

SOUTENIR LES FEMMES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT

SUIS-JE À LA HAUTEUR ?



Annie est la maman d'un enfant de 4 mois allaité exclusivement. Bébé se réveille une fois la nuit pour prendre le sein. Elle me demande si le recours à la formule commerciale la nuit lui permettrait de faire ses nuits. Mes compétences sont-elles à jour pour lui répondre adéquatement ?

Louise Dumas, Isabelle Michaud-Létourneau,
Jacqueline Wassef et Anne-Patricia Prévost

MÉDECIN DE FAMILLE ET ALLAITEMENT AU QUÉBEC

Selon Statistique Canada, près de 89% des femmes du Québec allaitent leur bébé dès la naissance¹. Cependant, peu d'entre elles allaitent exclusivement. En fait, plusieurs mères commencent à donner des préparations commerciales* durant leur séjour à l'hôpital, et à peine le quart des nourrissons sont allaités exclusivement au cours des six premiers mois². Les recommandations sur l'allaitement sont indiquées dans l'encadré 1³⁻⁵.

Pound et coll.⁶ ont confirmé l'importance du rôle du médecin de famille au Canada dans l'amorce et la poursuite de l'allaitement. Toutefois, les auteurs soulignent le manque de connaissances de ces derniers sur la physiologie de la lactation et le manque d'habiletés pour évaluer et améliorer l'allaitement du nourrisson à terme et en santé. Ces lacunes, souvent non perçues par les médecins, rendent difficile l'actualisation de leurs compétences pour qu'ils puissent intervenir en matière d'allaitement.

Le soutien à l'allaitement commence avant la naissance par une information juste et à jour et se poursuit durant la petite enfance. Peu importe le lieu où il œuvre, le médecin de famille rencontre des femmes enceintes, des mères et des enfants qu'il influence, consciemment ou non, par ses paroles, ses actions, ses attitudes. Or, en rehaussant ses compétences (connaissances, habiletés, attitudes), le médecin réussirait

* Les termes « formule », « substitut du lait maternel », « préparation commerciale », « préparation commerciale pour nourrisson », « PCN » et « lait artificiel » sont généralement utilisés pour décrire les laits produits en usine. On doit proscrire de notre langage le terme « lait maternisé » qui favorise le marketing des formules en comparant injustement le lait usiné au lait maternel.

ENCADRÉ 1

RECOMMANDATIONS PROVINCIALES, CANADIENNES ET INTERNATIONALES SUR L'ALLAITEMENT³⁻⁵

- a. Allaitement exclusif (uniquement du lait maternel) au cours des six premiers mois pour tous les bébés.
ET
- b. Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, après l'ajout graduel d'aliments complémentaires appropriés à partir de l'âge de 6 mois.

probablement à augmenter la durée de l'allaitement et le nombre de femmes optant pour l'allaitement exclusif, ce qui améliorerait l'état de santé des dyades mères/enfants⁷.

ÉLÉMENTS CLÉS POUR L'ALLAITEMENT

De multiples études décrivent deux éléments. D'une part, les femmes et leurs conjoints se préparent peu à « devenir parents », y compris en ce qui a trait aux soins de base de l'enfant et à l'allaitement. D'autre part, les jeunes familles reçoivent peu ou pas de soutien des professionnels de la santé périnatale et pédiatrique, y compris des médecins de famille⁸⁻¹⁰.

Le recours aux préparations commerciales durant le séjour hospitalier ou au cours des six premiers mois est préoccupant⁴. En effet, la plupart des professionnels de la santé considèrent que les préparations commerciales pour nourrissons sont aussi nutritives et sûres que le lait maternel⁶, ce qui est loin d'être le cas^{3,11-13}. La composition du lait maternel change selon que l'enfant est prématuré ou à terme, selon

M^{me} Louise Dumas, MSN, Ph. D., consultante pour l'OMS et l'UNICEF. M^{me} Isabelle Michaud-Létourneau, MPH, Ph. D., Dt. P., est professeure associée au Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. M^{me} Jacqueline Wassef, MPH, Ph. D., Dt. P., est professeure invitée dans ce même département. La D^{re} Anne-Patricia Prévost est médecin de famille au GMF-U de La Pommeraie, à Cowansville.

