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition , 2021-2022.

Discussion

Les résultats de notre étude indiquent que l'allaitement exclusif, soit le fait de nourrir son bébé uniquement avec du lait maternel, sans le combiner avec d'autres aliments solides ou liquides, était de 50 % durant le séjour de naissance à l'hôpital, ce qui reste loin de l'objectif de 75 % visé dans le cadre de l'IAB. Plusieurs études ont d'ailleurs montré que les cibles recommandées ne sont pas systématiquement atteintes en pratique, y compris dans les hôpitaux engagés dans la démarche IAB, ce qui illustre l'importance de mieux comprendre les facteurs maternels, obstétricaux et néonataux associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital (Fan et autres 2025 ; Guajardo-Villar et autres 2024 ; Habte et autres 2025). Dans la cohorte étudiée, nous avons confirmé l'importance de certains de ces facteurs. Dans l'ensemble, nos résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux recensés dans la littérature, et confirment le caractère multifactoriel de la pratique de l'allaitement exclusif en période postnatale immédiate.

Il est important de souligner que les enfants de cette cohorte sont nés en pleine pandémie de COVID-19, un contexte particulier qui pourrait avoir eu des effets délétères sur la pratique de l'allaitement exclusif. En effet, plusieurs études internationales ont montré que la pandémie de COVID-19 s'est accompagnée d'une diminution des taux d'allaitement exclusif à l'hôpital, principalement liée aux restrictions organisationnelles et à la réduction du soutien périnatal (Chertok et autres 2022 ; Matthews et autres 2024). Toutefois, les maternités engagées dans l'Initiative Ami des Bébés ont largement préservé ces pratiques, y compris chez les mères infectées par le COVID-19 (Ferraz et autres 2026 ; Marín Gabriel et autres 2021 ; Marín Gabriel et autres 2023). Malheureusement, il n'a pas été possible dans les données d'identifier les participantes et participants de l'étude qui sont nés dans un hôpital détenant la certification IAB. Par conséquent, nous n'avons pas pu analyser la portée de cette initiative dans nos résultats. Toutefois, il importe de souligner que seulement quelques hôpitaux québécois détiennent actuellement la certification IAB (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2022).



FatCamera / iStock

Le rôle majeur de l'intention d'allaiter

Les résultats de notre étude indiquent que les mères qui avaient l'intention d'allaiter, que ce soit de façon exclusive ou non, avant la naissance de leur bébé, sont plus susceptibles que les autres de l'avoir fait de façon exclusive à l'hôpital. Ce résultat est cohérent avec de nombreux travaux, qui montrent que l'intention prénatale d'allaiter est un facteur déterminant de l'allaitement maternel exclusif et cela, dès la naissance (Bookhart et autres 2023 ; Dewanti et Novianti 2022 ; Kalhor et autres 2025 ; Meedya et autres 2010 ; O'Brien et autres 2008). Cette intention influence directement l'amorce de l'allaitement et la poursuite de l'allaitement exclusif dans les premières heures et les premiers jours de vie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant cette intention recherchent davantage d'informations et bénéficient plus souvent du soutien des professionnels et professionnelles de la santé et de leur entourage. Elles sont généralement plus motivées, mieux informées et plus préparées à adopter l'allaitement exclusif dès l'hospitalisation (Brandt et autres 2021 ; Stuebe et Bonuck 2011). Ainsi, ces résultats soulignent l'importance du soutien professionnel et de l'éducation prénatale afin de renforcer l'intention d'allaiter exclusivement et, par conséquent, d'améliorer les taux d'allaitement exclusif en milieu hospitalier.

Toutefois, la littérature indique aussi que même si l'intention prénatale favorise l'allaitement, elle reste insuffisante à elle seule si les mères ne bénéficient pas d'un soutien adéquat après l'accouchement (Kervin et autres 2010 ; Rollins et autres 2016). En effet, l'intention d'allaiter n'est pas uniquement une décision individuelle ; elle est aussi influencée par des facteurs sociaux et obstétricaux, et par certaines pratiques hospitalières, organisationnelles et cliniques qui peuvent entraver l'amorce, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement, et contribuer ainsi à freiner la concrétisation de l'intention initiale chez certaines mères (American College of Obstetricians and Gynecologists 2021 ; Barrera et autres 2019 ; Declercq et autres 2009 ; Perrine et autres 2012). Des études montrent par ailleurs que les femmes ayant bénéficié de pratiques de soins de maternité favorables à l'allaitement étaient davantage susceptibles de concrétiser leurs intentions prénatales en matière d'allaitement, ce qui met en évidence l'importance du soutien offert durant l'hospitalisation pour aider les mères à atteindre leurs objectifs d'allaitement (Beauregard et autres 2022 ; Shapiro et Connolly 2022).



SolStock / iStock

La participation aux cours prénataux

La participation à des cours prénataux ou de préparation à l'accouchement est également associée positivement à l'allaitement exclusif dans notre étude. Des études laissent entendre que ces interventions amélioreraient les connaissances, l'auto-efficacité et la persévérance face aux difficultés courantes de l'allaitement, particulièrement au cours des premiers jours postnataux (Lumbiganon et autres 2016 ; Skouteris et autres 2014). Des taux plus élevés d'allaitement trois mois après la naissance dans la population générale (Tu et Poissant 2015) et d'allaitement exclusif en milieu hospitalier chez les mères adolescentes (Leclair et autres 2015) ont été observés chez celles qui ont fréquenté des cours prénataux. À l'inverse, l'absence de participation à des rencontres prénatales est liée à une utilisation plus fréquente de substituts de lait maternel (Rossiter et Evers 2013).

Notons que dans la cohorte étudiée, les mères du quart (25 %) des bébés ont suivi des cours prénataux lors de leur grossesse (Lavoie et Daly 2024). Rappelons que la grossesse des mères des bébés visés par l'étude s'est déroulée durant de la pandémie de COVID-19, dans une période où certains services, dont les cours prénataux, ont pu être annulés ou offerts en ligne uniquement en raison des mesures sanitaires alors en vigueur.

L'importance du niveau de scolarité de la mère

Dans notre étude, on observe une association positive entre le plus haut diplôme obtenu par la mère et l'allaitement exclusif à l'hôpital. En outre, un très grand nombre d'études (Bonet et autres 2008 ; Dennis 2002 ; Ibanez et autres 2012 ; Kalhor et autres 2025) montrent que plus le niveau de scolarité de la mère est élevé, plus la probabilité qu'elle entame l'allaitement de façon exclusive est grande. Un niveau d'éducation élevé améliore la compréhension et l'application des conseils de santé, favorisant ainsi l'allaitement exclusif (Kalhor et autres 2025).

Les habitudes de vie de la mère durant la grossesse

La pratique de l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier de naissance est également fonction de certaines caractéristiques liées au comportement de la mère durant la grossesse. Les résultats de la présente étude montrent que les mères ayant fumé pendant la grossesse ont une probabilité plus faible d'allaiter exclusivement leur nouveau-né à l'hôpital, ce qui concorde avec les données issues de la littérature. En effet, plusieurs études ont montré que les femmes qui fument durant la grossesse sont moins susceptibles d'amorcer l'allaitement ou d'opter pour un allaitement exclusif dès la période postnatale immédiate (Lechosa Muñiz et autres 2019 ; McDonald et autres 2012). Des travaux réalisés en milieu hospitalier appuient ces constats, en montrant que les mères fumeuses ont davantage recours aux préparations commerciales pour nourrissons dès le séjour à l'hôpital (Lechosa Muñiz et autres 2019). Il importe toutefois de rappeler, comme le soulignent les recommandations, que le tabagisme maternel ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement. Les synthèses de l'INSPQ et les rapports d'experts indiquent que les bénéfices de l'allaitement maternel surpassent les risques associés au transfert de la nicotine dans le lait, même chez les femmes qui n'ont pas cessé de fumer (Institut national de santé publique du Québec 2024b ; Le Lous et Torchin 2020 ; Meek et Noble 2022 ; Pound et Unger 2012). De plus, certaines données donnent à penser que l'allaitement pourrait contribuer à réduire la consommation tabagique ou à soutenir le sevrage postpartum, ce qui renforce l'intérêt d'une approche intégrée combinant soutien à la pratique de l'allaitement et accompagnement à la cessation tabagique (Issany et autres 2022 ; Logan et autres 2017 ; Vlachou et autres 2024 ; Zhang et autres 2022).

L'état de santé physique et mental de la mère

Nos résultats corroborent les travaux antérieurs montrant que les comorbidités maternelles, comme le diabète gestationnel, le diabète de type 2, l'obésité et les troubles hypertensifs de la grossesse, réduisent la probabilité de l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier de naissance (Cummins et autres 2022). En effet, les mères atteintes de diabète de type 2 présentaient une probabilité moins grande d'allaiter exclusivement à la sortie de l'hôpital, et ce, même après la prise en compte de l'obésité et des facteurs sociodémographiques (Longmore et autres 2020). Aussi, les bébés de mères présentant un diabète gestationnel sont plus susceptibles d'être nourris avec des préparations commerciales pour nourrisson avant la sortie de l'hôpital, en raison d'un retard de montée laiteuse, d'une perception plus fréquente d'un manque de lait et de la crainte de l'hypoglycémie néonatale, ce qui réduit significativement leur taux d'allaitement exclusif en milieu hospitalier (Cummins et autres 2022). Bien que les protocoles de prise en charge de l'hypoglycémie néonatale mettent principalement l'accent sur les stratégies visant à corriger rapidement la glycémie, ils soulignent également la nécessité de préserver l'allaitement et la production lactée. Cependant, des pratiques courantes de supplémentation pour l'hypoglycémie utilisent fréquemment des préparations commerciales pour nourrissons afin de corriger rapidement la glycémie, ce qui peut perturber l'établissement de l'allaitement (Rees et autres 2021).