TABLEAU I

**RISQUES ÉTABLIS DU
NON-ALLAITEMENT POUR LE BÉBÉ
EN PAYS INDUSTRIALISÉS^{4,15,16}**

- ▶ Asthme (entre 5 et 18 ans)
- ▶ Cancers infantiles
- ▶ Colite ulcéreuse
- ▶ Dermatitis atopiques
- ▶ Développement cognitif moindre
- ▶ Développement neuromoteur moindre
- ▶ Diabète de type 1
- ▶ Diarrhées graves et persistantes
- ▶ Eczéma
- ▶ Entérocolite nécrosante
- ▶ Infections de toutes sortes au cours de la première année
- ▶ Infections des voies respiratoires inférieures
- ▶ Maladie de Crohn
- ▶ Malocclusions
- ▶ Mort subite du nourrisson
- ▶ Mortalité infantile toutes causes confondues
- ▶ Mortalité néonatale (de 0 à 28 jours)
- ▶ Mortalité post-néonatale (de 28 à 364 jours)
- ▶ Obésité
- ▶ Obésité de l'enfance à l'âge adulte
- ▶ Obésité infantile
- ▶ Otites
- ▶ Rhinite allergique chez les enfants de moins de 5 ans

TABLEAU II

**RISQUES ÉTABLIS DU
NON-ALLAITEMENT POUR LA MÈRE
EN PAYS INDUSTRIALISÉS^{4,15,16}**

- ▶ Cancer de la thyroïde
- ▶ Cancer de l'endomètre
- ▶ Cancer de l'ovaire
- ▶ Cancer du sein en post-ménopause
- ▶ Cancer du sein en préménopause
- ▶ Diabète de type 2
- ▶ Hypertension artérielle
- ▶ Maladies métaboliques
- ▶ Retour précoce de la fertilité

son âge, selon la durée de la tétée, selon que le lait est pris directement au sein ou exprimé. Il évolue donc continuellement, contrairement aux préparations commerciales qui sont fixes dans leur composition puisque ce sont des produits usinés (voir l'article de Anne Guimond, Marie-Laure Dolbec et Juliette Herzhaft - Le Roy intitulé : « Pas à pas vers une production adéquate de lait maternel », dans le présent numéro).

Aux États-Unis, ce sont souvent les femmes de milieux plus vulnérables qui optent pour le non-allaitement ou pour « l'allaitement mixte »⁴. Or, les formules coûtent cher aux familles et aussi à la société parce qu'elles entraînent des soins de santé plus élevés, un absentéisme plus fréquent du travail, des déchets non compostables, une augmentation de la pollution à la suite de la production, du transport et du stockage des laits usinés^{4,8}. Nous pouvons généraliser cette affirmation, car il est bien connu que cette réalité est la même partout dans le monde, spécialement dans les pays industrialisés.

Le marketing insistant des compagnies de laits artificiels influence les décisions des femmes et des professionnels de la santé¹². Ce type de marketing perturbe le processus décisionnel des femmes et mine leur confiance en leur

capacité d'allaiter¹². De plus, et souvent inconsciemment, des professionnels de la santé font la promotion des formules commerciales, en acceptant par exemple, des subventions de formation ou de recherche ou en laissant dans leurs salles d'attente des affiches, des périodiques ou des dépliants. Protéger l'allaitement de l'influence commerciale est essentiel pour agir sur des comportements de santé¹⁴. Le dernier article de ce cahier de formation continue présente le code de conduite qui vise à encadrer le marketing de l'industrie.

En rehaussant ses compétences et celles de l'équipe soignante, le médecin de famille apprend à encourager et à protéger l'allaitement de même qu'à soutenir concrètement les mères à adopter de bonnes habitudes de vie.

INTERVENTION SUR L'ALLAITEMENT FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES

Afin de répondre adéquatement aux besoins des femmes enceintes et des mères qui souhaitent allaiter, le médecin de famille doit être à jour dans ses connaissances et pouvoir expliquer les faits aux parents⁷. Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement, il doit écouter attentivement les préoccupations des mères et répondre adéquatement et objectivement à leurs questions⁸. Il doit pouvoir discuter avec elles des conséquences du non-allaitement (la littérature scientifique parle maintenant de risques confirmés) et des difficultés fréquentes au cours des premières semaines⁸.

L'allaitement est la norme biologique. On doit cesser de le promouvoir comme un avantage par rapport au non-allaitement. On doit plutôt parler des conséquences négatives et des risques de ne pas allaiter.

Les études sur les risques du non-allaitement s'accumulent⁴. Les tableaux I et II^{4,15,16} présentent un résumé de la compilation des études liées à ces risques **en pays industrialisés**. Cette compilation regroupe actuellement plus de 150 études quantitatives. Il s'agit de données probantes, et non d'opi-



nions ni perceptions. L'American Academy of Pediatrics a publié récemment des comparaisons de méta-analyses internationales avec chiffres à l'appui⁴.