Par ailleurs, l'obésité maternelle est également décrite comme un facteur déterminant : plusieurs études mettent en évidence une réduction marquée de l'initiation et du maintien de l'allaitement exclusif chez les mères en situation d'obésité, avec une baisse particulièrement importante entre la naissance et la sortie de l'hôpital comparativement aux mères non obèses (O'Sullivan et autres 2020 ; Perez et autres 2021 ; Ramji et autres 2016). Ces difficultés semblent s'expliquer à la fois par des mécanismes physiologiques (retard de lactogénèse, résistance à l'insuline, inflammation chronique), par des facteurs psychosociaux tels que la stigmatisation corporelle et une intention d'allaiter plus faible pendant la grossesse, ainsi que par la prévalence accrue de complications à la naissance (Nommsen-Rivers et autres 2023 ; Verret-Chalifour et autres 2014).

Enfin, les troubles hypertensifs de la grossesse, en raison des complications qu'ils amènent (taux élevés de césariennes, d'admissions en néonatalogie et de complications périnatales), sont reconnus pour entraver l'initiation précoce de l'allaitement et réduire la probabilité d'un allaitement exclusif à l'hôpital (Francis et autres 2024 ; Nardella et autres 2025).

Sur le plan de la santé mentale, la littérature montre que la dépression anténatale ou l'anxiété liée à la grossesse est associée à une probabilité plus faible d'allaitement exclusif (Coo et autres 2020 ; Horsley et autres 2019 ; Rollins et autres 2016). C'est aussi le cas de la présente étude, dont les résultats montrent qu'une mère ayant reçu un diagnostic de dépression durant la grossesse est moins susceptible d'allaiter de façon exclusive à la naissance de son enfant. Cette association semble s'expliquer en grande partie par des facteurs psychologiques, notamment une diminution de l'auto-efficacité maternelle, ainsi que par la dépression postnatale, qui diminuent la probabilité d'allaiter de façon exclusive (Chen et Chien 2022 ; Costin et autres 2024 ; Dennis et McQueen 2009). Les données d'autres études indiquent toutefois que lorsque des pratiques de soutien adaptées sont mises en place, notamment dès la période anténatale et lors du séjour hospitalier de naissance, l'incidence de la dépression sur l'initiation et l'exclusivité de l'allaitement peut être atténuée (Cato et autres 2019 ; Dennis et McQueen 2009), ce qui met en évidence l'importance du soutien en santé mentale et de son intégration dans les stratégies de promotion et de soutien de l'allaitement (Liu et autres 2023 ; Rollins et autres 2016).

Le mode de conception

Les résultats de la présente étude indiquent que la probabilité d'allaiter de façon exclusive à l'hôpital est significativement plus élevée chez les mères ayant conçu grâce aux technologies de procréation médicalement assistée (PMA) que chez celles ayant conçu spontanément. Ce résultat diffère de ceux de certaines études, qui indiquent des taux plus faibles d'allaitement exclusif à l'hôpital ou à la sortie de la maternité chez les femmes ayant eu recours à la PMA (Fisher et autres 2013 ; McDonald et autres 2012 ; Pritchard et autres 2026 ; Sáez et autres 2022). Celles-ci recouraient plus souvent aux préparations lactées durant l'hospitalisation (Pritchard et autres 2026). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les grossesses résultant d'une PMA sont plus souvent associées à des complications obstétricales et néonatales, telles qu'une probabilité accrue d'induction du travail, une césarienne, des troubles hypertensifs liés à la grossesse, un accouchement prématuré et la naissance d'un nouveau-né de faible poids, qui peut nécessiter une admission en unité de soins intensifs néonataux (Barrington et Janvier 2013 ; Hansen

et Bower 2014 ; Marconi et autres 2022). Tous ces facteurs peuvent retarder l'amorce de l'allaitement et compromettre la mise en place de l'allaitement exclusif. De plus, concevoir par PMA peut également entraîner une augmentation de l'anxiété et le stress prénataux et postnataux, ce qui peut nuire à la capacité d'allaiter (Pritchard et autres 2026).

Toutefois, d'autres travaux laissent entendre que les femmes ayant eu recours à la PMA déclarent souvent une forte intention d'allaiter, possiblement liée à un parcours reproductif prolongé, à un investissement émotionnel accru dans la grossesse et à une valorisation plus importante des comportements favorables à la santé maternelle et infantile (Barnes 2013 ; Hammarberg et autres 2011). Elles bénéficient également d'un suivi médical plus rapproché pendant la grossesse, ce qui peut renforcer les conseils et le soutien concernant l'allaitement. Par ailleurs, ces mères ont généralement un niveau socioéconomique et éducatif plus élevé et sont plus susceptibles d'être non-fumeuses (Boyer et autres 2026 ; Tierney et Cai 2019), des facteurs reconnus dans la littérature pour favoriser l'allaitement exclusif.

Le mode d'accouchement

Le mode d'accouchement demeure un facteur déterminant de l'allaitement à l'hôpital. Les enfants nés par césarienne sont moins susceptibles d'être allaités exclusivement, un constat largement appuyé par la littérature (Haut Conseil de la santé publique 2024 ; Kalhor et autres 2025 ; Kersuzan et autres 2014 ; McDonald et autres 2012 ; Özer Aslan et autres 2025). Cela pourrait être expliqué par un retard de mise au sein dû à la douleur postopératoire, à l'anesthésie ou à la réduction de la mobilité maternelle occasionnées par la césarienne. Par ailleurs, la possible séparation mère-enfant, réduisant l'accès au contact peau à peau, peut également être en cause (Hobbs et autres 2016 ; Prior et autres 2012 ; Ulfa et autres 2023).

Dans notre étude, 26 % des bébés sont nés par césarienne. Au Québec, en 2022, près de 27 % des accouchements ont été réalisés par césarienne (Institut national de santé publique du Québec 2024a), un taux qui demeure élevé comparativement aux cibles internationales. Selon l'OMS, les taux de césariennes supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction supplémentaire de la mortalité maternelle et néonatale au niveau populationnel (Organisation mondiale de la Santé 2015). La prévalence élevée des césariennes observée dans notre étude constitue une contrainte susceptible de limiter l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier. Toutefois, la mise en œuvre des meilleures pratiques en allaitement, comme celles préconisées par l'IAB, améliore significativement l'allaitement exclusif et atténue les écarts liés au mode d'accouchement (Guajardo-Villar et autres 2024 ; Habte et autres 2025 ; Juan et autres 2022).

Les caractéristiques liées à la naissance

Les résultats de notre étude montrent que la probabilité qu'un nouveau-né soit allaité exclusivement à l'hôpital est plus faible lorsqu'il est le premier enfant de la mère, qu'il est né prématurément ou qu'il avait un score d'Apgar à 5 minutes de vie en dessous de la normale. Ces résultats corroborent ceux de la littérature, qui montrent que plusieurs caractéristiques du nouveau-né sont associées à l'allaitement exclusif à l'hôpital (Chooniedass et autres 2022 ; Liu et autres 2024 ; Nejsun et autres 2023 ; Rollins et autres 2016 ; Toapanta-Pinta et autres 2025). Ces études indiquent que la prématurité, le faible poids de naissance et certaines anomalies congénitales (comme les fentes labiopalatines) réduisent la probabilité d'allaitement exclusif dès la période néonatale précoce. Aussi, chez les prématurés, la fragilité clinique (immaturité, morbidités multiples) limite l'établissement et le maintien de l'allaitement exclusif (Kersuzan et autres 2014). Dans l'ensemble, les données convergent vers une conclusion claire : les vulnérabilités cliniques néonatales (âge gestationnel bas, petit poids de naissance, admission en néonatalogie ou aux soins intensifs néonataux, anomalies congénitales) représentent des obstacles à l'allaitement exclusif, d'où la nécessité de mettre en place des stratégies spécifiques de soutien à l'allaitement chez les nouveau-nés vulnérables. Ces stratégies, comme celles préconisées par l'IAB, ont un effet bénéfique plus marqué chez les nouveau-nés de faible poids à la naissance, habituellement moins susceptibles d'être allaités, ce qui contribue à réduire les inégalités touchant ce groupe vulnérable (Guajardo-Villar et autres 2024). L'IAB a ainsi été adaptée pour pouvoir être appliquée aux nouveau-nés de faible poids de naissance, prématurés ou malades ainsi qu'à leurs mères dans les unités néonatales (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020). Le MSSS a pour sa part conçu des outils destinés aux unités néonatales de tous les niveaux de soins au Québec. Ces outils visent à soutenir les professionnels accompagnant les familles souhaitant progresser vers l'allaitement, en tenant compte des compétences, de la maturation et de l'état de santé des nouveau-nés (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2026).

Pour finir, on note que la probabilité qu'un bébé soit allaité exclusivement à l'hôpital est plus faible lorsqu'il est le premier enfant de la mère. L'allaitement exclusif pendant l'hospitalisation est associé au fait d'avoir déjà eu des enfants et une expérience antérieure d'allaitement (Verea-Nuñez et autres 2024). L'expérience antérieure de l'allaitement est reconnue comme un facteur facilitant, tant sur le plan technique que psychosocial.

Forces et limites de l'étude

Cette analyse, qui examine certains facteurs associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital à partir des données de l'ELDEQ 2 et des données administratives de santé, comporte plusieurs forces. L'ELDEQ 2 est une étude populationnelle, dont les résultats sont représentatifs des enfants nés au Québec au début des années 2020. Par ailleurs, la grande qualité de l'appariement des données d'enquête avec les données administratives du MSSS nous assure que les analyses combinées produisent des résultats valides. En outre, les indicateurs provenant des données administratives offrent un portrait complet et objectif des conditions à la naissance en centre hospitalier, par le biais du dossier de la mère ou de l'enfant. En résumé, l'utilisation des données administratives est un apport important pour enrichir les analyses et mieux décrire la problématique. Une autre force de cette étude réside dans les analyses de modélisation, qui permettent d'expliquer le phénomène en tenant compte simultanément de plusieurs caractéristiques.

Cependant, l'analyse présente aussi certaines limites. Puisqu'il s'agit d'une analyse transversale, les relations statistiques détectées ne peuvent pas être interprétées comme des relations causales. Par ailleurs, certains facteurs déterminants, comme les caractéristiques de l'hôpital (la certification IAB, la taille, le nombre d'accouchements par année, etc.), n'ont pas été pris en compte dans les analyses, puisqu'ils ne sont pas accessibles. L'ajout de ces facteurs, généralement associés à l'allaitement exclusif à l'hôpital, pourrait contribuer à approfondir l'interprétation des résultats et à enrichir la compréhension de la problématique étudiée. De nombreuses études ont mis en évidence l'importance de la mise en œuvre de l'IAB dans l'allaitement exclusif à l'hôpital, un aspect qu'on aurait intérêt à étudier davantage. Ainsi, une meilleure prise en compte de ces facteurs non mesurés, tels que les pratiques cliniques (p. ex. le contact peau à peau, la cohabitation mère et enfant 24 heures sur 24, l'amorce de l'allaitement le plus tôt possible après la naissance), le soutien du personnel soignant et l'environnement familial, contribuerait à affiner la compréhension des déterminants de l'allaitement exclusif et à orienter plus efficacement les interventions en santé publique.

Malgré certaines limites, les données sur l'allaitement maternel issues de l'ELDEQ 2 demeurent particulièrement pertinentes dans le contexte québécois, où les sources populationnelles récentes sur le sujet sont limitées. Leur exploitation a permis d'approfondir la compréhension des facteurs associés à l'allaitement exclusif durant le séjour hospitalier, et de réunir de l'information sur une période clé de l'établissement de l'allaitement.

Conclusion

Les résultats de l'étude longitudinale *Grandir au Québec* ont montré qu'un enfant sur deux est allaité de façon exclusive durant le séjour hospitalier de naissance. Ce taux reste insuffisant, et souligne la nécessité de produire des données supplémentaires pour mieux comprendre la problématique et identifier les leviers d'interventions. Les résultats de notre analyse confirment que la pratique de l'allaitement exclusif à l'hôpital est multifactorielle, et est influencée à la fois par les caractéristiques sociodémographiques, le contexte de la grossesse et les conditions entourant l'accouchement et la naissance.

Sur le plan de la santé publique, ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les interventions en amont et au moment de la naissance, en ciblant particulièrement les mères présentant des facteurs de vulnérabilité identifiés. Par exemple, les mères ayant un niveau de scolarisation plutôt faible, les mères ayant leur premier enfant, et les femmes fumant pendant leur grossesse et ne participant pas ou participant peu aux cours de préparation à la naissance pourraient être une cible prioritaire de ces programmes d'intervention. Par ailleurs, les stratégies visant à promouvoir l'intention d'allaiter exclusivement, à améliorer l'accès aux cours prénataux et à offrir un soutien accru à l'hôpital aux femmes ayant des conditions médicales ou psychosociales défavorables pourraient contribuer à augmenter les taux d'allaitement exclusif dès la naissance. De plus, une attention particulière devrait être accordée aux contextes cliniques associés à un risque accru d'introduction de préparation commerciale pour nourrisson, notamment après une césarienne ou une naissance prématurée, ou chez les mères diabétiques. En agissant sur ces déterminants et en ciblant ces populations vulnérables, les interventions en santé publique pourraient non seulement améliorer la pratique de l'allaitement à l'hôpital, mais également contribuer à réduire les inégalités sociales et de santé observées dès le début de la vie.

Enfin, cette étude ouvre des perspectives pour la recherche future. Il serait intéressant de poursuivre les analyses afin de déterminer si les facteurs qui sont associés à l'allaitement exclusif dans notre cohorte sont différents ou non de ceux associés à l'allaitement, d'autant plus que le taux d'allaitement a progressé durant les dernières décennies, tandis que le taux d'allaitement exclusif semble avoir stagné. Rappelons que le taux d'allaitement exclusif à l'hôpital observé dans notre étude semble proche de celui relevé en 2005-2006 dans *l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec* (52 %) en centre hospitalier ou en maison de naissance (Haiek et autres 2006). Enfin, il convient également de souligner que d'autres données seront disponibles sous peu grâce à *l'Étude québécoise sur l'alimentation des bébés et l'allaitement 2025-2026*. La disponibilité conjointe de ces données populationnelles à venir et de celles issues de l'ELDEQ 2 permettra au Québec de disposer de données probantes, actualisées et complémentaires pour mieux documenter les pratiques en matière d'allaitement.

Annexe 1

Tableaux complémentaires

Tableau 5

Proportion de bébés allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance selon certaines caractéristiques sociodémographiques, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Total	50,5
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	41,5 ^{a,b}
25 à 29 ans	47,8 ^a
30 à 34 ans	55,1 ^{a,b}
35 ans ou plus	51,0 ^b
Lieu de naissance de la mère	
Canada	51,0
Extérieur du Canada	48,8
Plus haut diplôme obtenu par la mère	
Aucun diplôme	32,9 ^{a,b}
Diplôme de niveau secondaire	44,7 ^a
Diplôme de niveau collégial	46,5 ^b
Diplôme de niveau universitaire	57,1 ^{a,b}
Âge du père à la naissance de l'enfant	
Moins de 25 ans	39,4 ^{a,b,c}
25 à 29 ans	49,8 ^a
30 à 34 ans	52,2 ^b
35 ans ou plus	52,5 ^c
Lieu de naissance du père	
Canada	51,3
Extérieur du Canada	51,0
Plus haut diplôme obtenu par le père	
Aucun diplôme	37,9 ^{a,b}
Diplôme de niveau secondaire	48,6 ^{a,b}
Diplôme de niveau collégial	54,0 ^a
Diplôme de niveau universitaire	55,9 ^b
Situation de famille	
La mère vit avec l'autre parent	51,1 ^a
La mère ne vit pas avec l'autre parent	38,7 ^a
Niveau de revenu du ménage	
Faible revenu	44,7 ^a
Revenu moyen-faible	49,9 ^a
Revenu moyen-élevé ou élevé	54,1 ^a
Zone de résidence	
Zone urbaine	50,0
Zone semi-urbaine	54,0
Zone rurale	50,6

a-c Pour une caractéristique donnée, exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022

Tableau 6

Proportion de bébés allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance selon certaines caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Total	50,5
Indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse	
Poids insuffisant ou normal	55,6 ^a
Embonpoint	48,4 ^a
Obésité	38,4 ^a
Gain de poids durant la grossesse ²	
Inférieur au gain recommandé	50,1
Recommandé	52,6
Supérieur au gain recommandé	49,6
Mode de conception	
Grossesse par procréation médicalement assistée	63,5 ^a
Grossesse spontanée	50,6 ^a
Type de grossesse	
Grossesse simple	51,3 ^a
Grossesse multiple	17,5* ^a
Hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante	
Oui	37,6 ^a
Non	51,4 ^a
Diabète gestationnel ou diabète de type 1 ou 2	
Oui	38,9 ^a
Non	52,7 ^a
La mère avait l'intention d'allaiter	
Oui	56,3 ^a
Non	10,4 ^a
Diagnostic de dépression chez la mère durant la grossesse	
Oui	25,8** ^a
Non	50,6 ^a
La mère fumait la cigarette durant la grossesse	
Oui	32,9 ^a
Non	51,9 ^a
La mère consommait de l'alcool au moins une fois par semaine durant la grossesse	
Oui	50,3
Non	64,4*
La mère a consommé du cannabis durant la grossesse	
Oui	42,1
Non	50,5

Suite à la page 31

Tableau 6 (suite)

Proportion de bébés allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance selon certaines caractéristiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Moment de la première consultation³	
12 semaines de grossesse ou moins	50,3
13 semaines de grossesse ou plus	51,2
Type de professionnel de santé qui a suivi la grossesse	
Médecin spécialiste	50,4
Médecin de famille	50,0
Sage-femme	56,0
Participation à des cours prénataux pendant la grossesse	
Oui	53,1
Non	49,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

a-b Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

2. Le taux de non-réponse partielle pour cette variable est de 7,6 %. L'analyse des caractéristiques des non-répondants indique que la proportion de bébés dont la mère a eu un gain de poids supérieur au gain recommandé est possiblement légèrement sous-estimée.