On étudie les risques en comparant le non-allaitement à l'allaitement selon différentes doses quant à sa durée et à son degré d'exclusivité. La littérature montre clairement les effets négatifs du non-allaitement sur la santé des enfants et des mères à court et à long terme, sur la santé familiale de même que sur la société en général⁴. De plus, cet effet est généralement lié à la dose d'allaitement⁴. Les laits commerciaux comportent des risques réels, d'autant plus que ce sont des produits ultra-transformés¹¹.

Pour expliquer la plupart des effets à court et à long terme, plusieurs recherches pointent vers la formation originelle du microbiote intestinal. Ce dernier se forme à partir de la première nourriture reçue à la naissance. Il est constitué par l'ensemble des micro-organismes intestinaux protégeant de l'agression des gènes pathogènes et permettant en même temps la maturation du système immunitaire¹⁷.

Le médecin de famille doit ouvertement prendre position pour la normalité, pour ce qui est mieux pour la santé. *Primum non nocere*. Plus qu'une question de choix ou de style de vie, l'allaitement est aujourd'hui reconnu comme un enjeu incontournable de santé publique^{6,9,18}. Pour qu'il devienne la norme sociale, il faut le rendre facile pour les femmes.

On privilégie donc l'utilisation d'un langage de norme biologique (ce à quoi le corps d'une femme se prépare), la discussion sur les risques du non-allaitement (ce qui survient quand on ne suit pas la norme biologique) et sur les pratiques périnatales pour favoriser l'allaitement (la norme biologique). On recommande un langage neutre, comme pour les conseils prodigués sur l'alcool, le tabac, les drogues ou encore le siège d'auto mal ajusté et le port de la ceinture de sécurité en voiture. Les femmes et leur famille sont en droit de recevoir des informations justes, neutres et à jour afin de prendre des décisions éclairées exemptes d'influence commerciale¹².

INTERVENTION BRÈVE PAR LE MÉDECIN

Les interventions brèves et répétitives ont fait leurs preuves en pratique médicale, notamment en ce qui concerne les comportements de santé modifiables, comme le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues. L'intervention brève est un entretien structuré qui permet, en un temps limité, d'aborder un comportement dans le but de l'influencer. Nous ne possédons pas de données probantes sur son utilité en matière d'allaitement. Cependant, l'intervention brève permet d'évaluer rapidement les connaissances, les croyances, les expériences antérieures, le vécu d'une femme enceinte ou d'une mère sur l'allaitement.

ENCADRÉ 2

RESSOURCES DISPONIBLES SUR L'ALLAITEMENT ET L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS^{8,19}

1. *Trousse d'outils de vérification des compétences. S'assurer de la compétence des professionnels de la santé dans la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des bébés.*

Les compétences minimales pour l'ensemble des professionnels de la santé y sont décrites ainsi que les outils pour les vérifier. Cette trousse a été évaluée dans 17 pays et par 6 organisations internationales en allaitement⁸. <https://www.unicef.lu/trousse-doutils-de-verification-des-competence>

2. *Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.*

Originellement publié en 2009 pour servir de base à la formation des médecins, ce guide a été mis à jour par une équipe internationale en 2021. La version officielle anglaise sera mise sur le site de l'OMS en 2023¹⁹.

En tenant compte de la norme biologique qu'est l'allaitement, le médecin fournit une information neutre pour susciter une réflexion sérieuse sur les décisions à prendre ici et maintenant et sur leurs conséquences. En se basant sur des faits et non sur des opinions, le médecin adapte l'information à la femme devant lui et utilise des messages clairs, courts et ciblés. Le but est d'encourager les mères à allaiter, et non de promouvoir l'allaitement à tout prix. On cherche à renseigner les femmes adéquatement, et non à mettre de la pression pour qu'elles allaitent. Prendre le temps d'écouter leurs préoccupations et d'y répondre concrètement, brièvement et de façon répétitive montre que le sujet est important et qu'il faut y apporter une attention soutenue. Le médecin dirige les femmes au moment opportun vers des ressources appropriées à leurs préoccupations (par exemple : <https://mouvementallaitement.org/ressources/quebec>).

COMPÉTENCES MÉDICALES REQUISES

Des ressources existent (encadré 2^{8,19}) pour aider le médecin de famille à développer ses compétences pour soutenir et protéger l'allaitement exclusif, notamment en informant les femmes des risques que comporte le recours aux formules commerciales, aux biberons et aux sucres, et en dirigeant les femmes vers les professionnels compétents en temps opportun.