3. Le taux de non-réponse partielle pour cette variable est de 5,7 %. L'analyse des caractéristiques des non-répondants indique que la proportion de bébés dont la mère a eu une première consultation de suivi de grossesse à partir de la 13^e semaine est possiblement légèrement sous-estimée.

Sources : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des services sociaux.

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022.

Tableau 7

Proportion de bébés allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance selon certaines caractéristiques liées à l'accouchement et à la période postnatale, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Total	50,5
Mode d'accouchement	
Voie basse	54,7 ^a
Césarienne	38,3 ^a
Déclenchement du travail	
Oui	48,3 ^a
Non	51,7 ^a
Prééclampsie sévère ou éclampsie	
Oui	24,5 ^{** a}
Non	50,7 ^a
Déchirure obstétricale du périnée	
Oui	54,2 ^a
Non	45,3 ^a
Hémorragie du post-partum	
Oui	44,4 ^a
Non	51,2 ^a
Présence du père durant l'accouchement	
Oui	50,9
Non	44,4 [*]
Sexe de l'enfant	
Garçon	50,2
Fille	50,7
Premier enfant de la mère	
Oui	45,8 ^a
Non	54,3 ^a
Enfant né prématurément	
Oui	17,3 ^a
Non	52,4 ^a
Enfant de faible poids à la naissance	
Oui	19,0 ^a
Non	52,4 ^a
Score d'Apgar à 5 minutes en dessous de la normale	
Oui	29,8 ^a
Non	51,6 ^a

Suite à la page 33

Tableau 7 (suite)

Proportion de bébés allaités exclusivement durant le séjour hospitalier de naissance selon certaines caractéristiques liées à l'accouchement et à la période postnatale, enfants¹ nés à l'hôpital, Québec, 2021-2022

	%
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	
Oui	49,3
Non	50,9
Détresse respiratoire du nouveau-né	
Oui	35,2 ^a
Non	51,4 ^a
Admission du nouveau-né aux soins intensifs	
Oui	23,8 ^a
Non	51,9 ^a

a Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Nés au Québec en 2020-2021.

Sources : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022

Tableau 8

Liste des variables considérées dans les analyses

	Analyses bivariées	Analyses de régression logistique	Modèle de régression final
Caractéristiques sociodémographiques			
Âge de la mère à la naissance de l'enfant	X	X	
Lieu de naissance de la mère	X		
Plus haut diplôme obtenu par la mère	X	X	X
Âge du père à la naissance de l'enfant	X		
Lieu de naissance du père	X		
Plus haut diplôme obtenu par le père	X		
Situation de famille	X	X	
Niveau de revenu du ménage	X	X	
Zone de résidence	X		
Caractéristiques sociodémographiques liées à la période précédant la grossesse et à la période prénatale			
Indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse	X	X	X
Gain de poids durant la grossesse	X		
Mode de conception ¹	X	X	X
Type de grossesse ¹	X	X	
Hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante ¹	X	X	X
Diabète gestationnel ou diabète de type 1 ou 2 ¹	X	X	X
La mère avait l'intention d'allaiter	X	X	X
Diagnostic de dépression chez la mère durant la grossesse	X	X	X
La mère fumait la cigarette durant la grossesse	X	X	X
La mère consommait de l'alcool au moins une fois par semaine durant la grossesse	X		
La mère a consommé du cannabis durant la grossesse	X		
Moment de la première consultation	X		
Type de professionnel de santé qui a suivi la grossesse	X		
Participation à des cours prénataux pendant la grossesse	X		X
Caractéristiques sociodémographiques liées à l'accouchement et à la période postnatale			
Mode d'accouchement ¹	X	X	X
Déclenchement du travail ¹	X	X	
Prééclampsie sévère ou éclampsie ¹	X	X	
Déchirure obstétricale du périnée ¹	X	X	
Hémorragie du post-partum ¹	X	X	
Présence du père durant l'accouchement	X		
Sexe de l'enfant	X		
Premier enfant de la mère	X	X	X
Enfant né prématurément	X	X	X
Enfant de faible poids à la naissance	X	X	
Score d'Apgar à 5 minutes en dessous de la normale		X	X
Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques ¹	X		
Détresse respiratoire du nouveau-né ¹	X	X	
Admission du nouveau-né aux soins intensifs ¹	X	X	

1. Variables provenant de MED-ÉCHO.

Sources : Données sur la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) des enfants de l'ELDEQ 2 et de leur mère, extraction de données faite à l'ISQ en juillet 2025 à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques

Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 2^e édition, 2021-2022

Annexe 2

Description des variables

Accouchement instrumental ou assisté

L'accouchement vaginal assisté est un accouchement vaginal nécessitant l'utilisation d'instruments obstétricaux, comme les forceps ou la ventouse obstétricale, afin de faciliter la naissance lorsque la progression du travail est compromise ou qu'il existe un risque pour la mère ou le fœtus.

Allaitement et allaitement exclusif

Les informations sur l'alimentation du bébé ont été recueillies lors de la collecte du premier passage de l'étude, alors que le bébé était âgé d'environ 5 mois. L'alimentation du bébé à l'hôpital a été mesurée au moment de l'entretien avec la mère, à partir des questions suivantes :

- « Pendant son séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance, (prénom bébé) a-t-il/elle reçu du lait maternel au moins une fois ? ».
- « Pendant son séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance, (prénom bébé) a-t-il/elle reçu des préparations commerciales pour nourrissons ? ».
- « Pendant son séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance, (prénom bébé) a-t-il/elle reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane ? ».

Les réponses fournies par les mères ont été utilisées pour définir plusieurs modes d'alimentation du bébé à la naissance :

- **Allaitement** : l'allaitement signifie que l'enfant reçoit du lait maternel avec ou sans autres liquides ou aliments solides.
- **Allaitement exclusif** : l'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel uniquement (y compris du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait). Il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments.

Déclenchement du travail

Le déclenchement du travail correspond à une intervention obstétricale visant à provoquer artificiellement le début du travail avant son installation spontanée, par des moyens pharmacologiques comme l'administration d'agents ocytotiques ou de prostaglandines ou de méthodes mécaniques, notamment la rupture artificielle des membranes.

Faible poids de naissance

Le faible poids de naissance est défini comme un poids inférieur à 2 500 grammes (2,5 kg) à la naissance, quel que soit l'âge gestationnel. Il peut être lié à une prématurité, à un retard de croissance intra-utérin ou aux deux.

Gain de poids durant la grossesse

Le gain de poids est établi en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) qu'a la femme avant d'être enceinte. Par exemple, durant une grossesse simple, la prise de poids recommandée varie :

- de 12,5 à 18 kg (de 28 à 40 lb) si l'IMC représente un poids insuffisant ;
- de 11,5 à 16 kg (de 25 à 35 lb) si l'IMC représente un poids normal ;
- de 7 à 11,5 kg (de 15 à 25 lb) si l'IMC représente une situation d'embonpoint ;
- de 5 à 9 kg (de 11 à 20 lb) si l'IMC représente une situation d'obésité.

Indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse

L'indice de masse corporelle (IMC) est un rapport poids/taille qui est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Il signale l'existence de risques pour la santé à long terme chez les personnes ayant un poids insuffisant ou excessif. Le système canadien de classification du poids comporte quatre catégories d'intervalles de l'IMC :

- poids insuffisant : IMC inférieur à 18,5 ;
- poids normal : IMC entre 18,5 et 24,9 ;
- embonpoint : IMC entre 25,0 et 29,9 ;
- obésité : IMC égal ou supérieur à 30,0.

Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques

Il s'agit d'anomalies morphologiques ou fonctionnelles présentes à la naissance, résultant d'un développement embryonnaire ou fœtal anormal, et pouvant affecter les organes, les différentes parties du corps ou le patrimoine chromosomique (malformations cardiaques, fente labio-palatine, pied bot, trisomie 21, etc.).

Niveau de revenu du ménage

L'indicateur de revenu utilisé dans cette publication est un indicateur basé sur la mesure de faible revenu (MFR), une mesure relative qui est déterminée à l'aide du revenu avant impôt de tous les membres d'un ménage et du nombre de personnes qui composent ce ménage. La MFR correspond à un pourcentage fixe (50 %) du revenu ménager médian qui est ajusté en fonction du nombre de personnes dans le ménage.

L'indicateur de revenu du ménage utilisé dans cette publication est généralement divisé en trois catégories :

1. ménage à faible revenu : le revenu est sous le seuil de la mesure de faible revenu ;
2. ménage à revenu moyen-faible : le revenu est égal ou supérieur au seuil de la mesure de faible revenu, mais inférieur à deux fois le seuil ;
3. ménage à revenu moyen-élevé (le revenu est égal ou supérieur au double du seuil, mais inférieur à trois fois le seuil) ou à revenu élevé (le revenu est égal ou supérieur à trois fois le seuil).