Une équipe interdisciplinaire internationale a créé une trousse de vérification des compétences minimales en

TABLEAU III | LISTE DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES NÉCESSAIRES POUR SOUTENIR L'ALLAITEMENT

Domaine 1 : méthodes de gestion critiques

1. Appliquer le code dans un établissement de santé
2. Expliquer les politiques d'alimentation des nourrissons et les systèmes de surveillance d'un établissement de santé

Domaine 2 : habiletés fondamentales : communiquer de manière crédible et efficace

3. Utiliser les habiletés (savoir-faire) d'écoute et d'apprentissage lors d'une conversation avec une mère
4. Utiliser des habiletés (savoir-être) pour renforcer la confiance et apporter du soutien lors d'une conversation avec une mère

Domaine 3 : période prénatale

5. Engager une conversation prénatale sur l'allaitement

Domaine 4 : naissance et période post-partum immédiate

6. Mettre en œuvre le contact peau à peau immédiat et ininterrompu
7. Faciliter l'allaitement dans la première heure suivant la naissance, selon les signaux du bébé

Domaine 5 : questions essentielles pour une mère allaitante

8. Discuter avec une mère de la façon dont l'allaitement fonctionne
9. Aider la mère lors de la mise au sein
10. Aider une mère à répondre aux signes de faim du bébé
11. Aider une mère à exprimer son lait

Domaine 6 : aide aux mères et aux bébés ayant des besoins particuliers

12. Aider une mère à allaiter un bébé en insuffisance pondérale ou malade
13. Aider une mère dont le bébé a besoin de liquides autres que le lait maternel
14. Aider une mère qui ne nourrit pas son bébé directement au sein
15. Aider une mère à prévenir ou à résoudre des difficultés liées à l'allaitement

Domaine 7 : soins à la sortie de l'établissement de santé

16. Assurer une transition en douceur après la sortie de l'établissement de santé

Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. *Trousse d'outils de vérification des compétences : s'assurer de la compétence des professionnels de la santé en matière de mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique ; 2022. p. 3.

Ce tableau est couvert par une licence Creative Commons (Attribution-Pas d'utilisation commerciale-Partage dans les mêmes conditions. 3.0 Organisations Internationales) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>. © Tous droits réservés. Adaptation autorisée.

allaitement⁸. Le tableau III⁸ liste les compétences de base que doivent détenir tous les professionnels de la santé qui travaillent auprès des dyades mères/enfants.

Chacune de ces compétences comprend des éléments cognitifs (connaissances/savoir) que tous doivent minimalement posséder pour une pratique professionnelle appropriée. Et pour bien intervenir, le médecin doit savoir non seulement quoi faire (connaissances, savoir), mais aussi comment le faire (habiletés, savoir-faire), ainsi que quand/comment (attitudes, savoir-être).

La trousse permet de vérifier les compétences et de déterminer les besoins de formation. Selon le type de pratique professionnelle, de patients et de milieu de travail, les compétences requises sont déterminées. Le guide de l'examineur (annexe C⁸) (bit.ly/trousse-annexeC) fournit l'ensemble des réponses à la suite de la vérification de chaque compétence (connaissances, habiletés et attitudes)

ainsi que des références utiles pour les bonifier. L'encadré 3 donne un bref exemple d'utilisation de la trousse dans le cas d'Annie, maman d'un premier enfant.

Comme la vérification des compétences devrait se faire sur les lieux du travail par rapport à ce qui est attendu de chaque professionnel, il s'avère plus intéressant de mener ces exercices de vérification avec l'équipe de soins, par exemple tous les professionnels d'un GMF. Cette façon de faire permet de rehausser la qualité et l'innocuité des soins donnés par toute une équipe.

CONCLUSION

Le médecin de famille est responsable d'élargir ses compétences pour protéger, soutenir et encourager l'allaitement comme norme biologique et sociale. La trousse constitue un moyen de vérifier les compétences des professionnels de la santé, notamment des médecins de famille. Une intervention d'équipe, reposant sur des compétences