Plus haut diplôme obtenu

Les parents ont été interrogés sur le plus haut diplôme qu'ils ont obtenu. Les différents types de diplôme ont été classés en quatre catégories de la façon suivante :

1. aucun diplôme ;
2. diplôme de niveau secondaire : inclut le diplôme d'études secondaires (DES), le certificat ou le diplôme d'une école de métiers ou d'un centre de formation professionnelle ;
3. diplôme de niveau collégial : inclut le diplôme d'études collégiales (DEC), l'attestation d'études collégiales (AEC) et le certificat d'études collégiales (CEC) ;
4. diplôme de niveau universitaire : inclut le baccalauréat, la maîtrise, le doctorat, les attestations, les certificats et les diplômes de premier cycle et des cycles supérieurs.

Prématuré

Un prématuré est un nouveau-né né avant 37 semaines de gestation, calculées à partir de la date des dernières règles.

Procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée désigne l'ensemble des techniques médicales utilisées pour aider un couple ou une personne à concevoir un enfant lorsqu'une grossesse naturelle est difficile ou impossible. Elle comprend notamment l'induction d'ovulation, l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV) et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI).

Score d'Apgar

Le test d'Apgar est une méthode rapide pour évaluer un nouveau-né immédiatement après la naissance. Il est effectué à 1 et à 5 minutes de vie de l'enfant (à 10 minutes aussi, selon la pratique courante) et permet d'évaluer cinq éléments spécifiques, soit la fréquence cardiaque, la respiration, le tonus musculaire, les réactions aux stimulations et la coloration. Chaque paramètre peut être noté sur une échelle de 0 à 2 selon les conditions observées. Les résultats sont ensuite additionnés pour donner une note sur 10. À 5 minutes, un score de 7 à 10 est considéré comme normal, un score de 4 à 6, intermédiaire et un score de 0 à 3, bas.

Zone de résidence

La zone de résidence donne une idée du niveau d'urbanisation du secteur dans lequel résidaient les bébés et leur famille au moment de l'enquête. Elle est déterminée à partir de la correspondance du code postal de la résidence des parents et des limites géographiques des régions métropolitaines de recensement (RMR) (100 000 habitants ou plus), des agglomérations de recensement (AR) (entre 10 000 et moins de 100 000 habitants) et des subdivisions de recensement (SDR) hors RMR-AR (de moins de 10 000 habitants) du Recensement canadien de 2021¹. Dans cette publication, l'indicateur est généralement divisé en quatre catégories :

1. région métropolitaine de Montréal (100 000 habitants ou plus) ;
2. autre région métropolitaine (100 000 habitants ou plus) ;
3. zone semi-urbaine (entre 10 000 et moins de 100 000 habitants) ;
4. zone rurale (moins de 10 000 habitants).

1. Pour plus d'information sur cet indicateur, consulter le site Web de Statistique Canada : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2021001/geo/cma-rmr/cma-rmr-fra.htm.

Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2024, mise à jour le 2024-10-31). *Tableau de bord sur l'allaitement au Canada*, [En ligne]. [sante-infobase.canada.ca/allaitement/] (Consulté le 4 mai 2026).
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2021). "Barriers to Breastfeeding: Supporting Initiation and Continuation of Breastfeeding: ACOG Committee Opinion, Number 821", *Obstetrics & Gynecology*, [En ligne], vol. 137, n° 2, p.e54-e62. doi : [10.1097/aog.00000000000004249](https://doi.org/10.1097/aog.00000000000004249). (Consulté le 4 mai 2026).
- BARNES, M. (2013). "Experiences of birth and breastfeeding following assisted conception", *Breastfeeding Review*, [En ligne], vol. 21, n° 1, p.9-15. (Consulté le 4 mai 2026).
- BARRERA, C. M., et autres (2019). "Fertility treatment use and breastfeeding outcomes", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [En ligne], vol. 220, n° 3, mars, p.261.e261-261.e267. doi : [10.1016/j.ajog.2018.11.1100](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.1100). (Consulté le 4 mai 2026).
- BARRINGTON, K. J., et A. JANVIER (2013). "The paediatric consequences of Assisted Reproductive Technologies, with special emphasis on multiple pregnancies", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 102, n° 4, avril, p.340-348. doi : [10.1111/apa.12145](https://doi.org/10.1111/apa.12145). (Consulté le 4 mai 2026).
- BEAUREGARD, J. L., et autres (2022). "Maternity Care Practices and Breastfeeding Intentions at One Month Among Low-Income Women", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 149, n° 4. doi : [10.1542/peds.2021-052561](https://doi.org/10.1542/peds.2021-052561). (Consulté le 4 mai 2026).
- BINNS, C., M. LEE et W. Y. LOW (2016). "The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding", *Asia Pacific Journal of Public Health*, [En ligne], vol. 28, n° 1, janvier, p. 7-14. doi : [10.1177/1010539515624964](https://doi.org/10.1177/1010539515624964). (Consulté le 4 mai 2026).
- BLOMQUIST, H. K., et autres (1994). "Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 83, n° 11, novembre, p. 1122-1126. doi : [10.1111/j.1651-2227.1994.tb18263.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb18263.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- BONET, M., L. FOIX L'HÉLIAS et B. BLONDEL (2008). « Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003 », *Archives de Pédiatrie*, [En ligne], vol. 15, n° 9, septembre, p. 1407-1415. doi : [10.1016/j.arcped.2008.06.014](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.06.014). (Consulté le 4 mai 2026).
- BOOKHART, L. H., et autres (2023). "Factors Associated with In-Hospital Exclusive Breastfeeding Among a Racially and Ethnically Diverse Patient Population", *Breastfeed Med*, [En ligne], vol. 18, n° 10, octobre, p. 751-758. doi : [10.1089/bfm.2023.0115](https://doi.org/10.1089/bfm.2023.0115). (Consulté le 4 mai 2026).

- BOUCHER, O., et autres (2017). "Association between breastfeeding duration and cognitive development, autistic traits and ADHD symptoms: a multicenter study in Spain", *Pediatric Research*, [En ligne], vol. 81, n° 3, mars, p. 434-442. doi : [10.1038/pr.2016.238](https://doi.org/10.1038/pr.2016.238). (Consulté le 4 mai 2026).
- BOYER, T., et autres (2026). "The fertility cascade: infertility prevalence, access to treatment, and successful live birth", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, [En ligne], vol. 234, n° 1, p. 158-171. doi : [10.1016/j.ajog.2025.08.016](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.08.016). (Consulté le 4 mai 2026).
- BRANDT, G. P., et autres (2021). "Factors Associated with Exclusive Breastfeeding in a Maternity Hospital Reference in Humanized Birth", *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, [En ligne], vol. 43, n° 2, février, p. 91-96. doi : [10.1055/s-0040-1718450](https://doi.org/10.1055/s-0040-1718450). (Consulté le 4 mai 2026).
- CATO, K., et autres (2019). "Antenatal depressive symptoms and early initiation of breastfeeding in association with exclusive breastfeeding six weeks postpartum: a longitudinal population-based study", *BMC Pregnancy Childbirth*, [En ligne], vol. 19, n° 1, janvier, p. 49. doi : [10.1186/s12884-019-2195-9](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2195-9). (Consulté le 4 mai 2026).
- CHEN, T.-L., et L.-Y. CHIEN (2022). "Feeding self-efficacy and feeding outcome expectancy mediate the association between maternal depressive symptoms and responsive feeding", *Acta Psychologica*, [En ligne], vol. 230, octobre, p. 103-755. doi : [10.1016/j.actpsy.2022.103755](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103755). (Consulté le 4 mai 2026).
- CHERTOK, I. A., et autres (2022). "Factors associated with exclusive breastfeeding at discharge during the COVID-19 pandemic in 17 WHO European Region countries", *International Breastfeeding Journal*, [En ligne], vol. 17, n° 1, décembre, p. 83. doi : [10.1186/s13006-022-00517-1](https://doi.org/10.1186/s13006-022-00517-1). (Consulté le 4 mai 2026).
- CHOONIEDASS, R., et autres (2022). "Factors associated with breast-feeding initiation and continuation in Canadian-born and non-Canadian-born women: a multi-centre study", *Public Health Nutrition*, [En ligne], vol. 25, n° 10, p. 2822-2833. doi : [10.1017/S1368980021004699](https://doi.org/10.1017/S1368980021004699). (Consulté le 4 mai 2026).
- CHOWDHURY, R., et autres (2015). "Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 104, n° 467, décembre, p. 96-113. doi : [10.1111/apa.13102](https://doi.org/10.1111/apa.13102). (Consulté le 4 mai 2026).
- CLARK, S. G., E. J. ANDREWS et A. E. LAMBERT (2024). "Enhancing Health Professionals' Competencies to Support Breastfeeding Mothers in Quebec, Canada: A Case by Isabelle Michaud-Létourneau, Jacqueline Wassef, Julie Lauzière, Laura Rosa Pascual, Marion Gayard, and Micheline Beaudry", dans CLARK, S. G., E. J. ANDREWS et A. E. LAMBERT, *Policy Sciences and the Human Dignity Gap: Problem Solving for Citizens and Leaders*, Cham, Springer Nature Switzerland, p. 239-249.
- COO, S., et autres (2020). "The Role of Perinatal Anxiety and Depression in Breastfeeding Practices", *Breastfeed Med*, [En ligne], vol. 15, n° 8, août, p. 495-500. doi : [10.1089/bfm.2020.0091](https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0091). (Consulté le 4 mai 2026).