ENCADRÉ 3

TROUSSE DE L'OMS–UNICEF^B
EXEMPLE D'UTILISATION DANS LE CAS D'ANNIE

Compétences des professionnels de la santé

- ▶ Soutenir et protéger l'exclusivité de l'allaitement (compétence 01.2)
- ▶ Renforcer sa confiance en la normalité des choses et en ses capacités de fournir ce qui est mieux pour la mère et son bébé (compétences 03.11, 03.12, 04.13, 04.14)
- ▶ Normaliser les comportements généralement attendus d'un bébé de 4 mois, ses besoins de réconfort et de nutrition (compétences 10.38, 10.39, 14.56)
- ▶ Discuter des risques d'introduire le biberon ou les formules commerciales pendant l'allaitement (compétence 14.56)
- ▶ Discuter de trucs pratiques pour que la mère se repose durant le jour (compétences 15.57, 16.62)
- ▶ Diriger la patiente au bon endroit dès maintenant pour du soutien concret et continu (compétence 16.60)

Comment vérifier ses propres compétences

- ▶ Répondre aux questions à choix multiples pour vérifier ses connaissances (annexe E^B)
- ▶ Vérifier les réponses adéquates dans le guide de l'examineur ainsi que les références suggérées (annexe C^B)
- ▶ Décider si une lecture, une formation ou le *coaching* d'un collègue expérimenté est nécessaire.

professionnelles complémentaires, permet de guider les femmes dans le même sens. //

Date de réception: le 27 août 2022

Date d'acceptation: le 22 septembre 2022

M^{mes} Louise Dumas, Isabelle Michaud-Létourneau, Jacqueline Wassef et la D^{re} Anne-Patricia Prévost n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport d'avancement sur l'allaitement maternel au Canada 2022*. Ottawa; l'Agence; 2022. 7 pages. Site Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/src/data/breastfeeding/ASPC%20-%20Rapport%20Allaitement%20maternel%202022.pdf> [Date de consultation : janvier 2023]
2. Statistique Canada. *Allaitement exclusif, au moins 6 mois, selon le groupe d'âge. Tableau 13-10-0096-22*. Ottawa : Statistique Canada; 2022.
3. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2003. 2 pages. Site Internet : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42680/9242562211.pdf?sequence=1> [Date de consultation : juillet 2022].
4. Meek JY, Noble L. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2022; 150 (1) : e2022057988. DOI : <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement, le médecin de famille doit écouter attentivement les préoccupations des femmes et répondre de façon ciblée et neutre à leurs questions.
- ▶ L'allaitement est la norme biologique. On doit cesser de le promouvoir comme un avantage par rapport au non-allaitement. On doit plutôt parler des conséquences négatives et des risques de ne pas allaiter.
- ▶ Des ressources existent pour aider le médecin de famille à accroître ses compétences pour soutenir et protéger l'allaitement exclusif.

5. Santerre MJ, Fortin C. *Allaitement—Pour accompagner les parents*. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2019. 6 pages.
6. Pound CM, Williams K, Grenon R et coll. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *J Hum Lact* 2014; 30 (4) : 298-309. DOI : [10.1177/0890334414535507](https://doi.org/10.1177/0890334414535507).
7. Holmes AV, McLeod AY, Thesing C et coll. Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. *Breastfeed Med* 2012; 7 (6) : 403-8. DOI : [10.1089/bfm.2012.0028](https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0028).
8. Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. *Trousse d'outils de vérification des compétences : s'assurer de la compétence des professionnels de la santé en matière de mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique; 2022. 40 pages.
9. Rosen C. Educating and training medical professionals. Dans : Lawrence RA, Lawrence RM, rédacteurs. *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. 9^e éd. Toronto : Elsevier; 2021. p. 719-26.
10. Michaud-Létourneau I, Gayard M, Lauzière J et coll. Understanding the challenges related to breastfeeding education and barriers to curricular change: a systems perspective for transforming health professions education. *Can Med Educ J* 2022; 13 (3) : 91-104. DOI : [10.36834/cmef.73178](https://doi.org/10.36834/cmef.73178).
11. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M et coll. *Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; 2019. 48 pages.
12. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*. Genève : OMS et UNICEF; 2022. 36 pages.
13. Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2022.
14. Organisation mondiale de la Santé. *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions [2017 Update]*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017. 24 pages.
15. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009; 2 (4) : 222-31.
16. Victora CG, Bahl R, Barros AJD et coll. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387 (10017) : 475-90. DOI : [10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
17. Fitzstevens JL, Smith KC, Hagadorn JI et coll. Systematic review of the human milk microbiota. *Nutr Clin Pract* 2017; 32 (3) : 354-64. DOI : [10.1177/0884533616670150](https://doi.org/10.1177/0884533616670150).
18. Lawrence RA. Breastfeeding—A public health issue, not just a matter of choice. *Breastfeed Med* 2012; 7 (2) : 67-8. DOI : [10.1089/bfm.2012.9990](https://doi.org/10.1089/bfm.2012.9990).
19. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2023. [sous presse]