- COSTIN, M. R., et autres (2024). "The Role of Maternal Depression Symptoms and Maternal Attachment in Predicting Exclusive Breastfeeding: A Multisite Prospective Study", *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 33, n° 2, p. 187-197. doi : [10.1089/jwh.2023.0076](https://doi.org/10.1089/jwh.2023.0076). (Consulté le 4 mai 2026).
- CUMMINS, L., S. MEEDYA et V. WILSON (2022). "Factors that positively influence in-hospital exclusive breastfeeding among women with gestational diabetes: An integrative review", *Women and Birth*, [En ligne], vol. 35, n° 1, p. 3-10. doi : [10.1016/j.wombi.2021.03.005](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.005). (Consulté le 16 mars 2026).
- DECLERCQ, E., et autres (2009). "Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed", *American Journal of Public Health*, [En ligne], vol. 99, n° 5, p. 929-935. doi : [10.2105/ajph.2008.135236](https://doi.org/10.2105/ajph.2008.135236). (Consulté le 4 mai 2026).
- DENNIS, C.-L. (2002). "Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, [En ligne], vol. 31, n° 1, 2002/01/01/, p. 12-32. doi : [10.1111/j.1552-6909.2002.tb00019.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00019.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- DENNIS, C. L., et K. MCQUEEN (2009). "The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 123, n° 4, avril, p.e736-751. doi : [10.1542/peds.2008-1629](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629). (Consulté le 4 mai 2026).
- DEWANTI, L. P., et A. NOVIANTI (2022). "Exclusive Breast-feeding Intention of Pregnant Mother in the region of Kebon Jeruk District West Jakarta Public Health Center", *International Journal of Nursing and Health Services*, [En ligne], vol. 5, n° 1, p.1-7. doi : [10.35654/ijnhs.v5i1.471](https://doi.org/10.35654/ijnhs.v5i1.471). (Consulté le 4 mai 2026).
- DJEHA, A. X., C. DOUCET et A. LAVOIE (2024). *La santé, l'alimentation et le sommeil des bébés. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/sante-alimentation-sommeil-bebes-portrait-grandir-au-quebec.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- DUIJTS, L., M. K. RAMADHANI et H. A. MOLL (2009). "Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review", *Maternal & Child Nutrition*, [En ligne], vol. 5, n° 3, juillet, p. 199-210. doi : [10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x](https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- FAN, Y. W., et autres (2025). "Impact of baby-friendly hospital initiatives on breastfeeding outcomes: Systematic review and meta-analysis", *Women and Birth*, [En ligne], vol. 38, n° 2. doi : [10.1016/j.wombi.2025.101881](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101881). (Consulté le 23 avril 2026).
- FERRAZ, A. I. B., et autres (2026). "COVID-19 pandemic impact on breastfeeding rates in a Baby-Friendly hospital in Portugal", *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [En ligne], vol. 26, p.e20250308. doi : [10.1590/1806-9304202620250308-en](https://doi.org/10.1590/1806-9304202620250308-en). (Consulté le 4 mai 2026).

- FISHER, J., et autres (2013). "Assisted conception, maternal age and breastfeeding: an Australian cohort study", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 102, n° 10, octobre, p. 970-976. doi : [10.1111/apa.12336](https://doi.org/10.1111/apa.12336). (Consulté le 4 mai 2026).
- FORSTER, D. A., et autres (2015). "Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study", *BMJ Open*, [En ligne], vol. 5, n° 5, p.e007512. doi : [10.1136/bmjopen-2014-007512](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007512). (Consulté le 4 mai 2026).
- FRANCIS, J., E. GELNER et D. DICKTON (2024). "Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Window into Breastfeeding Outcomes in Varied Healthcare Systems", *Nutrients*, [En ligne], vol. 16, n° 19, p. 3239. doi : [10.3390/nu16193239](https://doi.org/10.3390/nu16193239). (Consulté le 4 mai 2026).
- GUAJARDO-VILLAR, A., et autres (2024). "The impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding rates at maternity units in France", *International Journal of Epidemiology*, [En ligne], vol. 53, n° 3. doi : [10.1093/ije/dyae080](https://doi.org/10.1093/ije/dyae080). (Consulté le 16 mars 2026).
- GÜNGÖR, D., et autres (2019). "Infant milk-feeding practices and childhood leukemia: a systematic review", *The American Journal of Clinical Nutrition*, [En ligne], vol. 109, n° Suppl_7, mars, p. 757s-771s. doi : [10.1093/ajcn/nqy306](https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy306). (Consulté le 4 mai 2026).
- HABTE, M. B., et autres (2025). "Effectiveness of Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Initiation and Exclusive Breastfeeding Practice: Systematic Review and Meta-Analysis", *Nutrients*, [En ligne], vol. 17, n° 14, juillet. doi : [10.3390/nu17142283](https://doi.org/10.3390/nu17142283). (Consulté le 4 mai 2026).
- HAIEK, L. N., et autres (2006). « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom santé*, [En ligne], octobre, Institut de la statistique du Québec, 4 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-1-lallaitement-maternel-au-quebec-coup-doeil-sur-les-pratiques-provinciales-et-regionales.pdf].
- HAMMARBERG, K., et autres (2011). "Breastfeeding after assisted conception: a prospective cohort study", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 100, n° 4, p. 529-533. doi : [10.1111/j.1651-2227.2010.02095.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02095.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- HANSEN, M., et C. BOWER (2014). "The impact of assisted reproductive technologies on intra-uterine growth and birth defects in singletons", *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, [En ligne], vol. 19, n° 4, août, p. 228-233. doi : [10.1016/j.siny.2014.03.002](https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.03.002). (Consulté le 4 mai 2026).
- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2024). *L'allaitement maternel, Rapport*, [En ligne], Paris, Haut Conseil de la santé publique, 222 p. [www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20240612_lallaitementmaternel.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- HOBBS, A. J., et autres (2016). "The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum", *BMC Pregnancy Childbirth*, [En ligne], vol. 16, avril, p. 90. doi : [10.1186/s12884-016-0876-1](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1). (Consulté le 4 mai 2026).

- HOLMES, A. V., P. AUINGER et C. R. HOWARD (2011). "Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breast-feeding duration from the National Health and Nutrition Examination Survey", *J Pediatr*, [En ligne], vol. 159, n° 2, août, p. 186-191. doi : [10.1016/j.jpeds.2011.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.02.006). (Consulté le 4 mai 2026).
- HORSLEY, K., et autres (2019). "The Association Between Pregnancy-Specific Anxiety and Exclusive Breastfeeding Status Early in the Postpartum Period", *Journal of Human Lactation*, [En ligne], vol. 35, n° 4, p. 729-736. doi : [10.1177/0890334419838482](https://doi.org/10.1177/0890334419838482). (Consulté le 4 mai 2026).
- HOSMER, D. W., et S. LEMESHOW (1989). *Applied Logistic Regression*, New York, Wiley, 307 p.
- IBANEZ, G., et autres (2012). « Prevalence of breastfeeding in industrialized countries », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, [En ligne], vol. 60, n° 4, août, p. 305-320. doi : [10.1016/j.respe.2012.02.008](https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.02.008). (Consulté le 4 mai 2026).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2024a, mise à jour le 10 octobre 2024). *Portrait des accouchements au Québec*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/preparation-accouchement/portrait] (Consulté le 4 mai 2026).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2024 b). *Tabagisme et maternité*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac/allaitement] (Consulté le 4 mai 2026).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2025). *Portrait de l'allaitement au Québec*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/allaitement/portrait] (Consulté le 4 mai 2026).
- ISSANY, A., et autres (2022). "Reciprocal Associations Between Maternal Smoking Cessation and Breastfeeding", *Breastfeed Med*, [En ligne], vol. 17, n° 3, mars, p. 226-232. doi : [10.1089/bfm.2021.0199](https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0199). (Consulté le 4 mai 2026).
- JUAN, J., et autres (2022). "Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes", *Children*, [En ligne], vol. 9, n° 11, p. 1742. doi : [10.3390/children9111742](https://doi.org/10.3390/children9111742). (Consulté le 4 mai 2026).
- KALHOR, M., et autres (2025). "Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis", *International Breastfeeding Journal*, [En ligne], vol. 20, n° 1, juillet, p. 52. doi : [10.1186/s13006-025-00744-2](https://doi.org/10.1186/s13006-025-00744-2). (Consulté le 4 mai 2026).
- KERSUZAN, C., et autres (2014). « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire-BEH*, [En ligne], n° 27, p. 440-449. [hal.science/hal-01190119v1] (Consulté le 4 mai 2026).

- KERVIN, B. E., L. KEMP et L. J. PULVER (2010). "Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours", *Journal of Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 46, n° 3, mars, p. 85-91. doi : [10.1111/j.1440-1754.2009.01643.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01643.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- KRAMER, M. S., et autres (2008). "Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial", *Archives of General Psychiatry*, [En ligne], vol. 65, n° 5, p. 578-584. doi : [10.1001/archpsyc.65.5.578](https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.578). (Consulté le 11 mars 2026).
- KRAMER, M. S., et R. KAKUMA (2012). "Optimal duration of exclusive breastfeeding", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 8. doi : [10.1002/14651858.CD003517.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2). (Consulté le 4 mai 2026).
- LAVOIE, A., et S. DALY (2024). *L'expérience périnatale des parents. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 103 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/experience-perinatale-parents-portrait-grandir-au-quebec.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- LE LOUS, M., et H. TORCHIN (2020). « Tabagisme et allaitement—Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, [En ligne], vol. 48, n° 7-8, p. 612-618. doi : [10.1016/j.gofs.2020.03.032](https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.032). (Consulté le 4 mai 2026).
- LECHOSA MUÑIZ, C., et autres (2019). "Impact of Maternal Smoking on the Onset of Breastfeeding versus Formula Feeding: A Cross-Sectional Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [En ligne], vol. 16, n° 24, p. 4888. doi : [10.3390/ijerph16244888](https://doi.org/10.3390/ijerph16244888). (Consulté le 4 mai 2026).
- LECLAIR, E., et autres (2015). "Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study", *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, [En ligne], vol. 28, n° 6, p. 516-521. doi : [10.1016/j.jpjag.2015.03.007](https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2015.03.007). (Consulté le 13 avril 2026).
- LIU, C., et autres (2024). "Breastfeeding Barriers for Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit Environments: A Systematic Assessment and Meta-Analysis", *Breastfeeding Medicine*, [En ligne], vol. 19, n° 7, p. 505-514. doi : [10.1089/bfm.2024.0041](https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0041). (Consulté le 4 mai 2026).
- LIU, F., et autres (2022). "Breastfeeding and overweight/obesity among children and adolescents: a cross-sectional study", *BMC Pediatrics*, [En ligne], vol. 22, n° 1, juin, p. 347. doi : [10.1186/s12887-022-03394-z](https://doi.org/10.1186/s12887-022-03394-z). (Consulté le 4 mai 2026).
- LIU, L., et autres (2023). "The impact of antenatal depressive symptoms on exclusive breastfeeding intention: A moderating effect analysis", *Midwifery*, [En ligne], vol. 116, janvier, p. 103551. doi : [10.1016/j.midw.2022.103551](https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103551). (Consulté le 4 mai 2026).

- LOGAN, C. A., D. ROTHENBACHER et J. GENUONEIT (2017). "Postpartum Smoking Relapse and Breast Feeding Defining the Window of Opportunity for Intervention", *Nicotine & Tobacco Research*, [En ligne], vol. 19, n° 3, p.367-372. doi : [10.1093/ntr/ntw224](https://doi.org/10.1093/ntr/ntw224). (Consulté le 23 avril 2026).
- LONGMORE, D. K., et autres (2020). "Associations of gestational diabetes and type 2 diabetes during pregnancy with breastfeeding at hospital discharge and up to 6 months: the PANDORA study", *Diabetologia*, [En ligne], vol. 63, n° 12, décembre, p. 2571-2581. doi : [10.1007/s00125-020-05271-9](https://doi.org/10.1007/s00125-020-05271-9). (Consulté le 4 mai 2026).
- LUMBIGANON, P., et autres (2016). "Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], vol. 12, n° 12, décembre, p. Cd006425. doi : [10.1002/14651858.CD006425.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub4). (Consulté le 4 mai 2026).
- MARCONI, N., et autres (2022). "Obstetric and perinatal outcomes of singleton pregnancies after blastocyst-stage embryo transfer compared with those after cleavage-stage embryo transfer: a systematic review and cumulative meta-analysis", *Human Reproduction Update*, [En ligne], vol. 28, n° 2, p. 255-281. doi : [10.1093/humupd/dmab042](https://doi.org/10.1093/humupd/dmab042). (Consulté le 4 mai 2026).
- MARÍN GABRIEL, M. A., et autres (2021). "Baby Friendly Hospital Initiative Breastfeeding Outcomes in Mothers with COVID-19 Infection During the First Weeks of the Pandemic in Spain", *Journal of Human Lactation*, [En ligne], vol. 37, n° 4, p. 639-648. doi : [10.1177/08903344211039182](https://doi.org/10.1177/08903344211039182). (Consulté le 4 mai 2026).
- MARÍN GABRIEL, M. Á., et autres (2023). "Association of the presence of a COVID-19 infection at the time of birth and the rates of exclusive breastfeeding upon discharge in BFHI hospitals: a multicenter, prospective cohort study", *International Breastfeeding Journal*, [En ligne], vol. 18, n° 1, octobre, p.54. doi : [10.1186/s13006-023-00590-0](https://doi.org/10.1186/s13006-023-00590-0). (Consulté le 4 mai 2026).
- MATTHEWS, H., et autres (2024). "Exclusive Breastfeeding Rates Upon Hospital Discharge at a Tertiary Centre Prior to and During the COVID-19 Pandemic", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, [En ligne], vol. 46, n° 12. doi : [10.1016/j.jogc.2024.102669](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102669). (Consulté le 13 mars 2026).
- MCDONALD, S. D., et autres (2012). "Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge", *Obstetrics & Gynecology*, [En ligne], vol. 119, n° 6, juin, p. 1171-1179. doi : [10.1097/AOG.0b013e318256194b](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318256194b). (Consulté le 4 mai 2026).
- MEEDYA, S., K. FAHY et A. KABLE (2010). "Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review", *Women Birth*, [En ligne], vol. 23, n° 4, décembre, p. 135-145. doi : [10.1016/j.wombi.2010.02.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002). (Consulté le 4 mai 2026).
- MEEK, J. Y., et L. NOBLE (2022). "Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 150, n° 1, juillet. doi : [10.1542/peds.2022-057989](https://doi.org/10.1542/peds.2022-057989). (Consulté le 4 mai 2026).

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, [En ligne], Gouvernement du Québec, 126 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-216-01.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Rapport d'évaluation Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*, [En ligne], Gouvernement du Québec. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000658/] (Consulté le 11 mars 2026).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 Pour améliorer la santé de la population du Québec*. [En ligne], Gouvernement du Québec, 88 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Établissements « Amis des bébés »*, [En ligne]. [msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/etablissements-amis-des-bebes/] (Consulté le 4 mai 2026).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Programme national de santé publique 2025-2035. Pour un Québec en santé, équitable et résilient*, [En ligne], Gouvernement du Québec, 100 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2026). *Soutenir la progression vers l'allaitement directement au sein à l'unité néonatale*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003991/] (Consulté le 4 mai 2026).
- NARDELLA, D., et autres (2025). "Hypertensive Disorders of Pregnancy and Breastfeeding Among US Women", *JAMA Network Open*, [En ligne], vol. 8, n° 7, p. e2521902-e2521902. doi : [10.1001/jamanetworkopen.2025.21902](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21902). (Consulté le 16 mars 2026).
- NEJSUM, F. M., et autres (2023). "Exclusive breastfeeding: Relation to gestational age, birth weight, and early neonatal ward admission. A nationwide cohort study of children born after 35 weeks of gestation", *PloS one*, [En ligne], vol. 18, n° 5, p. e0285476. doi : [10.1371/journal.pone.0285476](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285476). (Consulté le 4 mai 2026).
- NOMMSEN-RIVERS, L. A., H. CETINKAYA et A. M. STUEBE (2023). "Enabling Breastfeeding for Women with Obesity", *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, [En ligne], vol. 12, n° 3, septembre, p. 147-157. doi : [10.1007/s13669-023-00365-8](https://doi.org/10.1007/s13669-023-00365-8). (Consulté le 4 mai 2026).
- O'SULLIVAN, E. J., et autres (2020). "Compared to women without obesity, women with obesity have reduced odds of breastfeeding initiation and breastfeeding at hospital discharge", *Proceedings of the Nutrition Society*, [En ligne], produit n° E344 au catalogue de Statistique Canada, vol. 79, n° OCE2, p.E 344. doi : [10.1017/S002966512000292X](https://doi.org/10.1017/S002966512000292X). (Consulté le 4 mai 2026).

- O'BRIEN, M., E. BUIKSTRA et D. HEGNEY (2008). "The influence of psychological factors on breastfeeding duration", *Journal of Advanced Nursing*, [En ligne], vol. 63, n° 4, p. 397-408. doi : [10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- ODDY, W. H. (2001). "Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence", *Breastfeed Review*, [En ligne], vol. 9, n° 2, juillet, p. 11-18. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11550600/] (Consulté le 4 mai 2026).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, [En ligne], 37 p. [iris.who.int/server/api/core/bitstreams/de735026-32f4-484e-a576-1ce6ab7c00da/content] (Consulté le 4 mai 2026).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2015). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, [En ligne], 8 p. [iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1c01d736-3369-4977-986d-0ebb3af76439/content] (Consulté le 4 mai 2026).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF) (2019). *Orientations de mise en œuvre : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018*, [En ligne], 64 p. [iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5eec6af3-11e5-4fc1-9299-2542556e9aad/content] (Consulté le 4 mai 2026).
- ÖZER ASLAN, İ., et autres (2025). "Impact of Delivery Method on Initiation and Continuation of Breastfeeding: A Prospective Cohort Study", *Children*, [En ligne], vol. 12, n° 8, p. 966. doi : [10.3390/children12080966](https://doi.org/10.3390/children12080966). (Consulté le 4 mai 2026).
- PATNODE, C. D., et autres (2025a). "Breastfeeding and Health Outcomes for Infants and Children: A Systematic Review", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 156, n° 1. doi : [10.1542/peds.2025-071516](https://doi.org/10.1542/peds.2025-071516). (Consulté le 4 mai 2026).
- PATNODE, C. D., et autres (2025 b). "Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force", *Jama*, [En ligne], vol. 333, n° 17, p. 1527-1537. doi : [10.1001/jama.2024.27267](https://doi.org/10.1001/jama.2024.27267). (Consulté le 4 mai 2026).
- PEREZ, M. R., et autres (2021). "Breastfeeding Practices and Problems Among Obese Women Compared with Nonobese Women in a Brazilian Hospital", *Womens Health Rep (New Rochelle)*, [En ligne], vol. 2, n° 1, p. 219-226. doi : [10.1089/whr.2021.0021](https://doi.org/10.1089/whr.2021.0021). (Consulté le 4 mai 2026).
- PERRINE, C. G., et autres (2012). "Baby-Friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 130, n° 1, p. 54-60. doi : [10.1542/peds.2011-3633](https://doi.org/10.1542/peds.2011-3633). (Consulté le 4 mai 2026).
- POUND, C. M., et S. L. UNGER (2012). "The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding", *Paediatrics & Child Health*, [En ligne], vol. 17, n° 6, juin, p. 317-327. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23730170/] (Consulté le 4 mai 2026).

- PRIOR, E., et autres (2012). "Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature", *The American Journal of Clinical Nutrition*, [En ligne], vol. 95, n° 5, p. 1113-1135. doi : [10.3945/ajcn.111.030254](https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254). (Consulté le 4 mai 2026).
- PRITCHARD, N. L., et autres (2026). "The impact of conception by in vitro fertilization on breastfeeding initiation and establishment among singleton infants: a statewide cohort study", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, [En ligne], vol. 234, n° 4, p. 1070-1090. doi : [10.1016/j.ajog.2025.11.034](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.11.034). (Consulté le 16 avril 2026).
- RAMJI, N., et autres (2016). "The Impact of Maternal Obesity on Breastfeeding", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, [En ligne], vol. 38, n° 8, p. 703-711. doi : [10.1016/j.jogc.2016.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.03.013). (Consulté le 16 mars 2026).
- REES, D. J., N. R. CARR et A. P. PONNAPAKKAM (2021). "Effect of Donor Breastmilk vs Formula Supplementation on Blood Glucose Levels in Neonates at Risk for Hypoglycemia", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 147, n° 3_MeetingAbstract, p. 330-332. doi : [10.1542/peds.147.3MA4.330](https://doi.org/10.1542/peds.147.3MA4.330). (Consulté le 4 mai 2026).
- RIVA, E., et autres (1999). "Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy", *Acta Paediatrica*, [En ligne], vol. 88, n° 4, avril, p. 411-415. doi : [10.1111/j.1651-2227.1999.tb01132.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01132.x). (Consulté le 4 mai 2026).
- ROLLINS, N. C., et autres (2016). "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?", *The Lancet*, [En ligne], vol. 387, n° 10017, p. 491-504. doi : [10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2). (Consulté le 12 avril 2026).
- ROSSITER, M. D., et S. E. EVERS (2013). "Infant feeding practices and children's weight status", *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, [En ligne], vol. 74, n° 3, automne, p. 107-113. doi : [10.3148/74.3.2013.107](https://doi.org/10.3148/74.3.2013.107). (Consulté le 4 mai 2026).
- SÁEZ, J. D., et autres (2022). "Influential Factors of Breastfeeding after Assisted Reproduction: A Spanish Cohort", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [En ligne], vol. 19, n° 5, p. 2673. doi : [10.3390/ijerph19052673](https://doi.org/10.3390/ijerph19052673). (Consulté le 4 mai 2026).
- SHAPIRO, K., et M. CONNOLLY (2022). "Factors Associated with First Formula Introduction in Infants of Mothers Who Intended to Exclusively Breastfeed", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 149, n° 1 Meeting Abstracts, février, p. 278. (Consulté le 4 mai 2026).
- SHEEHAN, D., et autres (1999). "Breastfeeding outcomes of women following uncomplicated birth in Hamilton-Wentworth", *Revue canadienne de santé publique*, [En ligne], vol. 90, n° 6, novembre-décembre, p. 408-411. doi : [10.1007/bf03404147](https://doi.org/10.1007/bf03404147). (Consulté le 4 mai 2026).
- SIMS, A. M., et autres (2015). "Surveying the knowledge, attitudes, and practices of District of Columbia ACOG members related to breastfeeding", *Breastfeeding Medicine*, [En ligne], vol. 10, n° 1, janvier-février, p. 63-68. doi : [10.1089/bfm.2014.0066](https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0066). (Consulté le 4 mai 2026).

- SKOUTERIS, H., et autres (2014). "Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review", *Breastfeeding Medicine*, [En ligne], vol. 9, n° 3, avril, p. 113-127. doi : [10.1089/bfm.2013.0081](https://doi.org/10.1089/bfm.2013.0081). (Consulté le 4 mai 2026).
- STATISTIQUE CANADA (2023). *Tableau : 13-10-0096-01 Caractéristiques de la santé, estimations annuelles*, [En ligne]. [www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310009601] (Consulté le 4 mai 2026).
- STUEBE, A. M., et K. BONUCK (2011). "What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population", *Breastfeed Med*, [En ligne], vol. 6, n° 6, décembre, p. 413-420. doi : [10.1089/bfm.2010.0088](https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0088). (Consulté le 4 mai 2026).
- SU, Q., et autres (2021). "Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis", *BMC Medicine*, [En ligne], vol. 19, n° 1, avril, p. 90. doi : [10.1186/s12916-021-01950-5](https://doi.org/10.1186/s12916-021-01950-5). (Consulté le 4 mai 2026).
- TAKANO, T., et autres (2024). "Association between in-hospital exclusive breastfeeding and subsequent exclusive breastfeeding until 6 months postpartum in Japan: A cross-sectional study", *PloS one*, [En ligne], vol. 19, n° 10, p. e0310967. doi : [10.1371/journal.pone.0310967](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310967). (Consulté le 4 mai 2026).
- TIERNEY, K., et Y. CAI (2019). "Assisted reproductive technology use in the United States: a population assessment", *Fertility and Sterility*, [En ligne], vol. 112, n° 6, p. 1136-1143.e1134. doi : [10.1016/j.fertnstert.2019.07.1323](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.1323). (Consulté le 4 mai 2026).
- TOAPANTA-PINTA, P. C., et autres (2025). "Maternal and neonatal factors associated with exclusive breastfeeding upon hospital discharge", *Revista Brasileira de Enfermagem*, [En ligne], vol. 78, n° suppl. 4, p. e20250196. doi : [10.1590/0034-7167-2025-0196](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0196). (Consulté le 4 mai 2026).
- TU, M. T., et J. POISSANT (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 140 p. [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2060_effets_rencontres_prenatales_groupe.pdf] (Consulté le 4 mai 2026).
- ULFA, Y., et autres (2023). "Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review", *Heliyon*, [En ligne], vol. 9, n° 6. doi : [10.1016/j.heliyon.2023.e16235](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16235). (Consulté le 16 mars 2026).
- VEREA-NUÑEZ, C., et autres (2024). "Factors Associated with Exclusive Breastfeeding during Admission to a Baby-Friendly Hospital Initiative Hospital: A Cross-Sectional Study in Spain", *Nutrients*, [En ligne], vol. 16, n° 11, p. 1679. doi : [10.3390/nu16111679](https://doi.org/10.3390/nu16111679). (Consulté le 4 mai 2026).
- VERRET-CHALIFOUR, J., et autres (2014). "68: Breastfeeding Initiation at Hospital Among Obese Women: The Role of Perinatal Factors", *Paediatrics & Child Health*, [En ligne], vol. 19, n° 6, p. e59-e59. doi : [10.1093/pch/19.6.e35-66](https://doi.org/10.1093/pch/19.6.e35-66). (Consulté le 16 mars 2026).

- VICTORA, C. G., et autres (2016). "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, [En ligne], vol. 387, n° 10017, p. 475-490. doi : [10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7). (Consulté le 12 avril 2026).
- VLACHOU, M., et autres (2024). "Smoking cessation intervention in puerperium: A systematic review and meta-analysis", *Pneumon*, [En ligne], vol. 37, n° 3, p. 1-12. doi : [10.18332/pne/189842](https://doi.org/10.18332/pne/189842). (Consulté le 4 mai 2026).
- WILSON, K., et autres (2022). "The association between duration of breastfeeding and childhood asthma outcomes", *Annals Allergy, Asthma & Immunology*, [En ligne], vol. 129, n° 2, août, p. 205-211. doi : [10.1016/j.anai.2022.04.034](https://doi.org/10.1016/j.anai.2022.04.034). (Consulté le 4 mai 2026).
- WOODWARD, L. J., et K. A. LIBERTY (2017). « Allaitement et développement psychosocial de l'enfant », *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, [En ligne], [www.enfant-encyclopedie.com/allaitement-maternel/selon-experts/allaitement-et-developpement-psychosocial-de-lenfant] (Consulté le 4 mai 2026).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*, [En ligne]. [iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4183c5ad-3944-4b87-8a55-1c76b7d9b277/content] (Consulté le 4 mai 2026).
- ZHANG, K., et autres (2022). "Breastfeeding duration is positively associated with decreased smoking relapse in the postpartum period", *Midwifery*, [En ligne], vol. 108, mai, p. 103289. doi : [10.1016/j.midw.2022.103289](https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103289). (Consulté le 4 mai 2026).

« Une organisation
statistique performante
au service d'une société
québécoise en évolution »

statistique.quebec.ca